

bibliotecaplural

Servicio  
de cirugía pediátrica  
descentralizado  
Udelar-ASSE 2003-2015

Ruver Máximo Berazategui Rodríguez  
Ariel Gustavo Fraga Cabrera  
Berch Gerardo Hagobian Karamanokian  
Adriana Méndez Pizzo



SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
DESCENTRALIZADO  
UDELAR-ASSE 2003-2015



Ruver Máximo Berazategui Rodríguez  
Ariel Gustavo Fraga Cabrera  
Berch Gerardo Hagobian Karamanokian  
Adriana Méndez Pizzo

SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
DESCENTRALIZADO  
UDELAR-ASSE 2003-2015

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Mónica Lladó, Luis Bértola, Carlos Demasi, Cristina Mazzella, Sergio Martínez, Carlos Carmona y Aníbal Parodi ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2016.

© Los autores, 2016

© Universidad de la República, 2018

Ediciones Universitarias,  
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)  
Montevideo, CP 11200, Uruguay  
Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906  
Telefax: (+598) 2409 7720  
Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>  
<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/>

ISBN: 978-9974-0-1559-3

# CONTENIDO

---

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i> .....	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	11
RESUMO E PALAVRAS-CHAVE.....	13
SUMMARY AND KEYWORDS.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17
MARCO TEÓRICO.....	19
OBJETIVOS.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	27
Análisis documental.....	27
Entrevista a informantes claves.....	39
Caracterización del servicio quirúrgico descentralizado.....	40
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	57
Anexo I.....	57
Anexo II.....	159
Anexo III.....	167
Anexo IV.....	179
Anexo V.....	185
SOBRE LOS AUTORES.....	187
GLOSARIO.....	189
ABREVIATURAS.....	191



# Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente, a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario:

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

*Roberto Markarian*

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

# Agradecimientos

A los niños y familias sin quienes este trabajo no hubiese sido realidad.

A nuestras familias por el estímulo y apoyo al trabajo en estos años, y al proceso que llega hoy a la presentación de este documento.

A la memoria del Dr. Carlos Strozzi, impulsor y líder de la descentralización en el hospital de Las Piedras.

Al Dr. Luis Aycaguer, impulsor y líder de la descentralización en el hospital de Durazno.

Al Dr. Conrado Bonilla, exministro de Salud Pública que nos facilitó el inicio de este servicio.

Al Dr. Rafael Di Mauro que colaboró en la elaboración del Manual de Procedimientos de Cirugía Pediátrica.

A la Dra. Ana María Ferrari, exdecana de Facultad de Medicina, exprofesora directora de Clínica Pediátrica, por su estímulo y apoyo a la idea de descentralizar.

A la Dra. Beatriz Silva, por el apoyo a la descentralización durante todos estos años.

A la Dra. María Julia Muñoz, exministra de Salud Pública por el apoyo a la descentralización.

Al Dr. Carlos Poggi por su invaluable colaboración en esta experiencia.

Al Dr. Richard Tessier y a la Dra. Laura Haro por el impulso y liderazgo a la descentralización en el hospital de Florida.

Al Dr. Eduardo Ferrazini y a Karina Fabila por su apoyo en el hospital de Durazno.

A Jorge Gómez, por su especial trabajo en el hospital de Durazno, asistiendo a los niños y apoyando a las familias en la sala de recuperación posanestésica.

A la Dra. Fernanda Gurbindo anestesista en el hospital de Durazno.

A Marianella Zuffo, por su trabajo de todo el año en el hospital Saint Bois.

A los docentes y residentes de la Clínica Quirúrgica Pediátrica que han participado y participan de las actividades.

A los residentes y posgrados de otras especialidades que han participado y participan de las actividades.

A las compañeras y compañeros del Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado que han aportado y siguen aportando con su trabajo diario durante todos estos años.

A Carolina Arana por colaborar con este documento.



# Resumen y palabras claves

En el área de la salud, la contribución a la mejora en la calidad de vida de la población sería el resultado de un sistema eficiente, eficaz y equitativo. En los niños con patología quirúrgica de alta prevalencia el acceso a un servicio de cirugía pediátrica cercano a la zona en que residen contribuye a estos objetivos. Es así que en un contexto nacional de crisis económica la Clínica Quirúrgica Pediátrica ve una oportunidad para descentralizar el servicio y comienza a liderar el proceso. Nuestro objetivo es describir el Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado dependiente de la Clínica Quirúrgica Pediátrica, en el período 2003-2015. Para ello realizamos un análisis documental del proceso de descentralización y una caracterización del servicio en estos 12 años de funcionamiento. El análisis documental muestra a este proceso consolidado, con una experiencia acumulada de trabajo interinstitucional entre la academia y el subsector público de salud. Con la instalación y funcionamiento de 10 unidades de cirugía pediátrica programada, correspondientes a los hospitales de: Las Piedras, Durazno, CHPR, Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Unión y Florida. Se realizó entre los años 2003-2015 un total de 1369 policlínicas, que correspondieron a 11.265 consultas, con 335 fechas quirúrgicas y que concluyeron con 1979 niños operados. Se integraron 2 Unidades Docentes Asistenciales, que formaron 113 estudiantes: 33 pregrados, 46 practicantes internos y 34 residentes y posgrados. Se realizaron 7 jornadas: «semana de cirugía pediátrica del interior», en el hospital de Rivera. Se elaboró un manual de procedimientos en conjunto con los funcionarios y las autoridades. Se incorporó una modalidad de trabajo innovadora que favoreció la participación de los familiares acompañando a los niños en sala de recuperación posanestésica. Concluimos que este proceso ha sido muy rico y positivo en la descentralización del servicio, al mismo tiempo que, ha cumplido con los objetivos de brindar una asistencia equitativa, ha cubierto una demanda insatisfecha y ha resuelto la patología de alta prevalencia en forma oportuna. También ha destacado el liderazgo de la clínica, así como el compromiso de funcionarios y autoridades. Es pertinente mostrar estos 12 años de experiencia acumulada y documentada, con el propósito de difundirla y de que sea utilizada como referencia para continuar este proceso.

Cirugía pediátrica, descentralización de servicios.



## Resumo e palavras-chave

Na área da saúde, a contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população seria o resultado de um sistema eficiente, eficaz e equitativo. Emergências compatíveis com a patologia cirúrgica de alta prevalência, o acesso a um serviço de cirurgia pediátrica próxima da área em que eles residem contribui para esses objetivos. Assim, num contexto nacional de crise económica, a Clínica Cirúrgica Pediátrica vê uma oportunidade de descentralizar o serviço e começa a liderar o processo. Nosso objetivo é descrever o Serviço de Cirurgia Pediátrica dependente da Clínica Cirúrgica Pediátrica no período 2003-2015. Para isso, realizamos uma análise documental do processo de descentralização e uma caracterização do serviço nestes 12 anos de operação. A análise documental mostra esse processo estabelecido, com uma experiência acumulada de trabalho inter-institucional entre o meio académico e sub-sector público da saúde. Com a instalação e operação de 10 unidades de cirurgia pediátrica programada, correspondentes a Hospitais: Las Piedras, Durazno, CHPR, Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Union e Florida. Foram realizadas entre 2003 e 2015 um total de 1369 clínicas, o que correspondeu a 11.265 consultas, com 335 datas cirúrgicas e concluiu com 1979 crianças operadas. Foram integradas duas unidades de ensino de assistência, formada por 113 estudantes: 33 estudantes universitários, 46 estagiários e 34 residentes e pós-graduados. Foram realizadas 7 atividades chamadas «semana de cirurgia pediátrica no Interior» no hospital de Rivera. Foi desenvolvido um manual de procedimentos em conjunto com funcionários e autoridades. Um tipo de trabalho inovador foi incorporada, o que favoreceu o envolvimento dos membros da família que acompanham as crianças na sala de recuperação pós-anestésica. Conclui-se que este processo tem sido muito importante e positiva na descentralização do serviço, ao mesmo tempo que cumpriu com os objetivos de proporcionar uma assistência equitativa, cobrindo uma demanda não satisfeita e resolvendo a patologia de alta prevalência apropriadamente, destacando a liderança da clínica e compromisso dos funcionários e autoridades. É pertinente mostrar esses 12 anos de experiência acumulada e documentada com a finalidade de difundir o trabalho feito e ser usado como referência para continuar este processo.

Cirurgia Pediátrica, Serviço descentralizado.



## Summary and keywords

On the health area, a contribution to improve the quality of life of the people would be the result of an efficient, effective and equitable system. In children with surgical pathology of high prevalence, the access to a pediatric surgery service nearby to the area in which they reside, contributes to these objectives. This is how, in a context of national economic crisis, the Pediatric Surgical Clinic sees the opportunity to decentralize the service and begins to lead the process. Our objective is to describe the decentralized Service of Pediatric Surgery dependent to the Pediatric Surgical Clinic in the period 2003-2015. Following our objective, we made a documentary analysis of the decentralization process and a description of the service in these 12 years of operation. The documentary analysis shows this consolidated process, with the inter-institutional work experience between the academia and the public health sub-sector. With the installation and operation of 10 units of pediatric surgery scheduled, corresponding to Hospitals: Las Piedras, Durazno, CHPR, Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Union and Florida. It has been made between 2003 and 2015 a total of 1369 clinics, corresponding to 11265 consultations, with 335 surgical dates that concluded in 1979 children operated. Two pedagogical units were integrated, which consists about 113 students: 33 undergraduate, 46 internal practitioners and 34 residents and postgraduate. Seven meetings called «week of pediatric surgery» were made in the Rivera Hospital. A procedure manual was developed in conjunction with officials and authorities. An innovative type of work was included, which stimulate the involvement of family members to accompany their children in the post-anesthetic recovery room. We conclude that this process has been very important and positive in the decentralization of service, and at the same time fulfilled with the objectives of providing an equal assistance, covering an unsatisfied demand and solving the pathology of high prevalence in a properly manner, highlighting the clinical leadership and the commitment of officials and authorities. It is pertinent to show these 12 years of accumulated and documented work experience with the purpose of spreading the work made, which could be used as a reference to continue this process.

Pediatric Surgery, decentralized service



# Introducción

En el área de la salud, la mejora en la calidad de vida de la población sería el resultado de un sistema eficiente, eficaz y equitativo. El funcionamiento adecuado de las distintas partes constitutivas parece ser el objetivo central al momento de diseñar los sistemas y modelos de salud que permitan cumplir esta misión.

El acceso de los niños con patología quirúrgica de alta prevalencia a un servicio de cirugía pediátrica en la zona en que residen, con policlínicas quirúrgicas de cercanía y centros regionales donde se realicen las coordinaciones quirúrgicas, es un indicador de un sistema de salud que tiende a ser eficiente, eficaz y equitativo.

Este tipo servicio tiene como objetivos la optimización de los recursos asistenciales para la obtención de buenos resultados y mejorar el acceso de los niños y sus familias demandantes de este. Así como la captación de niños sin diagnóstico y tratamiento oportuno como un hecho esperable, de acuerdo a trabajos publicados. Ellos demuestran que el número de procedimientos de alta frecuencia aumenta cuando el lugar dispone de un equipo de salud especializado e instalaciones acordes.

Así es que desde la cátedra de cirugía pediátrica de la Universidad de la República comienza a liderarse el proceso de descentralización del servicio de cirugía pediátrica para la atención de niños con patologías quirúrgicas de alta prevalencia.

Este proceso se inicia en el año 2003 en el hospital de Las Piedras y continúa hasta el día de hoy, en un continuo que ha tenido altos y bajos pero que ha permitido la instalación de este servicio en varias zonas del interior del país. Esto además ha hecho posible la formación de recursos humanos especializados en la temática.

Creemos pertinente mostrar estos 12 años de experiencia acumulada y documentada, con el propósito de difundirla y de que sea utilizada como referencia para continuar este proceso.



# Marco teórico

El propósito de una organización, institución o empresa, cualquiera sea su alcance [local, nacional, regional o internacional], sus condiciones de gestión [pública, privada o mixta], o la naturaleza de sus funciones [académicas o de servicios], es mejorar la calidad del servicio brindado.

En el área de la salud, la mejora en la calidad de vida de la población sería el resultado de un sistema eficiente, eficaz y equitativo. El funcionamiento adecuado de las distintas partes constitutivas del sistema de salud parece ser el objetivo central al momento de diseñar las políticas y modelos de salud que permitan cumplir este propósito.

La oms y la ops establecen puntos estratégicos para la planificación de las políticas y los programas que las instrumentan (1). Uno de ellos es el acceso universal a los diagnósticos y tratamientos más adecuados enfocados en la prevención y diagnóstico precoz, realizados en el lugar y con el equipo asistencial indicados.

Las revisiones sistemáticas sobre los programas y sistemas en el área de la salud, desde oms y ops, identifican la descentralización de los servicios de salud como una de las estrategias de mejora de la accesibilidad al servicio, lo que aportaría a la mejora de calidad de la atención.

La calidad de la asistencia que se brinda a los niños con patologías quirúrgicas está dada por las condiciones en la asistencia, y ella es consecuencia de un proceso multicausal.

La población pediátrica es uno de los grupos de usuarios más vulnerables, en el espectro de cobertura y cuidados. La naturaleza del niño le confiere características propias a las circunstancias del proceso clínico. Cuando existe la posibilidad de que un niño o una niña tengan una patología potencialmente quirúrgica, el temor y la ansiedad son reacciones naturales, en el paciente y en su familia, que aumentan cuando la necesidad de tratamiento se confirma. Todas las acciones que ofrezca el servicio deberían buscar una mitigación o disipación de estos miedos, y propender a atenuar el impacto negativo y los efectos adversos latentes del tratamiento recomendado, inherentes a los procedimientos anestésico-quirúrgicos. Una de esas acciones es que la consulta sea realizada por profesionales con formación en cirugía pediátrica, lo que mejora la probabilidad de diagnóstico correcto y oportuno (2) (3).

En Uruguay la única cátedra encargada de la formación de cirujanos pediátricos es la Clínica Quirúrgica Pediátrica [CQP] de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República [Udelar]. La CQP hace sus prácticas en los servicios públicos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE] en las instalaciones del Centro Hospitalario Pereira Rossell [CHPR] en Montevideo, único lugar donde asistía hasta que comienza el proceso de descentralización.

La prestación de servicios de cirugía pediátrica descentralizada, en el centro de salud más próximo que lo permita el sistema de salud nacional, no solo está alineado con los objetivos de OMS y OPS, sino que está refrendado por la experiencia internacional (2) (4).

La optimización de los recursos asistenciales, la obtención de buenos resultados y la mejora en la calidad de atención son objetivos propuestos por la descentralización del servicio de cirugía pediátrica (5).

Las policlínicas de cercanía que ofrecen esta posibilidad se transforman en dispositivos de primera línea para mejorar el acceso de los niños y sus familias a la consulta solicitada. La gestión administrativa del proceso asistencial mejora dado que la instancia de consulta se agenda y se realiza antes que en las policlínicas centralizadas en donde deberían asistir pacientes de mayor complejidad que requieren de estructuras y equipos más complejos. El diagnóstico oportuno evita un paso innecesario con tiempos de demora y traslados más largos, iniciando el tratamiento en forma oportuna. Comienza de esta manera un tipo de vínculo importante en la relación médico-paciente/familia dado que se establece un contacto directo con el profesional y el equipo de salud que realizará el seguimiento de este tratamiento, y será el responsable principal de este.

Las mismas ventajas corresponden a los centros de proximidad que tienen capacidad de resolución quirúrgica al disponer de las condiciones necesarias para realizar todo el proceso asistencial en la misma localización [la policlínica de cercanía y la coordinación quirúrgica].

El vínculo entre el equipo de salud y el usuario del servicio facilita el proceso de atención incluida la instancia del consentimiento informado, procedimiento en el que cabe fundamentar los beneficios de la cirugía, los riesgos evolutivos que se evitarían si la patología no fuese resuelta, así como las complicaciones que puedan derivarse de ella.

Otro beneficio de los servicios quirúrgicos descentralizados es la captación de niños sin diagnóstico como un hecho esperable, de acuerdo a trabajos publicados. En ellos se demuestra que el número de cirugías de alta frecuencia aumenta cuando el lugar dispone de un equipo de salud especializado e instalaciones acordes (3).

Las patologías pediátricas quirúrgicas, y el calendario quirúrgico [oportunidad recomendada de la cirugía de acuerdo a la patología y edad del niño] es un objeto de conocimiento del especialista.

En la bibliografía internacional se reseñan los fundamentos sobre la importancia de que esta intervención sea brindada por los cirujanos pediátricos, relacionados en forma continua y longitudinal a la asistencia del niño y su familia (2) (6). En sentido pragmático este hecho se traduce en una asignación precisa de la patología quirúrgica del niño al nivel de complejidad que requiera. En forma paralela la opción de que los centros de asistencia tengan esta accesibilidad con instancias diagnósticas y terapéuticas puede ser fuente de reconocimiento e identificación por parte de las autoridades, personal y usuarios. Considerado

un valor de fortaleza diferencial respecto de aquellos que no la tienen. Lo que de alguna manera contribuye a retroalimentar los niveles de compromiso con esta actividad.

Los programas que privilegien las políticas de distribución de los recursos desconcentrándolos tendrán las características propias de cada país o región y las situaciones de coyuntura particular incidirán en su diseño y aplicación. Nuestro país cuenta con oportunidades que permiten ver la descentralización como el producto de una estrategia políticamente definida por la CQP, para una asistencia sistematizada y organizada que logre buenos resultados en mediano y largo plazo, mejore la calidad de atención y la satisfacción del usuario y su familia.

La CQP es la encargada de la formación de los recursos humanos responsables de realizar la cirugía pediátrica: los cirujanos pediátricos. Ellos realizan sus prácticas y formación en ASSE, que cuenta con una red asistencial en el primer y segundo nivel con recursos para desarrollar esta actividad. Los servicios de salud de ASSE se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional.

La crisis social y económica de 2002 dio el contexto para pensar en utilizar estas oportunidades. En 2001 la CQP había desarrollado en el CHPR el programa de «Cirugía de corta estadía» [internación hospitalaria no mayor a 24 h] y el de «Cirugía del día» [alta hospitalaria en el día de la cirugía de pacientes residentes en el área metropolitana de Montevideo]. Estos programas están dirigidos a niños en los que se propone un procedimiento de coordinación no complejo. Están basados en trabajos internacionales que indican que bajo determinados criterios y pautas la mayoría de los niños con indicación de cirugía electiva son candidatos a recibir una estadía hospitalaria breve. Siendo el tratamiento igualmente efectivo y seguro que con internaciones más prolongadas (2) (4) (5) (7) (8).

La experiencia adquirida con estos programas en el CHPR demostró resultados similares a los de la experiencia internacional en el posoperatorio de estos niños: rápida recuperación y baja incidencia de complicaciones. Esto permitió el alta en forma oportuna del niño al ámbito domiciliario y a su vida habitual, evitando que su estadía se prolongara innecesariamente. Estas acciones a su vez favorecen la prevención de infecciones intrahospitalarias, una mayor disponibilidad de camas de internación para otros usuarios y la disminución de costos asistenciales.

A partir de la crisis económica en Uruguay, el sistema de Salud Pública enfrentó dificultades para garantizar el derecho individual y colectivo frente al aumento de la demanda asistencial. La situación del CHPR no fue diferente, registrando un número cada vez mayor de niños que debían ser operados en forma programada aumentando la lista de espera. La CQP estudió las características epidemiológicas de esta población que saturaba su servicio, resultando en su mayoría apta para ingresar en un programa de cirugía de estadía breve.

La coyuntura nacional, sumada a la ausencia de proyectos con una actividad quirúrgica sistemática fuera del CHPR y a la existencia de infraestructuras y recursos humanos y materiales subutilizados en otros centros hospitalarios del

interior, fueron considerados como una oportunidad para descentralizar y lograr la satisfacción de estos usuarios a través de un servicio eficiente y eficaz aportando el trabajo de sus integrantes.

Podemos considerar varios grupos de interés que comparten el beneficio de esta política de descentralización del Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado [SCPD]: los niños y sus familias, CQP y por extensión el CHPR, los recursos humanos de ASSE y los estudiantes [de grado y posgrado] de Facultad de Medicina, y de las Escuelas Técnicas.

Las ventajas de la estrategia de descentralización tenidas en cuenta son:

- Mejorar la accesibilidad del usuario, acercándole el servicio.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo listas de espera.
- Optimizar el uso de los servicios del CHPR, centralizando la consulta de alta complejidad.
- Desarrollo del SCPD en unidades ejecutoras de ASSE a lo largo del territorio, permitiendo la utilización de recursos subutilizados.
- Formación de recursos humanos.

Los espacios utilizados para la gestión descentralizadora tienen la potencialidad de convertirse, entonces, en nuevas áreas en donde la asistencia y las actividades pedagógicas pueden iniciarse y desarrollarse en coordinación interinstitucional con un impacto social positivo demostrable.

En la misma dirección es que actualmente desde el 2010 existe un marco de cooperación entre ASSE y Facultad de Medicina, que a través del Programa de Unidades Docente-Asistenciales (UDA) impulsa procesos de este tipo, y se convierte en un factor de fortalecimiento y consolidación de ellos. Por lo anteriormente expresado creemos pertinente y oportuno transmitir esta experiencia de 12 años de evolución del SCPD.

# Objetivos

## Objetivo general

Describir el Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado (SCP<sub>D</sub>) dependiente de la Clínica Quirúrgica Pediátrica (CQP), en el período 2003-2015.

## Objetivos específicos

1. describir el proceso de descentralización,
2. describir el servicio quirúrgico descentralizado,
3. caracterizar las prestaciones que se brindan,
4. conocer resultados obtenidos y metas cumplidas.



## Materiales y métodos

Para llevar a cabo los objetivos propuestos realizamos un estudio en el que triangulamos, realizando primero un diseño cualitativo de análisis documental, para luego realizar un diseño cuantitativo observacional descriptivo.

El análisis documental nos permitió cumplir con los dos primeros objetivos: describir el proceso de descentralización y el servicio quirúrgico. Para ello recurriremos al análisis de todo registro escrito, de imagen, y entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes claves.

El diseño observacional descriptivo permitió realizar la caracterización de los servicios prestados, obtener resultados y metas cumplidas. Para ello se recurrirá a fuentes secundarias: los registros de ASSE, realizando el pedido de los datos a las autoridades.



# Análisis de datos y resultados

## Análisis documental

### Antecedentes

La pediatría, junto a la obstetricia y la neonatología, y las disciplinas involucradas en la asistencia del niño, resultan decisivas en la mejora de la tasa de mortalidad infantil. Los eventos negativos que se presentan en el período perinatal y en la infancia impactan sobre una etapa de la vida en el que el potencial de desarrollo es pleno, y compromete la calidad de vida futura.

El desarrollo actual de áreas de la medicina que participan de la atención de la población infantil representa los esfuerzos y avances centrados en la prevención, diagnóstico y tratamientos, entre ellos la medicina familiar, neonatología, y las variantes pediátricas médicas y quirúrgicas de las especialidades pediátricas.

En el Uruguay de fines de siglo XX el sistema de Salud Pública tenía un millón y medio de beneficiarios, y la atención pediátrica se encontraba centralizada en el CHPR.

A inicios del siglo XXI la CQP desarrolla en forma paralela la cirugía de alta complejidad [neonatólogica, oncológica, cirugía de trauma y cirugía video asistida] y la de baja y mediana complejidad [niños con patologías de alta frecuencia no urgente].

Para atender a los niños con patología de alta frecuencia no urgente existían en el CHPR los programas de breve internación, que dieron en llamarse: «Programa de cirugía de corta estadía» y «Programa de cirugía del día» [anexo III]. La experiencia en su aplicación constituye la base principal para la apertura del SCPD, puertas afuera del CHPR y el comienzo del esfuerzo de descentralizar el servicio.

La CQP considera la descentralización de sus servicios una misión prioritaria en tanto plataforma para el desarrollo interinstitucional con incidencia en el ámbito de la salud pediátrica, en la formación de recursos humanos, en la gestión en salud, en la investigación clínica, y en el conjunto de la comunidad.

Al ingresar en el tercer milenio Uruguay enfrenta una de las crisis económicas más importantes de su historia con impacto en múltiples áreas de la actividad de la sociedad y en la vida de las personas. Los estudios en salud muestran los resultados esperables en este contexto; la salud de la población exhibe indicadores negativos a corto y mediano plazo.

En el área de la salud, y en especial en el subsector público, una de los efectos negativos fue el aumento exponencial de la demanda asistencial global, en especial en los sectores de mayor vulnerabilidad: niños, embarazadas, adolescentes, discapacitados, ancianos. Estos grupos muestran un corrimiento desde el subsector privado hacia el subsector público. Los servicios de atención en

policlínicas y urgencias se encontraban saturados como consecuencia directa de esta mayor necesidad de asistencia.

La disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros debe adaptarse a las circunstancias redistribuyendo los recursos existentes. Esto determina una demanda desproporcionada en relación a la disponibilidad de los servicios sanitarios disponibles.

La disponibilidad de servicios sanitarios insuficientes reconoce como causas directas, entre otros factores, esta demanda no satisfecha, el aumento de la prevalencia y morbilidad de las distintas patologías: infecciones, destacándose la epidemia a *Staphylococcus aureus meticilino* resistente en 2003, la desnutrición y las parasitosis.

La atención se reestructura sobre planes de contingencia. La CQP privilegia razonablemente la resolución de niños con patologías graves y urgentes y relega aquellos problemas de resolución no urgente. Esto provoca saturación del servicio con aumento de las listas de espera para niños con cirugías de baja y mediana complejidad.

El servicio de CQP se encuentra en el dilema de responder a la siguiente pregunta: ¿cómo incide esta realidad en el trabajo de una cátedra como la CQP que debe garantizar asistencia clínica en paralelo con la formación de especialistas en un hospital con niveles variados de atención, junto con las tareas de investigación y extensión?

En un país con la mayoría de los servicios centralizados en Montevideo y en las ciudades costeras, los usuarios reciben el mayor impacto en cuanto se afecta la calidad de la asistencia y de la gestión en su globalidad. Según datos de ASSE la mayoría de los médicos prestan servicios en Montevideo y el área metropolitana, lo mismo pasa con la cirugía pediátrica donde solo trabajan en el interior del país el 5 % del total de especialistas.

Esta situación generaba una inequidad en el acceso de la población pediátrica del subsector público a la consulta en policlínica para la mayoría de los niños con patologías quirúrgicas de baja y mediana complejidad no urgentes. A estos problemas detectados se agrega laderivación inadecuada al hospital pediátrico.

En suma el diagnóstico de situación mostró:

- un corrimiento de los usuarios al subsector público, con su consecuente aumento de demanda de servicios;
- un mayor número de niños con patologías de baja y mediana complejidad no urgentes;
- una coordinación quirúrgica centralizada en el CHPR, que priorizaba la cirugía de alta complejidad y urgente;
- el aumento de niños con patología no urgente en las listas de espera;
- la mayoría de los cirujanos pediátricos atendiendo en Montevideo y el área metropolitana.

Una vez tipificado el problema la CQP en el año 2002 estudia la factibilidad de desarrollar un proyecto de descentralización de la cirugía programada

en niños con patología quirúrgica de baja y mediana complejidad no urgente. Este fue conducido por las siguientes preguntas: ¿Es posible realizarla fuera del hospital pediátrico en el subsector público en contexto de crisis? ¿Qué recursos son necesarios? ¿Dónde están esos recursos? ¿Cuál es el aporte a la formación de recursos humanos y a la investigación clínica?

A partir de estos estudios de diagnóstico y factibilidad se detectaron las siguientes fortalezas del proyecto:

- el conocimiento de la población objetivo;
- la experiencia acumulada en los programas de internación corta desarrollados por la CQP en el CHPR;
- la posibilidad de adaptación de estos programas a un hospital del segundo nivel de atención;
- la identificación de las localizaciones posibles.

Es así que teniendo en cuenta estos informes se procede a la identificación del posible lugar de instalación de la primera Unidad de Cirugía Pediátrica Programada [UCPP]. Reconociéndose en el hospital de Las Piedras las condiciones necesarias para la instalación de la primera UCPP.

## Proceso de Descentralización

En 2003 la CQP comienza a liderar gestiones que la llevan a reunirse con las autoridades del MSP, Facultad de Medicina, y direcciones de las unidades ejecutoras de ASSE con la intención de comenzar el proceso de descentralización de la cirugía pediátrica de baja y mediana complejidad no urgentes. En esas reuniones es que se elige comenzar por el hospital de la Piedras. Para ello se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Las Piedras abarca un área extensa con alta densidad demográfica y con una amplia población de niños;
- el director del hospital de Las Piedras, Dr. Carlos Strozzi, era un buen conocedor del hospital e inmediatamente se involucró con la propuesta;
- el hospital contaba con infraestructura, recursos humanos y materiales disponibles para la actividad.

En el hospital de Las Piedras hasta 2003 no se realizaban cirugías programadas subutilizando el servicio. Por lo que la actividad propuesta era nueva para la institución. También lo era para la cátedra en cuanto a servicio descentralizado, tratándose de la primera acción de esta naturaleza fuera del ámbito del CHPR. Fue importante para la CQP elaborar un documento en el que se estableciera la metodología de trabajo que organizara el SCPD. La propuesta se trasladó a las reuniones con el MSP y la dirección del hospital de Las Piedras lo que determinó un acuerdo con el MSP y el trazado de un plan de trabajo con el director del hospital.

El plan de trabajo tuvo como primer objetivo la elaboración de un protocolo o guía de actuaciones que se denominó Manual de procedimientos quirúrgicos

[anexo I: Manual de procedimientos]. En este estarían descritas las instancias del proceso asistencial y la gestión clínica en el hospital.

Para la elaboración de este manual se estableció un cronograma, se tuvo en cuenta las características del hospital y los recursos humanos involucrados en el proceso.

Se realizaron diferentes reuniones y talleres con los recursos humanos de cada área de gestión, y se fueron elaborando las propuestas de los documentos originales que dieron forma al manual.

Luego del primer año de aplicación del manual en el hospital de Las Piedras la experiencia adquirida y la puesta en funcionamiento del servicio hace que nosotros junto al Dr. Strozzi evaluemos y mejoremos el manual a partir de un modelo de gestión de calidad. Para ello contamos con la colaboración del Dr. Di Mauro médico especialista en gestión de calidad [anexo I].

Este proceso de descentralización continuó con el establecimiento del servicio en el hospital de Durazno siguiendo la misma metodología utilizada en el hospital de Las Piedras que resultaría en la elaboración de un manual adaptado a las características de su infraestructura y recursos [anexo I].

A doce años del servicio el proceso de descentralización puede ser descrito en etapas que presentan un continuo desde sus inicios en el 2003 a la fecha.

El proceso de descentralización del SCPD en Las Piedras resultó importante porque permitió desarrollar una experiencia positiva que impulsó el proceso de descentralización. Este proceso se fue dando en un continuo durante estos años lo que permitió ir incorporando este servicio en los lugares en donde se vislumbraron oportunidades que permitieron su desarrollo.

Los criterios para dividir en etapas están relacionados con su importancia inaugural, de permanencia, asistenciales-pedagógicos, y de consolidación.

### *Etapas 1. Inicial de la descentralización, 2003*

En julio de 2003 se inicia el proceso en el hospital de Las Piedras que contaba con las condiciones para cumplir con los objetivos como ya fue explicado. Se destaca dentro de esas condiciones el liderazgo ejercido por el director del hospital de Las Piedras Dr. Carlos Strozzi, y el compromiso de los recursos humanos involucrados. Se estableció una policlínica mensual, comenzando con las cirugías coordinadas al mes siguiente. En la actualidad es una policlínica semanal.

En julio de 2004 se continúa con el proceso de descentralización estableciéndose el SCPD en el hospital de Durazno que contaba con similares condiciones y sistematización del trabajo que en Las Piedras. También destacamos aquí el compromiso de la dirección del hospital a cargo del Dr. Luis Aycaguer. El hospital de Durazno presenta una ubicación central en el territorio, hecho que se tuvo en cuenta para una posible regionalización. Se estableció una policlínica mensual, comenzado con las cirugías coordinadas al mes siguiente.

En diciembre de 2005 y 2006 se realizaron Jornadas Quirúrgicas Pediátricas en el hospital de Rivera, instancia organizada entre dicho centro y la CQP, en las que se realizó el tratamiento de un grupo de niños con patologías quirúrgicas no urgentes, distribuyendo las coordinaciones quirúrgicas en una semana. Las jornadas representaron una alternativa específica que permitió resolver en parte una demanda insatisfecha. Las jornadas se reiteraron en varias oportunidades en el período comprendido entre 2005-2014. Estas jornadas surgieron por la necesidad de resolver la demanda insatisfecha de una población pediátrica que no tenía acceso a un SCPD que atendiera niños con patología quirúrgica de baja y mediana complejidad no urgente. Resaltamos que ellas pudieron llevarse a cabo debido a la cooperación entre las instituciones ASSE y Facultad de Medicina. Estas jornadas permitieron que se pudiera desarrollar posteriormente el SCPD que hoy se encuentra establecido en los hospitales de Rivera, Bella Unión y Salto.

En 2005 a través de cirujano pediátrico local se lleva el proceso de descentralización al hospital de San José, logrando durante un año realizar una policlínica y coordinación mensual a las cuales no se les pudo dar continuidad.

#### *Etapas 2. Policlínicas periféricas en el área metropolitana, 2005*

En esta etapa se inicia el trabajo en la Red de Atención del Primer nivel de la zona metropolitana de Montevideo [RAP-Metropolitana] que incluye los Centros de Salud Ciudad de la Costa y Ciudad del Plata, a lo que se agrega el hospital de Pando. Es una etapa del servicio diferenciada de la anterior porque se descentralizan las policlínicas de la CQP desde el CHPR hacia barrios periféricos de Montevideo y ciudades cercanas del área metropolitana, realizándose la coordinación quirúrgica en el CHPR. La aprobación de la propuesta por las autoridades de la RAP hizo posible avanzar en este proyecto.

Las policlínicas están distribuidas estratégicamente en el primer nivel de atención ubicadas en los centros de salud de la RAP-Metropolitana en zonas densamente pobladas. Esto facilita la continuidad del proceso asistencial dado que hay un cirujano pediátrico referente para el niño y su familia en el lugar en donde realiza sus controles habituales, mejorando la comunicación con el equipo de salud y colegas que lo conocen.

La apertura de estas policlínicas en el área metropolitana consolidó esta etapa del proceso y permitió la instalación sistemática y progresiva de una coordinación quirúrgica en el CHPR cuyo funcionamiento paso a ser en el horario de la tarde, lo que optimizó el uso de los recursos y no alteró las coordinaciones de alta complejidad y urgentes. En ella participan los residentes de la especialidad que actúan con los cirujanos pediátricos responsables de cada policlínica periférica. Destacamos la oportunidad que les brinda la participación en estas coordinaciones quirúrgicas de baja y mediana complejidad para su formación.

Esta etapa comienza en 2005 con una policlínica semanal en el hospital de Pando, se continúa al año siguiente con una policlínica quincenal en el Centro

de Salud Ciudad de la Costa, y en 2007 con una policlínica mensual en los Centros de Salud Cerro, Misurraco, Unión y Piedras Blancas.

En 2007 Facultad de Medicina aprueba una solicitud de extensión horaria de cargo de asistente de clínica [grado 2] para integrar dos policlínicas más propuestas para la RAP de Montevideo en el «Programa de policlínicas periféricas» [anexo II]. Esto hace posible la apertura en 2008 de una segunda policlínica mensual en el Centro de Salud Cerro y una policlínica mensual en el hospital Saint Bois, en el servicio de la cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. En esta última comienza la actividad docente y de interacción con colegas y posgrados de especialidades vinculadas a la asistencia de niños: medicina familiar y comunitaria, pediatría, y estudiantes de grado [estudiantes y practicantes internos].

En el 2011 se completa esta etapa con la apertura de una policlínica mensual en Ciudad del Plata.

### *Etapa 3. Unidades Docente Asistenciales [UDA] de Cirugía Pediátrica, 2010*

En el marco de los convenios interinstitucionales entre Facultad de Medicina y ASSE, en el 2010 comienzan las actividades de los dos proyectos de UDA de la especialidad aprobados por Facultad de Medicina.

- UDA Regional Este. Cumple tareas en los hospitales de Rocha, Minas y San Carlos. Representa la primera actividad con integrantes de la CQP en la región.
- UDA Las Piedras. Donde se trabaja en forma conjunta y coordinada con la UDA de pediatría. Lo que representa un instrumento para avanzar en la tarea asistencial y desarrollar docencia.

Ambos proyectos persiguen el propósito de profundizar la descentralización, realizar docencia, extensión e investigación, además de establecer un nuevo vínculo con colegas involucrados en la asistencia del niño.

### *Etapa 4. Actividad integrada de Unidades de Cirugía Pediátrica Programada, 2011*

Esta etapa se inicia en el 2011 con la instalación del servicio descentralizado en dos regiones: Florida y regional norte compuesta por los hospitales de Rivera, Salto y Bella Unión.

En la regional norte se llega a esta instancia luego de haber tenido en años anteriores las Jornadas Quirúrgicas Pediátricas del interior realizadas en Rivera, lo que brindó una experiencia que permitió la consolidación del SCPD en los hospitales señalados.

En el caso de Florida la situación fue diferente, allí se comenzó con el servicio cuando se lo visualizó como una oportunidad para resolver la situación planteada en Durazno. Nos referimos a la situación de no contar con disponibilidad de anestésista lo que determinó un receso de un año sin coordinaciones quirúrgicas hasta que comenzaron a realizarse en el hospital de Florida.

## Funcionamiento general del SCPD

Las actividades asistenciales y docentes del SCPD están organizadas alrededor de dos tareas principales: la consulta en policlínicas de cercanía y la cirugía programada o de coordinación, lo que se denominó Unidades de Cirugía Pediátrica Programada (UCPP).

Las UDA funcionan en el marco del Programa de Formación y Fortalecimiento de Recursos Humanos de prestadores de salud de Facultad de Medicina y ASSE. Ellas pasaron a formar parte de las UCPP del lugar: UDA Las Piedras y UDA Regional Este.

El concepto de UCPP se relaciona con la posibilidad de brindar un tratamiento integral al niño que demanda asistencia. Por lo que cada UCPP tiene como objetivos:

- Lograr que cada una funcione permitiendo el tratamiento integral de los usuarios asistidos: captación, coordinación quirúrgica en el centro correspondiente, control evolutivo y seguimiento en la misma policlínica.
- Desarrollo de la actividad a cargo de un grupo de profesionales comprometidos con el proceso asistencial y de gestión clínica, favoreciendo el trabajo con equipos estables que permita una segura adaptación a cambios circunstanciales.
- Lograr el alta hospitalaria precoz antes de las 24 h de internación; [«programa de corta estadía» y programa de cirugía del día] [anexo III].
- Derivación oportuna.

Se estableció un cronograma con un número de policlínicas y coordinaciones quirúrgicas consideradas «línea de base» en función de la población de usuarios. Ella se elaboró en conjunto con las autoridades de cada unidad ejecutora haciendo una estimación de las frecuencias necesarias para gestionar eficientemente el proceso de consulta y coordinación quirúrgica. En los centros en donde las policlínicas tienen frecuencia semanal o quincenal se dispone para la consulta entre 10 a 20 números. En los centros con frecuencia mensual se trabaja a agenda abierta para no limitar el acceso a ella.

Para la coordinación quirúrgica se realizó un cronograma de fechas o días para la cirugía fijo con posibilidad de agregar fechas o reprogramarlas compensando las eventuales suspensiones.

La disponibilidad de horas de block quirúrgico en cada fecha en general es de 4 h. En cada coordinación se pueden operar de tres a cinco pacientes.

La asistencia del niño que se va operar en forma programada requiere adoptar una serie de cuidados para optimizar sus resultados. El proceso asistencial en la unidad se inicia con la consulta en policlínica, en ella se desarrollan 3 actividades: diagnóstico, prevención y promoción.

En cuanto al diagnóstico se inicia con una adecuada selección de los niños referidos y tiene como objetivo identificar patología quirúrgica y su severidad. La instancia clínica en la mayoría de los casos ofrece una alta probabilidad de

cumplir con este objetivo sin necesidad de recurrir a estudios paraclínicos. Si en la consulta no se llega al diagnóstico de patología quirúrgica el paciente es contrarreferido al colega que realizó la referencia. En los casos de duda diagnóstica se programa una nueva consulta.

El cirujano pediátrico en la policlínica de cercanía utiliza esta instancia para realizar prevención realizando un examen exhaustivo con la intención detectar otras patologías que no son el motivo de derivación pero que tienen alta prevalencia como por ejemplo: la patología herniaria (inguinal, umbilical), o genital (fimosis, criptorquidia). También debe descartar otras patologías que siendo poco frecuentes son graves y con una adecuada semiología básica pueden ser detectadas clínicamente, como es el caso de los niños con tumores abdominales de origen neoplásico.

También hace promoción cuando le explica al familiar y al niño cómo reconocer la aparición de patologías quirúrgicas frecuentes promoviendo la consulta precoz.

Si se identifica patología quirúrgica el siguiente paso es asignarle al paciente el nivel de atención en el que continuará su asistencia [anexo I], este dependerá de la edad del paciente, de sus antecedentes, y del tipo de patología que presente.

Cuando el paciente presenta una patología frecuente, no compleja ni urgente, con indicación quirúrgica el proceso asistencial continúa con el ingreso a lista de espera y posterior adjudicación de fecha quirúrgica. Para este ingreso el niño debe cumplir con los siguientes requisitos de una cirugía de corta estadía: ser mayor de un año de edad, y sano [ASA I] o tener una enfermedad sistémica leve [ASA II] según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología. Si presenta una patología compleja o urgente, o no cumple con los requisitos para la cirugía de corta estadía debe ser derivado al tercer nivel de atención del CHPR. Esta referencia es hecha por el cirujano personalmente contactándose con los cirujanos de las policlínicas de la CQP o al Departamento de Emergencias, según sea el caso.

Si el paciente tiene una patología sin indicación quirúrgica ya sea porque se puede resolver espontáneamente o con tratamiento médico, permanece en la policlínica de cercanía para seguimiento y vigilancia. En estos casos se trata de patologías con bajas probabilidades de complicaciones evolutivas lo que posibilita esta conducta expectante.

Un hecho a destacar es el desarrollo de la relación médico-paciente [niño-familia] que tuvo lugar en el proceso de instalación del SCPD, lo que propició un marco de confianza para favorecer el entendimiento del consentimiento informado y calmar ansiedades que de por sí se dan en este tipo de procedimientos quirúrgicos. Este aspecto ha sido considerado por nosotros como un objetivo prioritario a la hora de brindar una atención de calidad y humana. Motivo por el cual el procedimiento del consentimiento informado fue realizado por la CQP mucho tiempo antes de que se aprobara la Ley 18.335, cap. III consentimiento

informado, art. 16. También contempla aspectos docentes considerados importantes a la hora de formar a posgraduados y residentes.

Otro hecho a destacar que ha permitido el desarrollo de una atención más humanizada es favorecer el acompañamiento de un familiar en la sala de recuperación posanestésica del niño que va a ser intervenido, generando una experiencia gratificante para el equipo de salud, el niño y sus familiares.

### *2003 - UCPP de Las Piedras*

Localización: hospital de Las Piedras.

El proceso de la unidad en el hospital de Las Piedras pasó por tres etapas de acuerdo al cronograma de policlínicas y coordinaciones quirúrgicas planificado, estableciéndose las siguientes metas: en una primera etapa realizar una policlínica y coordinación quirúrgica de frecuencia mensual; en una segunda etapa se amplió el servicio realizándose dos policlínicas y coordinaciones quirúrgicas mensuales; en una tercera etapa se establece la UDA aumentando la frecuencia de las policlínicas y coordinaciones quirúrgicas. El establecimiento de la UDA agregó metas docentes, de extensión e investigación a la UCPP [anexo IV].

Cronograma del servicio:

Período julio de 2003-agosto de 2008.

Se realiza una policlínica de frecuencia mensual con 15 consultas abiertas y una coordinación quirúrgica mensual con disponibilidad de cuatro horas de sala de operaciones.

El equipo quirúrgico estuvo formado por integrantes de la CQP (profesor director, asistentes grado II, residentes y cirujanos pediátricos en calidad de colaboradores). Dos de los integrantes (cirujano colaborador y asistente grado II) tuvieron actividad permanente en este período. El equipo anestésico estuvo integrado en forma estable y consecutiva por dos anestesiólogos con experiencia en anestesia pediátrica.

Período setiembre de 2008-setiembre 2010.

A partir de la aprobación por parte de Facultad de Medicina de la extensión horaria de cargo de asistente grado II solicitada en el proyecto «Programa de Policlínicas Periféricas» [anexo II] se abrió una segunda policlínica mensual con la posibilidad de una segunda coordinación quirúrgica al mes. El equipo quirúrgico contó con dos integrantes estables: asistentes grado II, siendo uno de ellos el mismo de la etapa previa. El equipo anestésico estuvo integrado en forma continua y estable por una de las colegas del período anterior. La unidad comienza a integrar a niños con patología quirúrgica desde el hospital Saint Bois donde se había inaugurado una policlínica mensual, parte del programa mencionado.

Período octubre de 2010 a la fecha.

Con la aprobación e inicio de actividades de la UDA de cirugía pediátrica «Las Piedras» la policlínica de la especialidad adquiere frecuencia semanal y la

planificación de una coordinación quincenal. En 2012 participan de la actividad quirúrgica dos residentes de la especialidad. El equipo anestésico quirúrgico tiene la misma integración hasta 2012.

En 2012 durante el primer semestre participa la cátedra de Anestesiología (profesor director, profesores adjuntos y residentes) para dar continuidad a la actividad por la falta de profesional con experiencia en anestesia pediátrica en el hospital de Las Piedras. A partir de abril de 2013 a la fecha se incorpora anestesista con experiencia en anestesia pediátrica a la UCPP en forma permanente contratada del hospital.

#### *2004 - UCPP de Durazno*

Localización: UE hospital de Durazno.

Las actividades abarcan la consulta en policlínica de la especialidad y la cirugía de coordinación para los niños ingresados a través de la consulta en este centro. Esta unidad asiste a niños de los departamentos de Durazno, Tacuarembó y Flores, derivados desde policlínicas de centros urbanos y rurales.

El proceso de trabajo se describe en dos períodos.

Período agosto 2004- julio 2010.

La policlínica de cirugía pediátrica en este hospital es de frecuencia mensual a agenda abierta. La coordinación quirúrgica se realiza una vez al mes con disponibilidad de cuatro horas de sala de operaciones. El equipo quirúrgico estuvo integrado por el profesor director, dos cirujanos pediátricos exasistentes de clínica y un residente de CQP.

El equipo anestésico estuvo integrado por dos anestesistas; una de las cuales participó en el 95 % de los procedimientos; dos residentes de la especialidad participaron como colaboradoras en forma ocasional.

Período agosto 2010 a la fecha.

La actividad en policlínica se realiza con la misma frecuencia que en el período anterior. La actividad quirúrgica de esta unidad no se pudo programar desde agosto de 2010 a octubre de 2011 por la falta de disponibilidad de anestesista con experiencia en anestesia pediátrica en el hospital. A partir de noviembre de 2011 los niños de esta unidad que estaban en espera de ser operados fueron coordinados hacia la UCPP de Florida. De noviembre de 2011 a abril de 2012 las cirugías fueron realizadas en Florida. Desde mayo de 2012 a la fecha se retoman las coordinaciones quirúrgicas en el hospital de Durazno. En este período el equipo quirúrgico está integrado por dos exasistentes de la CQP que participan desde 2004 y 2008 de la actividad. Uno de los cuales participó desde el inicio de la actividad y el otro desde 2008. El equipo anestésico estuvo integrado por dos anestesistas, una de las cuales participa del 90 % de los procedimientos a la fecha. En esta segunda etapa se inicia el funcionamiento del programa de cirugía del día: la cirugía se realiza en el horario de la mañana,

posibilitando en forma selectiva y progresiva que los pacientes reciban el alta hospitalaria en la tarde.

#### *2005 - UCPP del área metropolitana de Montevideo*

Esta unidad funciona coordinando los pacientes captados en las distintas policlínicas de cercanía, ubicadas en los Centros de Salud de la RAP-Metropolitana: Unión, Misurraco, Badano Repetto, Cerro, Ciudad del Plata, Ciudad de la Costa, hospital Saint Bois y hospital de Pando, con la coordinación quirúrgica en el block central del CHPR, integrándose a los programas de corta estadía y cirugía del día [anexo III].

A continuación se describe la actividad por localizaciones:

- 2005 - Centro de salud de Pando. Con una frecuencia de policlínicas semanal. El cirujano pediátrico responsable de la policlínica es el mismo hasta la actualidad.
- 2006 - Centro de salud Ciudad de la Costa. Con una frecuencia de policlínicas de 2 por mes. El cirujano pediátrico responsable de la policlínica es el mismo hasta la actualidad.
- 2007 - Se inicia la actividad en cuatro puntos de Montevideo bajo la responsabilidad del mismo cirujano hasta la actualidad.  
2007 - Inician actividad los Centros de Salud Cerro, Misurraco, Unión y Badano Repetto, con una policlínica de frecuencia mensual.
- 2008 - Se inicia la segunda policlínica en el Centro de Salud Cerro y la primera del hospital Saint Bois. A partir del 2010 la policlínica del hospital Saint Bois pasa de una frecuencia de mensual, a una frecuencia quincenal. El cirujano pediátrico responsable de la policlínica es el mismo hasta la actualidad.
- 2011 - Centro de salud Ciudad del Plata. Con una frecuencia de policlínica mensual. El cirujano pediátrico responsable de la policlínica es el mismo hasta la actualidad.

El cronograma de cirugías tuvo una primera etapa con frecuencia variable: desde 2009 tiene frecuencia mensual, y es a partir de 2011 que la unidad del área metropolitana pasa a un cronograma de coordinaciones quirúrgicas de frecuencia semanal.

Las cirugías son realizadas por los cirujanos pediátricos responsables de cada policlínica periférica y los residentes de la CQR. El equipo de anestesia está formado por anestesistas con experiencia junto a residentes de la cátedra de Anestesia de la Facultad de Medicina de la Udelar. El control y seguimiento posoperatorio de estos niños se realiza en las policlínicas de cercanía que fueron antes enumeradas.

## 2010 - UDA Las Piedras

Localización: hospital de Las Piedras y hospital Saint Bois.

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud [SNIS] y el nuevo plan de estudio de Facultad de Medicina [plan 2008] la UDA de Las Piedras fue uno de los dos proyectos presentados por la CQP ante el Programa de Fortalecimiento y Formación de Recursos Humanos. El proyecto de esta UDA se presentó en 2009 cuando la UCPP de Las Piedras tenía seis años de actividad. El propósito, objetivos, metas e indicadores fueron establecidos en el proyecto original [anexo IV].

El contexto histórico de acuerdos entre Facultad de Medicina y ASSE ofreció una oportunidad para avanzar en la descentralización de la CQP.

La UDA brindó la posibilidad de potenciar y profundizar las actividades del servicio descentralizado, consolidando la tarea asistencial y de formación de los recursos humanos de la especialidad, al mismo tiempo abrió un espacio para la docencia a estudiantes de grado y posgrados de especialidades vinculadas en la asistencia pediátrica, fortaleciendo el trabajo y el intercambio de experiencias con colegas en el primer y segundo nivel asistencial.

Las actividades docente-asistenciales se desarrollan en el hospital de Las Piedras en las áreas de la unidad de cirugía pediátrica programada lo que permitió en sus inicios el aumento de la frecuencia mensual de policlínicas y coordinaciones quirúrgicas.

El proyecto UDA cirugía pediátrica Las Piedras-Durazno, contemplaba en sus inicios el funcionamiento de la UDA en ambos hospitales, hecho que no logró concretarse en el hospital de Durazno, a pesar de estar establecido y en funcionamiento la UCPP.

En la UDA cirugía pediátrica Las Piedras se realizaron actividades docentes específicas de las que participan colegas de la RAP-Metropolitana y profesores adjuntos de la CQP [anexo V].

Las actividades de la UDA también se desarrollan en el ámbito del hospital Saint Bois funcionando en conjunto con la cátedra de Medicina familiar y comunitaria, lo que permitió aumentar la frecuencia de consultas mensuales. Participando de estas actividades residentes de medicina familiar y comunitaria y practicantes internos.

## 2010 - UDA de cirugía pediátrica «Regional Este»

Esta fue la segunda UDA formada por la CQP, que se encuentra ubicada en los hospitales de Rocha, San Carlos y Minas, lo que habilitó el inicio de las UCPP en los correspondientes hospitales.

Cada una de las UCPP realiza policlínica y coordinación quirúrgica en el hospital correspondiente. Todas son realizadas por el mismo equipo asistencial [Prof. Agregado, tres exasistentes de CQP y en ocasiones un residente, a lo que se agrega un anestesiólogo con experiencia en anestesia pediátrica].

### 2011- UCPP de Florida

Localización: UE hospital de Florida.

Al comienzo se realizan dos policlínicas mensuales y dos coordinaciones quirúrgicas correspondientes a 30 consultas por mes y 8 h de sala de operaciones.

De noviembre de 2011 a abril de 2012 esta unidad recibe niños de la UCPP de Durazno ante la circunstancia de no tener disponibilidad de anestésista por el período de un año. El equipo anestésico está integrado actualmente por dos anestésistas con experiencia en anestesiología pediátrica. Una de las cuales trabajó previamente en la UCPP de Durazno [2004-2010], continuando su actividad en Florida. El equipo quirúrgico está bajo la responsabilidad de los dos cirujanos pediátricos de la UCPP de Durazno.

El programa que se aplica es el de «cirugía corta estadia», operándose los pacientes en el horario de la tarde, siendo dados de alta a la mañana siguiente.

### 2005 - 2015 - Región Norte-UCPP de Rivera, Salto y Bella Unión

Las UCPP de la región norte tienen el antecedente de las Jornadas: «semana de cirugía pediátrica del interior» que se desarrollan durante los años 2005 a 2014 en el hospital de Rivera, hasta el establecimiento del servicio en el 2011 en los hospitales de Rivera, Salto y Bella Unión.

El cirujano pediátrico responsable de atender a las 3 UCPP es el mismo, además de haber sido el coordinador de las jornadas que antecedieron el comienzo del SPD.

Las UCPP funcionan con una policlínica y coordinación quirúrgica semanal en Rivera, quincenal en Salto, y mensual en Bella Unión.

## Entrevista a informantes claves

Se realizaron 2 entrevistas semiestructuradas a informantes considerados claves por el compromiso con el proyecto, ellos son:

- Dr. Carlos Poggi, anestesiólogo con experiencia en anestesia pediátrica. Participó en forma activa en el proceso de instalación y desarrollo del SPD en el hospital de Las Piedras entre el 2003 a 2008, así como en la elaboración del Manual de Procedimientos de Cirugía Pediátrica.
- Dr. Luis Aycaguer director del hospital de Durazno «Emilio Penza» en el período 2000-2005, liderando los procesos de instalación y desarrollo del SPD con sus inicios en el 2004.

Las preguntas guía de la entrevista fueron:

1. ¿Qué importancia adjudica al hecho de trasladar un servicio de cirugía pediátrica programada a un lugar más cercano?

## 2. ¿Qué le ofrece a la población y al hospital la descentralización de este servicio?

Ambos entrevistados coincidieron en destacar que la descentralización del servicio significó una mejora de la accesibilidad para el usuario, así como para la CQP significó la adecuada redistribución de la coordinación quirúrgica de niños con patologías de baja y mediana complejidad no urgentes que permanecían largos períodos en listas de espera. Lo vemos expresado por el Dr. Aycaguer en:

[...] Antes de la cirugía pediátrica había un retraso muy importante, había cirugías que no se hacían, iba pasando el tiempo y eso podía llevar a complicaciones, me refiero a las operaciones testiculares, los niños con criptorquidia sin operar estaban sujetos a secuelas definitivas [...].

Se destaca de esta expresión que si bien son patologías de baja y mediana complejidad quirúrgica, y no urgentes, ellas no están exentas de morbilidad y dejadas a su evolución pueden generar complicaciones evitables mediante la realización de una cirugía oportuna.

Los entrevistados destacan la oportunidad que genera la instalación de las UCPP en los respectivos hospitales, en la formación de recursos humanos y en la satisfacción de la demanda insatisfecha de este servicio.

En palabras del Dr. Poggi:

[...] esta experiencia es de las pocas que conozco en el país y de las mejores que he visto en la que el vínculo entre Facultad de Medicina y un hospital de Salud Pública dio muchísimos resultados aunque no haya sido demasiado publicitada [...].

Del diálogo surge la importancia de la participación activa de los recursos humanos que conforman los equipos de atención en el proceso de descentralización e instalación del servicio y muestran compromiso con el proceso. De esta participación activa se destacan 2 hechos importantes: uno de ellos tiene que ver con la elaboración del manual y otro el incorporar una modalidad de trabajo innovadora y pionera en su momento como fue el favorecer la participación de los familiares en el acompañamiento en sala de recuperación postanestésica.

La Dra. Marianella Brienza anestesióloga que forma parte del equipo manifestó en un informe sobre esta estrategia de participación activa del familiar:

[...] Las madres se sintieron más tranquilas acompañando a sus hijos hasta el momento de la inducción anestésica y estuvieron menos ansiosas ya que recibieron a sus hijos en el momento del despertar anestésico [...] El contar con una sala de recuperación postanestésica ha facilitado mucho nuestro trabajo [...].

## Caracterización del servicio quirúrgico descentralizado

El servicio quirúrgico descentralizado está compuesto por 10 UCPP, que son las que corresponden a los hospitales de: Las Piedras, Durazno, CHPR, Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Unión y Florida.

Las UCPP están compuestas por las policlínicas quirúrgicas de cercanía y su correspondiente coordinación quirúrgica.

Las policlínicas de cercanía en el interior son 9 y se corresponden con los hospitales mencionados. En el caso de la UCPP Metropolitana está integrada por 8 policlínicas de cercanía, ubicadas en los Centros de salud Ciudad de la Costa, Cerro, Unión, Badano Repetto, Misurraco, Cuidad del Plata y los hospitales de Pando y Saint Bois. En total son 17 locaciones de policlínicas de cercanía.

En las UCPP el equipo quirúrgico está integrado por: 2 cirujanos pediátricos [en los centros docentes uno de ellos es residente de la especialidad], 1 anestesista con experiencia en anestesia pediátrica [en los centros docentes puede agregarse 1 residente de la especialidad], 1 instrumentista, 1 ayudante de anestesia, y 1 enfermera circulante; en el cuadro 1 se describen los recursos humanos [cirujano y anestesista] según la región y año.

Este SCPD realizó 7 jornadas que se llamaron «semana de cirugía pediátrica del interior», que se realizaron entre 2005-2014, en el hospital de Rivera. Tuvieron como propósito resolver la demanda insatisfecha de niños con patología quirúrgica de alta frecuencia y baja a mediana complejidad [cuadro 4].

En el año 2010 se incorporan al servicio 2 UDAS de cirugía pediátrica: UDA regional

Este, UDA Las Piedras, cuyo propósito fue brindar un espacio de asistencia, docencia, extensión e investigación en el área de la cirugía pediátrica.

El SCPD realizó entre los años 2003 al 2015 un total de 1369 policlínicas, que correspondieron a 11.265 consultas, con 335 fechas quirúrgicas [se tienen datos incompletos de las UCPP de la regional norte y UDA región este]; y que concluyó con 1979 niños operados [cuadro 2].

La distribución de patologías operadas según reporte de las UCPP Las Piedras, Durazno, Metropolitana y Florida fue: 194 criptorquidia, 256 fimosis, 360 hernias inguinales, 35 hernias de línea blanca, 91 hernias umbilicales, 97 hidroceles, 32 uñas encarnadas, 43 casos sincrónicos [cuando se realizan 2 procedimientos quirúrgicos por paciente en el mismo acto anestésico quirúrgico], y 63 otros [patología miscelánea] [cuadro 3].

La UDA regional este realizó un total de 186 niños operados, que correspondieron a las siguientes patologías: 48 hernias inguinales, 34 fimosis, 39 criptorquidias, 22 hidroceles, 13 hernias umbilicales, otras 15 y 8 litiasis vesiculares realizadas por cirugía laparoscópica [cuadro 4]. En total se realizaron 13 procedimientos laparoscópicos, 8 que correspondieron a niños con litiasis y 5 a niños con testículo no palpable.

En dos jornadas de cirugía pediátrica del interior, realizadas en el hospital de Rivera 2005 y 2006, se realizaron 137 cirugías, que correspondieron a 127 niños operados, porque hubo 10 casos sincrónicos [cuadro 5].

Por la UDA de Las Piedras se formaron 113 estudiantes: 33 pregrados, 46 practicantes internos y 34 residentes y posgrados [cuadro 6].

Se realizaron 8 seminarios, 4 ateneos dirigidos a los estudiantes, y 1 jornada de actualización realizada a los técnicos vinculados con la asistencia pediátrica en el primer nivel de atención [cuadro 7].

Se elaboró un manual de procedimientos de cirugía pediátrica para los hospitales de Las Piedras y Durazno.

Se incorporó una modalidad de trabajo innovadora y pionera en su momento, como fue el favorecer la participación de los familiares en el acompañamiento en sala de recuperación posanestésica.

Salvo en 2 oportunidades todos los niños recibieron el alta hospitalaria antes de las 24 h de internación.

Complicaciones y recidivas:

UCPP Las Piedras:

En el período se presentaron complicaciones en 3 niños de los cuales detallamos:

2006 - Niño de 8 años, diabético. Operado de fimosis. Presentó infección constatada al 4.º día de posoperatorio. Tratamiento con antibióticos y control en internación.

2010 - Niño de 10 años. Operado de fimosis. Presentó sangrado con gran hematoma, sufusión hemorrágica y equimosis en el pene. Reingreso a block a las 2 h de posoperatorio para hemostasis. Permaneciendo internado 72 h. Los estudios no demostraron enfermedad hematológica.

2014 - Un niño de 7 años con fimosis. Durante la inducción anestésica presentó dificultades en la ventilación, que determinaron la suspensión de la cirugía. El niño se recuperó sin complicaciones.

Hubo 3 casos de recidiva:

2012 - Un caso de recidiva de criptorquidia.

2014 - Caso de recidiva de uña encarnada.

2015 - Se identifica en el seguimiento un paciente con recidiva unilateral de criptorquidia bilateral. Operado en la unidad en 2013.

UCPP hospital de Durazno

2004 - Todos los niños recibieron el alta antes de las 24 hs de posoperatorio. Excepto un caso: niño de 9 años, SM, operado de hernia inguinal derecha en quien la estadía hospitalaria se prolongó 24 h por cifras elevadas de PA.

2005 - Recidivas. Caso de niño de 12 años. Criptorquidia derecha; niño operado en la UCPP.

2006 - Complicación. Caso de niño de 5 años operado de criptorquidia. Descripción: sangrado de herida escrotal tratado con un punto hemostático en el posoperatorio inmediato.

2008 - Complicación. Niño de 3 años, operado de hidrocele, presentó hematoma a tensión en región inguino-escrotal. Traslado al CHPR,

diagnosticándosele Enfermedad de Von Willebrand. No requirió reintervención.

2010 - Recidiva. Un caso, 9 años. Criptorquidia. Diagnóstico intraoperatorio: testículo atrófico en el canal inguinal. Tratamiento: exéresis del testículo y cordón espermático. Primera cirugía de descenso fue en la UCPP del hospital de Durazno, año 2006.

2014 - Recidiva. 14 años. Fimosis.

UCPP - Metropolitana

2011 - Un paciente operado de criptorquidia inguinal tuvo que ser reintervenido en el posoperatorio inmediato por un hematoma a tensión en la región inguinal. Recibió el alta con buena evolución antes de las 24 h.

2012 - Un paciente operado de criptorquidia inguinal desarrolló al 9.º día de la cirugía una infección de herida de escroto. Recibió tratamiento con drenaje simple y antibioticoterapia. El estudio bacteriológico aisló S Aureus sensible. Buena evolución.

UCPP - Florida

2011 - Recidiva. Niño de 10 años. Operado de criptorquidia en la UCPP de Durazno en 2007. En el seguimiento persiste la criptorquidia con testículo con disminución de tamaño. Procedimiento en esta unidad: exploración permite confirmar atrofia testicular; se realiza exéresis de restos testiculares y cordón espermático.

2015 - Complicación. Niño de 4 años. Operado de criptorquidia en febrero de 2015. Presentó infección de herida inguinal al 6.º día de la cirugía. Buena evolución con drenaje simple de la herida y antibioticoterapia.

2015 - Recidiva. Caso: En policlínica se constata en junio de 2015 que uno de los niños de esta serie presenta una recidiva de fimosis (cirugía realizada en esta unidad en 2012) por lo que se coordinará nueva cirugía.

Cuadro 1. Distribución de RRHH por región y año de incorporación al servicio

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Las Piedras													
Cirujano	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Anestesista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Durazno													
Cirujano		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Anestesista		1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Área metropolitana													
Cirujano					4	4	4	4	4	4	4	4	4
Anestesista					2	2	2	2	2	2	2	2	2
UDA reg. Este*													
Cirujano								3	3	3	3	3	3
Anestesista								1	1	1	1	1	1
Reg. Norte**													
Cirujano									4	4	4	4	4
Anestesista									3	3	3	3	3
Florida													
Cirujano									2	2	2	2	2
Anestesista									2	2	2	2	2

UDA reg. Este\*: integrada por las UCPP de Rocha, Minas y San Carlos.

Reg. Norte\*\*: integrada por las UCPP de Rivera, Salto y Bella Unión.

Observaciones:

2003-2008, Las Piedras: se integraron al equipo cirujanos docentes de la Clínica Quirúrgica Pediátrica.

2011, Las Piedras: durante 3 meses participaron 2 residentes de anestesia.

2005, Durazno: por algunos periodos participaron 2 residentes de anestesia.

2011, Durazno: no se dispone de anestesista. Periodo en el cuál no se realizan operaciones.

2011, Área Metropolitana: se incorpora un residente de cirugía pediátrica, y 1 residente de anestesia.

Fuente de datos: sistema de registros hospitalarios de ASSE

Cuadro 2. Distribución de las actividades en las UCPP 2003-2015

	Área metropolitana	Durazno	Las Piedras	Florida	Reg. Norte	UDA Reg. Este	Total
Policlínicas	911	120	253	85	s/d	s/d	1359
Consultas	5812	1681	2243	363	s/d	1166	11265
Fechas quirúrgicas	96	67	136	46	s/d	s/d	345
Niños operados	333	196	499	78	704	184	1994

UDA reg. Este\*: integrada por las UCPP de Rocha, Minas y San Carlos.

Reg. Norte\*\*: integrada por las UCPP de Rivera, Salto y Bella Unión.

Fuente de datos: sistema de registros hospitalarios de ASSE

Cuadro 3. Distribución de los niños operados según patología por año

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Criptorquidia	1	22	14	13	6	18	8
Fimosis	1	17	6	10	13	24	8
Hernia inguinal	1	33	29	27	21	25	10
Hernia de línea blanca	8	1	0	1	1	3	1
Hernia umbilical	1	0	5	12	3	5	2
Hidrocele	1	8	10	7	9	5	7
Uña encarnada	0	0	3	0	0	0	0
Casos sincrónicos*	1	2	0	5	3	8	1
Otros**	2	7	12	5	3	2	3
Niños operados	15	88	76	75	56	82	39

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totales
Criptorquidia	17	19	15	21	24	16	194
Fimosis	15	17	32	46	45	22	256
Hernia inguinal	12	34	59	56	35	18	360
Hernia de línea blanca	2	1	8	3	4	2	35
Hernia umbilical	2	11	13	11	15	11	91
Hidrocele	5	5	13	15	8	4	97
Uña encarnada	3	3	3	7	9	4	32
Casos sincrónicos*	2	2	5	9	2	3	43
Otros**	4	7	7	4	5	2	63
Niños operados	57	94	147	156	136	75	

Sincrónicos\*:

Otros\*\*:

No se incluyen datos de UCPP Reg. Norte, UCPP Reg. Este por no contar con los datos.

Se excluyen las jornadas cuyos datos son presentados en el cuadro 4.

Fuente de datos: sistema de registros hospitalarios de ASSE

Cuadro 4. Distribución de procedimientos realizados en UDA cirugía pediátrica. Regional este

Procedimientos	2010 -2015
Hernia inguinal	48
Fimosis	34
Criptorquidias	39
Hidrocele	22
Hernia umbilical	13
Litiasis vesicular (laparoscópico)	8
Hernia línea blanca	4
Otros	15

Fuente de datos: sistema de registros hospitalarios de ASSE

Cuadro 5. Resumen de las jornadas en regional norte, 2005-2006

Fecha	5 al 9 dic 2005	4 al 9 dic 2006	
Lugar	Hospital de Rivera	Hospital de Rivera	Total
Niños operados	56	71	127
Cirugías	62	75	137
Sincrónico	6	4	10
Hernia inguinal	22	23	
Criptorquidia	11	9	
Hernia línea blanca	6	1	
Hidrocele	4	6	
Fimosis	11	13	
Hernia umbilical	2	1	
Uña encarnada	0	3	
Otros	8*	15**	

Otros\*: tumoración de pierna, quiste dermoide, 2 hernias crurales, lipoma de dorso, quiste cebáceo, quiste tirogloso, varicocele.

Otros\*\*\*: 2 pilomatrixoma, 3 lipomas, quiste dermoide, 2 litiasis vesicular, 2 quiste tirogloso, varicocele, ginecomastia, nevo, hernia crural.

Fuente de datos: sistema de registros hospitalarios de ASSE

Cuadro 6. Distribución de estudiantes según año de la UDA Las Piedras

N.º de estudiantes	2010 [6 meses]	2011	2012	2013	2014	2015 [6 meses]	Total
Grado	0	4	12	12	5	0	33
Internos	7	13	3	14	3	6	46
Posgrado / residentes	5	4	11	6	4	4	34
total	12	21	53	32	12	10	113

Fuente de datos: informes UDA

Cuadro 7. Distribución de actividades académicas por año

	2010	2011	2013	2014
Seminarios	Hernia inguinal		Dolor abdominal	Cirugía pediátrica de patologías frecuentes
	Fimosis			Cirugía pediátrica de patologías frecuentes
	Criptorquidia			
	Tumoraciones abdominales			
	Síndrome escrotal agudo			
Ateneos	Complicaciones quirúrgicas de las neumonías	Tratamiento quirúrgico actualizado de las complicaciones de las neumonías	Empiema paraneumónico	
			Invaginación intestinal	
Jornada		Patología quirúrgicas pediátricas frecuentes en el primer nivel de atención		

Fuente de datos: informes UDA



# Discusión

Los resultados expuestos demuestran que el proceso de descentralización de la cirugía pediátrica en el Uruguay es una realidad que comenzó hace 12 años. En este proceso de descentralización queda demostrado el rol protagónico que tuvo y tiene la CQP, que con su fuerza de convocatoria integró a las autoridades y RRHH involucrados. A su vez esto permitió que en la mayoría de los lugares donde se establecieron las UCPP, ellas continúen al día de hoy funcionando. Solo en San José no se pudo sostener el funcionamiento de la UCPP por más de un año.

Los resultados obtenidos en cuanto a cirugías realizadas muestran a lo largo del tiempo un aumento de ellas lo que se encuentra en consonancia con el aumento de las UCPP. En cuanto a la distribución de las patologías resueltas es la esperable según la casuística internacional. Las más frecuentes son: hernia inguinal, fimosis, criptorquidia en este orden.

Los casos de niños con recidivas y complicaciones fueron pocos y puntuales, reseñándose en la exposición de resultados. Se puede observar que los niños que tuvieron complicaciones presentaron comorbilidad no detectadas por la clínica. Es de destacar que no hubo complicaciones graves y no hubo mortalidad en estos 12 años de funcionamiento. Además del hecho de haber cumplido la meta de otorgar el alta antes de las 24 h de internación en todos los niños excepto 2.

La participación de la clínica cuyo rol es la formación de recursos técnicos propició la integración de las UDA al SCPD, lo que a su vez apoyó la consolidación de la descentralización. Por este servicio participaron estudiantes de grado, posgrado, y diferentes técnicos que están vinculados al servicio.

Un hecho a destacar son las jornadas de cirugía pediátrica en el interior, realizadas en Rivera, que permitieron generar las condiciones para el establecimiento de las UCPP de la regional norte.

Se elaboró un manual en el que intervinieron los recursos humanos involucrados en el funcionamiento de la UCPP de Las Piedras y Durazno lo que generó un mayor compromiso de los funcionarios y autoridades al sentirse parte del proyecto. Sin duda esto ha tenido que ver con el cumplimiento de las metas propuestas.

Uno de los aspectos de mayor satisfacción para la CQP es haber generado a través de este servicio un ámbito para mejorar la relación médico-paciente [binomio niño-familia] mediante modalidades innovadoras como lo es el acompañamiento del niño por uno de sus familiares en la sala de recuperación posanestésica. Las entrevistas con informantes claves reflejan la satisfacción por parte del usuario y de los técnicos del servicio por la tarea cumplida. Resulta importante lograr estos espacios para trabajar las actitudes que vinculan al niño,

su familia y los integrantes del equipo de salud. Considerando que proponer y realizar un acto anestésico-quirúrgico a un niño es una situación de estrés emocional y angustia especiales, estas estrategias son imprescindibles en la búsqueda de buenos resultados del proceso asistencial en su globalidad.

# Conclusiones

El análisis de este proceso permite observar en su desarrollo longitudinal cómo los acontecimientos de carácter social, económico, cultural, sumados a los cambios en el sistema de salud y académicos han incidido y marcado su evolución, adaptación y perspectiva a futuro.

El desarrollo de la descentralización de la cirugía pediátrica es un proceso que comenzó hace 12 años liderado por la clínica quirúrgica pediátrica y que logra eco en las autoridades de ASSE. Hoy se encuentra consolidado y en pleno funcionamiento por lo que podemos afirmar que el propósito inicial ha sido alcanzado.

Este servicio fue resolviendo la demanda insatisfecha de una población de niños con las patologías quirúrgicas prevalentes disminuyendo los tiempos y listas de espera para su resolución. Por lo cual los resultados se consideran positivos porque la experiencia logró alcanzar un servicio de cercanía para el usuario y su familia, al tiempo que descongestionó el CHPR.

Como surge del análisis del proceso, funcionamiento y caracterización del SCPD, cada etapa ha contribuido al fortalecimiento global de este generando la experiencia necesaria para continuar el proceso.

El liderazgo ejercido por la CQP lo consideramos de vital importancia a la hora de generar estrategias para desarrollar el proyecto. La CQP hizo énfasis en que la elección de cada lugar en que se instaló y desarrolló este servicio fuera el resultado de una observación cuidadosa y una evaluación de factibilidad. La mayoría de los proyectos presentados ante las autoridades tuvo su ejecución, excepto la UCPR de San José y el proyecto de cirugía pediátrica de urgencia propuesto para Salto, sitios en donde no fue posible crear contextos de permanencia.

Para alcanzar los objetivos y metas en cada unidad resultó imprescindible el compromiso de personas que lideraron el proceso y lo hicieron sustentable. La participación de recursos humanos muy involucrados con el servicio fue importante para su desarrollo, hecho que propició en forma activa la clínica durante todo el proceso. Como lo muestra el hecho de que una de las primeras propuestas de la clínica fue la elaboración de un manual de procedimiento, que se realizó con la participación de los funcionarios y autoridades. La elaboración de este manual permitió el protagonismo de todos los actores en el proceso empoderándose de este.

En algunos lugares, como en la región norte, el antecedente de las jornadas quirúrgicas creó las condiciones y la experiencia para la instalación de las UCPR. Experiencia que consideramos importante y a tener en cuenta para replicar en otros lugares antes de la instalación de las UCPR.

Es de destacar el desarrollo de una propuesta innovadora como fue el proyecto de sala de recuperación posanestésica originalmente instalado en el hospital

de la Piedras donde sigue funcionando. Posteriormente lo incorpora Durazno y lo extiende facilitando el ingreso del familiar a la inducción anestésica.

En el mismo sentido se considera clave la solicitud del consentimiento informado, de cuya importancia da cuenta la incorporación de este en el manual, dado que y más allá de los aspectos formales, es una herramienta que puede generar una instancia de entendimiento y acuerdo mediante el diálogo entre médico, niño y familia, que además de favorecer la calidad de la asistencia es formativa para los recursos humanos que lo solicitan.

## Recomendaciones

La experiencia acumulada nos permite realizar las siguientes recomendaciones:

- Mantener, profundizar, y continuar desarrollando el proceso de descentralización de la cirugía de alta prevalencia.
- Mantener al CHPR como un hospital de referencia de los niños con la patologías oncológicas, malformativas o complejas.
- Incluir a otros hospitales como centros de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las patología de mayor complejidad y urgentes.
- Integrar a los niños con patología urológica a programas y estrategias de descentralización.
- Diseñar y aplicar estrategias a nivel nacional para la resolución del tratamiento del niño traumatizado.



# Bibliografía

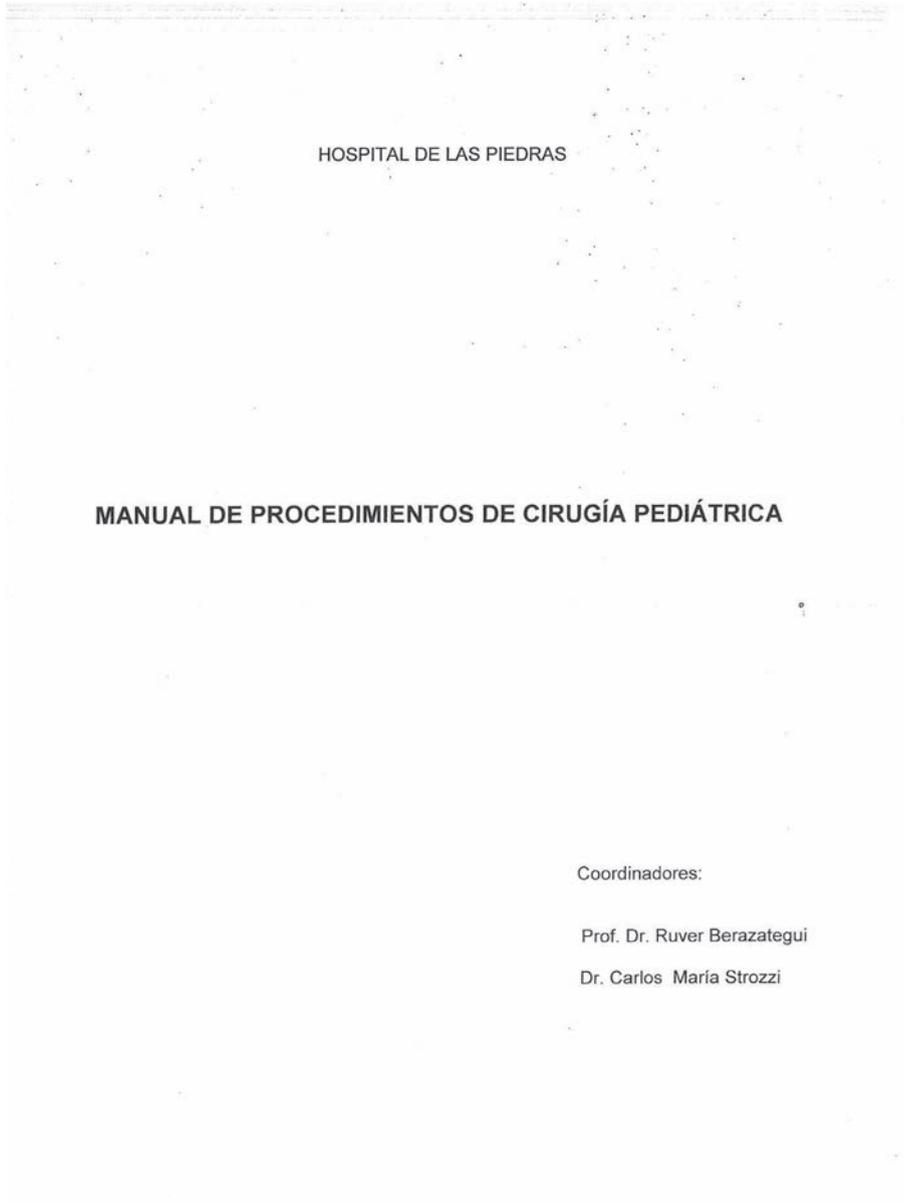
1. OCAMPO-RODRÍGUEZ MV, BETANCOURT-URRUTIA VF, MONTOYA-ROJAS JP, BAUTISTA-BOTTON DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud \*. Rev Gerenc Polit. 2013; 12(24):114-29.
2. FERNÁNDEZ CR, SÁNCHEZ RM, SANTOS LR, ZUBILLAGA DM, BLÁZQUEZ CI, FERNÁNDEZ LMR. Actuaciones quirúrgicas en nuestro medio. BOL PEDIART. 2008;48(203):46-51.
3. TRIGO, M; BARQUIN, M; GUTIERREZ L. Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA 1994-2000. 2001. p. 160-6.
4. DE DIEGO GARCIA, EM; FERNANDEZ JIMENEZ, I; SUAREZ CASTAÑO, C; TRUGEDA CARRERA, MS; SANDOVAL GONZALEZ F. Cirugía mayor ambulatoria en Pediatría. ¿En qué consiste lo que hacemos? Bol LA Soc Pediatr Astur [Internet]. 2001;41:83-90. Available from: <papers://f7b23c6f-0246-4d75-bb14-82282839a9d7/Paper/p4152>.
5. LANDA GG, PRADO C, AZCONA I, SÁNCHEZ C. ¿Cirugía infantil ambulatoria?: 25 años de experiencia\*. Cir Pediatr 2000. 2000;13(4):159-63.
6. ASPIAZU DA, SOARES A, ROLDÁN S, CABELLO R, GRACIA A, AGUSTÍN JC DE. ¿Cuándo derivar un paciente al cirujano pediátrico? Cir Pediatr 2012. 2013;25(4):177-81.
7. LÓPEZ ÁLVAREZ-BUHILLA P, ASTIGARRAGA AGUIRRE I, TORRES PIEDRA C, AZCONA ZORRILLA MI, OLAIZOLA MENDIBIL A, LATORRE GUIASOLA M. Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos. Rev Calid Asist. 2009;24(6):239-44.
8. RUBIO DM, GENTILE J, GUTIÉRREZ V, DÁVILA M. Manejo del paciente quirúrgico en un programa de hospital de día. Rev Cir Infant. 2003;13:42-6.
9. LARRE BORGES U, PETRUCCELLI D, NISKI R, FOSMAN E, AMOZA B, MARGOLIS A, ALVARIÑO F Y RÍOS G. «El desarrollo profesional médico continuo en el Uruguay de cara al siglo XXI». Rev Panam SAul Publica /Pan Am J Public Health 13(6) 2003.
- 10 LAZAROF L. Principales aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico del sector salud. Montevideo. 8.ª Convención Médica Nacional. Aportes para la discusión. 2004.



# Anexos

## Anexo I

Manual de procedimientos de cirugía pediátrica - Las Piedras 2003



### **Autores:**

(por orden alfabético)

Berazategui, Ruver  
Berch, Hagobian  
Jiménez, Juan José  
Martino, Marcela  
Moreira, Laura  
Noya, Beatriz  
Poggi, Carlos  
Strozzi, Carlos  
Viera, María de los Angeles

Muchas personas han colaborado para concretar la realización del presente manual, entre ellas queremos agradecer especialmente a Ana Cristina García y Esmeralda González.

## **PROLOGO**

En el contexto de la descentralización propugnada por el M.S.P.-A.S.S.E., hace varios meses trabajamos con un doble fin, a) mejorar la capacidad de resolución de la cobertura asistencial del Hospital de Las Piedras y b) promover la descentralización de la Cirugía Pediátrica.

Para el planteo, contábamos con la necesidad de la población local, que presenta como característica una población infantil muy grande y creciente, sumado a la gran dificultad para el traslado que crea en las familias una situación de estas características (necesidad de una Cirugía), más la voluntad expresa de todos los intervinientes de llevarlo a cabo en nuestro centro.

El marco del convenio entre Facultad de Medicina y M.S.P.- A.S.S.E. fue la herramienta ideal para plantear el desarrollo de estas actividades conjuntas.

Así, luego de varios meses intensos de trabajo de equipo; llegamos a la concreción de este Manual de Procedimientos en Cirugía Pediátrica en el Hospital de Las Piedras, que presentamos hoy con la satisfacción que da el alcanzar un objetivo propuesto, en forma colectiva, (como se desprende de su lectura) y con la aspiración de que la evaluación continua permita mejorarlo.

Prof. Dr. Ruver Berazategui

Dr. Carlos Strozzi

Las Piedras, Diciembre del 2003.

## **RESUMEN DEL DESARROLLO DEL MANUAL**

El niño es derivado por el Pediatra tratante a la Policlínica especializada de Cirugía Pediátrica que se realiza los segundos Sábados de cada mes, en el área policlínicas del Hospital.

Luego de ser visto, si tiene indicación quirúrgica, deberá dirigirse al Departamento de Registro Médicos donde le asignarán día y hora para el ingreso a sala de internación. Se le entregará por escrito todo lo necesario para los cuidados previos a la misma, recomendaciones, insumos, etc.

El día fijado para la operación, concurrirá a Registros Médicos nuevamente, donde se registrará el ingreso y desde donde será conducido a sala por personal de enfermería. Así se le realizarán los controles necesarios y será visto por Anestesiista previo al ingreso a Block.

Una vez en Block, se cumplirán todas las etapas de recibimiento, preparación, ingreso a sala de operaciones, luego será trasladado a recuperación, junto a su madre o el familiar dispuesto para ello, quien se mantendrá con el niño. Luego del alta anestésica será llevado a sala de niños donde completará su recuperación hasta el alta a domicilio. Concurrirá a la policlínica de Cirugía Pediátrica a los siete días para el control.

## POLICLINICA DE CIRUGÍA

Con el pase correspondiente, o pacientes citados a control por la misma policlínica se verán niños con eventual patología quirúrgica.

Se realizará diagnóstico de enfermedad quirúrgica y su necesidad de resolución en el Hospital de Las Piedras y/o en el Hospital Pereyra Rossell.

Los niños que serán resueltos en el Hospital de Las Piedras son: mayores de 1 año, con patologías comunes (hernias – fimosis criptorquidias, etc.) y que cumplen además las pautas anestésicas referidas en el ítem correspondiente.

Resueltos quirúrgicamente serán evaluados en Policlínica a la semana siguiente de la cirugía.

Aquellos pacientes que no entran en la pauta se realizará una coordinación con el Centro Hospitalario Pereyra Rossell.

## **HOSPITAL DE LAS PIEDRAS**

### **CIRUGIA PEDIATRICA**

#### **Participación del Servicio de Pediatría**

##### **Consulta Quirúrgica Pediátrica**

Los Pediatras que asisten en Policlínica así como aquellos que atienden la Consulta de Urgencia derivarán a la consulta de Cirugía Pediátrica todos aquellos casos que requieran consulta quirúrgica sin urgencia.

Los pacientes se anotarán para la Policlínica de Cirugía Pediátrica en la Oficina de Registros Médicos del Hospital de Las Piedras, en los horarios establecidos a esos efectos.

La consulta la realizan los Cirujanos Pediatras los segundos sábados por el 2004 de cada mes en los consultorios dispuestos a tales efectos en el área ambulatoria del Hospital de Las Piedras

Patología de consulta frecuente que deben ser derivadas a Policlínica Quirúrgica Pediátrica.

- Hernia inguinal no complicada
- Criptorquidia
- Fimosis
- Tumoraciones subcutáneas
- Sangrados digestivos bajos no urgentes
- Estreñimiento (derivación de Policlínica gastroenterológica pediátrica)
- Dolor abdominal recurrente
- Postoperatorios de patología quirúrgica mayor
- Y toda patología que el pediatra considere pertinente

Se derivará al Hospital Pereira Rossell aquella patología quirúrgica que por la entidad o la urgencia no puedan aguardar una consulta de coordinación.

Aquel Pediatra que desee evaluar su paciente en conjunto con el Equipo Quirúrgico concurrirá el día de atención a la Policlínica. El Equipo Quirúrgico considera esta eventualidad como un hecho fundamental de trabajo, intercambio y docencia.

#### **Post operatorio.**

El Pediatra de Guardia de los días sábado realizará a solicitud del Cirujano Pediatra la evaluación de los pacientes a intervenir si detectaran alguna patología intercurrente que pueda afectar el acto quirúrgico.

Durante el período postoperatorio, se deberán controlar los signos vitales, estado de conciencia, tolerancia digestiva, sangrados, dolor, dificultad respiratoria, hipertermia, coloración e hidratación.

El Equipo de Cirugía podrá consultar sobre la evolución de los pacientes intervenidos, con el Pediatra de Guardia quien deberá informarle al respecto.

De considerarlo necesario, el Pediatra informará, personalmente, de la evolución del paciente al Cirujano responsable del mismo, comunicándose a los teléfonos que el Equipo de Cirugía deje a tales efectos. El objetivo es que frente a una complicación real, o la sospecha de una potencial, **o ante cualquier duda**, se informe y consulte al Cirujano responsable del paciente.

Si por alguna causa mayor, no pudiera realizarse esta comunicación, excepcionalmente deberá consultar telefónicamente a un Cirujano Pediatra de Guardia en el Hospital Pereira Rossell.

## **NORMAS PARA PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA**

### **PARA COORDINACIÓN DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

#### **HOSPITAL DE LAS PIEDRAS – AÑO 2003**

##### **Preoperatorio**

El anestesiólogo realiza la valoración preanestésica de los pacientes referidos por la policlínica de cirugía pediátrica.

La valoración consiste en el interrogatorio a los padres y eventualmente al niño en lo referente a antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, así como antecedentes anestésico-quirúrgicos.-

Se realiza el examen físico con énfasis en aspectos vinculados a la anestesia.

Se solicitan exámenes paraclínicos o interconsultas solamente por requerimientos de valoración de patologías o situaciones especiales del paciente. En ese caso se coordina nueva consulta en policlínica anestésica para revaloración.-

La consulta en policlínica se aprovecha para realizar el primer contacto con el paciente, lograr su aceptación, realizar las explicaciones correspondientes sobre los procedimientos al niño de acuerdo a su edad, familiarizándolo con los materiales (máscaras, circuitos anestésicos, etc.) así como a sus padres, de modo de despejar sus interrogantes y disminuir su ansiedad frente al acto anestésico quirúrgico. Interesa disminuir la aprehensión del paciente y lograr ser recordados en el momento de la intervención ya que es fundamental que el anestesiólogo que efectúa la valoración preanestésica sea el que realiza la anestesia al niño.-

Se incluyen para coordinación de cirugía pediátrica los pacientes que cumplen los siguientes requisitos:

1. Niños con riesgo quirúrgico ASA I o ASA II de la Clasificación de Estado Físico propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA): - ASA I: paciente sano, normal.-

- ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve

2. Ausencia de accidentes anestésicos familiares.-
3. Ausencia de complicaciones anestésicas en cirugías anteriores.-
4. Ausencia de intubación orotraqueal dificultosa conocida o potencial.-
5. No estar recibiendo medicamentos que puedan estar interfiriendo la cirugía y/o anestesia.-
6. Ausencia de antecedentes familiares o personales de enfermedades metabólicas, neuromusculares y hemorragias.-

### **Intraoperatorio**

El día de la intervención el paciente ingresado a sala de internación es visitado por el anestesiólogo actuante. Se evalúa la presencia de enfermedades intercurrentes, en especial patología infecciosa, que eventualmente obliguen a diferir la oportunidad operatoria de la cirugía de coordinación. También se evalúa el cumplimiento del ayuno de acuerdo a las pautas:

Ayuno previo indicado según la edad del paciente

<b>Edad</b>	<b>Sólidos y leche</b>	<b>Líquidos claros</b>
Menores de 6 meses	4 horas	3 horas
6 meses a 3 años	5 horas	4 horas
Mayores de 3 años	6 horas	6 horas

También se aprovecha esta visita en el preoperatorio inmediato para reforzar la vinculación y confianza del niño en el anestesiólogo actuante, lo que en definitiva redundará en la calidad de la anestesia al disminuir el temor del niño ante una situación no conocida.-

El paciente ingresa a sala de operaciones a través de la sala de recuperación postanestésica a la cual vuelve luego de la intervención quirúrgica.-

### **Postoperatorio**

El paciente pasa desde sala de operaciones a sala de recuperación postanestésica cuando está despierto o despertando reactivo, ventilando al aire con saturación de O<sub>2</sub> satisfactoria, dinámica ventilatoria adecuada y hemodinamia estable satisfactoria.-

La sala de recuperación postanestésica cuenta con equipo completo de monitorización, así como con equipo y materiales de reanimación.-

En el intraoperatorio así como en el postoperatorio inmediato y tardío se cumplen las pautas de analgesia vigentes en el Hospital Pereyra Rossell, que se adjuntan.-

En sala de recuperación postanestésica el niño está alojado con su madre y controlado por personal de enfermería.-

El alta a sala general se otorga según los criterios siguientes:

- Signos vitales normalizados
- Paciente vigil
- Reflejos intactos con capacidad de tragar, toser, etc.
- Ausencia de náuseas y vómitos
- Ausencia de dolor intenso

Durante todo el período de internación el niño queda bajo supervisión anestesiológica, tanto en forma directa como posteriormente por vía telefónica, así como por el anestesiólogo interno de guardia. El alta anestesiológica la otorga el anestesiólogo actuante cuando lo considera oportuno.-

El anestesiólogo encargado de la coordinación de cirugía pediátrica realiza charlas programadas con el personal de enfermería de sala de operaciones e internación para interiorizarlo del manejo pediátrico, familiarizándolo con el material, los protocolos y procedimientos anestésicos, así como el manejo y tratamiento de eventuales complicaciones.-

El Servicio propenderá en un futuro cercano a lograr la instrumentación de un régimen de anestesia ambulatoria y cirugía de día con los consiguientes beneficios para los pacientes y para la institución.-

Estas normas son dinámicas y se modifican de acuerdo a sugerencias del equipo multidisciplinario que interviene en la atención quirúrgica infantil en el Hospital de Las Piedras.-

## **PROCOLO DE ANALGESIA PARA CIRUGIA PEDIATRICA**

### **INTRAOPERATORIO**

- **Opiáceos: Fentanyl:** 1 a 4 microgramos/kg al comienzo de la cirugía
  
- **AINE: Ketoptofeno:** 1,5 mg/kg I/V diluidos en 1,5 mg/kg de suero
  - **Dipirona:** 20 a 30 mg/kg I/V

### **POSTOPERATORIO**

- **AINE: Ketoptofeno:** 1,5 mg/kg I/V diluidos en 1,5 mg/kg de suero
  - **Dipirona:** 20 a 30 mg/kg I/V cada 6 horas y luego V/O 10 mg/kg
  - **Ibuprofeno:** 4 a 10 mg/kg dosis cada 6 a 8 horas V/O

## **MANUAL DE POLICLINICA DE CIRUGIA PEDIATRICA**

- EL PACIENTE CONURRE CON LA ORDEN DE INTERNACION HECHA POR EL CIRUJANO, PARA QUE SE LE OTORQUE DIA Y HORA PARA SU INGRESO A CIRUGIA SE VERIFICA QUE TENGA EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FIRMADO POR EL ADULTO RESPONSABLE.
  
- RECIBIMOS AL PACIENTE EL DIA CITADO A LA HORA 6, SE CONFECCIONA LA BOLETA A SALA, Y SE ADJUNTA LA HISTORIA CLINICA DE POLICLINICA.
  
- LOS PACIENTES SON LLEVADOS POR LA ENFERMERIA DE PISO PARA SU INGRESO A SALA.
  
- AL MOMENTO DEL ALTA, LA HISTORIA CLINICA DE INTERNACION ES LLEVADO AL ARCHIVO POR EL FUNCIONARIO DE REGISTROS MEDICOS, VERIFICANDO QUE TENGA EL FORMULARIO DE RESUMEN QUIRURGICO PEDIATRICO, CORRECTAMENTE LLENADO POR EL CIRUJANO QUE FIRMO EL ALTA.
  
- POSTERIORMENTE YA EN EL ARCHIVO, SE ORDENA LA HISTORIA GENERADA EN SALA, SE INCORPORA A LA HISTORIA DE POLICLINICA, SE PROCEDE A LA CODIFICACION DE LA MISMA POR DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, CON FINES ESTADISTICOS, Y FINALMENTE SE ARCHIVA.

HOSPITAL LAS PIEDRAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL  
CUIDADO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A  
CIRUGÍA GENERAL**

El Servicio de cirugía pediátrica realiza una policlínica mensual donde se evaluará al paciente y se le indicará la posterior cirugía.

Las condiciones para el ingreso en este protocolo de atención son:

1. Niños mayores de 1 año.
2. Riesgo anestésico evaluado por anestesista dentro de las pautas mencionadas en el ítem preoperatorio.
3. Patologías comunes (hernias inguinales, hidrocele, criptorquidias, fimosis, etc.)

La Cirugía se realizará de acuerdo a la fecha indicada.

Control postoperatorio en una semana.

#### **Consulta en Policlínico Central**

1. En policlínica central, los usuarios derivados por el pediatra tratante consultan con cirujano pediátrico.
2. En departamento de archivo médico se le otorga número para acceder a dicha consulta en policlínica.
3. Si es mayor de 1 año y el tipo de cirugía se realiza en el centro, comienza la coordinación de la cirugía con la Licenciada en Enfermería de policlínica central.

#### **Valoración Inicial e Intervenciones Psicosociales de Enfermería**

Todo paciente debe ser tratado como persona con miedos y esperanzas que difieren de los que siente cualquiera de sus semejantes. La comprensión y el auxilio pueden obligar al uso de técnicas y procedimientos distintos de los requeridos con otro. Dedicar tiempo suficiente a responder preguntas y brindar apoyo psicológico son la mejor garantía de que el post-operatorio siga un curso más tranquilo. El paciente duerme mejor, recuerda menos imágenes atemorizantes, necesita menos anestésicos y analgésicos, se recupera con mayor rapidez y puede volver mas pronto a su hogar.

### **Consentimiento Informado**

El Consentimiento Informado, es leído y explicado en la consulta en policlínica por el cirujano pediátrico, y posteriormente firmado por el padre, madre o tutor del niño al cual se le realizará el acto quirúrgico, luego se coloca el mismo en la historia clínica del paciente.

Entre los principales diagnósticos de enfermería en el preoperatorio, a partir de los datos de la valoración inicial del sujeto quirúrgico, pueden incluirse los siguientes:

#### **1.- Diagnósticos de Enfermería**

**Déficit de conocimientos sobre las técnicas y protocolos preoperatorios, así como los resultados esperados en el postoperatorio.**

Intervenciones de Enfermería

- Ampliación de conocimientos (paciente y familia) sobre los diversos aspectos de la rutina preoperatoria, tales como la hora de la operación, restricciones de sólidos y líquidos, tipo de anestesia, entorno de la sala de anestesia y reanimación, tipo de herida.
- Se entrega a padre, madre o tutor instructivo preoperatorio, acompañando de una breve entrevista con la Lic. Enfermería de policlínica.

#### **2.- Diagnósticos de Enfermería**

**Angustia ante la experiencia quirúrgica (anestesia y dolor), los resultados de la operación y desapego, vinculado a la hospitalización.**

Intervenciones de Enfermería:

- Disminución de la angustia en el preoperatorio, la enfermera debe ser tolerante y comprensiva.

- Precisar la participación e importancia de la familia del enfermo o de las personas que le son significativas. También se identifican el valor y la confiabilidad de todos los sistemas de apoyo de que dispone.
- Acordar con usuario y padres la importancia de permanecer acompañado.
- Determinar grados de responsabilidad compartida y aspectos legales paternos intransferibles.
- Seleccionar y acordar con usuario y familia quien es el acompañante más eficaz y con mayor apego para esta etapa que lo acompañará en la recuperación anestésica.
- Ofrecer ayuda emocional y apoyo afectivo para esta etapa a usuario y padres.

#### **Valoración General**

1. Determinar antecedentes personales: enfermedad actual o motivo quirúrgico, enfermedades anteriores, intervenciones quirúrgicas anteriores, plan de inmunizaciones, antecedentes de alergia y farmacoterapia actual.
2. Conocer la constitución de la familia.
3. Definir con el usuario y la familia los conocimientos sobre la intervención a que será sometido.
4. Informarse sobre patrón de consulta médica periódica.
5. Valoración sistémica: nutricional, respiratoria, cardiovascular, tegumentaria.
6. Conocer etapa de desarrollo y crecimiento, actividad educativa formal y de recreación.
7. Establecer condición psicoemocional al ingreso y próximo al acto quirúrgico.
8. Conocer patrones de descanso y sueño, alimentación, última ingesta, calidad de la misma y patrones de eliminación intestinal.
9. Recoger información sobre exámenes realizados en forma ambulatoria si los tuviera.

#### **Preoperatorio:**

##### **Pasos a seguir el día de la cirugía:**

1. Los pacientes pre-operatorios ingresan desde archivo, con la historia clínica anterior, al

servicio de internación.

2. Es notificado el ingreso del mismo por personal de archivo a enfermería de internación para que busque dichos pacientes, los dirija a piso y los ubique en la habitación.
3. Una vez ubicado en la sala, la enfermera realizará los controles vitales de los pacientes y la antropometría, registrara los mismos en la cuadrícula de la historia clínica.
4. Se realizará valoración de horas de ayuno.
5. Se le informará al paciente y acompañante que deben bañarse antes del acto quirúrgico y se le entregará la ropa de block quirúrgico a ambos. El baño del mayor será de la persona que lo acompañe en la recuperación post-anestésica. Deberá ser acompañado por el familiar con mayor apego y el más eficaz.
6. Estimular al usuario que orine antes de entrar a block quirúrgico.
7. Estimular que sea acompañado por sus padres hasta la puerta de block quirúrgico.

#### **Ingreso al block quirúrgico**

El ingreso de los niños a block quirúrgico, es desde el sector de recuperación.

Si en la valoración inicial de los niños impresionan cambios clínicos con respecto a los hallados en el sector de internación, se verificarán los mismos en el sector de recuperación.

Oportunamente se lleva al niño a sala de operaciones, donde es recibido por el equipo anestésico. Inicialmente se comienza la anestesia con máscara, luego se realiza la colocación de un acceso venoso.

Realizada la intervención quirúrgica, el niño es trasladado al sector de recuperación donde es esperado por su madre para el despertar anestésico, donde permanece monitorizado y bajo el cuidado directo de enfermería hasta que el Anestésista determine su traslado a sala de internación.

La muestra de afecto por parte de los padres durante la hospitalización de los niños disminuye el impacto emocional que ocasiona la separación de estos al ingresar a block.

Es importante también observar la reacción de los padres cuando su hijo ingresa a sala de operaciones, ya que en ese momento suelen sentir ansiedad, temor a lo desconocido, etc.

Por lo antes mencionado es importante que el equipo de salud brinde un adecuado apoyo emocional tanto al paciente como a la familia.

### Controles Postoperatorios:

Conciencia	}	Al ingreso
Pulso		A los 15'
Presión Arterial		
Saturometría		Al alta
Náuseas-Vómitos		
Diuresis		

SIEMPRE ANOTAR

### POST OPERATORIO

#### 1. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

##### Dolor relacionado con el trauma quirúrgico.

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Obtener la historia algica: localización, carácter, intensidad, frecuencia, duración signos y síntomas asociados y medidas de alivio usadas.
- Valorar la presencia de indicadores no verbales del dolor, tales como agitación, tensión, contorsión, diaforesis, posición de defensa, taquipnea, taquicardia, e hipotensión.
- Reevaluar repetidamente el dolor para prevenir interpretar erróneamente su gravedad. Buscar apoyo psicológico en los colaboradores.
- Reducir los factores que pueden aumentar el dolor, como la ansiedad, el aislamiento, el temor a que aumente el mismo y la fatiga. Transmitirle la sensación de que no está solo y establecer el objetivo de prevenir el dolor. Animar al paciente a descansar lo

suficiente. Controlar los factores ambientales, como el ruido, la temperatura, la iluminación cuando sea posible.

- Trabajar con el paciente para identificar formas de controlar el dolor. Usar términos positivos y el poder de la sugestión. Probar distintos métodos para el control del dolor.
- Colocar al paciente en la posición adecuada para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa. Animar al paciente a adoptar una posición cómoda.
- Animar al paciente a usar la distracción como método para el control del dolor.
- Administrar y registrar los analgésicos preescriptos según indicación médica, mientras se controla la aparición de efectos secundarios.

## **2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

**Patrón respiratorio ineficaz por la administración de anestésicos en el intraoperatorio.**

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Controlar la saturación de oxígeno al egreso de block quirúrgico, si se considera necesario.
- Colocar al usuario en semipronación con cabeza y cuello lateralizados de 30 a 45 grados siempre que no este contraindicado por el tipo de intervención y su topografía.
- Valorar los signos vitales cada 4 horas, fijándose características de la respiración, frecuencia, amplitud y trabajo respiratorio o presencia de tirajes, registrándose posteriormente en la historia clínica.
- Observar características y coloración de la piel.
- Valorar posibles signos de obstrucción de vía aérea como estridor respiratorio, ruidos laríngeos, afonía o cianosis. Auscultar ruidos respiratorios.
- Permitir la movilización del usuario libremente.

### **3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

**Termorregulación ineficaz y vinculada a la exposición durante el acto operatorio.**

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Evitar cualquier exposición innecesaria y prolongada de la piel del niño durante el perioperatorio.
- Abrigar con mantas simples.
- Controlar y registrar la temperatura.
- Explicar a los padres y al niño los signos de hipotermia.
- Retirar las mantaas cuando se resolvió la situación.

### **4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

**Alteración del bienestar, nauseas o vómitos relacionados con los efectos anestésicos.**

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Suministrar líquidos fraccionados vía oral según tolerancia.
- Si existe la presencia de vómitos, suspender la vía oral, cuantificarlos y registrar.
- Reinstalar la vía oral una hora después que los vómitos hayan cesado.
- Administrar medicación preescrita (antieméticos) en caso de vómitos.
- Advertir al paciente que cambie de posición lentamente.

### **4. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

**Riesgo potencial de retención urinaria postoperatoria**

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Valorar los signos de retención urinaria, tales como, distensión vesical, discrepancia marcada entre el aporte de líquidos y la hora y cantidad de última micción.
- Brindar medidas no invasivas para estimular la micción, tales como la posición normal para la misma, deambulación hasta el baño si es posible, dejar correr el agua, relajación, proporcionar intimidad.
- Tranquilizar al paciente diciéndole que generalmente la micción se produce finalmente en forma espontánea.
- Reinstalar la ingesta hídrica en el postoperatorio inmediato según indicación.
- Verificar que la primer micción se haya producido antes de las primeras 4 horas, si en un plazo mayor a 6 horas continuas sin orinar espontaneo avisar al médico.
- Evaluar la situación y de no producirse la primer micción de orina, repetir medidas no invasivas y asegurarse que la ingesta hídrica y el pasaje de fluidos intravenosos son suficientes.
- Constatar presencia de globo vesical.

## **5. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

### **Riesgo potencial de infección de herida operatoria relacionado con las maniobras quirúrgicas y postoperatorias.**

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Correcto lavado de manos y medidas de asepsia previo a los procedimientos.
- Control de temperatura corporal, si existe alteración en aumento de la misma, poner en marcha medidas físicas, y uso de antitérmicos si están indicados.
- Observar herida quirúrgica identificando signos de infección (rubor, calor, tumefacción, crepitación)
- Realizar registros en historia clínica.

La infección que puede aparecer en las primeras horas de postoperatorio son muy graves, por ende vigilar dolor intenso en la herida, palidez, crepitación, salida de líquido. En caso de duda o presencia de los mismos avisar inmediatamente.

### **ALTA DEL USUARIO**

El usuario permanece en la institución ingresado hasta ser valorado por cirujano tratante o pediatra de guardia que otorgarán el alta del mismo.

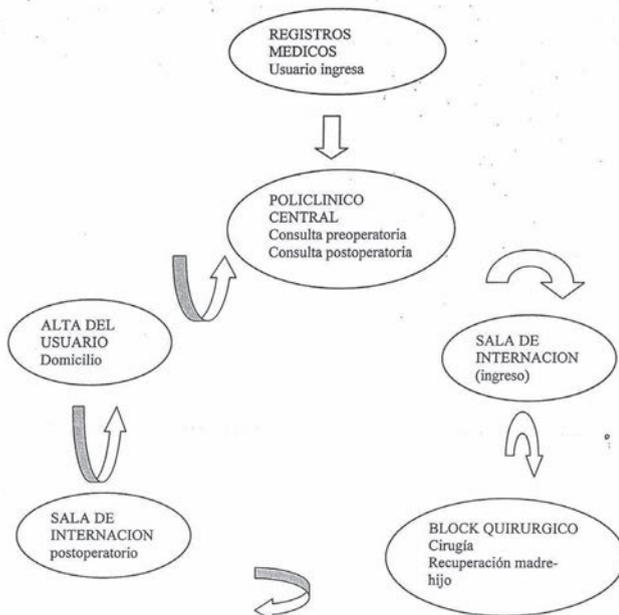
Se coordina próxima consulta en policlínico central para el control postoperatorio donde será valorado por cirujano pediátrico.

### **CONTROL POSTOPERATORIO**

El mismo se realiza en la fecha asignada al alta, en policlínica central, donde el cirujano pediátrico valora al paciente.

En dicha instancia, si no existen contraindicaciones se retiran los puntos de la herida quirúrgica y se informa a los familiares los cuidados a tener en cuenta posteriormente.

**FLUJOGRAMA DEL USUARIO.**





Ministerio de  
Salud Pública

## **HOSPITAL LAS PIEDRAS. POLICLINICA PEDIATRICA QUIRURGICA**

### **INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LA PIEL EN DOMICILIO.** **CUIDADOS EN LA SEMANA PREVIA A LA INTERNACIÓN.**

1. BAÑO DIARIO
2. JABÓN DE USO PERSONAL
3. ESPECIAL DEDICACIÓN EN AXILAS, OMBLIGO, PLIEGUES CUTÁNEOS, GENITALES Y PERINÉ, PIERNAS, PIES Y ENTREDEDOS.
4. SECADO CON TOHALLA LIMPIA DE USO PERSONAL.
5. VESTIR ROPA INTERIOR LIMPIA Y PLANCHADA.
6. LAVADO DEL CABELLO Y UÑAS, RECORTE ADECUADO DE UÑAS.
7. SI PRESENTA CUALQUIER LESIÓN DE PIEL CONSULTE A SU PEDIATRA CON DEBIDO TIEMPO.
8. NO LE SUMINISTRE MEDICAMENTOS SIN INDICACIÓN MEDICA.
9. SI PRESENTA CUALQUIER ALTERACIÓN DE SALUD, COMO PROBLEMAS RESPIRATORIOS, DIARREA, FIEBRE, ÉTC, AVISAR CON ANTERIORIDAD AL POLICLINICO CENTRAL (L.E VIERA) TELEFONO 3640284 INTERNO 119 O ARCHIVO MEDICO (SRA. MOREIRA LAURA) TELEFONO 3646233.

**SE SOLICITA ENVIAR 1 DONANTE DE SANGRE PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA CONCURRIR AL SERVICIO DE HEMOTERAPIA DEL HOSP.LAS.PIEDRAS LOS DIAS LUNES, MARTES O JUEVES DE 8 A 10 HORAS. POR MAYOR INFORMACIÓN, TEL 3640284 AL 86 INT. 156.**

### **DÍA DE LA CIRUGIA.**

1. PRESENTARSE EN ARCHIVO MEDICO A LAS 06:30 HORAS.
2. TRAER IMPLEMENTOS DE HIGIENE CORPORAL PARA EL NIÑO Y SU MADRE (JABÓN, TOHALLA,ETC)
3. INGRESAR CON 6 HORAS DE AYUNO TOTAL. ESTO SIGNIFICA QUE EN ESAS 6 HORAS NO DEBE TOMAR NADA, NI ALIMENTOS, NI AGUA, NI CARAMELOS, NI CHICLES..
4. DEBE TRAER EXAMENES PARACLINICOS, RADIOLOGICOS, U OTROS, SI LE FUERON SOLICITADOS.
5. DEBE TENER VACUNAS VIGENTES.
6. DEBE SER ACOMPAÑADO POR PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE.

**DEBE CONCURRIR EL SABADO SIGUIENTE A LA CIRUGIA A LA HORA 8 A CONTROL EN POLICLINICO CENTRAL DEL HOSP.LAS.PIEDRAS.**

HOSPITAL LAS PIEDRAS

Servicio de Cirugía Pediátrica

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las Piedras, ..... de ..... de 200....

Concerniente al menor a mi cargo .....

- \* He sido informado/a de las características de la enfermedad y del tratamiento, de sus fundamentos, de su mecanismo de acción, de sus efectos inmediatos, evolución, las curas que habrá que practicar, los tratamientos complementarios necesarios, las atenciones y precauciones que deberé adoptar en las próximas semanas y meses aceptando, que no se me puede asegurar la fecha en que podrá reincorporarse a sus tareas habituales.
- \* He sido informado/a, y acepto los riesgos comúnmente conocidos de la Medicación, Anestesia y el Tratamiento Quirúrgico que se han de realizar.
- \* He sido informado/a de los métodos alternativos de tratamiento para este caso, pero opto, consciente y libremente, por el tratamiento especificado.....
- \* Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto de los previstos, y que me han sido explicados, solicito y autorizo al equipo médico que realice aquello que crea conveniente o necesario, incluido el traslado a otro centro hospitalario.
- \* Reconozco y acepto que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto de los resultados del tratamiento, y manifiesto que mis preguntas en este sentido han sido contestadas satisfactoriamente.
- \* Autorizo la obtención de los exámenes necesarios para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados.
- \* Autorizo la utilización de los datos, imágenes, etc., de la historia clínica, con finalidades de docencia, divulgación científica, etc.

En fe de lo expuesto firmo libremente, junto al médico.

-----  
Médico  
C.I.: .....

-----  
Padre, madre o tutor  
C.I. ....

DIVISION ESTADISTICA		BOLETA DE HOSPITALIZACION				Historia CLINICA N°	
3.ESTABLECIMIENTO		HOSPITAL DE LAS PIEDRAS		4.DEPARTAMENTO		CANELONES	
5a. Primer Apellido Paterno		5a. Apellido Materno		5c. Nombres		6a.Doc. De Identidad	
DATOS DEL PACIENTE	7.FECHA DE NACIMIENTO		8.EDAD AL INGRESO		SEXO	ESTADO CIVIL	
	Día / Mes / Año		Años / Meses / Dias		1. Misc.		1.Soltero 3.Viudo 5.Separado
	11.DOMICILIO HABITUAL		12.DOMICILIO ACTUAL		b.Localidad c.Dpto.		
	13.Persona a Notificar (Nombre,Dirección y Tel.)		14.HOSPITALIZADO POR		15.DIAGNOSTICO AL INGRESO		
DATOS DE HOSPITALIZACION	16.INGRESO FECHA		17.PASE a FECHA		19.EGRESO A FECHA		
	Día / Mes / Año		b. HORA	c.SERVICIO	d.SALA	Día / Mes / Año	b. HORA
	Día / Mes / Año		b. HORA	c.SERVICIO	d.SALA	20.Motivo de Egreso	21.DIAS INTERNACION
	Día / Mes / Año		b. HORA	c.SERVICIO	d.SALA	1.Alta Médica 4.Defun.de 48h	2.Alta Transitoria 5.Defun.48hs.y +
DIAGNOSTICO Y OPERACIONES	22.DIAGNOSTICO PRINCIPAL (principal afección tratada)		23. EN CASO DE LESIONES		25.Autopsia		
	B.Causa de Diagnóstico Principal:		Accidente		Intento de Suicidio		
	C.Complicación Principal:		Intento de Suicidio		Intento de Homicidio		
	D. Otras Afecciones:		c.Lugar en que ocurrió (vía pública, fábrica,hogar)				
24.¿Fue Operado?		b.¿Qué intervención se le practicó?		C.Fecha de Intervención		d.Tiempo preoperatorio (días)	
1.SI 2.NO		Día / Mes / Año					
FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA EL INGRESO				FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA EL EGRESO			

### RESUMEN QUIRURGICO PEDIATRICO

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ N° H.C \_\_\_\_\_

Motivo de Ingreso

INTERVENCION

CIRUJANO

ANESTESISTA

DEBE VOLVER

INDICACIONES AL  
ALTA

---

---

---

---

---

---



**HOSPITAL DE LAS PIEDRAS**

# **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

**Versión 002**

**2ª. Edición**

**Fecha: 1º de setiembre de 2004**

**Coordinadores:**

**Prof. Dr. Ruver Berazategui**

**Dr. Carlos María Strozzi**



## **AUTORES**

(por orden alfabético)

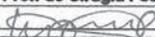
**Berazategui, Ruver**  
**Hagobian, Berch**  
**Jiménez, Juan José**  
**Martino, Marcela**  
**Moreira, Laura**  
**Noya, Beatriz**  
**Poggi, Carlos**  
**Sauto, Sergio**  
**Strozzi, Carlos María**  
**Viera, María de los Ángeles**

Muchas personas han colaborado para concretar la realización del presente manual. Entre ellas queremos agradecer especialmente a Ana Cristina García y Esmeralda González.

	<b>MANUAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA</b>	OT-CP-001 Versión 002 Fecha 01/09/2004 Página 1 de 1
	<b>ÍNDICE</b>	

1. -----	Carátula
2. -----	Los autores
3. OT-CP 001	Índice
4. MA-CP 000V002	Prólogo de la 2ª versión
5. MA-CP 000V001	Prólogo de la 1ª versión
6. DF-CP 001	Diagrama de Flujo del Funcionamiento de la Policlínica de Cirugía Pediátrica.
7. DF-CP 002	Diagrama de Flujo del Proceso Asistencial de la Cirugía Coordinada Anexo I – Instrucciones para preparación en domicilio (IT-CP 001) Anexo II – La Historia Clínica (FR-CP 099).
6. DF-CP 003	Diagrama de Flujo del Proceso Administrativo de la Cirugía Coordinada.
9. PR-CP 001	Procedimiento de Consulta Quirúrgica Pediátrica.
10. PR-CP 002	Procedimiento de Gestión Administrativa del Pre Postoperatorio.
11. PR-CP 003	Procedimiento de la Pauta de Anestesia para la Cirugía Pediátrica de Coordinación. Anexo I – Protocolo de Analgesia para Cirugía Pediátrica.
12. PR-CP 004	Procedimiento de Intervención Inicial de Enfermería en Cirugía Pediátrica de Coordinación Anexo I – Consentimiento Informado (IT-CP 002)
13. PR-CP 005	Procedimiento de Intervención de Enfermería en el Preoperatorio Inmediato.
14. PR-CP 006	Procedimiento de Intervención de Enfermería en el Postoperatorio Inmediato.
15. PR-CP 007	Procedimiento de Alta y Control Postoperatorio alejado del Usuario.

OT: Otros documentos  
CP: Cirugía Pediátrica  
MA: Manual  
DF: Diagrama de Flujo  
PR: Procedimiento  
FR: Formularios

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Prof. Dr. Ruver Berazategui	Dr. Carlos Strozzi
Cargo	Prof. de Cirugía Pediátrica	Director Hospital de Las Piedras
Firma		

El sistema de codificación de los documentos aún está en etapa de prueba y verificación. Por lo tanto, no se interprete como desarrollado, y menos, implantado o definitivo.

	<b>MANUAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA</b>	MA-CP-000 Versión 002 Fecha 01/09/2004 Página 1 de 1
	<b>PRÓLOGO de la 2ª. VERSIÓN</b>	

A menos de un año de la presentación pública de la primera versión de este Manual de Procedimientos de Cirugía Pediátrica para el Hospital de Las Piedras, que surgió con el doble motivo de "mejorar la capacidad de resolución de cobertura asistencial" y de "promover la descentralización de la Cirugía Pediátrica", tal como lo exponen el Dr. Ruver Berazategui, Profesor de la Clínica Quirúrgica Pediátrica y el Dr. Carlos Strozzi, Director del Hospital, nos encontramos ya, frente a la publicación y distribución de esta segunda versión.

Primero la celeridad en la elaboración y ahora el dinamismo en la revisión, control y ajuste de estas pautas, marca con claridad la voluntad y firme convicción de establecer elementos que permitan mejorar continuamente la actividad asistencial, la gestión y la calidad percibida por el usuario.

En estas líneas no vamos a profundizar en el compromiso que tiene el Dr. Berazategui y su equipo con el nivel de la calidad asistencial. Es evidente y comprobable.

Lo importante es destacar el convencimiento que tiene acerca de que además de la calidad asistencial, para lograr el éxito es necesario gestionar la calidad global del servicio. Para ello se necesita la decisión e involucramiento de la Dirección, la participación del personal, ver y considerar al sector o departamento de manera sistémica formando parte de un gran proceso dentro del hospital. Documentar, registrar, analizar y mejorar continuamente el sistema. En este sentido, Berazategui, -inquieto, inquisidor, dinámico, innovador-, hurgó entre los modelos de gestión de la calidad disponibles y adhirió al que propone la serie de normas UNIT-ISO 9000:2000. Estos documentos recogen la última expresión, -consensuada por más de 147 países de todo el mundo-, sobre los lineamientos que debe seguir una organización para gestionar la calidad y contribuir al éxito a través del establecimiento de procesos consistentes y uniformes, la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), el desarrollo de su gente y el relacionamiento mutuamente beneficiosas con los proveedores.

En este sentido, el Dr. Berazategui y su equipo están haciendo un esfuerzo importante, serio y responsable a fin de adquirir la información y destreza necesaria para implantar el sistema de gestión de la calidad. La forma de presentación de este Manual es un ejemplo claro, alineado con lo que estamos afirmando. Paralelamente, están trabajando en otras actividades imprescindibles: elaborar la política de la calidad, determinar objetivos y elegir indicadores que les señalen cuán bien están haciendo las cosas. Esto es sólo el principio de un largo camino que impone una serie de requisitos para tener el sistema implantado y funcionando.

No obstante, conociendo la tenacidad y pujanza del grupo, sumado al convencimiento de que éste es el norte que conduce a mejorar la gestión, el éxito está asegurado.

Al Profesor, médico, docente, amigo y a su equipo, le decimos ¡ADELANTE!!!

  
**Dr. José Rafael Di Mauro**  
 Médico Intensivista  
 Especialista en Gestión de la Calidad ISO 9000:2000

Montevideo, setiembre de 2004

	<b>MANUAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA</b>	<b>MA-CP-000</b> Versión 001 Fecha 15/12/2003 Página 1 de 1
	<b>PRÓLOGO de la 1ª. VERSIÓN</b>	

En el contexto de la descentralización propugnada por el M.S.P.-A.S.S.E., hace varios meses trabajamos con un doble fin:

- a) mejorar la capacidad de resolución de la cobertura asistencial del Hospital de Las Piedras y
- b) promover la descentralización de la Cirugía Pediátrica.

Para el planteo, contábamos:

- con la necesidad de la población local, que presenta como característica una población infantil muy grande y creciente,
- con la gran dificultad para el traslado que crea en las familias una situación de estas características (necesidad de una Cirugía), y
- con la voluntad expresa de todos los intervinientes de llevarlo a cabo en nuestro centro.

El marco del convenio entre Facultad de Medicina y M.S.P.- A.S.S.E. fue la herramienta ideal para plantear el desarrollo de estas actividades conjuntas.

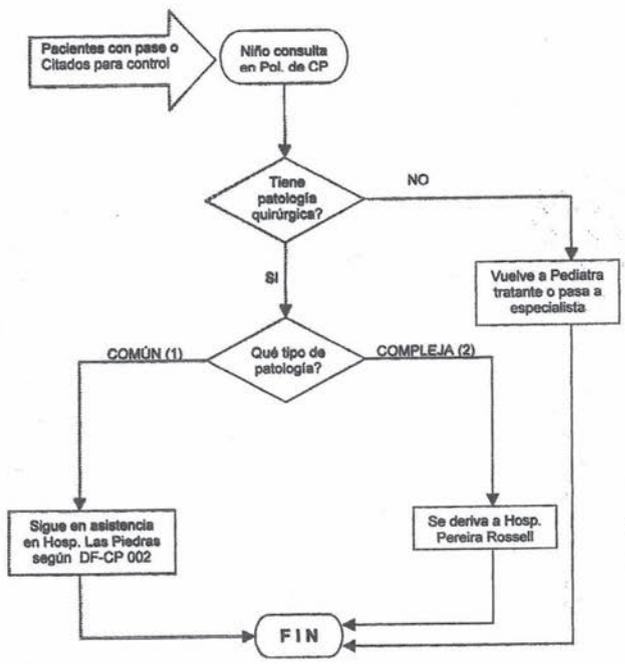
Así, luego de varios meses intensos de trabajo de equipo llegamos a la concreción de este Manual de Procedimientos en Cirugía Pediátrica en el Hospital de Las Piedras, que presentamos hoy con la satisfacción que da el alcanzar un objetivo propuesto, en forma colectiva, (como se desprende de su lectura) y con la aspiración de que la evaluación continua permita mejorarlo.

  
Prof. Dr. Ruver Berazategui  
Prof. de Cirugía Pediátrica

  
Dr. Carlos Strozzi  
Director del Hospital de LAS PIEDRAS

Las Piedras, Diciembre del 2003



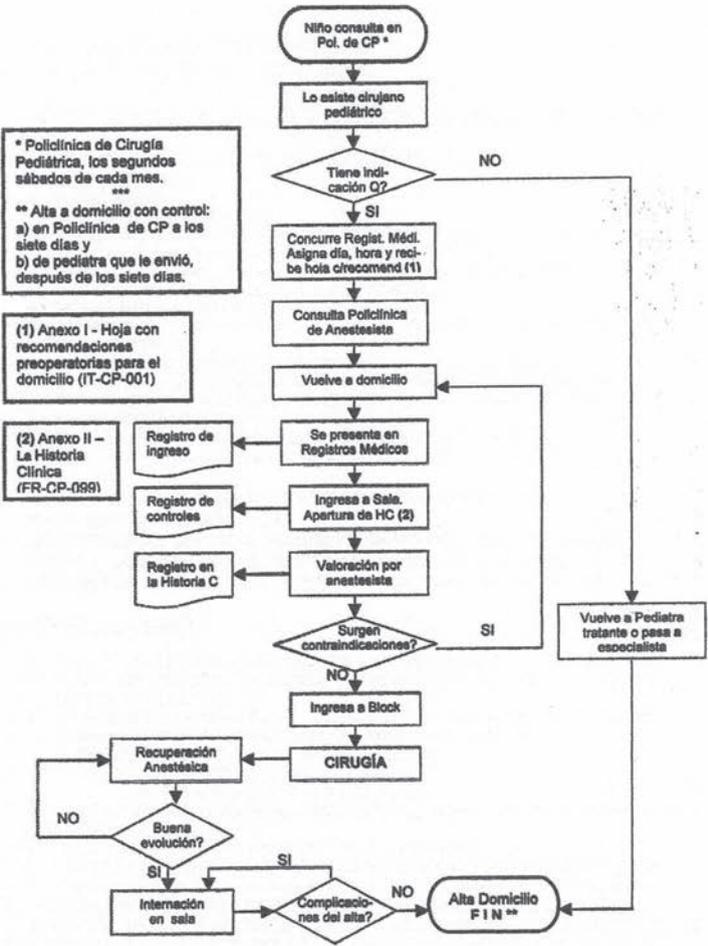


(1) - Listado de patologías quirúrgicas comunes que se pueden asistir en el Hospital de Las Piedras:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hernia inguinal no complicada.</li> <li>• Hernia umbilical.</li> <li>• Hidrocele.</li> <li>• Hernia de la línea blanca.</li> <li>• Fimosis.</li> <li>• Criptorquidia.</li> <li>• Quiste de cordón.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores superficiales.</li> <li>• Biopsias superficiales.</li> <li>• Uña encarnada.</li> <li>• Frenillo lingual.</li> <li>• Sangrado digestivo no urgente.</li> <li>• Dolor abdominal recurrente.</li> </ul> |
|--|---|

(2) Las patologías que no figuran en el listado precedente se consideran complejas y se coordinan para derivar al Hospital Pereira Rossetti.

Revisado por:		Aprobado por:	
Nombre	Prof. Dr. Ruver Berazategui	Dr. Carlos Strozzi	
Cargo	Prof. de Cirugía Pediátrica	Director Hospital de Las Piedras	
Firma			



\* Policlínica de Cirugía Pediátrica, los segundos sábados de cada mes.  
 \*\* Alta a domicilio con control:  
 a) en Policlínica de CP a los siete días y  
 b) de pediatra que le envió, después de los siete días.

(1) Anexo I - Hoja con recomendaciones preoperatorias para el domicilio (IT-CP-001)

(2) Anexo II - La Historia Clínica (FR-CP-089)

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Carlos Strozzi	Prof. Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Director Hospital de Las Piedras	Prof. de Cirugía Pediátrica
Firma		

	<b>ANEXO I del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ASISTENCIAL</b>	IT-CP-001 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 1
	<b>INSTRUCCIONES PARA DOMICILIO</b>	

**HOSPITAL de LAS PIEDRAS**  
**POLICLÍNICA de CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

IT-CP-001

**INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LA PIEL EN DOMICILIO**

**CUIDADOS EN LA SEMANA PREVIA A LA INTERNACIÓN**

1. BAÑO DIARIO
  2. JABÓN DE USO PERSONAL
  3. ESPECIAL DEDICACIÓN EN AXILAS, OMBLIGO, PLIEGUES CUTÁNEOS, GENITALES Y PERINÉ, PIERNAS, PIES Y ENTRE DEDOS.
  4. LAVADO DEL CABELLO Y UÑAS, RECORTE ADECUADO DE UÑAS.
  5. SECADO CON TOALLA LIMPIA, DE USO PERSONAL
  6. VESTIR ROPA INTERIOR LIMPIA Y PLANCHADA.
  7. SI PRESENTA CUALQUIER LESIÓN DE PIEL, CONSULTE A SU PEDIATRA CON EL DEBIDO TIEMPO.
  8. NO LE SUMINISTRE MEDICAMENTOS SIN INDICACIÓN MÉDICA.
  9. SI PRESENTA CUALQUIER ALTERACIÓN DE SALUD, COMO PROBLEMAS RESPIRATORIOS, DIARREA, FIEBRE, ETC, AVISAR CON ANTERIORIDAD AL POLICLINICO CENTRAL.
    - Lic. Enf. VIERA, TELÉFONO 364.0284 INTERNO 119 o
    - Archivo Médico, Sra. LAURA MOREIRA, TELÉFONO 364.6233
- SE SOLICITA ENVIAR UN DONANTE DE SANGRE PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
  - CONCURRIR AL SERVICIO DE HEMOTERAPIA DEL HOSPITAL de LAS PIEDRAS LOS DÍAS LUNES, MARTES O JUEVES DE 08 A 10 HORAS.
  - POR MAYOR INFORMACIÓN, TELÉFONO 364.0284 al 86 interno 156.

**EL DÍA DE LA CIRUGÍA**

1. PRESENTARSE EN ARCHIVO MÉDICO A LAS 08:30HORAS.
2. TRAER IMPLEMENTOS DE HIGIENE CORPORAL PARA EL NIÑO Y SU MADRE (JABÓN, TOALLA, ETC).
3. INGRESAR CON AYUNO TOTAL. ESTO SIGNIFICA QUE NO SE DEBE TOMAR NADA: NI ALIMENTOS, NI AGUA, NI CAMELOS, NI CHICLES. EL PERIODO DE AYUNO VARÍA SEGÚN LA EDAD:
  - HASTA 3 AÑOS, 5 HORAS DE AYUNO.
  - MÁS DE 3 AÑOS, 6 HORAS DE AYUNO.
4. DEBE TRAER LOS EXÁMENES PARACLÍNICOS, RADIOLÓGICOS U OTROS SI LE FUERON REALIZADOS.
5. DEBE TENER Y TRAER CARNÉ DE VACUNAS VIGENTES.
6. DEBE SER ACOMPAÑADO POR EL PADRE, LA MADRE O TUTOR RESPONSABLE.

**AL SÁBADO SIGUIENTE DE LA CIRUGÍA, DEBE CONCURRIR A LA HORA 08:00 A CONTROL EN EL POLICLÍNICO CENTRAL DEL HOSPITAL de LAS PIEDRAS**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Lic. María de los Angeles Viera	Prof. Dr. Ruver Berzategui
Cargo	Encargada de Policlínica	Prof. de Cirugía Pediátrica
Firma		

	<b>ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ASISTENCIAL</b>	FR-CP-099 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 1
	<b>HISTORIA CLÍNICA CARÁTULA</b>	

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**ASSE CENTRO AUXILIAR LAS PIEDRAS**

**Dpto. de Registros Médicos**

1er. APELLIDO	/	2do. APELLIDO
1er. NOMBRE	/	2do. NOMBRE
TELEFONO: _____		

-

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	T.R.M. Laura Moreira	Dr. Carlos Strozzi
Cargo	Encargada de Registros Médicos	Director Hospital de Las Piedras
Firma		



	<b>ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ASISTENCIAL</b>	FR-CP-099 Versión 002 Fecha 26/07/2004 Página 1 de 1
	<b>Historia Clínica – Hoja 2 de CIERRE DE HISTORIA CLÍNICA</b>	

		<b>HOJA DE CIERRE DE HISTORIA CLINICA</b> Utilizar en egresos hospitalarios y hospital de día		B. BOLETA B. HISTORIA CLINICA N. G. IDENTIFICADO	
ESTABLECIMIENTO:		USUARIO DE:			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
FECHA NAC.	DÍA MES AÑO	EDAD	DÍAS MESES	SEXO	M F
DOMICILIO HABITUAL				CIUDAD	
Calle # Apt. Bloq. Stado				LOCALIDAD o BARRIO	
PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA (Nombre, Dirección, Teléfono)				DEPTO. RESIDENCIA	
<b>DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN</b>					
INGRESO FECHA	Día Mes Año	HORA	SERVICIO	ESTUVO EN CTI	SI NO HORAS EN CTI
EGRESO FECHA	Día Mes Año	HORA	SERVICIO	DÍAS DE INTERNACION	
TIPO DE INGRESO 1 URGENTE <input type="checkbox"/> 2 PROGRAMADO <input type="checkbox"/>			TIPO DE EGRESO 1 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 FALLECIDO <input type="checkbox"/>		
3 TRASLADO <input type="checkbox"/> 4 A HOSPITAL DE DÍA <input type="checkbox"/>			3 TRASLADO <input type="checkbox"/> 4 CONTRA VOLUNTAD MEDICA <input type="checkbox"/>		
5 OTROS			5 OTROS		
<b>DIAGNOSTICOS</b>					
DIAGNOSTICO PRINCIPAL				CODIGO	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO				CODIGO	
ENFERMEDADES ASOCIADAS				CODIGO	
ENFERMEDADES ASOCIADAS				CODIGO	
COMPLICACIONES				CODIGO	
CAUSA EXTERNA (golpes, etc.)				CODIGO	
OBSERVACIONES					
<b>PROCEDIMIENTOS</b>					
FUE OPERADO	SI	FECHA OPERACION 1	DÍAS PREOPERATORIOS	CIRUJANO	
	NO	FECHA OPERACION 2	DÍAS PREOPERATORIOS	CIRUJANO	
INTERVENCION QUIRURGICA					CODIGO
OTROS PROC. QUIRURGICOS					CODIGO
OTROS PROC. QUIRURGICOS					CODIGO
OTROS PROC. NO QUIRURGICOS					CODIGO
OTROS PROC. NO QUIRURGICOS					CODIGO
OBSERVACIONES					
<b>EN CASO DE MENORES DE EDAD O ADULTOS DEPENDIENTES</b>			<b>PARA RECIEN NACIDOS</b>		
ACOMPANANTES			EDAD GESTACIONAL		
MADRE			PESO AL NACER		
PADRE					
OTRO (especificar)					
NOMBRE MEDICO RESPONSABLE			FIRMA		
			Nº Tel. o C.P.		

	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre</b>	T.R.M. Laura Moreira	Dr. Carlos Strozzi
<b>Cargo</b>	Encargada de Registros Médicos	Director Hospital de Las Piedras
<b>Firma</b>		



<b>HLP</b>	<b>ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ASISTENCIAL</b>	FR-CP-099 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 1
	Historia Clínica – Hoja 5 de <b>FICHA OPERATORIA</b>	

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
**ASSE CENTRO AUXILIAR LAS PIEDRAS**

FICHA OPERATORIA

Nombre \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

AVALUACION DE LA RESISTENCIA:    OPTIMA                    BUENA                    MEDIOCRE                    MALA

TIPO DE OPERACION:                    URGENCIA                    ELECCION

DIAGNOSTICO PRE - OPERATORIO \_\_\_\_\_

INDICACION PROPUESTA \_\_\_\_\_

1er. Jefe de Operación \_\_\_\_\_ 1er. Ayudante \_\_\_\_\_

2do. Ayudante \_\_\_\_\_ 3er. Ayudante \_\_\_\_\_

ANESTESICO: \_\_\_\_\_ ANESTESIA \_\_\_\_\_ ANESTESISTA \_\_\_\_\_

COMIENZO HORA: \_\_\_\_\_ DURACION: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO OPERATORIO: \_\_\_\_\_

OPERACION REALIZADA: \_\_\_\_\_

ACCIDENTES DURANTE LA OPERACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

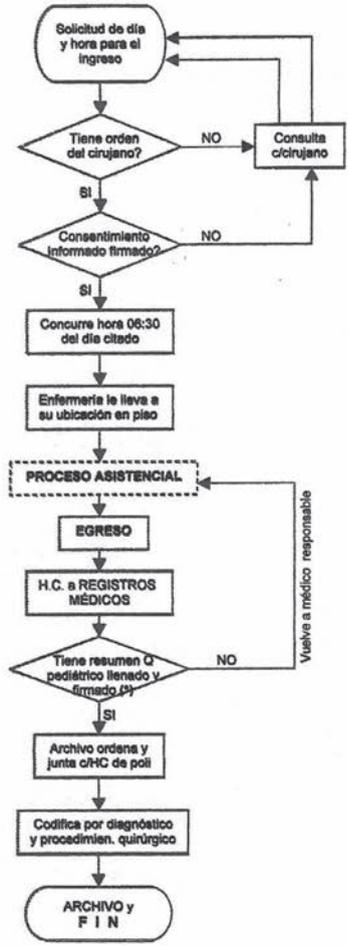
DESCRIPCION DE LA OPERACION \_\_\_\_\_

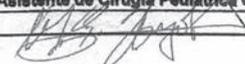
	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	T.R.M. Laura Moreira	Prof. Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Encargada de Registros Médicos	Prof. de Cirugía Pediátrica
Firma		









	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Berch Hagobian	Dr. Carlos Strozzi
Cargo	Asistente de Cirugía Pediátrica G 2	Director Hospital de Las Piedras
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-001 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>CONSULTA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA</b>	

### 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es establecer de manera clara y precisa el mecanismo y circunstancias de actuación del equipo de cirugía pediátrica en el Hospital de Las Piedras.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los casos de requerimiento no urgente, establecido en el listado que figura en el punto 5 del presente documento, en el ámbito de la consulta quirúrgica pediátrica del Hospital de Las Piedras,

### 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al cirujano pediátrico la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y al Director del Servicio, la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5. DESCRIPCIÓN

5.1.- Los Pediatras que existen en Policlínica así como aquellos que atienden la Consulta de Urgencia derivan a la consulta de Cirugía Pediátrica todos aquellos casos que requieran consulta quirúrgica sin urgencia.

5.2.- Los pacientes se anotan para la Policlínica de Cirugía Pediátrica en la Oficina de Registros Médicos del Hospital de Las Piedras, en los horarios establecidos a esos efectos.

5.3.- La consulta la realizan los Cirujanos Pediatras los segundos sábados de cada mes, en los consultorios dispuestos a tales efectos en el área ambulatoria del Hospital.

5.4.- Las patologías de consulta frecuente que deben ser derivadas a Policlínica Quirúrgica Pediátrica, son:

- Hernia inguinal no complicada.
- Hernia umbilical.
- Hidrocele.
- Hernia de la línea blanca.
- Fimosis.
- Criptorquidia.
- Quiste de cordón.
- Tumoraciones superficiales.
- Control postoperatorio de patología quirúrgica común y compleja.
- Y toda patología que el pediatra considere pertinente.
- Biopsias superficiales.
- Uña encarnada.
- Frenillo lingual.
- Sangrado digestivo no urgente.
- Dolor abdominal recurrente.
- Estreñimiento (derivación de Policlínica gastroenterológica pediátrica).

5.5.- Se deriva al Hospital Pereira Rossell toda patología quirúrgica que por la entidad o la urgencia no puedan aguardar una consulta de coordinación.

5.6.- Todo Pediatra que desee evaluar su paciente en conjunto con el Equipo Quirúrgico concurre el día de atención a la Policlínica. El Equipo Quirúrgico considera esta eventualidad como un hecho fundamental de trabajo, intercambio y docencia.

	Revisado por:	Aprobado por:
<b>Nombre</b>	Prof. Dr. Ruver Berazategui	Dr. Carlos Strozzi
<b>Cargo</b>	Prof. de Cirugía Pediátrica	Director Hospital de Las Piedras
<b>Firma</b>		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-001 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 2
	<b>CONSULTA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA</b>	

#### 6. REFERENCIAS

No aplicable a este procedimiento.

#### 7. REGISTROS

7.1.- En la "Planilla de Consultas" decimetrada, (ver FR-CP-002) se registra Nombre, C. de I., edad, sexo, diagnóstico y destino (cirugía o vuelve a policlínica).

#### 8. ANEXOS

Este procedimiento no tiene anexos.

#### 9. MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-002 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PRE Y POSTOPERATORIO</b>	

### 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es promover la coordinación entre el pediatra de guardia y el equipo asistencial de cirujanos pediátricos a fin de dar continuidad a la asistencia del paciente en el pre y en el postoperatorio.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los casos que se requiera interacción entre el médico pediatra del Hospital de Las Piedras y el cirujano pediátrico tratante.

### 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al cirujano pediátrico tratante y al Pediatra de guardia del MSP, la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a los Directores de los Servicios, la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5. DESCRIPCIÓN

5.1.- El Pediatra de Guardia del Hospital de Las Piedras, los días sábado a solicitud del Cirujano Pediatra tratante, realiza la evaluación de los pacientes a intervenir para detectar alguna patología intercurrente que pueda afectar el acto quirúrgico.

5.2.- Durante el período postoperatorio, se controlan los signos vitales: estado de conciencia, tolerancia digestiva, sangrados, dolor, dificultad, respiratoria, hipertermia, coloración e hidratación, todo lo cual queda registrado en la Historia Clínica.

5.3.- El Equipo de Cirugía tratante, si lo considera necesario, consulta al Pediatra de Guardia del Hospital sobre la evolución de los pacientes intervenidos.

5.4.- De considerarlo necesario, el Pediatra de Guardia informa personalmente de la evolución del paciente al Cirujano responsable del mismo, comunicándose a los teléfonos que el Equipo de Cirugía deje a tales efectos. El objetivo es que frente a una complicación real, la sospecha de una potencial, o ante cualquier duda, se informe y consulte al Cirujano responsable del paciente.

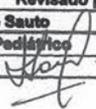
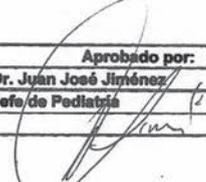
5.5.- Si por alguna causa mayor, no pudiera realizarse esta comunicación, excepcionalmente se consulta telefónicamente al Cirujano Pediatra de Guardia en el Hospital Pereira Rossell.

### 6. REFERENCIAS

No aplicable a este procedimiento.

### 7. REGISTROS

7.1.- Los datos de los controles pre y postoperatorios se registran en la Historia Clínica (FR-CP-099)

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Sergio Sauto	Dr. Juan José Jiménez
Cargo	Cirujano Pediatra	Jefe de Pediatría
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-002 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 2
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PRE Y POSTOPERATORIO</b>	

**8. ANEXOS**

Este procedimiento no tiene anexos.

**9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-003 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 3
	<b>PAUTA DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

## 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es establecer un documento que sirva de guía para el manejo pre, intra y postoperatorio en cirugía pediátrica de coordinación a fin de lograr un nivel de semejanza tal en la asistencia, que permita obtener resultados consistentes y uniformes frente a una situación similar, independientemente del médico que actúe en cada momento.

Esta pauta es orientativa y no impide al profesional actuante que aplique los desvíos que estime necesarios según su criterio y la condición clínica o paraclínica del paciente. Dejará constancia y fundamentación de ello en la historia clínica.

## 2. ALCANCE

Esta pauta médica se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que participe el equipo profesional de cirugía pediátrica del Hospital de Las Piedras.

## 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología.

## 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al anestesiista actuante, la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a los Directores de los Servicios, la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

## 5. DESCRIPCIÓN

### 5.1.- Preoperatorio

5.1.1.- El anestesiólogo realiza la valoración preanestésica de los pacientes referidos por la policlínica de cirugía pediátrica.

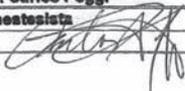
5.1.2.- La valoración consiste en el interrogatorio a los padres y eventualmente al niño en lo referente a antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, así como antecedentes anestésico-quirúrgicos.-

5.1.3.- Se realiza el examen físico con énfasis en aspectos vinculados a la anestesia.

5.1.4.- Se solicitan exámenes paraclínicos o interconsultas solamente por requerimientos de valoración de patologías o situaciones especiales del paciente. En ese caso se coordina nueva consulta en policlínica anestésica para revaloración.-

5.1.5.- La consulta en policlínica se utiliza para realizar el primer contacto con el paciente, lograr su aceptación, realizar las explicaciones correspondientes sobre los procedimientos al niño de acuerdo a su edad, familiarizándolo con los materiales (máscaras, circuitos anestésicos, etc.) así como a sus padres, de modo de despejar sus interrogantes y disminuir su ansiedad frente al acto anestésico quirúrgico.

5.1.6.- Interesa disminuir la aprehensión del paciente y lograr ser recordados en el momento de la intervención ya que es fundamental que el anestesiólogo que efectúa la valoración pre anestésica sea el que realiza la anestesia al niño.-

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Carlos Poggi	Prof. Dr. Ruver Berzatogui
Cargo	Anestesiista	Prof. de Cirugía Pediátrica
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-003 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 3
	<b>PAUTA DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

5.1.7.- Se incluyen para coordinación de cirugía pediátrica los pacientes que cumplen los siguientes requisitos:

1. Niños con riesgo quirúrgico ASA I o ASA II de la Clasificación de Estado Físico propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA):
  - ASA I: paciente sano, normal.-
  - ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve
2. Ausencia de accidentes anestésicos familiares.-
3. Ausencia de complicaciones anestésicas en cirugías anteriores.-
4. Ausencia de intubación orotraqueal dificultosa conocida o potencial.-
5. No estar recibiendo medicamentos que puedan estar interfiriendo la cirugía y/o anestesia.-
6. Ausencia de antecedentes familiares o personales de enfermedades metabólicas, neuromusculares y hemorragias.-

**5.2.- Preoperatorio inmediato**

5.2.1.- El día de la intervención el paciente ingresado a sala de internación es visitado por el anestesiólogo actuante.

5.2.2.- Se evalúa la presencia de enfermedades intercurrentes, en especial patología infecciosa, que eventualmente obliguen a diferir la oportunidad operatoria de la cirugía de coordinación.

5.2.3.- También se evalúa el cumplimiento del ayuno de acuerdo a las pautas:  
Ayuno previo indicado según la edad del paciente

Edad	Sólidos y leche	Líquidos claros
Menores de 6 meses	4 horas	3 horas
6 meses a 3 años	5 horas	4 horas
Mayores de 3 años	6 horas	6 horas

5.2.4.- También se aprovecha esta visita en el preoperatorio inmediato para reforzar la vinculación y confianza del niño en el anestesiólogo actuante, lo que en definitiva redundará en la calidad de la anestesia al disminuir el temor del niño ante una situación no conocida.-

5.2.5.- El paciente ingresa a sala de operaciones a través de la sala de recuperación postanestésica a la cual vuelve luego de la intervención quirúrgica.-

**5.3.- Postoperatorio**

5.3.1.- El paciente pasa desde sala de operaciones a sala de recuperación postanestésica cuando está despierto o despertando reactivo, ventilando al aire con saturación de O<sub>2</sub> mayor de 95%, dinámica ventilatoria adecuada y hemodinamia estable.

5.3.2.- La sala de recuperación postanestésica cuenta con equipo completo de monitorización, así como con equipo y materiales de reanimación.-

5.3.3.- En el intraoperatorio así como en el postoperatorio inmediato y tardío se cumplen las pautas de analgesia vigentes en el Hospital Pereira Rossell, que se adjuntan (ver Anexo I del presente procedimiento)

5.3.4.- En sala de recuperación postanestésica el niño está alojado con su madre y controlado por personal de enfermería.-

<b>HLP</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-003 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 3 de 3
	<b>PAUTA DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

**5.3.5.-** El alta a sala general se otorga según los criterios siguientes:

- Signos vitales normalizados
- Paciente vigil
- Reflejos intactos con capacidad de tragar, toser, etc.
- Ausencia de náuseas y vómitos
- Ausencia de dolor intenso

**5.3.6.-** Durante todo el periodo de internación el niño queda bajo supervisión anestesiológica en forma directa, primero por el anestesista tratante y luego por el de la guardia interna.

**5.3.7.-** El alta anestesiológica la otorga el anesthesiologo actuante cuando lo considera oportuno.-

**5.3.8.-** El anesthesiologo encargado de la coordinacion de cirugia pediátrica realiza charlas programadas con el personal de enfermeria de sala de operaciones e internación para interiorizarlo del manejo pediátrico, familiarizándolo con el material, los protocolos y procedimientos anestésicos, así como el manejo y tratamiento de eventuales complicaciones.-

**5.3.9.-** El Servicio propenderá en un futuro cercano a lograr la instrumentación de un régimen de anestesia ambulatoria y cirugía de día con los consiguientes beneficios para los pacientes y para la institución.-

**5.3.10.-** Estas normas son dinámicas y se modifican de acuerdo a sugerencias del equipo multidisciplinario que interviene en la atención quirúrgica infantil en el Hospital de Las Piedras.-

## **6. REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

## **7. REGISTROS**

**7.1.-** En la Ficha de Anestesia, todos los controles requeridos, la medicación utilizada y los eventos ocurridos.

## **8. ANEXOS**

**8.1.-** Anexo I – Protocolo de Analgesia.

## **9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

	<b>ANEXO I de la PAUTA DE ANESTESIA</b>	PR-CP-003 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>PROTOCOLO DE ANALGESIA PARA CIRUGÍA PEDIÁTRICA</b>	

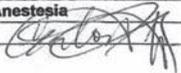
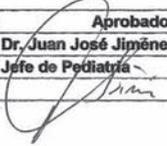
Los lineamientos generales de analgesia en el intra y en el postoperatorio de cirugía pediátrica son los siguientes:

**INTRAOPERATORIO**

- **Opiáceos:** Fentanyl: 1 a 4 microgramos/kg al comienzo de la cirugía
- **AINE:**
  - Ketoprofeno: 1,5 mg/kg IV diluidos en suero fisiológico.
  - Dipirona: 10 a 30 mg/kg IV

**POSTOPERATORIO**

- **AINE:**
  - Ketoprofeno: 1,5 mg/kg IV diluidos en suero fisiológico.
  - Dipirona: 10 a 30 mg/kg IV cada 6 horas y luego V/O 10 mg/kg
  - Ibuprofeno: 4 a 10 mg/kg dosis cada 6 a 8 horas V/O

	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre</b>	Dr. Carlos Poggi	Dr. Juan José Jiménez
<b>Cargo</b>	Anestesia	Jefe de Pediatría
<b>Firma</b>		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-004 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>INTERVENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

### 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento está basado en ofrecer a los niños del Hospital de Las Piedras una asistencia acorde a su edad, donde se hace hincapié en el binomio progenitor – hijo.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que participa el equipo de enfermería en la valoración inicial del niño y en el relacionamiento con su padre, madre o tutor.

### 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al personal de enfermería actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a la Supervisión de Enfermería la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5. DESCRIPCIÓN

A partir de los datos de la valoración preoperatoria inicial del niño quirúrgico, se incluyen los siguientes **Diagnósticos de Enfermería** y sus respectivas **Intervenciones**:

#### 5.1.- Diagnóstico de Enfermería

5.1.1.- Déficit de conocimientos sobre la cirugía, así como los resultados esperados en el postoperatorio.

#### 5.2.- Intervenciones de Enfermería

5.2.1.- Ampliación de conocimientos (paciente y familia) sobre los diversos aspectos de la rutina preoperatoria, tales como la hora de la operación, restricciones de sólidos y líquidos, tipo de anestesia, entorno de la sala de operación y reanimación, tipo de herida.

5.2.2.- Se entrega a padre, madre o tutor instructivo preoperatorio, acompañando de una breve entrevista con la Lic. Enfermería de policlínica.

#### 5.3.- Diagnóstico de Enfermería

5.3.1.- Angustia ante la experiencia quirúrgica (anestesia y dolor), los resultados de la operación y al despego, vinculado a la hospitalización.

#### 5.4.- Intervenciones de Enfermería:

5.4.1.- Disminución de la angustia en el preoperatorio, la enfermera debe ser tolerante y comprensiva.

5.4.2.- Precisar la participación e importancia de la familia del paciente o de las personas que le son significativas. También se identifican el valor y la confiabilidad de todos los sistemas de apoyo de que dispone.

	Revisado por:	Aprobado por:
<b>Nombre</b>	Lic. Beatriz Noya	Dr. Carlos Strozzi
<b>Cargo</b>	Encargada de Sala	Director Hospital de Las Piedras
<b>Firma</b>		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-004 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 2
	<b>INTERVENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

- 5.4.3.- Acordar con los padres la importancia de permanecer acompañando a su hijo.
- 5.4.4.- Determinar grados de responsabilidad compartida y aspectos legales paternos intransferibles.
- 5.4.5.- Seleccionar y acordar con usuario y familia quien es el acompañante más eficaz y con mayor apego para esta etapa que lo acompañará en la recuperación anestésica.
- 5.4.6.- Ofrecer ayuda emocional y apoyo afectivo para esta etapa a usuario y padres.

**5.5.- Valoración General**

- 5.5.1.- Determinar antecedentes personales: enfermedad actual o motivo quirúrgico, enfermedades anteriores, intervenciones quirúrgicas anteriores, plan de inmunizaciones, antecedentes de alergia y farmacoterapia actual.
- 5.5.2.- Conocer la constitución de la familia.
- 5.5.3.- Definir con el usuario y la familia los conocimientos sobre la intervención a que será sometido.
- 5.5.4.- Informarse sobre patrón de consulta médica periódica.
- 5.5.5.- Valoración sistémica: nutricional, respiratoria, cardiovascular, tegumentaria.
- 5.5.6.- Conocer etapa de desarrollo y crecimiento, actividad educativa formal y de recreación.
- 5.5.7.- Establecer condición psicoemocional al ingreso y próximo al acto quirúrgico.
- 5.5.8.- Conocer patrones de descanso y sueño, alimentación, última ingesta, calidad de la misma y patrones de eliminación intestinal.
- 5.5.9.- Recoger información sobre exámenes realizados en forma ambulatoria si los tuviera.

**5.6.- Consentimiento Informado**

- 5.6.1.- El Consentimiento Informado (ver formulario en Anexo I del presente procedimiento), es leído y explicado en la consulta en policlínica por el cirujano pediátrico, y posteriormente firmado por el padre, madre o tutor del niño al cual se le realizará el acto quirúrgico. Luego se coloca el mismo en la historia clínica del paciente.

**6. REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

**7. REGISTROS**

- 7.1.- En la Ficha de Enfermería todos los controles requeridos, y los aspectos más salientes a destacar

**8. ANEXOS**

- 8.1.- Formulario del Consentimiento Informado.

**9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

	<b>ANEXO I – PROCEDIMIENTO INTERVENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA</b>	CR-CP-004 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 1
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	

**HOSPITAL LAS PIEDRAS** IT-CP-002  
**Servicio de Cirugía Pediátrica**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Las Piedras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Concerniente al menor a mi cargo \_\_\_\_\_

- ❖ He sido informado/a de las características de la enfermedad y del tratamiento, de sus efectos inmediatos, evolución, las curas que habrá que practicar, los tratamientos complementarios necesarios, las atenciones y precauciones que deberé adoptar en las próximas semanas y meses aceptando, que no se me puede asegurar la fecha en que podrá reincorporarse a sus tareas habituales.
- ❖ He sido informado/a y acepto los riesgos comúnmente conocidos de la medicación, de la anestesia y del tratamiento quirúrgico que se han de realizar.
- ❖ He sido informado/a de los métodos alternativos de tratamiento para este caso, pero opto, consciente y libremente, por el tratamiento especificado \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ❖ Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto de los previstos, y me han sido explicados, solicito y autorizo al cuerpo médico que realice aquello que crea conveniente o necesario, incluido el traslado a otro centro hospitalario.
- ❖ Reconozco y acepto que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a los resultados del tratamiento, y manifiesto que mis preguntas en este sentido han sido contestadas satisfactoriamente.
- ❖ Autorizo la obtención de los exámenes necesario para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados.
- ❖ Autorizo la utilización de los datos, imágenes, etcétera, de la historia clínica, con finalidades de docencia, divulgación científica y otros.

En fe de lo expuesto, firmo libremente junto al médico.

\_\_\_\_\_  
 Médico,  
 Cédula de Identidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Padre, Madre o tutor  
 Cédula de Identidad \_\_\_\_\_

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Prof. Dr. Ruver Berazategui	Dr. Carlos Strozzi
Cargo	Prof. de Cirugía Pediátrica	Director Hospital de Las Piedras
Firma		



**PROCEDIMIENTO**

PR-CP-005  
Versión 002  
Fecha 20/07/2004  
Página 1 de 2

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO**

**1. OBJETIVO**

El objetivo de este procedimiento es desarrollar conductas uniformes y sostenibles frente a distintas situaciones que se pueden dar durante la intervención de enfermería en el preoperatorio inmediato.

**2. ALCANCE**

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que el equipo de enfermería participa con acciones de intervención en el preoperatorio inmediato y en el relacionamiento con el padre, madre o tutor del niño.

**3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS**

No corresponde a este procedimiento.

**4. RESPONSABILIDAD**

Corresponde al personal de enfermería actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a la Supervisión de Enfermería la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

**5. DESCRIPCIÓN**

**5.1.- Preoperatorio - Pasos a seguir el día de la cirugía:**

5.1.1.- Los pacientes pre-operatorios ingresan desde archivo, con la historia clínica anterior, al servicio de internación.

5.1.2.- Es notificado el ingreso del mismo por personal de archivo a enfermería de internación para que busque dichos pacientes, los dirija a piso y los ubique en la habitación.

5.1.3.- Una vez ubicado en la sala, la enfermera realiza los controles vitales de los pacientes y la antropometría. Registra los mismos en la cuadrícula de la historia clínica.

5.1.4.- Se realiza valoración de horas de ayuno.

5.1.5.- Se le informa al paciente y acompañante que deben bañarse antes del acto quirúrgico y se le entrega la ropa de block quirúrgico a ambos. El baño del mayor será de la persona que lo acompañe en la recuperación post-anestésica. Debe ser acompañado por el familiar con mayor apego.

5.1.6.- Se estimula al usuario que orine antes de entrar a block quirúrgico.

5.1.7.- Se estimula que sea acompañado por sus padres hasta la puerta de block quirúrgico.

**5.2.- Ingreso al block quirúrgico**

5.2.1.- El ingreso de los niños a block quirúrgico, es desde el sector de recuperación.

5.2.2.- Si en la valoración inicial de los niños impresionan cambios clínicos con respecto a los hallados en el sector de internación, se verificarán los mismos en el sector de recuperación.

5.2.3.- Oportunamente se lleva al niño a sala de operaciones, donde es recibido por el equipo anestésico.

**6. REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Lic. Beatriz Noya	Dr. Carlos Strozzi
Cargo	Encargada de Sala	Director Hospital de Las Piedras
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>PR-CP-005</b> <b>Versión 002</b> <b>Fecha 20/07/2004</b> <b>Página 2 de 2</b>
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO</b>	

**7. REGISTROS**

7.1.- En la Cuadrícula de la Historia Clínica se registran todos los controles requeridos.

**8. ANEXOS**

Este procedimiento no tiene Anexos.

**9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 3
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

## 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es desarrollar conductas uniformes y sostenibles frente a distintas situaciones que se pueden dar durante el postoperatorio inmediato en cirugías de coordinación a fin conseguir resultados mejorados y comparables.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que el equipo de enfermería participa con acciones de intervención en el postoperatorio inmediato y en el relacionamiento con el padre, madre o tutor del niño.

## 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

## 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al personal de enfermería actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a la Supervisión de Enfermería la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

## 5. DESCRIPCIÓN

Controles postoperatorios inmediatos, (ingreso, 15 minutos y alta):

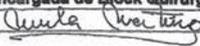
* Conciencia	* Saturometría	<b>SIEMPRE ANOTAR</b>
* Pulso	* Náuseas / vómitos	
* Presión arterial	* Diuresis	

### 5.1.- Diagnóstico de Enfermería

#### 5.1.1.- Dolor relacionado con el trauma quirúrgico.

### 5.2.- Intervenciones de Enfermería

- 5.2.1.- Obtener la historia algica: localización, carácter, intensidad, frecuencia, duración signos y síntomas asociados y medidas de alivio usadas.
- 5.2.2.- Valorar la presencia de indicadores no verbales del dolor, tales como agitación, tensión, contorsión, diaforesis, posición de defensa, taquipnea, taquicardia, e hipotensión.
- 5.2.3.- Reevaluar repetidamente el dolor para prevenir interpretar erróneamente su gravedad. Buscar apoyo psicológico en los colaboradores.
- 5.2.4.- Trabajar con el paciente para identificar formas de controlar el dolor. Usar términos positivos y el poder de la sugestión. Probar distintos métodos para el control del dolor.
- 5.2.5.- Colocar al paciente en la posición adecuada para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa. Animar al paciente a adoptar una posición cómoda.
- 5.2.6.- Facilitar la distracción como método para el control del dolor.
- 5.2.7.- Administrar y registrar los analgésicos prescritos según indicación médica, mientras se controla la aparición de efectos secundarios.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Lic. Marcela Martino	Dr. Carlos Strozzi
Cargo	Encargada de Block Quirúrgico	Director Hospital de Las Piedras
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 3
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

**5.3.- Diagnóstico de Enfermería**

**5.3.1.- Patrón respiratorio ineficaz por la administración de anestésicos en el intraoperatorio.**

**5.4.- Intervenciones de Enfermería**

**5.4.1.-** Controlar la saturación de oxígeno al egreso de block quirúrgico, si se considera necesario.

**5.4.2.-** Valorar los signos vitales fijándose características de la respiración, frecuencia, amplitud y trabajo respiratorio o presencia de tirajes, registrándose posteriormente en la historia clínica.

**5.4.3.-** Observar características y coloración de la piel.

**5.4.4.-** Valorar posibles signos de obstrucción de vía aérea como estridor respiratorio, ruidos laringeos, afonía o cianosis. Auscultar ruidos respiratorios.

**5.5.- Diagnóstico de Enfermería**

**5.5.1.- Hipotermia vinculada a la exposición durante el acto operatorio.**

**5.6.- Intervenciones de Enfermería**

**5.6.1.-** Evitar cualquier exposición innecesaria y prolongada de la piel del niño durante el perioperatorio.

**5.6.2.-** Abrigar con mantas simples.

**5.6.3.-** Controlar y registrar la temperatura.

**5.6.4.-** Retirar las mantas cuando se resolvió la situación.

**5.7.- Diagnóstico de Enfermería**

**5.7.1.- Alteración del bienestar, náuseas o vómitos relacionados con los efectos anestésicos.**

**5.8.- Intervenciones de Enfermería**

**5.8.1.-** Suministrar líquidos fraccionados vía oral según tolerancia.

**5.8.2.-** Si existe la presencia de vómitos, suspender la vía oral, cuantificarlos y registrar.

**5.8.3.-** Reinstalar la vía oral después que los vómitos hayan cesado.

**5.8.4.-** Administrar medicación preescrita (antieméticos) en caso de vómitos.

**5.8.5.-** Advertir al paciente que cambie de posición lentamente.

**5.9.- Diagnóstico de Enfermería**

**5.9.1.- Riesgo potencial de retención urinaria postoperatoria**

**5.10.- Intervenciones de Enfermería**

**5.10.1.-** Valorar los signos de retención urinaria, tales como, distensión vesical, discrepancia marcada entre el aporte de líquidos y la hora y cantidad de última micción.

**5.10.2.-** Brindar medidas no invasivas para estimular la micción, tales como la posición normal para la misma, deambulación hasta el baño si es posible, dejar correr el agua, relajación, proporcionar intimidad.

**5.10.3.-** Tranquilizar al paciente diciéndole que generalmente la micción se produce finalmente en forma espontánea.

**5.10.4.-** Reinstalar la ingesta hídrica en el postoperatorio inmediato según indicación.

**5.10.5.-** Verificar que la primera micción se haya producido antes de las primeras 4 horas, si en un plazo mayor a 6 horas continuas sin orinar espontáneo avisar al médico.

**5.10.6.-** Evaluar la situación y de no producirse la primer micción de orina, repetir medidas no invasivas y asegurarse que la ingesta hídrica y el pasaje de fluidos intravenosos son suficientes.

**5.10.7.-** Constatar presencia de globo vesical.

<b>HLP</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 3 de 3
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

**5.11.- Diagnóstico de Enfermería**

**5.11.1.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la intervención quirúrgica y la presencia de acceso venoso.**

**5.12.- Intervenciones de enfermería**

**5.12.1.-** Valorar zona de intervención quirúrgica: curación.

**5.12.2.-** Mantener higiene de piel.

**5.12.3.-** Control de temperatura corporal.

**5.12.4.-** Realizar curación o sobrecuración de herida quirúrgica según registro en historia clínica.

**5.12.6.-** Cuidados de zona de acceso venoso.

**5.13.** La infección que puede aparecer en las primeras horas de postoperatorio son muy graves, por ende vigilar dolor intenso en la herida, palidez, crepitación, salida de líquido. En caso de duda o presencia de los mismos avisar inmediatamente.

**6. REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

**7. REGISTROS**

**7.1.-** En la Cuadrícula de la Historia Clínica se registran todos los controles requeridos y en la Hoja de Medicación Cumplida los detalles de los eventos ocurridos.

**8. ANEXOS**

Este procedimiento no tiene Anexos

**9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

<b>HLP</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-007 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>ALTA Y CONTROL POSTOPERATORIO ALEJADO DEL USUARIO</b>	

### 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es desarrollar una propuesta a considerar por todo el equipo quirúrgico de manera de disponer criterios uniformes para otorgar el alta y cumplir con las actividades de control postoperatorio alejado.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación efectuados en el Hospital de Las Piedras.

### 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al personal al cirujano actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y al Jefe del Servicio la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5. DESCRIPCIÓN

#### 5.1.- Alta del Usuario

5.1.1.- El usuario permanece en la institución ingresado hasta ser valorado por cirujano tratante o pediatra de guardia que otorgan el alta del mismo.

5.1.2.- Se coordina la próxima consulta en el policlínico central para el control postoperatorio donde será valorado por cirujano pediátrico.

5.1.3.- Se instruirá al usuario que en el caso de duda o surgimiento de sintomatología consultará con Pediatra de Policlínica.

#### 5.2.- Control postoperatorio alejado

5.2.1.- El mismo se realiza en la fecha asignada al alta, en policlínica central, donde el cirujano pediátrico valora al paciente (en una semana).

5.2.2.- En dicha instancia, si no existen contraindicaciones se retiran los puntos de la herida quirúrgica y se informa a los familiares los cuidados a tener en cuenta posteriormente.

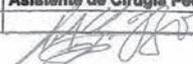
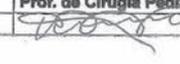
5.2.3.- Otros controles después del alta se realizan al mes, y luego, de acuerdo a la necesidad de cada paciente, determinada por el criterio del médico actuante.

### 6. REFERENCIAS

No aplicable a este procedimiento.

### 7. REGISTROS

No aplicable a este procedimiento.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Berch Hagobian	Prof. Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Asistente de Cirugía Pediátrica G 2	Prof. de Cirugía Pediátrica
Firma		

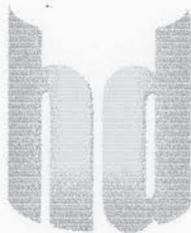
<b>HLP</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-007 Versión 002 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 2
	<b>ALTA Y CONTROL POSTOPERATORIO ALEJADO DEL USUARIO</b>	

**8. ANEXOS**

Este procedimiento no tiene Anexos

**9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por



**HOSPITAL Dr. EMILIO PENZA  
DURAZNO  
UE:019**

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

**1ª. Edición  
Fecha: 23 de setiembre de 2004**

**Coordinadores:**

**Prof. Dr. Ruver Berazategui  
Dr. Luis Aycaguer**

---

Versión adaptada para el Hospital de Durazno "Dr. Emilio Penza", del documento elaborado con la coordinación de los Dres. Ruver Berazategui y Carlos María Strozzi para el Hospital de Las Piedras.



#### **AUTORES**

(por orden alfabético)

Berazategui, Ruver

Hagobián, Berch

Jiménez, Juan José

Martino, Marcela

Moreira, Laura

Noya, Beatriz

Poggi, Carlos

Sauto, Sergio

Strozzi, Carlos María

Viera, María de los Ángeles

#### **En Durazno colaboraron para adaptar el Manual**

(por orden alfabético)

Aycaguer, Luis

Azeni, Inés

Bocchiardo, María

Brienza, Marianella

Fraga, Ariel

Giribón, Araceli

Gómez, Jorge

González, Elena

Padula, Viterbo

Sosa, Brenda

Muchas personas han colaborado para concretar la realización del presente manual. Entre ellas queremos agradecer especialmente a Ana Cristina García y Esmeralda González.



## MANUAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

OT-CP-001  
Versión 001  
Fecha 23/09/2004  
Página 1 de 1

### ÍNDICE

1. ----	Carátula
2. ----	Los autores
3. OT-CP 001	Índice
4. MA-CP 000V002	Prólogo de la 2° versión
5. MA-CP 000V001	Prólogo de la 1° versión
6. DF-CP 001	Diagrama de flujo del Funcionamiento de la Policlínica de Cirugía Pediátrica.
7. DF-CP 002	Diagrama de Flujo del Proceso Asistencial de la Cirugía Coordinada. Anexo I – Instrucciones para preparación en domicilio (IT-CP 001)
8. DF-CP 003	Diagrama de Flujo del Proceso Administrativo de la Cirugía Coordinada.
9. PR-CP 001	Anexo I – Historia clínica (FR-CP 099) Procedimiento de Consulta Quirúrgica Pediátrica.
10. PR-CP 002	Procedimiento de Gestión Administrativa del Pre y Postoperatorio.
11. PR-CP 003	Procedimiento de la Pauta de Anestesia para la Cirugía Pediátrica de Coordinación. Anexo I – Protocolo de Analgesia para Cirugía Pediátrica.
12. PR-CP 004	Procedimiento de Intervención Inicial de Enfermería en Cirugía Pediátrica de Coordinación. Anexo I – Consentimiento informado (IT-CP 002)
13. PR-CP 005	Procedimiento de Intervención de Enfermería en el Preoperatorio Inmediato.
14. PR-CP 006	Procedimiento de Intervención de Enfermería en el Postoperatorio Inmediato.
15. PR-CP 007	Procedimiento de Alta y Control Postoperatorio alejado del Usuario.

OT: Otros documentos  
CP: Cirugía Pediátrica  
MA: Manual  
DF: Diagrama de Flujo  
PR: Procedimiento  
IT: Instrucción de trabajo  
FR: Formularios  
CQP: Clínica Quirúrgica Pediátrica

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ruver Berazategui	Dr. Luis Aycaguer
Cargo	Prof. Director CQP	Director Hospital Durazno
Firma		

El sistema de codificación de los documentos aún está en etapa de prueba y verificación. Por lo tanto, no se interprete como desarrollado, y menos, implantado o definitivo.

	<b>MANUAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA</b>	MA-CP-001 Versión 001 Fecha 29/10/2004 Página 1 de 1
	<b>PRÓLOGO</b>	

A menos de un año de la presentación pública de la primera versión del Manual de Procedimientos de Cirugía Pediátrica para el Hospital de Las Piedras, que surgió con el motivo de "mejorar la capacidad de resolución de cobertura asistencial" y de "promover la descentralización de la Cirugía Pediátrica", tal como lo expresaron el Dr. Ruver Berzategui, Profesor de la Clínica Quirúrgica Pediátrica y el Dr. Carlos Strozzi, Director del Hospital, nos encontramos frente a una situación inusual y reconfortante: la publicación y distribución de la segunda versión del manual para Las Piedras y la extensión del programa de descentralización de cirugía pediátrica al Hospital "Dr. Emilio Penza", del Departamento de Durazno.

Primero la celeridad en la elaboración, revisión, control y ajuste de las pautas, y ahora su utilización como modelo para este nuevo emprendimiento, marcan con claridad la voluntad y firme convicción de establecer acciones que permitan mejorar continuamente la actividad asistencial, la gestión y la calidad percibida por los usuarios de los servicios de cirugía pediátrica en nuestro país.

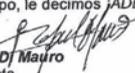
En estas líneas no vamos a profundizar en el compromiso que tiene el Dr. Berzategui y su equipo con el nivel de la calidad asistencial. Es evidente y comprobable.

Lo importante es destacar el convencimiento que tiene acerca de que además de la calidad asistencial, para lograr el éxito es necesario gestionar la calidad global del servicio. Para ello se necesita la decisión e involucramiento de la Dirección, la participación del personal, ver y considerar al sector o departamento de manera sistémica formando parte de un gran proceso dentro del hospital. Documentar, registrar, analizar y mejorar continuamente el sistema. En este sentido, Berzategui, -inquieto, inquisidor, dinámico, innovador-, hurgó entre los modelos de gestión de la calidad disponibles y adhirió al que propone la serie de normas UNIT-ISO 9000:2000. Estos documentos recogen la última expresión, -consensuada por más de 147 países de todo el mundo-, sobre los lineamientos que debe seguir una organización para gestionar la calidad y contribuir al éxito a través del establecimiento de procesos consistentes y uniformes, la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), el desarrollo de su gente y el relacionamiento mutuamente beneficiosas con los proveedores.

En este sentido, el Dr. Berzategui y su equipo están haciendo un esfuerzo importante, serio y responsable a fin de adquirir la información y destreza necesaria para implantar el sistema de gestión de la calidad. La forma de presentación de este Manual es un ejemplo claro, alineado con lo que estamos afirmando. Paralelamente, están trabajando en otras actividades imprescindibles: elaborar la política de la calidad, determinar objetivos y elegir indicadores que les señalen cuán bien están haciendo las cosas. Esto es sólo el principio de un largo camino que impone una serie de requisitos para tener el sistema implantado y funcionando.

No obstante, conociendo la tenacidad y pujanza del grupo, sumado al convencimiento de que éste es el norte que conduce a mejorar la gestión, el éxito está asegurado.

Al Profesor, médico, docente, amigo y a su equipo, le decimos: **ADELANTE!!!**

  
Dr. José Rafael Di Mauro  
Médico Intensivista  
Especialista en Gestión de la Calidad ISO 9000:2000

Montevideo, octubre de 2004

	<b>MANUAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA</b>	MA-CP-000 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	<b>PRÓLOGO</b>	

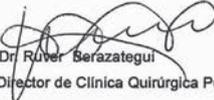
Desde hace más de un año la Cátedra de Cirugía Pediátrica se propuso descentralizar la Cirugía Pediátrica e inició este trabajo en el Hospital de Las Piedras. Se desarrolló el modelo y luego se propuso replicarlo en el centro de la República, un lugar ideal con vistas a otro de los objetivos, que es regionalizar la especialidad.

Soy consciente de que nuestra Cátedra de Cirugía Pediátrica es pionera en romper con los esquemas tradicionales centralistas y sale a desarrollar su segundo centro de trabajo fuera del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), en la ciudad de Durazno, un lugar geográficamente ideal para la propuesta.

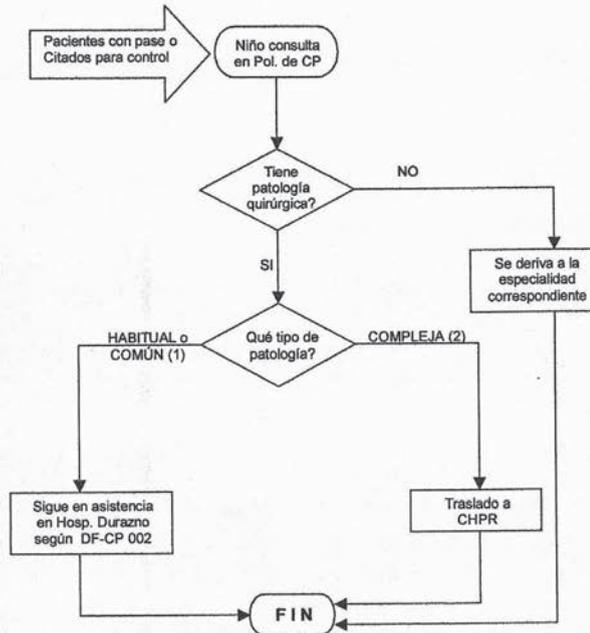
El Manual de Procedimientos de Cirugía Pediátrica del Hospital de Las Piedras fue presentado al Equipo de Dirección del Hospital de Durazno, al cual en conjunto le introdujimos algunas modificaciones para adaptarlo a la realidad del Centro Asistencial.

Llegue el agradecimiento a los otros autores del Manual de Las Piedras y en especial al Director del Hospital, Dr. Carlos María Strozzi, quien en una actitud sincera, espontánea y de profundo sentido solidario puso a disposición la documentación elaborada y utilizada, lo cual permitió avanzar con rapidez en la adecuación para el Hospital de Durazno. Destaco la motivación, el fervor y el compromiso que asumieron los Dr. Luis Aycaguer, Director del Hospital Durazno y Dr. Viterbo Padula, asesor de la dirección, para la adaptación e implementación del proyecto.

Un especial agradecimiento al Dr. José Rafael Di Mauro por su constante motivación, apoyo y trabajo desinteresado, con el objetivo mayor de mejorar la calidad de la asistencia.

  
Prof. Dr. Rúver Berzategui  
Profesor Director de Clínica Quirúrgica Pediátrica

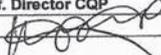
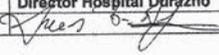
Durazno, diciembre de 2004



(1) - Listado de patologías quirúrgicas habituales o comunes que se pueden asistir en el Hospital de Durazno:

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| • Hernia inguinal no complicada          | • Hernia línea blanca        |
| • Hernia umbilical                       | • Criptorquidia              |
| • Sangrados digestivos bajos no urgentes | • Fimosis                    |
| • Tumores subcutáneos                    | • Dolor abdominal recurrente |
| • Hidrocele                              | • Frenillo sublingual        |
| • Biopsias superficiales                 | • Uña encarnada              |
| • Quiste de cordón                       |                              |

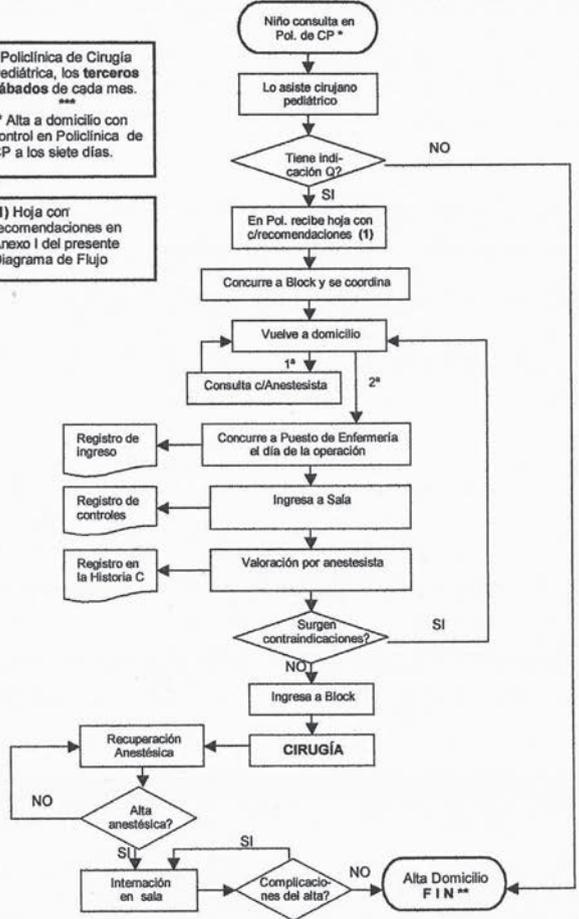
(2) Las patologías que no figuran en el listado precedente se consideran complejas y se coordinan para derivar al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

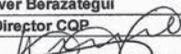
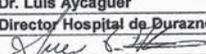
	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ruver Berazategui	Dr. Luis Aycaguer
Cargo	Prof. Director CQP	Director Hospital Durazno
Firma		

	<b>DIAGRAMA DE FLUJO</b> <b>PROCESO ASISTENCIAL de la</b> <b>CIRUGÍA COORDINADA</b>	<b>DF-CP-002</b> Versión 001 Fecha 20/09/2004 Página 1 de 1
---	---	--

\* Policlínica de Cirugía Pediátrica, los terceros sábados de cada mes.  
 \*\* Alta a domicilio con control en Policlínica de CP a los siete días.

(1) Hoja con recomendaciones en Anexo I del presente Diagrama de Flujo



Revisado por:		Aprobado por:	
Nombre	Dr. Ruver Berazategui	Nombre	Dr. Luis Aycaguer
Cargo	Prof. Director CCP	Cargo	Director Hospital de Durazno
Firma		Firma	

	<b>ANEXO I - DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>IT-CP-001 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1</b>
	<b>INSTRUCCIONES PARA DOMICILIO</b>	

**HOSPITAL DURAZNO  
POLICLÍNICA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA**

**INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LA PIEL EN DOMICILIO**

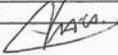
**CUIDADOS EN LA SEMANA PREVIA A LA INTERNACIÓN**

1. BAÑO DIARIO.
  2. JABÓN DE USO PERSONAL.
  3. ESPECIAL DEDICACIÓN EN AXILAS, OMBLIGO, PLIEGUES CUTÁNEOS, GENITALES Y PERINÉ, PIERNAS, PIES Y ENTRE DEDOS.
  4. SECADO CON TOALLA LIMPIA, DE USO PERSONAL.
  5. VESTIR ROPA INTERIOR LIMPIA Y PLANCHADA.
  6. LAVADO DEL CABELLO Y UÑAS, RECORTE ADECUADO DE UÑAS.
  7. SI PRESENTA CUALQUIER LESIÓN DE PIEL, CONSULTE A SU PEDIATRA CON EL DEBIDO TIEMPO.
  8. NO LE SUMINISTRE MEDICAMENTOS SIN INDICACIÓN MÉDICA. SI PRESENTA CUALQUIER ALTERACIÓN DE SALUD, COMO PROBLEMAS RESPIRATORIOS, DIARREA, FIEBRE, ETC., AVISAR CON ANTERIORIDAD AL BLOCK QUIRÚRGICO PARA NUEVA COORDINACIÓN.
    - Encargada de Block: BRENDA SOSA.- TELEFONO 27701 AL 03.
    - Archivo Médico: ANDREA OLIVERA o LAURA SAID, TELÉFONO 27701 AL 03.
- SE SOLICITA ENVIAR UN DONANTE DE SANGRE PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
  - CONCURRIR AL SERVICIO DE HEMOTERAPIA DEL HOSPITAL DE DURAZNO PARA COORDINAR LA EXTRACCIÓN DE SANGRE DEL DONANTE.
  - POR MAYOR INFORMACIÓN COMUNICARSE CON SERVICIO de HEMOTERAPIA PERSONALMENTE O POR EL TELÉFONO 27701 AL 03.

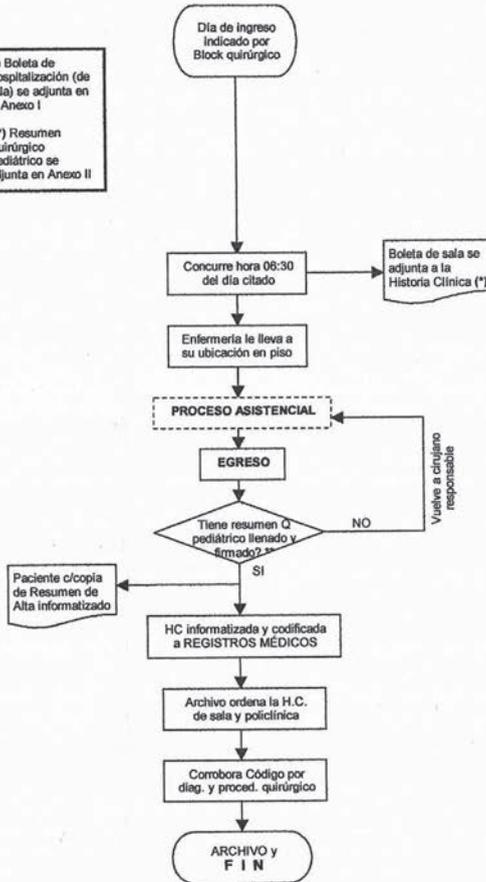
**EL DÍA DE LA CIRUGÍA**

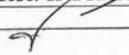
1. PRESENTARSE EN SALA DE CIRUGIA A LAS 06:30HORAS.
2. TRAER IMPLEMENTOS DE HIGIENE CORPORAL PARA EL NIÑO Y SU MADRE, PADRE O TUTOR (JABÓN, TOALLA, ETC.).
3. INGRESAR CON AYUNO TOTAL. ESTO SIGNIFICA QUE NO SE DEBE TOMAR NADA: NI ALIMENTOS, NI AGUA, NI CARAMELOS, NI CHICLES.  
EL PERIODO DE AYUNO VARIA CON LA EDAD:
  - MENORES DE 6 MESES, 4 HORAS DE AYUNO.
  - 6 MESES A 3 AÑOS, 5 HORAS DE AYUNO.
  - MAYORES DE 3 AÑOS, 6 HORAS DE AYUNO.
4. DEBE TRAER LOS EXÁMENES PARACLÍNICOS, RADIOLÓGICOS U OTROS QUE TENGA EN SU PODER, SI LE FUERON REALIZADOS.
5. DEBE TENER Y TRAER CARNÉ DE VACUNAS VIGENTES.
6. DEBE SER ACOMPAÑADO POR EL PADRE, LA MADRE O TUTOR RESPONSABLE.

**AL SÁBADO SIGUIENTE DE LA CIRUGÍA, DEBE CONCURRIR A LA HORA 09:30 A CONTROL EN EL POLICLÍNICO CENTRAL DEL HOSPITAL de DURAZNO**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ariel Fraga	Dra. María Bocchiardo
Cargo	Residente Cirugía pediátrica	Encargada Sala de Pediatría
Firma		

(\*) Boleta de Hospitalización (de sala) se adjunta en el Anexo I  
 (\*\*) Resumen Quirúrgico Pediátrico se adjunta en Anexo II



	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Laura Said – Andrea Olivera	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Admin. Registros médicos	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		

	<b>ANEXO I del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>FR-CP-008 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1</b>
	<b>Historia Clínica – Hoja 1 de CIERRE DE HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	

 <b>HOJA DE CIERRE DE HISTORIA CLÍNICA</b> <small>Utilizar en agencias hospitalarias y hospitales de día</small>		N. BOLETA N. HISTORIA CLÍNICA N. C. IDENTIDAD
ESTABLECIMIENTO: _____		USUARIO DE: _____
APELLIDOS PATERNO: _____ APELLIDOS MATERNO: _____ NOMBRE: _____		FINANCIADOR: _____
FECHA NAC.:	DÍA MES AÑO	EDAD
		DÍAS MESES
		SEXO
		M F
DOMICILIO HABITUAL		CUIDAD
Calle No. Apt. Block Sector		LOCALIDAD o BARRIO
PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA (Nombre, Dirección, Teléfono)		DEPTO. RESIDENCIA
DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN		
INGRESO FECHA	Día Mes Año	HORA SERVICIO
		ESTUVO EN CTI
		SI NO HORAS EN CTI
EGRESO FECHA	Día Mes Año	HORA SERVICIO
		DÍAS DE INTERNACIÓN
TIPO DE INGRESO 1 URGENTE <input type="checkbox"/> 2 PROGRAMADO <input type="checkbox"/> 3 TRASLADO <input type="checkbox"/> TRASLADO DESDE: _____ 4 A HOSPITAL DE DÍA <input type="checkbox"/> 5 OTROS: _____		
TIPO DE EGRESO 1 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 FALLECIDO <input type="checkbox"/> 3 TRASLADO <input type="checkbox"/> A: _____ 4 CONTRA VOLUNTAD MÉDICA <input type="checkbox"/> 5 OTROS: _____		
DIAGNÓSTICOS		
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		CODIGO
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO		CODIGO
ENFERMEDADES ASOCIADAS		CODIGO
ENFERMEDADES ASOCIADAS		CODIGO
COMPLICACIONES		CODIGO
CAUSA EXTERNA (accidente, etc)		CODIGO
OBSERVACIONES		
PROCEDIMIENTOS		
FUE OPERADO	SI	NO
	FECHA OPERACION 1	DÍAS PREOPERATORIOS
	FECHA OPERACION 2	DÍAS PREOPERATORIOS
	CIQUIANO	CIQUIANO
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		CODIGO
OTROS PROC. QUIRÚRGICOS		CODIGO
OTROS PROC. QUIRÚRGICOS		CODIGO
OTROS PROC. NO QUIRÚRGICOS		CODIGO
OTROS PROC. NO QUIRÚRGICOS		CODIGO
OBSERVACIONES		
EN CASO DE MENORES DE EDAD O ADULTOS DEPENDIENTES		PARA RECIBIR NACIDOS
ACOMPANANTES		EDAD GESTACIONAL
MADRE		PESO AL NACER
PADRE		
OTRO (apellidos)		
NOMBRE MEDICO RESPONSABLE _____		FIRMA _____
		N° Tag. o C.P. _____

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Laura Said – Andrea Olivera	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Admin. Registros médicos	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		

	<b>ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>FR-CP-099</b> Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	<b>Historia Clínica – Hoja 2 de IDENTIFICACION Y DIAGNÓSTICO</b>	

## IDENTIFICACION Y DIAGNOSTICO

APELLIDOS Y NOMBRES:		H.C. Nº		
		MASCULINO	<input type="checkbox"/>	
		FEMENINO	<input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD O PUEBLO: DEPARTAMENTO:		
		C.I. Nº:	C.C. Nº:	
		GRATUITA <input type="checkbox"/> CARNET DE ASISTENCIA ARANCEL <input type="checkbox"/> Nº		
<b>FECHA</b>	<b>DOMICILIO HABITUAL DEL PACIENTE</b>		<b>TELEFONO</b>	
<b>NOMBRE Y DIRECCION DEL PACIENTE, AMIGO, COMERCIO Y SECCION POLICIAL</b>			<b>TELEFONO</b>	
<b>LUGAR DONDE COBRA SUELDO, JUBILACION O PENSION</b>			<b>TELEFONO</b>	
SERVICIO	FECHA DE		DIAGNOSTICO	CODIGO
	INGRESO	ALTA		

<b>Revisado por:</b>		<b>Aprobado por:</b>
Nombre	Laura Said – Andrea Olivera	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Admin. Registros médicos	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		

	ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ADMINISTRATIVO	FR-CP-098 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	Historia Clínica - Hoja 3 de ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO	

**Hospital Dr. E. Penza - UE: 019**  
**Unidad de Cirugía Pediátrica Programada**  
**Historia Clínica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ C Identidad: \_\_\_\_\_ N° H Clínica: \_\_\_\_\_

---

Motivo Ingreso: \_\_\_\_\_  
 E Actual: \_\_\_\_\_

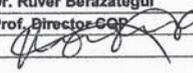
---

Conducta: \_\_\_\_\_  
 Paraclínica: \_\_\_\_\_

---

Otros estudios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ N° CJP: \_\_\_\_\_

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ariel Fraga	Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Residente cirugía pediátrica	Prof. Director CJP
Firma		



	ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ADMINISTRATIVO	FR-CP-099 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	Historia Clínica – Hoja 5 de <b>RESUMEN QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO</b>	

Ministerio de Salud Pública  
Hospital "Dr. Emilio Penza"  
Durazno

**RESUMEN QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO**

Fecha de egreso \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ H. C. Nº \_\_\_\_\_

Motivo de Ingreso

Diagnóstico de Egreso  CIE 10

INTERVENCIÓN	<input type="text"/>
CIRUJANO	<input type="text"/>
ANESTESISTA	<input type="text"/>
DEBE VOLVER	<input type="text"/>
INDICACIONES AL ALTA _____	
_____	
_____	
_____	
Nombre _____ Firma _____	

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ariel Fraga	Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Residente de cirugía pediátrica	Prof. Director CQP
Firma		





	<b>ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>FR-CP-099</b> Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	<b>Historia Clínica - Hoja 8 de ANAMNESIS PREANESTÉSICA</b>	

Hospital Dr. E. Penza  
Cirugía Pedlátrica

### Anamnesis Preoperatoria

Nº H Clínica                      C Identidad:                      Edad:  
Nombre    Sexo:  
Apellido    Raza:

---

Fecha                      Intervención propuesta

<b>Anestesia previa</b>		<b>AP Gastrointestinales No</b> <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>		RGE <input type="checkbox"/>
IOT difícil <input type="checkbox"/>		Hepatitis <input type="checkbox"/>
Laringoespasma <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>
Broncoespasma <input type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>		
<b>AP Cardiovascular No</b> <input type="checkbox"/>		<b>AP Neurológicas No</b> <input type="checkbox"/>
HTA <input type="checkbox"/>		Convulsiones <input type="checkbox"/>
C Congénita <input type="checkbox"/>		Meningitis <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>
		<b>AP Urológicas No</b> <input type="checkbox"/>
		Infecciones altas <input type="checkbox"/>
		Infecciones bajas <input type="checkbox"/>
		Insuficiencia renal <input type="checkbox"/>
		Otros <input type="checkbox"/>
<b>AP Respiratorio No</b> <input type="checkbox"/>	<b>Otros antecedentes</b>	
Faringitis <input type="checkbox"/>		
Laringitis <input type="checkbox"/>		
Amigdalitis <input type="checkbox"/>	<b>Medicación y dosis</b>	
Rinitis <input type="checkbox"/>		
Bronquitis <input type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>		

Firma: \_\_\_\_\_

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dra. Marianella Brienza	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Anestesióloga	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		



Hospital Dr. E. Penza  
Cirugía Pediátrica

### Examen Preoperatorio

Nº H Clínica



Temperatura    Peso    Talla

<b>Aspecto general</b>		<b>Cabeza y Cuello</b>	
Color		Dismorfismos	<input type="checkbox"/>
Hidratación		FNasales permeables	<input type="checkbox"/>
Nutrición		Otalgia	<input type="checkbox"/>
<b>Aparato respiratorio</b>		Rinorrea	<input type="checkbox"/>
Asimetría torácica	<input type="checkbox"/>	Patología paladar	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Adenoidismo	<input type="checkbox"/>
SFR	<input type="checkbox"/>	Macroglosia	<input type="checkbox"/>
Broncoespasmo	<input type="checkbox"/>	Micro o retrognatia	<input type="checkbox"/>
Estertores húmedos	<input type="checkbox"/>	Hipert amigdalina	<input type="checkbox"/>
Otros		Desviación traqueal	<input type="checkbox"/>
<b>Cardiovascular</b>		<b>Dentición</b>	
Ritmo regular	<input type="checkbox"/>	Dientes flojos	<input type="checkbox"/>
Soplos	<input type="checkbox"/>	Cuál	
Red Venosa	<input type="checkbox"/>	Centinela	<input type="checkbox"/>
Pulsos periféricos	<input type="checkbox"/>	<b>Paraclinica</b>	
<b>Abdomen</b>		<b>Indicaciones</b>	
Visceromegalias	<input type="checkbox"/>	<b>Resumen</b>	

Firma

Revisado por:		Aprobado por:	
Nombre	Dra. Marianella Brienza	Nombre	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Anestesióloga	Cargo	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		Firma	

	<b>ANEXO II del DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>FR-CP-099</b> Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	<b>Historia Clínica – Hoja 10 de FICHA OPERATORIA</b>	

Hospital Dr. E. Penza  
Cirugía Pediátrica

### Ficha operatoria

Nombre			Fecha
Apellido			Nº H Clínica
<b>Diagnóstico Preoperatorio</b>			
<b>Intervención propuesta</b>		<b>A Patológica</b>	
<b>Cirujano</b>	<b>1º Ayudante</b>	<b>2º Ayudante</b>	
<b>Instrumentador/a</b>			
<b>Anestésico</b>	<b>Anestesia</b>	<b>Anestesia</b>	
<b>Conienzo</b>	<b>Fin</b>	<b>Duración</b>	<b>minutos</b>
<b>Diagnóstico operatorio</b>			
<b>Operación realizada</b>			
<b>Accidentes en la operación</b>			
<b>Descripción operatoria</b>			

Firma:

	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre</b>	Dr. Ariel Fraga	Dr. Ruver Berazategui
<b>Cargo</b>	Residente cirugía pediátrica	Prof. Director CQP
<b>Firma</b>		





	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-001 Versión 001 Fecha: 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>CONSULTA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA</b>	

### 1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es establecer de manera clara y precisa el mecanismo y circunstancias de actuación del equipo de cirugía pediátrica de la Facultad de Medicina en el Hospital de Durazno

### 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los casos de requerimiento no urgente, establecido en el listado que figura en el punto 5 del presente documento, en el ámbito de la consulta quirúrgica pediátrica del Hospital de Durazno.

### 3. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4. RESPONSABILIDAD

Corresponde al cirujano pediátrico la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y al Director del Servicio, la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5. DESCRIPCIÓN

5.1.- Los Pediatras que asisten en Policlínica así como aquellos que atienden la Consulta de Urgencia, médicos de policlínicas rurales, médicos de centros de atención primaria, médicos de familia, derivan a la consulta de Cirugía Pediátrica todos aquellos casos que requieran consulta quirúrgica sin urgencia.

5.2.- Los pacientes se anotan para la Policlínica de Cirugía Pediátrica en la Oficina de Registros Médicos del Hospital de Durazno, en los horarios establecidos a esos efectos.

5.3.- La consulta la realizan los Cirujanos Pediatras los terceros sábados de cada mes durante el 2004 y 2005, en los consultorios dispuestos a tales efectos en el área ambulatoria del Hospital. En caso de modificaciones en día y hora de consulta se informará por los canales habituales.

5.4.- Las patologías de consulta frecuente que deben ser derivadas a Policlínica Quirúrgica Pediátrica, son:

- Hernia inguinal no complicada
- Criptorquidia
- Sangrado digestivo bajo no urgente
- Dolor abdominal recurrente
- Frenillo lingual
- Biopsia superficiales
- Hernia umbilical
- Fimosis
- Tumoraciones subcutáneas
- Hernia línea blanca
- Uña encarnada
- Quiste de cordón
- Hidrocele

5.5.- Se deriva al Centro Hospitalario Pereira Rossell toda patología quirúrgica que por la entidad o la urgencia no puedan aguardar una consulta de coordinación.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dra. María Bocchiardo	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Encargada sala de pediatría	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-001 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 2
	<b>CONSULTA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA</b>	

5.6.- Todo Pediatra que desee evaluar su paciente en conjunto con el Equipo Quirúrgico concurre el día de atención a la Policlínica. El Equipo Quirúrgico considera esta eventualidad como un hecho fundamental de trabajo, intercambio y docencia.

**6. REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

**7. REGISTROS**

Este procedimiento no genera registros.

**8. ANEXOS**

Este procedimiento no tiene anexos.

**9. MODIFICACIONES**

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dra. María Bocchiardo	Dr. Viterbo Padula
Cargo	Encargada sala de pediatría	Asesor de la Dirección del Hospital
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-002 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PRE Y POSTOPERATORIO</b>	

**1 – OBJETIVO**

El objetivo de este procedimiento es promover la coordinación entre el pediatra de guardia y el cirujano del equipo asistencial de la Facultad de Medicina que permanece en este Centro por 24 hs., a fin de dar continuidad a la asistencia del paciente en el pre y en el postoperatorio.

**2 – ALCANCE**

Este procedimiento se aplica a todos los casos que se requiera interacción entre el médico pediatra del Hospital de Durazno y el cirujano tratante.

**3 – DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS**

No corresponde a este procedimiento.

**4 – RESPONSABILIDAD**

Corresponde a los cirujanos pediátricos la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a los Directores de los Servicios, la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

**5 – DESCRIPCIÓN**

5.1.- El Pediatra de Guardia del Hospital de Durazno, a solicitud del Cirujano Pediatra tratante, realiza la evaluación de los pacientes a intervenir para detectar alguna patología intercurrente que pueda afectar el acto quirúrgico.

5.2.- Durante el período postoperatorio, se controlan los signos vitales: estado de conciencia, tolerancia digestiva, sangrados, dolor, dificultad, respiratoria, hipotermia, coloración e hidratación.

**6 – REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

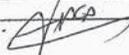
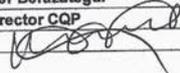
**7 – REGISTROS**

Este procedimiento no genera registros.

**8 – ANEXOS**

Este procedimiento no tiene anexos.

**9 – MODIFICACIONES**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ariel Fraga	Dr. Ruver Berzategui
Cargo	Residente de cirugía pediátrica	Prof. Director CQP
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-003 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 3
	<b>PAUTA DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

## 1 – OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es establecer un documento que sirva de guía para el manejo pre, intra y postoperatorio en cirugía pediátrica de coordinación a fin de lograr un nivel de semejanza tal en la asistencia, que permita obtener resultados consistentes y uniformes frente a una situación similar, independientemente del médico que actúe en cada momento.

Esta pauta es orientativa y no impide al profesional actuante que aplique los desvíos que estime necesarios según su criterio y la condición clínica o paraclínica del paciente. Dejará constancia y fundamentación de ello en la historia clínica.

## 2 – ALCANCE

Esta pauta médica se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que participe el equipo profesional de la Facultad de Medicina en el Hospital de Durazno.

## 3 – DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

**ASA:** Sociedad Americana de Anestesiología.

## 4 – RESPONSABILIDAD

Corresponde al anestesista actuante, la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a los Directores de los Servicios, la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

## 5 – DESCRIPCIÓN

### 5.1.- Preoperatorio

5.1.1.- El anesestsiólogo realiza la valoración preanestésica de los pacientes referidos por la policlínica de cirugía pediátrica.

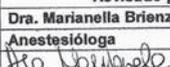
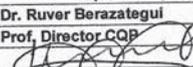
5.1.2.- La valoración consiste en el interrogatorio a los padres y eventualmente al niño en lo referente a antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, así como antecedentes anestésico-quirúrgicos.

5.1.3.- Se realiza el examen físico con énfasis en aspectos vinculados a la anestesia.

5.1.4.- Se solicitan exámenes paraclínicos o interconsultas solamente por requerimientos de valoración de patologías o situaciones especiales del paciente. En ese caso se coordina nueva consulta en policlínica anestésica para revaloración.

5.1.5.- La consulta en policlínica se utiliza para realizar el primer contacto con el paciente, lograr su aceptación, realizar las explicaciones correspondientes sobre los procedimientos al niño de acuerdo a su edad, familiarizándolo con los materiales (máscaras, circuitos anestésicos, etc.) así como a sus padres, de modo de despejar sus interrogantes y disminuir su ansiedad frente al acto anestésico quirúrgico.

5.1.6.- Interesa disminuir la aprehensión del paciente y lograr tenerlos presente en el momento de la intervención, ya que es fundamental que el anesestsiólogo que efectúa la valoración pre anestésica sea el que realiza la anestesia al niño.-

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dra. Marianella Brienza	Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Anesestsióloga	Prof. Director CQP
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-003 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 3
	<b>PAUTA DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

**5.1.7.-** Se incluyen para coordinación de cirugía pediátrica los pacientes que cumplen los siguientes requisitos:

1. Niños con riesgo quirúrgico ASA I o ASA II de la Clasificación de Estado Físico propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA):
  - ASA I: paciente sano, normal.
  - ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve.
2. Ausencia de accidentes anestésicos familiares.-
3. Ausencia de complicaciones anestésicas en cirugías anteriores.
4. Ausencia de intubación orotraqueal dificultosa conocida o potencial.
5. No estar recibiendo medicamentos que puedan estar interfiriendo la cirugía y/o anestesia.
6. Ausencia de antecedentes familiares o personales de enfermedades metabólicas, neuromusculares y hemorragiparas.

### **5.2.- Intraoperatorio**

**5.2.1.-** El día de la intervención el paciente ingresado a sala de internación es visitado por el anestesiólogo actuante.

**5.2.2.-** Se evalúa la presencia de enfermedades intercurrentes, en especial patología infecciosa, que eventualmente obliguen a diferir la oportunidad operatoria de la cirugía de coordinación.

**5.2.3.-** También se evalúa el cumplimiento del ayuno de acuerdo a las pautas:

#### Ayuno previo indicado según la edad del paciente

Edad	Sólidos y leche	Líquidos claros
Menores de 6 meses	4 horas	3 horas
6 meses a 3 años	5 horas	4 horas
Mayores de 3 años	6 horas	6 horas

**5.2.4.-** También se aprovecha esta visita en el preoperatorio inmediato para reforzar la vinculación y confianza del niño en el anestesiólogo actuante, lo que en definitiva redundará en la calidad de la anestesia al disminuir el temor del niño ante una situación no conocida.

**5.2.5.-** El paciente ingresa a sala de operaciones a través de la sala de recuperación postanestésica a la cual vuelve luego de la intervención quirúrgica.

**5.2.6.-** El médico anestesiólogo realiza premedicación según criterio.

### **5.3.- Postoperatorio**

**5.3.1.-** El paciente pasa desde sala de operaciones a sala de recuperación postanestésica cuando está despierto o despertando reactivo, ventilando al aire con saturación de O<sub>2</sub> satisfactoria, dinámica ventilatoria adecuada y hemodinamia estable satisfactoria.

**5.3.2.-** La sala de recuperación postanestésica cuenta con equipo completo de monitorización, así como con equipo y materiales de reanimación.

**5.3.3.-** En el intraoperatorio así como en el postoperatorio inmediato y tardío se cumplen las pautas de analgesia vigentes en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que se adjuntan (ver Anexo I del presente procedimiento).

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-003 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 3 de 3
	<b>PAUTA DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

5.3.4.- En sala de recuperación postanestésica el niño está alojado con su madre y controlado por personal de enfermería.

5.3.5.- El alta a sala general se otorga según los criterios siguientes:

- Signos vitales normalizados
- Paciente vigil
- Reflejos intactos con capacidad de tragar, toser, etc.
- Ausencia de náuseas y vómitos
- Ausencia de dolor intenso

5.3.6.- El alta anestesiológica la otorga el anestesiólogo actuante cuando lo considera oportuno.

5.3.7.- El anestesiólogo encargado de la coordinación de cirugía pediátrica realiza charlas programadas con el personal de enfermería de sala de operaciones e internación para interiorizarlo del manejo pediátrico, familiarizándolo con el material, los protocolos y procedimientos anestésicos, así como el manejo y tratamiento de eventuales complicaciones.

5.3.8.- El Servicio propenderá en un futuro cercano a lograr la instrumentación de un régimen de anestesia ambulatoria y cirugía de día con los consiguientes beneficios para los pacientes y para la institución.

5.3.9.- Estas normas son dinámicas y se modifican de acuerdo a sugerencias del equipo multidisciplinario que interviene en la atención quirúrgica infantil en el Hospital de Las Piedras y de Durazno.

#### 6 – REFERENCIAS

No aplicable a este procedimiento.

#### 7 – REGISTROS

7.1.- En la Ficha de Anestesia, se registran todos los controles requeridos, la medicación utilizada y los eventos ocurridos.

#### 8 – ANEXOS

8.1.- Anexo I – Protocolo de Analgesia.

#### 9 – MODIFICACIONES

Los lineamientos generales de analgesia en el intra y en el postoperatorio de cirugía pediátrica son los siguientes:

**INTRAOPERATORIO**

- **Opiáceos:** Fentanyl: 1 a 4 microgramos/kg al comienzo de la cirugía
- **AINE:** Ketoprofeno: 1,5 mg/kg I/V diluidos en 1,5 mg/kg de suero
  - Dipirona: 20 a 30 mg/kg I/V

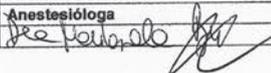
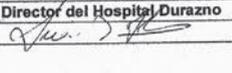
**POSTOPERATORIO**

- **AINE:** Ketoprofeno: 1,5 mg/kg I/V diluidos en 1,5 mg/kg de suero
  - Dipirona: 20 a 30 mg/kg I/V cada 6 horas y luego V/O 10 mg/kg
  - Ibuprofeno: 4 a 10 mg/kg dosis cada 6 a 8 horas V/O

**CUIDADOS POST ANESTÉSICOS INMEDIATOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Intervención: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Enfermero responsable en CPA inmediato: \_\_\_\_\_  
 Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

HORA	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:
SpO2				
F. Cardíaca				
P. Arterial				
F. Respiratoria				
Conciencia				
Náuseas				
Vómitos				
Dolor				
Otros				
Medicación				

Revisado por:		Aprobado por:
Nombre	Dra. Marianella Brienza	Dr. Luis Aycaguer
Cargo	Anestesióloga	Director del Hospital Durazno
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-004 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 2
	<b>INTERVENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

### 1 – OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento está basado en ofrecer a los niños del Hospital de Durazno una asistencia acorde a su edad donde se hace hincapié en el binomio progenitor-hijo/a.

### 2 – ALCANCE

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que participa el equipo de enfermería en la valoración inicial del niño y en el relacionamiento con su padre, madre o tutor.

### 3 – DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4 – RESPONSABILIDAD

Corresponde al personal de enfermería actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a la Supervisión de Enfermería la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5 – DESCRIPCIÓN

A partir de los datos de la valoración preoperatoria inicial del niño quirúrgico, se incluyen los siguientes Diagnósticos de Enfermería y sus respectivas Intervenciones:

#### 5.1.- Diagnóstico de Enfermería

5.1.1.- Déficit de conocimientos sobre las técnicas y protocolos preoperatorios, así como los resultados esperados en el postoperatorio.

#### 5.2.- Intervenciones de Enfermería

5.2.1.- Ampliación de conocimientos (paciente y familia) sobre los diversos aspectos de la rutina preoperatoria, tales como la hora de la operación, restricciones de sólidos y líquidos, tipo de anestesia, entorno de la sala de anestesia y reanimación, tipo de herida.

5.2.2.- Se entrega a padre, madre o tutor instructivo preoperatorio, acompañando de una breve entrevista con la Lic. Enfermería de policlínica.

#### 5.3.- Diagnóstico de Enfermería

5.3.1.- Angustia ante la experiencia quirúrgica (anestesia y dolor), los resultados de la operación y al despegue, vinculado a la hospitalización.

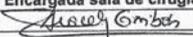
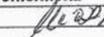
#### 5.4.- Intervenciones de Enfermería:

5.4.1.- Disminución de la angustia en el preoperatorio, la enfermera debe ser tolerante y comprensiva.

5.4.2.- Precisar la participación e importancia de la familia del enfermo o de las personas que le son significativas. También se identifican el valor y la confiabilidad de todos los sistemas de apoyo de que dispone.

5.4.3.- Acordar con usuario y padres la importancia de permanecer acompañado.

5.4.4.- Determinar grados de responsabilidad compartida y aspectos legales paternos intransferibles.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	E.U. Araceli Giribón	E.U. Elena González – E.U. Inés Azeni
Cargo	Encargada sala de cirugía	Encargadas Depto. de enfermería
Firma		 

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-004 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 2
	<b>INTERVENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE COORDINACIÓN</b>	

5.4.5.- Seleccionar y acordar con usuario y familia quien es el acompañante más eficaz y con mayor apego para esta etapa que lo acompañará en la recuperación anestésica.  
5.4.6.- Ofrecer ayuda emocional y apoyo afectivo para esta etapa a usuario y padres.

**5.5.- Valoración General**

- 5.5.1.- Determinar antecedentes personales: enfermedad actual o motivo quirúrgico, enfermedades anteriores, intervenciones quirúrgicas anteriores, plan de inmunizaciones, antecedentes de alergia y farmacoterapia actual.  
5.5.2.- Conocer la constitución de la familia.  
5.5.3.- Definir con el usuario y la familia los conocimientos sobre la intervención a que será sometido.  
5.5.4.- Informarse sobre patrón de consulta médica periódica.  
5.5.5.- Valoración sistémica: nutricional, respiratoria, cardiovascular, tegumentaria.  
5.5.6.- Conocer etapa de desarrollo y crecimiento, actividad educativa formal y de recreación.  
5.5.7.- Establecer condición psicoemocional al ingreso y próximo al acto quirúrgico.  
5.5.8.- Conocer patrones de descanso y sueño, alimentación, última ingesta, calidad de la misma y patrones de eliminación intestinal.  
5.5.9.- Recoger información sobre exámenes realizados en forma ambulatoria si los tuviera.

**5.6.- Consentimiento Informado**

5.6.1.- El Consentimiento Informado (ver formulario en Anexo I del presente procedimiento), es leído y explicado en la consulta en policlínica por el cirujano pediátrico, y posteriormente firmado por el padre, madre o tutor del niño al cual se le realizará el acto quirúrgico. Luego se coloca el mismo en la historia clínica del paciente.

**6 – REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

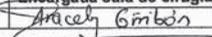
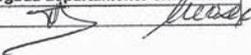
**7 – REGISTROS**

7.1.- En la Ficha de Enfermería todos los controles requeridos, y los aspectos más salientes a destacar

**8 – ANEXOS**

8.1.- Formulario del Consentimiento Informado.

**9 – MODIFICACIONES**

	Revisado por:	Aprobado por:
<b>Nombre</b>	E.U. Araceli Giribón	E.U. Elena González
<b>Cargo</b>	Encargada sala de cirugía	Encargada departamento enfermería
<b>Firma</b>		

	<b>ANEXO I – PROCEDIMIENTO INTERVENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COORDINADA</b>	PR-CP-004 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 1
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	

HOSPITAL "DR. E. PENZA" - DURAZNO -  
Unidad de Cirugía Pediátrica

CONSENTIMIENTO INFORMADO

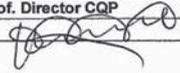
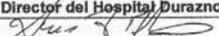
Durazno, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Concerniente al menor a mi cargo \_\_\_\_\_

- ❖ He sido informado/a de las características de la enfermedad y del tratamiento, de sus fundamentos, de su mecanismo de acción, de sus efectos inmediatos, evolución, las curas que habrá que practicar, los tratamientos complementarios necesarios, las atenciones y precauciones que deberé adoptar en las próximas semanas y meses aceptando, que no se me puede asegurar la fecha en que podrá reincorporarse a sus tareas habituales.
- ❖ He sido informado/a y acepto los riesgos comúnmente conocidos de la medicación, de la anestesia y del tratamiento quirúrgico que se han de realizar.
- ❖ He sido informado/a de los métodos alternativos de tratamiento para este caso, pero opto, consciente y libremente, por el tratamiento especificado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ❖ Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto de los previstos, y me han sido explicados, solicito y autorizo al cuerpo médico que realice aquello que crea conveniente o necesario, incluido el traslado a otro centro hospitalario.
- ❖ Reconozco y acepto que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a los resultados del tratamiento, y manifiesto que mis preguntas en este sentido han sido contestadas satisfactoriamente.
- ❖ Autorizo la obtención de los exámenes necesario para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados.
- ❖ Autorizo la utilización de los datos, imágenes, etcétera, de la historia clínica, con finalidades de docencia, divulgación científica y otras.

En fe de lo expuesto, firmo libremente junto al médico.

_____ Firma Médico	_____ Firma Padre, Madre o tutor
Aclaración de firma _____ Cédula de Identidad _____	Aclaración de firma _____ Cédula de Identidad _____

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ruver Berazategui	Dr. Luis Aycaguer
Cargo	Prof. Director CQP	Director del Hospital Durazno
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-005 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 2
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO</b>	

### 1 – OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es desarrollar conductas uniformes y sostenibles frente a distintas situaciones que se pueden dar durante la intervención de enfermería en el preoperatorio inmediato en el Servicio de Cirugía del Hospital de Durazno, de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo, asegurando que el mismo sea integral, continuo y seguro.

### 2 – ALCANCE

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en que el equipo de enfermería participa con acciones de intervención en el preoperatorio inmediato y en el relacionamiento con el padre, madre o tutor del niño.

### 3 – DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No corresponde a este procedimiento.

### 4 – RESPONSABILIDAD

Corresponde al personal de enfermería actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a la Supervisión de Enfermería la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

### 5 – DESCRIPCIÓN

#### 5.1.- Preoperatorio - Pasos a seguir el día de la cirugía:

5.1.1.- Los pacientes pre-operatorios ingresan con acompañante directamente en la Unidad de Internación, lugar en donde está la historia clínica completa.

5.1.2.- Se notifica inmediatamente a Oficina de Registros Médicos para que complete los datos en boleta de ingreso.

5.1.3.- Una vez ubicado en Unidad de Internación, la enfermera realiza los controles vitales de los pacientes y la antropometría. Registra los mismos en la cuadrícula y hoja de indicaciones de la historia clínica. Se deberá corroborar que esté firmado el Consentimiento Informado. Si no estuviera, comunicar al médico responsable para que lo obtenga del padre, madre o tutor a los efectos de completar el trámite administrativo.

5.1.4.- Se realiza valoración de horas de ayuno.

5.1.5.- Se le informa al paciente y acompañante que deben bañarse antes del acto quirúrgico y se le entrega la ropa de block quirúrgico al niño. Quien lo acompaña en la recuperación post anestésica deberá bañarse y recibe la ropa en block. Debe ser acompañado por el familiar con mayor apego y que esté dispuesto a asumir la situación especial.

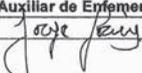
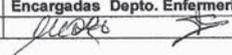
5.1.6.- Cuando la edad del paciente lo permita, se estimulará para que orine antes de entrar a block quirúrgico.

5.1.7.- Se estimulará que sea acompañado por sus padres hasta la puerta de block quirúrgico.

5.1.8.- El enfermero/a de la Unidad de Internación trasladará al niño/a junto a su acompañante siendo recibido por enfermero de sector de recuperación.

#### 5.2.- Ingreso al block quirúrgico

5.2.1.- El ingreso de los niños a block quirúrgico, es desde el sector de recuperación.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Jorge Gómez	E.U. Inés Azeni – E.U. Elena González
Cargo	Auxiliar de Enfermería	Encargadas Depto. Enfermería
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-005 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 2 de 2
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO</b>	

5.2.2.- Si en la valoración inicial de los niños impresionan cambios clínicos con respecto a los hallados en Unidad de Internación, se verificarán los mismos en el sector de recuperación.

5.2.3.- Oportunamente se lleva al niño a sala de operaciones, donde es recibido por el equipo anestésico. Inicialmente se comienza la anestesia con máscara, luego se realiza la colocación de un acceso venoso.

5.2.4.- Realizada la intervención quirúrgica, el niño es trasladado al sector de recuperación donde es esperado por su madre, padre o tutor para el despertar anestésico, donde permanece monitorizado y bajo el cuidado directo de enfermería hasta que el Anestesiista determine su traslado a Unidad de Internación.

5.2.5.- Es importante también observar la reacción de los padres cuando su hijo ingresa a sala de operaciones, ya que en ese momento suelen sentir ansiedad, temor a lo desconocido, etcétera.

5.2.6.- Por lo antes mencionado es importante que el equipo de salud brinde un adecuado apoyo emocional tanto al paciente como a la familia.

#### 6 – REFERENCIAS

No aplicable a este procedimiento.

#### 7 – REGISTROS

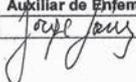
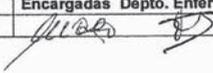
7.1.- En la Cuadrícula de la Historia Clínica se registran todos los controles requeridos y los detalles antropométricos (Peso, talla, etcétera).

#### 8 – ANEXOS

Este procedimiento no tiene Anexos.

#### 9 – MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificación	Autorizado por

Revisado por:		Aprobado por:	
Nombre	Jorge Gómez	E.U. Inés Azeni – E.U. Elena González	
Cargo	Auxiliar de Enfermería	Encargadas Depto. Enfermería	
Firma			

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 1 de 4
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

**1 – OBJETIVO**

El objetivo de este procedimiento es desarrollar conductas uniformes y sostenibles frente a distintas situaciones que se pueden dar durante el postoperatorio inmediato en cirugías de coordinación a fin conseguir mejores resultados y comparables.

**2 – ALCANCE**

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación en el Hospital de Durazno, en que el equipo de enfermería participa con acciones de intervención en el postoperatorio inmediato y en el relacionamiento con el padre, madre o tutor del niño.

**3 – DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS**

No corresponde a este procedimiento.

**4 – RESPONSABILIDAD**

Corresponde al personal de enfermería actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a la Supervisión de Enfermería la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

**5 – DESCRIPCIÓN**

Luego de concluido el acto quirúrgico, el paciente deberá ser trasladado en camilla con barandas a su Unidad de Internación, acompañado por su madre, padre o tutor, tomando todas las precauciones necesarias para favorecer la seguridad y confort del mismo. Se deberá acostar al niño/a en posición adecuada de acuerdo al tipo de intervención realizada, su topografía y estado de conciencia.

**CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

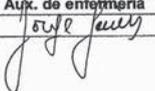
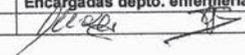
Nombre: \_\_\_\_\_ Intervención: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enfermero responsable en CPA inmediato: \_\_\_\_\_

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

HORA	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:
SpO2				
F. Cardíaca				
P. Arterial				
F. Respiratoria				
Conciencia				
Vómitos				
Náuseas				
Dolor				
Otros				
Medicación				

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Jorge Gómez	E.U. Inés Azeni – E.U. Elena González
Cargo	Aux. de enfermería	Encargadas depto. enfermería
Firma		

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 2 de 4
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

**5.1.- Diagnóstico de Enfermería en sala de cirugía**  
**5.1.1.- Dolor relacionado con el trauma quirúrgico.**

**5.2.- Intervenciones de Enfermería**

- 5.2.1.- Obtener la historia algica: localización, carácter, intensidad, frecuencia, duración signos y síntomas asociados y medidas de alivio usadas.
- 5.2.2.- Valorar la presencia de indicadores no verbales del dolor, tales como agitación, tensión, contorsión, diaforesis, posición de defensa, taquipnea, taquicardia, e hipotensión.
- 5.2.3.- Reevaluar repetidamente el dolor para prevenir interpretar erróneamente su gravedad. Buscar apoyo psicológico en los colaboradores.
- 5.2.4.- Reducir los factores que pueden aumentar el dolor, como la ansiedad, el aislamiento, el temor a que aumente el mismo y la fatiga. Transmitirle la sensación de que no está solo y establecer el objetivo de prevenir el dolor. Animar al paciente a descansar lo suficiente. Controlar los factores ambientales, como el ruido, la temperatura, la iluminación cuando sea posible.
- 5.2.5.- Trabajar con el paciente para identificar formas de controlar el dolor. Usar términos positivos y el poder de la sugestión. Probar distintos métodos para el control del dolor.
- 5.2.6.- Colocar al paciente en la posición adecuada para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa. Animar al paciente a adoptar una posición cómoda.
- 5.2.7.- Animar al paciente a usar la distracción como método para el control del dolor.
- 5.2.8.- Administrar y registrar los analgésicos prescritos según indicación médica, mientras se controla la aparición de efectos secundarios.

**5.3.- Diagnóstico de Enfermería en sala de cirugía**

**5.3.1.- Patrón respiratorio ineficaz por la administración de anestésicos en el intraoperatorio.**

**5.4.- Intervenciones de Enfermería**

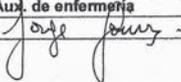
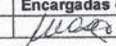
- 5.4.1.- Controlar la saturación de oxígeno al egreso de block quirúrgico, si se considera necesario.
- 5.4.2.- Colocar al usuario en semipronación con cabeza y cuello lateralizados de 30 a 45 grados siempre que no esté contraindicado por el tipo de intervención y su topografía.
- 5.4.3.- Valorar los signos vitales, fijándose características de la respiración, frecuencia, amplitud y trabajo respiratorio o presencia de tirajes, registrándose posteriormente en la historia clínica.
- 5.4.4.- Observar características y coloración de la piel.
- 5.4.5.- Valorar posibles signos de obstrucción de vía aérea como estridor respiratorio, ruidos laríngeos, afonía o cianosis. Auscultar ruidos respiratorios.
- 5.4.6.- Permitir la movilización del usuario libremente.

**5.5.- Diagnóstico de Enfermería en sala de cirugía**

**5.5.1.- Temorregulación ineficaz y vinculada a la exposición durante el acto operatorio.**

**5.6.- Intervenciones de Enfermería**

- 5.6.1.- Evitar cualquier exposición innecesaria y prolongada de la piel del niño durante el perf operatorio.
- 5.6.2.- Abrigar con mantas simples.
- 5.6.3.- Controlar y registrar la temperatura.
- 5.6.4.- Explicar a los padres y al niño los signos de hipotermia.
- 5.6.5.- Retirar las mantas cuando se resolvió la situación.

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Jorge Gómez	E.U. Inés Azeni – E.U. Elena González
Cargo	Aux. de enfermería	Encargadas depto. enfermería
Firma		 

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 3 de 4
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

**5.7.- Diagnóstico de Enfermería en sala de cirugía**

**5.7.1.- Alteración del bienestar, náuseas o vómitos relacionados con los efectos anestésicos.**

**5.8.- Intervenciones de Enfermería**

- 5.8.1.- Suministrar líquidos fraccionados vía oral según tolerancia.
- 5.8.2.- Si existe la presencia de vómitos, suspender la vía oral, cuantificarlos y registrar.
- 5.8.3.- Reinstalar la vía oral una hora después que los vómitos hayan cesado.
- 5.8.4.- Administrar medicación prescrita (antieméticos) en caso de vómitos.
- 5.8.5.- Advertir al paciente que cambie de posición lentamente.

**5.9.- Diagnóstico de Enfermería**

**5.9.1.- Riesgo potencial de retención urinaria postoperatoria**

**5.10.- Intervenciones de Enfermería**

- 5.10.1.- Valorar los signos de retención urinaria, tales como, distensión vesical, discrepancia marcada entre el aporte de líquidos y la hora y cantidad de última micción.
- 5.10.2.- Brindar medidas no invasivas para estimular la micción, tales como la posición normal para la misma, deambulación hasta el baño si es posible, dejar correr el agua, relajación, proporcionar intimidad.
- 5.10.3.- Tranquilizar al paciente diciéndole que generalmente la micción se produce finalmente en forma espontánea.
- 5.10.4.- Reinstalar la ingesta hídrica en el postoperatorio inmediato según indicación.
- 5.10.5.- Verificar que la primera micción se haya producido antes de las primeras 4 horas, si en un plazo mayor a 6 horas continúa sin orinar espontáneamente avisar al médico.
- 5.10.6.- Evaluar la situación, y de no producirse la primer micción de orina, repetir medidas no invasivas y asegurarse que la ingesta hídrica y el pasaje de fluidos intravenosos son suficientes.
- 5.10.7.- Constatar presencia de globo vesical.

**5.11.- Diagnóstico de Enfermería en sala de cirugía**

**5.11.1.- Riesgo potencial de infección de la herida operatoria**

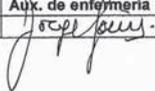
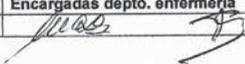
**5.12.- Intervenciones de Enfermería**

- 5.12.1.- Mantener higiene de piel.
  - 5.12.2.- Control temperatura corporal.
  - 5.12.3.- Realizar curación o sobrecuración de herida quirúrgica según registro en historia clínica.
  - 5.12.4.- Cuidado de zona de acceso venoso.
- 5.13.- La infección que puede aparecer en las primeras horas de postoperatorio es muy grave, por ende vigilar dolor intenso en la herida, palidez, crepitación, salida de líquido. En caso de duda o presencia de los mismos avisar inmediatamente.

**6 – REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

**7 – REGISTROS**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Jorge Gómez	E.U. Inés Azeni – E.U. Elena González
Cargo	Aux. de enfermería	Encargadas depto. enfermería
Firma		

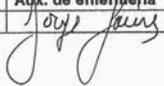
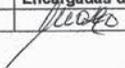
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-006 Versión 001 Fecha 20/07/2004 Página 4 de 4
	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO</b>	

7.1.- En la Cuadrícula de la Historia Clínica se registran todos los controles requeridos y en la Hoja de Medicación Cumplida los detalles de los eventos ocurridos.

**8 – ANEXOS**

Este procedimiento no tiene Anexos

**9 – MODIFICACIONES**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Jorge Gómez	E.U. Inés Azeni – E.U. Elena González
Cargo	Aux. de enfermería	Encargadas depto. enfermería
Firma		 

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	PR-CP-007 Versión 001 Fecha 23/09/2004 Página 1 de 2
	<b>ALTA Y CONTROL POSTOPERATORIO ALEJADO DEL USUARIO</b>	

**1 – OBJETIVO**

El objetivo de este procedimiento es desarrollar una propuesta a considerar por todo el equipo quirúrgico de manera de disponer criterios uniformes para otorgar el alta y cumplir con las actividades de control postoperatorio alejado.

**2 – ALCANCE**

Este procedimiento se aplica en todos los casos de cirugía pediátrica de coordinación efectuados en el Hospital de Durazno.

**3 – DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS**

No corresponde a este procedimiento.

**4 – RESPONSABILIDAD**

Corresponde al cirujano actuante la responsabilidad por el cumplimiento de este procedimiento y a el Jefe de Servicio la responsabilidad por el control de su cumplimiento.

**5 – DESCRIPCIÓN**

**5.1.- Alta al usuario**

5.1.1.- El usuario permanece en el Hospital ingresado hasta ser valorado por cirujano tratante o pediatra de guardia que otorgan el alta del mismo.

5.1.2.- Se coordina la próxima consulta en el policlínico central para el control postoperatorio donde será valorado por cirujano pediátrico.

5.1.3.- Se instruirá al usuario que en el caso de duda o surgimiento de sintomatología consultará con Pediatría de policlínicas centralizadas o en el centro de atención más cercano a su domicilio.

**5.2.- Control postoperatorio alejado**

5.2.1.- El mismo se realiza en la fecha asignada al alta, en policlínico central, donde el cirujano pediátrico valora al paciente (en una semana) de la cirugía .

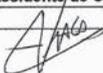
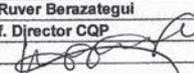
5.2.2.- En dicha instancia, si no existen contraindicaciones se retiran los puntos de la herida quirúrgica y se informa a los familiares los cuidados a tener en cuenta posteriormente.

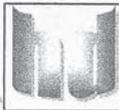
5.2.3.- Otros controles después del alta se realizan al mes, y luego, de acuerdo a la necesidad de cada paciente, determinada por el criterio del médico tratante.

**6 – REFERENCIAS**

No aplicable a este procedimiento.

**7 – REGISTROS**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ariel Fraga	Dr. Ruver Berazategui
Cargo	Residente de Cirugía Pediátrica	Prof. Director CQP
Firma		



**PROCEDIMIENTO**  
**ALTA Y CONTROL POSTOPERATORIO**  
**ALEJADO DEL USUARIO**

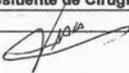
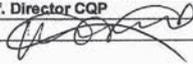
PR-CP-007  
Versión 001  
Fecha 23/09/2004  
Página 2 de 2

No aplicable a este procedimiento

**8 – ANEXOS**

Este procedimiento no tiene Anexos.

**9 – MODIFICACIONES**

	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Dr. Ariel Fraga	Dr. Ruver Berzategui
Cargo	Residente de Cirugía Pediátrica	Prof. Director CQP
Firma		

## Anexo II

### Programa de policlínicas periféricas

#### CLÍNICA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA

HOSPITAL PEDIÁTRICO  
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL  
PROFESOR DR. RUYER BERAZATEGUI

#### PROGRAMA DE POLICLÍNICAS PERIFÉRICAS

##### MONTEVIDEO

CENTROS CERRO, PIEDRAS BLANCAS, HOSPITAL SAINT BOIS,  
MISURRACO.

##### CANELONES

HOSPITAL DE LAS PIEDRAS



MARZO/2008

Dr. F. M. G. S.

Dr. F. M. G. S.

## **PROGRAMA DE POLICLÍNICAS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA MONTEVIDEO- LAS PIEDRAS**

### **ANTECEDENTES**

La Clínica Qurúrgica Pediátrica(CQP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell(CHPR) en coordinación con ASSE-MSP desde Setiembre de 2007, ha iniciado otra fase de la tarea de Extensión Comunitaria de sus actividades al inaugurar las Policlínicas de Cirugía Pediátrica en los Centros Asistenciales del Cerro, La Unión, Misurraco y Piedras Blancas, con frecuencia mensual.

A partir de Marzo de 2008 se agregan dos policlínicas más en Montevideo: una segunda policlínica mensual en el Centro Cerro, y la primera en el Hospital Saint Bois. En forma simultánea se abre una segunda policlínica en el Hospital de Las Piedras.

Esta etapa de la actividad incluye un total de 7 policlínicas de la especialidad para lo cual se han programado dos coordinaciones mensuales ha cumplirse, a partir de Marzo de 2008 en el Hospital Pereira Rossell y Hospital de Las Piedras, centro este último, al que se agrega, de este manera, una segunda coordinación, que se suma a la que se viene desarrollando desde hace 6 años.

Actualmente la lista de pacientes coordinados en espera es de 60.

### **OBJETIVOS GENERALES**

#### **Asistenciales:**

- Descentralización de la atención de los niños con patologías quirúrgicas no urgentes más frecuentes.
- Facilitar el acceso a la consulta a través de las policlínicas periféricas de referencia para el usuario, simplificando el proceso asistencial.
- Promoción de medidas preventivas y de control en equipo multidisciplinario.
- Racionalizar la utilización de recursos humanos y materiales en la asistencia de los niños con patologías quirúrgicas

#### **Docentes:**

- Integración al equipo asistencial local, desde una perspectiva pedagógica, interactuando con los involucrados en la Atención Primaria del niño y el adolescente,(pediatras de la comunidad, posgrados de pediatría, médicos de familia, pregrados) para la mejorar la calidad de la asistencia y fortalecer las actividades de desarrollo de la educación médico continua.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar al lactante y al niño con patologías quirúrgicas frecuentes, cumpliendo con la coordinación quirúrgica programada.

- Reconocer los problemas presentes en cada etapa del desarrollo que pueden tener resolución espontánea( fimosis fisiológica o pseudofimosis, hernia umbilical, hidrocele).
- Identificar a los niños con patología que puede ser tratada y controlada en policlínica periférica, disminuyendo el impacto del costo familiar social y asistencial de un traslado al hospital.
- Derivación oportuna. Identificar precozmente a los niños con patología de baja frecuencia o cuya importancia requiera consulta, estudios y/o tratamiento a otro nivel asistencial.
- Desarrollar las actividades integrando las distintas disciplinas en las etapas diagnósticas y de tratamiento, logrando el consentimiento informado y la participación de la familia.
- Favorecer una comunicación fluida entre el pediatra de la comunidad, el equipo de trabajo comunitario, con los colegas del hospital, en caso de pacientes derivados.
- Promover actividades de actualización permanente de acuerdo a temas o problemáticas emergentes del trabajo en la comunidad.
- Realizar cronograma de Talleres con temas de la especialidad.

#### DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

##### CONSULTA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA

- 1- Los niños con las siguientes patologías de consulta frecuente no urgentes deben ser derivadas a la Policlínica de Cirugía Pediátrica:
  - Hernia inguinal no complicada
  - Criptorquidia
  - Hidrocele/ Quiste del cordón.
  - Fimosis
  - Hernia umbilical / Hernia de la línea blanca
  - Tumores subcutáneos.
  - Dolor abdominal recurrente
  - Uña encarnada.
  - Frenillo lingual
- 2- Se derivará al Centro Hospitalario Pereira Rossell todo niño cuya patología por su entidad o urgencia no pueda aguardar una consulta de coordinación.
- 3- Los pacientes se anotan para la consulta en la Oficina de Registros Médicos del Centro Asistencial correspondiente

#### CRONOGRAMA DE POLICLÍNICAS

1	Policlínicas periféricas de Montevideo
	Centro Cerro - Primer Lunes del mes, de 14-16 hs, Dr. Hagobian -Tercer Lunes del mes, de 14-16 hs. Dr. Fraga
	Centro Unión - Segundo Lunes del mes, de 14-16 hs. Dr. Hagobian.
	Centro Santa Rita- - Tercer Lunes del mes, de 14-16 hs. Dr. Hagobian

**Centro Piedras Blancas - Cuarto Lunes del mes, 14 -16 hs. Dr. Hagobian**

- Los pacientes se coordinan para ser operados en el CHPR, el tercer Martes al mes, y son controlados en el postoperatorio, luego del alta hospitalaria, en la policlínica de referencia de Cirugía Pediátrica, a la semana de la cirugía. Los controles de seguimiento posteriores se adaptan al paciente y su patología.

**II Policlínicas en Hospital de Las Piedras y Hospital Saint Bois**

**Hospital de Las Piedras** 2º Sábado del mes, de 8 a 9y30 . Dr. Hagobian  
3 er. Sábado del mes, de 8 a 9y30, Dr. Fraga

**Hospital Saint Bois** 2º Lunes del mes. Horario: 14-16 hs. Dr. Fraga.

- Los pacientes se coordinan para ser operados en el Hospital de Las Piedras el 2º y 3er. sábado respectivamente, y son controlados en la forma referida.

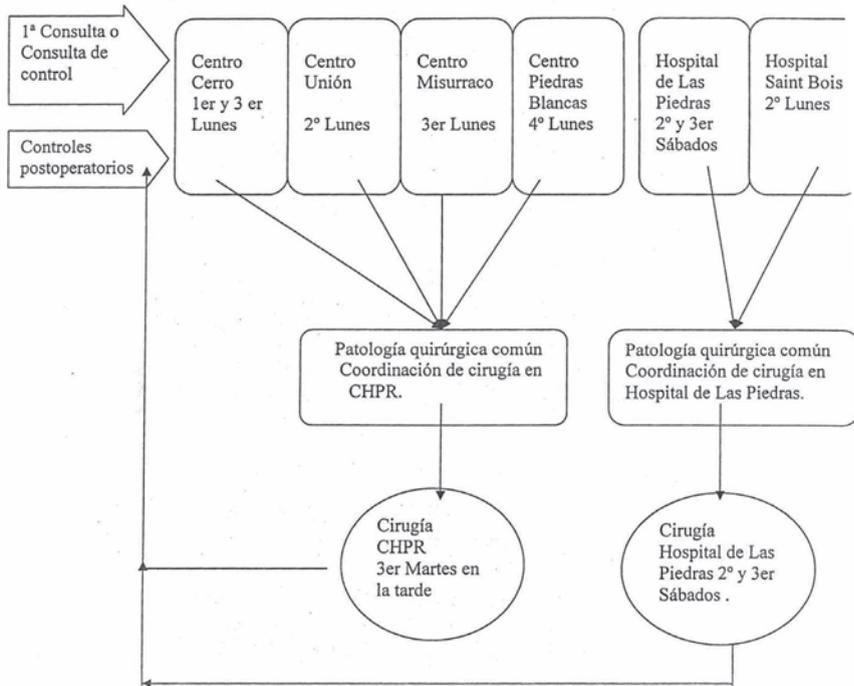
**RECURSOS DE LOS CENTROS DE SALUD**

- Cada Centro de Salud provee:
  - o Espacio físico
  - o Personal de Enfermería
  - o Coordinación de estudios con el CHPR
  - o Registro y archivo de la Historia Clínica del paciente.

**OBSERVACIÓN:**

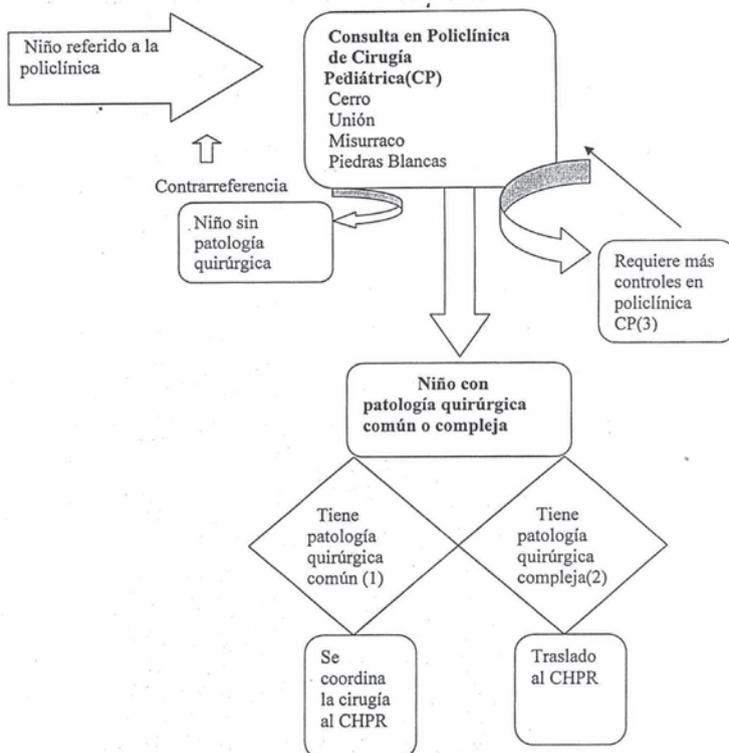
Los días de Policlínica y de Coordinación quirúrgica pueden estar sujetos a variaciones que dependerán del funcionamiento de cada Centro Asistencial y de lo acordado con las autoridades de los mismos.

**POLICLÍNICAS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
MONTEVIDEO- LAS PIEDRAS  
COORDINACIÓN**



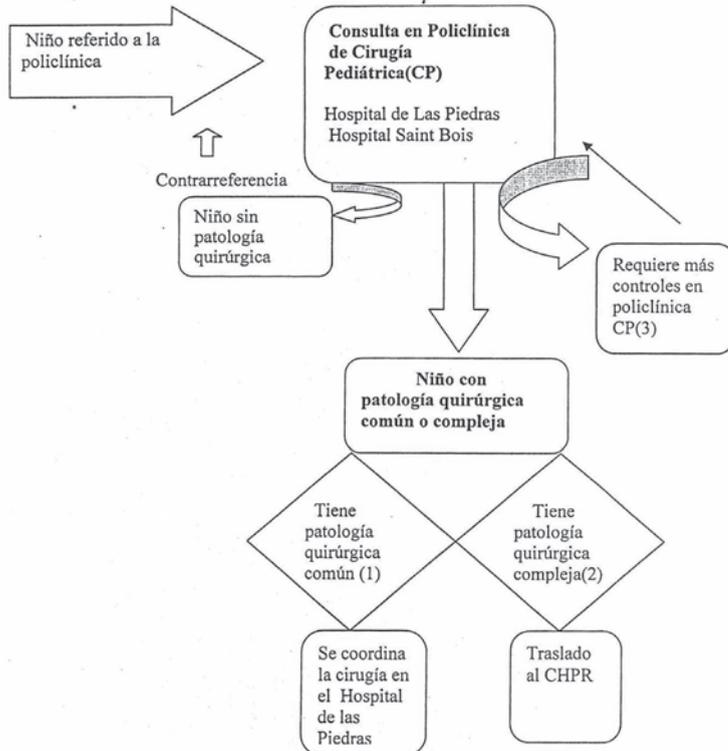
**DIAGRAMA DE FLUJO  
FUNCIONAMIENTO  
POLICLINICAS QUIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS**

DE MONTEVIDEO( Cerro,Unión,Misurraco,Piedras Blancas)



- (1) Listado de patologías quirúrgicas comunes o habituales que se incluyen en la Cirugía de Corta Estadía: Hernia inguinal no complicada, hernia umbilical, hidrocele, quiste del cordón, hernia de la línea blanca, Criptorquidia, Fimosis, tumores subcutáneos, uña encarnada.
- (2) Las patologías que no figuran en el listado precedente se consideran complejas y se derivan en forma urgente o precoz dado que pueden requerir estudios y tratamiento urgentes. En este grupo se pueden incluir las patologías que requieran tratamientos más complejos: laparoscopia diagnóstica o terapéutica. También los pacientes que deban ser derivados al DEP del CHPR.
- (3) Refiere a los lactantes y/o niños con condiciones que eventualmente puedan requerir tratamiento: lactantes con hidrocele, niños con hernia umbilical, o aquellos con fimosis en tratamiento tépico.

DIAGRAMA DE FLUJO  
 FUNCIONAMIENTO  
 POLICLINICAS QUIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS  
 HOSPITAL DE LAS PIEDRAS/ HOSPITAL SAINT BOIS



(1) Listado de patologías quirúrgicas comunes o habituales que se incluyen en la Cirugía de Corta Estadía: Hernia inguinal no complicada, hernia umbilical, hidrocele, quiste del cordón, hernia de la línea blanca, Criptorquidia, Fimosis, tumoraciones subcutáneas, uña encarnada.

(2) Las patologías que no figuran en el listado precedente se consideran complejas y se derivan en forma urgente o precoz dado que pueden requerir estudios y tratamiento urgentes. En este grupo se pueden incluir las patologías que requieran tratamientos más complejos: laparoscopia diagnóstica o terapéutica. También los pacientes que deban ser derivados al DEP del CHPR

(3) Refiere a los lactantes y/o niños con condiciones que eventualmente puedan requerir tratamiento: lactantes con hidrocele, niños con hernia umbilical, o aquellos con fimosis en tratamiento tópico.

## PROCESO ASISTENCIAL

### INSTRUCCIONES PARA DOMICILIO

#### POLICLÍNICA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

##### CUIDADOS EN LA SEMANA PREVIA A LA INTERNACIÓN

1. BAÑO DIARIO.
2. JABON DE USO PERSONAL.
3. ESPECIAL DEDICACIÓN EN AXILAS, OMBLIGO, PLIEGUES CUTÁNEOS, GENITALES, PERINÉ, PIERNAS, PIES Y ENTRE DEDOS.
4. SECADO CON TOALLA LIMPIA, DE USO PERSONAL.
5. VESTIR ROPA INTERIOR LIMPIA Y PLANCHADA.
6. LAVADO DEL CABELLO Y UÑAS, RECORTE ADECUADO DE UÑAS.
7. SI PRESENTE CUALQUIER LESIÓN DE PIEL, CONSULTE A SU PEDIATRA CON EL DEBIDO TIEMPO.
8. NO LE SUMINISTRE MEDICAMENTOS SI INDICACIÓN MÉDICA. SI PRESENTA CUALQUIER ALTERACIÓN DE SALUD, COMO PROBLEMAS RESPIRATORIOS, DIARREA, FIEBRE, ETC, AVISAR CON ANTERIORIDAD AL BLOCK QUIRÚRGICO O A LA POLICLÍNICA DE REFERENCIA: LOS TELÉFONOS SERÁN PROPORCIONADOS POR EL CIRUJANO AL MOMENTO DE COORDINAR LA CIRUGÍA Y SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. CONSULTE A SU PEDIATRA PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL. CUANDO ESTÉ EN OPORTUNIDAD INGRESA EN NUEVA COORDINACIÓN.

##### EL DÍA DE LA CIRUGÍA

- 1- PRESENTARSE EN LA SALA DE CIRUGÍA
  - A- CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL : HORA 08.00. LA COORDINACIÓN EMPIEZA HORA 14.
  - B- HOSPITAL DE LAS PIEDRAS: HORA 06:30  
LA COORDINACIÓN EMPIEZA HORA 09:30
- 2- TRAER IMPLEMENTOS DE HIGIENE CORPORAL PARA EL NIÑO Y LA MADRE, PADRE O TUTOR(JABÓN, TOALLA, ETC.)
- 3- INGRESAR EN AYUNO TOTAL. ESTO SIGNIFICA QUE NO SE DEBE TOMAR NADA: NI ALIMENTOS, NI AGUA, NI CAMELOS, NI CHICLES.  
EL PERIODO DE AYUNO SERÁ EXPLICITADO EN LA CONSULTA AL PROGRAMAR LA CIRUGÍA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO, SIGUIENDO LA PAUTA ESTABLECIDA POR EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL CHPR.
- 4- DEBE TENER Y TRAER CARNET DE VACUNAS VIGENTES.
- 5- DEBE SER ACOMPAÑADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE.

## Anexo III

Programa de corta estadía y Programa de cirugía del día

PROGRAMA  
**CIRUGÍA DEL DÍA**

Clínica Quirúrgica Pediátrica - Facultad de Medicina  
Servicio de Cirugía - Ministerio de Salud Pública  
HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

*Dra. Juana Wettstein  
Dr. Oscar Chavarría  
Dr. Ruver Berazategui  
Dra. Aída Cresseri  
Dra. Cecile Nogués  
Dra. Sylvia Duarte  
Dr. Alejandro Britos  
Dra. Patricia Perillo*

La Cirugía de Corta Estancia o del Día en Cirugía Pediátrica tiene ya muchos años de aplicación en diferentes países (Méjico, Colombia, Argentina etc. ) y también en nuestro país con resultados altamente satisfactorios.

Por el estudio de la población usuaria del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pereira Rossell, con patología corriente y las condiciones actuales de organización de hospital, creemos que puede iniciarse su aplicación con lo que mejorará la ocupación de camas.

En relación al porcentaje de población pasible de ser incorporada al Proyecto, adjuntamos el resumen del estudio realizado por el Dr. Alejandro Britos en mayo de 1999, con resultados muy interesantes.

Elevamos el proyecto para comenzar su aplicación en la segunda quincena del mes de Julio.

#### **Instrumentación del plan Cirugía del Día**

Dentro de la consulta en policlínica quirúrgica se seleccionarán los pacientes pasibles de ser integrados al plan Cirugía del Día en base a:

- Edad mayor de 2 años
- Sin patología previa
- Con patología quirúrgica dentro de :
  - ✓ Hernia inguinal
  - ✓ Hernia umbilical
  - ✓ Hidrocele
  - ✓ Hernia de la línea blanca
  - ✓ Fimosis
  - ✓ Criptorquidia
  - ✓ Tumores superficiales
  - ✓ Biopsias superficiales
  - ✓ Uña encarnada
  - ✓ Frenillo lingual
- Domicilio en Montevideo
- Casa con baño y luz eléctrica
- Acceso a teléfono las 24 horas del día a una distancia menor de 200 metros.

Si cumple con estos requerimientos se le explicará a los padres los beneficios de esta modalidad de intervención:

- Fecha y hora fija de internación e intervención
- Menor agravio psicológico para el niño
- Menor separación del núcleo familiar
- La madre no tendrá que dormir dentro del hospital

Si aceptan entrar en el plan se les dará hora para la policlínica de Cirugía del Día que funcionará los días lunes, hora 12 en el local de Cirugía de Especialidades.

En dicha policlínica será visto por el equipo responsable del tratamiento del niño.

En un principio el plan estará a cargo de un equipo fijo integrado por los cirujanos:

- Dra. Aída Cresseri (Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica Pediátrica)
- Dra. Cecile Nogués (Asistente de Clínica Quirúrgica Pediátrica)
- Dra. Sylvia Duarte (Asistente de Clínica Quirúrgica Pediátrica)
- Dr. Alejandro Britos ( Postgrado de Cirugía Pediátrica),

y la anestesiista:

- Dra. Patricia Perillo.

#### **Día de la consulta en la Policlínica de Cirugía del Día**

Se realizará la historia completa del paciente, siendo evaluado en forma conjunta por cirujano y anestesiista.

Se entregará una boleta de internación especial con la que debe pasar por Admisión para ya quedar registrado. En dicha boleta figurará la fecha, piso, cama de internación y fecha de la operación. Al dorso se leen las instrucciones que deberán cumplir en el preoperatorio.

Se les explicará minuciosamente a los padres la organización de la Cirugía del Día.

Se adjunta diagrama de la boleta de internación:

CHPR - Cirugía Pediátrica

Programa de *Cirugía del Día*.

Ficha de Ingreso

Fecha / /

Apellidos .....

Nombres .....

Diagnóstico .....

Edad ..... años                      N° .....

Dirección .....

Fecha de Ingreso / /    Ingresa a 5 piso    Cama .....

Dr .....

Firma .....

*Importante: Leer al dorso ▶*

### **Día de la operación**

Al llegar al hospital, debe pasar por Admisión donde se le dispensará trato preferencial para que rápidamente pueda subir a piso (estará previamente fichado).

A la hora 7, ingresará al 5° piso (camas 501 a 504).

Ocupará la cama ya asignada.

Se realizarán los controles preoperatorios, que serán registrados en la historia clínica ya confeccionada en policlínica.

Se realizará la intervención programada.

### **Postoperatorio**

A la hora 17 se otorgará el alta, siempre que la evolución haya sido satisfactoria.

Al alta se entregará a los padres un Resumen de Alta y un Instructivo de cuidados postoperatorios donde figura:

- Un número telefónico por posible consulta
- Fecha y hora de control en la Policlínica de Cirugía del Día.

Si no contaran con locomoción el hospital proporcionará el traslado hasta su domicilio.

Si por cualquier motivo el paciente no estuviese en condiciones de irse de alta, pasará a internación en el Servicio de Cirugía.

En la primer etapa, se operarán 4 pacientes, los días martes en el horario de 8 a 12 horas.

Si el resultado es satisfactorio se ampliará a los días jueves en el mismo horario.

Adj. Resumen del estudio realizado por el Dr. Alejandro Britos.  
Resumen de Alta  
Instructivo de recomendaciones postoperatorias

contara con apoyo de transporte por parte del hospital este índice ascendería a 86%. El índice de complicaciones de estos pacientes fue de 1,4% sin necesidad de reingreso dentro de las primeras 24 horas. El cálculo de necesidad de traslado desde el

domicilio para reingreso del paciente al hospital, oscilaría entre 1 ó 2 pacientes año. Si se utilizara esta modalidad, consideramos posible el ahorro de aproximadamente 3.780 comidas y 11.970 horas cama de forma anual.

## RESUMEN DE ALTA

REGISTRO N°.....

NOMBRE.....

EDAD.....

FECHA INGRESO..... HORAS DE INTERNACION .....

DIAGNOSTICO .....

INTERVENCIÓN REALIZADA.....

CIRUJANO .....

ANESTESISTA .....

CONDICIONES AL ALTA.....

CONTROL EN POLICLINICA.....

FIRMA .....

## Recomendaciones post-operatorias.

### ☺ DOLOR

Calmar con .....cada hs.

### ☺ ALIMENTACION

Continuar con líquidos.

Si tolera, agregar cremas, gelatinas y/o yogurt.

Al día siguiente alimentación habitual sana.

### ☺ VOMITOS

Suspender momentáneamente la alimentación.

Si reitera los vómitos consultar telefónicamente.

### ☺ Ante cualquier problema no dude en contactarnos

En las primeras 24 horas de operado comunicarse al 7098207. Luego de las 24 hs dirigirse a Policlínica de Cirugía en la mañana o al servicio de Emergencia en la tarde.

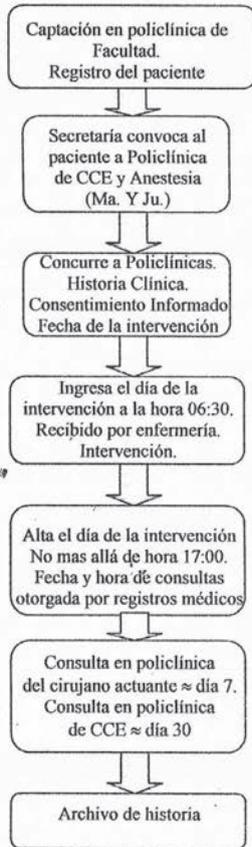
## CIRUGIA DE CORTA ESTADIA (CCE)

- ALGUNOS DATOS DE INTERES -

- Período marzo 2004 – diciembre 2004
- Nº de pacientes enlistados: 221
- Nº de pacientes operados: 137
- Espera promedio para la intervención desde la consulta inicial en el programa y la intervención: 21 días
  
- Procedencia
  - Montevideo (121)
  - Interior (16)
- Patologías:
  - Hernia inguinal (50)
    - 32 varones
    - 18 niñas
  - Criptorquidia (19)
    - Derechas (12)
    - Izquierdas (6)
    - Bilaterales (1)
  - Fimosis (30)
  - Hernia de la línea blanca (3)
  - Hidrocele (17)
  - Hernia umbilical (12)
  - Otras (6)
- Cirujanos
  - V (2)
  - IV (0)
  - III (9)
  - II (48)
  - R (74)
  - Col (4)
  
- Promedio de internación: 13 horas
  - 12 pacientes permanecieron 24 h
  - 1 paciente 48 h
  - 1 paciente 96 h
  
- Complicaciones
  - Recidiva criptorquidia (1)
  - Hematoma (1)
  - Hidrocele reaccional (2)
  - Refimosis (1)
  
- Seguimiento
  - 0 consulta [5/137 (4%)]
  - 1 consulta [132/137 (96%)]
  - ≥ 2 [57/137 (42%)]

- DATOS QUE IMPORTAN
  - CRIPTORQUIDIA
    - Pacientes < 2 años (1/19)
    - Edad promedio: 7.6 años
    - Moda : ¡11 años!
  - Va a aumentar la estadia ya que ahora se enlistan pacientes del interior excepto Las Piedras y Durazno.
  - De no mediar complicaciones inmediatas la estadia promedio de los pacientes del interior no debiera superar las 24 horas, tomando en cuenta los que logran estadia temporaria en Montevideo.
  - La causa que con mayor frecuencia impide el seguimiento es la alta movilidad geográfica de los pacientes y la pérdida de su línea telefónica.
  - Todos los datos de los pacientes se archivan en papel y electrónicamente
  - Este programa sería un fracaso sin el apoyo de enfermería y secretaria.
  - No ha existido infecciones en los pacientes de CCE
  
- METAS PARA EL 2005
  - Aplicar las normas de gestión de calidad
  - Auditoria de historias clínicas
  - Aumentar la tasa de seguimiento de 42 a 60% en este año
  - Familiar en recuperación anestésica
  - Revertir la edad de intervención de las criptorquidias
  - Instrumentar la forma de apoyo a cirujanos para mejorar resultados
  
- A RECORDAR:
  - Todos los pacientes sin reparo de la edad ni patología ni procedencia, son pasibles de CCE
  - Todos los pacientes deben ser vistos en sala de internación antes de su traslado a Block por el cirujano que lo intervendrá.
  - Deberá realizarse bloqueo regional en todos los pacientes pasibles del mismo
  - Debe otorgarse el alta antes de las 17:00 para poder ser trasladado a domicilio sin costo adicional para el Hospital
  - Al alta deben llenarse las indicaciones e instruir a las madres en el retiro de número para la consulta con el cirujano actuante a los 7 a 10 días y con la Policlínica de CCE al mes (días Lun., Mier. y Vier.)
  - Debe escribirse en las historias con letra legible para poder ingresar todos los datos sin errores en la historia electrónica

## FLUJOGRAMA DE CCE



## Anexo IV

### Proyecto UDA cirugía pediátrica Las Piedras - Durazno

#### **PROYECTO DE UDA CIRUGÍA PEDIÁTRICA** **LAS PIEDRAS - DURAZNO**

##### **I. INTRODUCCIÓN**

En el marco del llamado a la presentación de Proyectos dirigidos a crear y fortalecer las Unidades Docentes Asistenciales (UDAs), la Clínica Quirúrgica Pediátrica (CQP) de Facultad de Medicina (FM) presenta ante la Comisión de Gestión del Programa, el proyecto de consolidación del Programa de Descentralización y Extensión de la especialidad en el interior del país, que desarrolla desde 2003 y 2004 en los Hospitales de Las Piedras y Durazno, respectivamente.

El propósito del proyecto es fortalecer el Programa descentralizador desde la perspectiva de Unidad Docente Asistencial en el contexto actual de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), aplicación del nuevo Plan de Estudios, y desarrollo del Plan de mejoras para el MEXA, integrando el nuevo perfil docente requerido para tal propósito.

En este documento se establecen los antecedentes del Proyecto, justificación, propósitos, objetivos, metas cuantificables, actividades, indicadores e integración de la UDA.

##### **II. ANTECEDENTES**

La CQP, cuyas actividades docentes, asistenciales y de formación de grado y posgrado se han desarrollado históricamente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el año 2003 inicia -en acuerdo con MSP-ASSE-, el programa de descentralización hacia el interior del país, con el objetivo de dar solución en el centro asistencial del lugar de residencia a niños con enfermedades quirúrgicas de alta frecuencia, no agudas, y que no exigen traslado a un centro de tercer nivel asistencial (CHPR), en vistas a regionalizar la asistencia en la especialidad, integrando la formación de recursos humanos y las distintas áreas de atención implicadas en la asistencia de estos niños, al tiempo de reducir los costos asistenciales.

La primer etapa del programa se desarrolló en Canelones, en el Hospital de Las Piedras a partir del 2003; la segunda etapa en Durazno, en el Hospital departamental Emilio Penza de la capital. Ambas actividades tienen similares características siendo realizadas según las pautas establecidas en el "Manual de Procedimientos de Cirugía Pediátrica" (se anexa este documento) elaboradas en conjunto con las autoridades de cada centro. La actividad incluye una coordinación quincenal en Las Piedras, y mensual en Durazno, con policlínicas de captación y control; en ella han participado residentes, gradoll, y ex grado II de la especialidad, bajo la dirección del Profesor de cátedra. Las autoridades de ambos centros han hecho posible la continuidad del programa, que evaluado en términos de resultados ha permitido la resolución local del 90 al 95% de las enfermedades quirúrgicas de los niños derivados a policlínica, sin complicaciones mayores, y con bajo índice de complicaciones menores (menor a 5%). Se adjuntan los informes de estas actividades.

##### **Síntesis de resultados:**

###### **- Hospital de las Piedras:**

En cinco años de actividad se realizaron 56 coordinaciones, 58 policlínicas con 856 consultas, operados 168 niños; sin mortalidad y morbilidad menor de 4%. Destaca que en el 2008 se ha agregado una coordinación quirúrgica más en el Hospital de Las Piedras, y una segunda policlínica, en el marco del Programa de Extensión de la CQP.

###### **- Hospital de Durazno: se adjunta detallado informe de la actividad.**

### III. JUSTIFICACIÓN

La creación de la UDA aplicada al programa de Cirugía Pediátrica es un recurso, que le otorga al mismo la chance de potenciar sus fortalezas en el contexto del SNIS y del nuevo plan de Estudios elaborado y aprobado por la Facultad de Medicina, cuya inminente puesta en marcha está prevista para marzo 2009, dando respuesta a la demanda asistencial actual, a la formación y capacitación de recursos humanos en las distintas especialidades vinculadas a la atención del niño, y del niño con una enfermedad quirúrgica, especialmente.

### IV. PROPÓSITO

Desarrollar y profundizar la aplicación del programa quirúrgico pediátrico en centros asistenciales que por la población de usuarios a los que brinda cobertura (Hospital de Las Piedras), y/o por su ubicación estratégica con proyección a la regionalización (Hospital de Durazo) se convierten en lugares de interés común para Facultad de Medicina y el MSP-ASSE.

### V. OBJETIVOS

Los objetivos de este proyecto se enuncian teniendo en consideración, no sólo la actividad que ha sido desarrollada en ambos centros asistenciales, y que ha permitido visualizar y confirmar sus posibilidades de desarrollo, sino también, y especialmente, la potencialidad del programa docente asistencial. La viabilidad del cumplimiento de estos objetivos se fortalece además con la adopción de algunas resoluciones de Facultad de Medicina, a través del Consejo y la Escuela de Graduados:

- El llamado a concurso de pruebas de cargos de médicos residentes (por resolución del Consejo de Facultad de Medicina de fecha 13.8.08) contempla la provisión de 2 cargos de residentes de Pediatría (rubros ASSE) y 1 cargo de residente de Medicina Familiar a ser desempeñados en el Hospital de Las Piedras.

- La Comisión Directiva de la Escuela de Graduados resolvió (12/11/08) que las dos plazas de residentes de Pediatría sujetas a acreditación quedasen habilitadas, quedando la formación de los residentes bajo responsabilidad, supervisión y plan de trabajo de la Unidad docente responsable (Clínica Pediátrica "B"), tomando conocimiento de esta resolución el Consejo de Facultad en la Sesión Ordinaria de 19/11/08.

- Teniendo en cuenta zonas de influencia, en vistas a la extensión y regionalización de las actividades docente-asistenciales en el mismo llamado a plazas para residentes de Medicina Familiar hay 4 cargos para Canelones, 1 cargo para Florida, 1 cargo para Treinta y Tres, y 3 cargos para Tacuarembó.

#### a) OBJETIVOS generales de la UDA

- Desarrollar el Programa de Descentralización de Cirugía Pediátrica: consolidar la tarea asistencial quirúrgica específica, la asistencial integrada, de enseñanza y la investigación.
- Desarrollo de la actividad pedagógica; integrándola a la actividad asistencial.
- Descentralización en la formación del cirujano pediatra en el interior
- Descentralización del desarrollo de la especialidad y del acceso a la misma en centros de mayor densidad demográfica y ubicación estratégica.
- Promover el trabajo en colaboración.
- Racionalizar la utilización de recursos humanos y materiales en la asistencia de los niños con patologías quirúrgicas.
- Realización de trabajos científicos en cooperación con Unidades de Investigación, con otras UDAs, o en integración con el Dpto. de Biofísica (Laboratorio de Bioestadística) de Facultad de Medicina de investigación

#### **b) OBJETIVOS Específicos de la UDA**

- Consolidar la actividad quirúrgica pediátrica : actividad en policlínicas y coordinación quirúrgica.
- Integrar a los residentes o posgrados de pediatría, medicina familiar y comunitaria a la actividad asistencial cumpliendo con los objetivos pedagógicos planteados en su formación
- Articular la incorporación de las distintas áreas y disciplinas involucradas en la asistencia del niño con problemas o enfermedades quirúrgicas.
- Incorporar a la actividad docente asistencial a estudiantes del ciclo materno-infantil y al practicante interno.
- Coordinación de las actividades en conjunto con el Departamento de Pediatría del centro correspondiente, y con las respectivas cátedras de Facultad de Medicina.
- Uso de programa digital con registro de base de datos en el que se documenten las actividades docentes y asistenciales.
- Cumplimiento con el cronograma de actividades pedagógicas y asistenciales.
- Promover, planificar ejecutar y publicar trabajos de investigación científica.
- Evaluación del programa: autoevaluación, evaluación por parte de residentes, autoridades hospitalarias, docentes de distintas áreas.

#### **VI. METAS CUANTIFICABLES**

- Mediante la Evaluación del nivel de cumplimiento del cronograma de actividades al año del funcionamiento de la UDA, se podrá medir los resultados del programa en términos asistenciales, educativos, de extensión y producción de conocimiento. En el ítem "Actividades" se establece el detalle de las metas a cuantificar.
- Esta evaluación debe incluir: autoevaluación por parte de los integrantes de la UDA; evaluación por parte de las autoridades de cada centro; evaluación de las respectivas cátedras, y evaluación del propio usuario( familiar del niño y el propio niño).

#### **VII. ACTIVIDADES**

##### **A) OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES**

###### Objetivos generales:

- Extensión- descentralización de la atención de niños con patologías quirúrgicas no urgentes más frecuentes.
- Facilitación del acceso a la consulta de la especialidad en interacción con los colegas locales, simplificando el proceso asistencial.
- Promoción de medidas preventivas y de control en equipo multidisciplinario.
- Participación con un enfoque pedagógico en la asistencia del niño y el adolescente, fortaleciendo las actividades de desarrollo de la educación médico-continua.

###### Objetivos específicos

Adquisición de habilidades en :

- a- Identificar al lactante y al niño con patologías quirúrgicas frecuentes.
- b- Reconocer los problemas presentes en cada etapa del desarrollo que pueden tener resolución espontánea (fimosis fisiológica o pseudofimosis, hernia umbilical, hidrocele).
- c- Identificar a los niños con patología que puede ser tratada y controlada en policlínica periférica, disminuyendo el impacto del costo familiar, social y asistencial de una derivación al hospital local, o al tercer nivel.

- d- Derivación oportuna. Identificar precozmente a los pacientes con patología de baja frecuencia o cuya importancia requiera consulta, estudios y/o tratamiento a otro nivel asistencial.
- d- Desarrollar las actividades integrando las distintas disciplinas en las etapas diagnósticas y de tratamiento, logrando el consentimiento informado y la participación de la familia.
- e- Favorecer una comunicación fluida entre el pediatra o médico de familia de la comunidad, el equipo de trabajo comunitario, con los colegas del hospital, en caso de pacientes derivados.
- f- Promover actividades de actualización permanente de acuerdo a temas o problemáticas emergentes en el trabajo en la comunidad.

B) DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Se proponen variantes producto de la adaptación del programa a las características de cada centro asistencial

HOSPITAL LAS PIEDRAS

1- Actividades Asistenciales

- La actividad asistencial, en tanto UDA, de un modo tácito, implica la actividad pedagógica. En el ítem "Actividades de Enseñanza" se detalla la misma.

Destacamos:

- Se propone integrar en las diferentes etapas del proceso asistencial a los residentes de las distintas áreas involucradas en la atención de los niños. Desde que el niño es captado en policlínica de cirugía pediátrica y referido a la policlínica anestesiológica, pasando por el momento en que ingresa al hospital para ser operado, hasta que se otorga el alta hospitalaria y es controlado en policlínica. Esto permite participar de toda la instancia asistencial. Es importante señalar que hay un porcentaje de niños, que no requieren tratamiento quirúrgico, pero que ingresan en un plan de control y seguimiento en esta policlínica.  
Es fundamental poder manejar un programa digital específico en el que queden registradas las actuaciones.

a) Consulta de Policlínica de Cirugía pediátrica:

- Se realizará con frecuencia semanal, de 1 a 2 horas de duración, dependiendo del número de pacientes registrados en la consulta, tendrá carácter de policlínica de captación, control de los operados y/o de seguimiento.
- Participarán de las policlínicas residentes, posgrados de pediatría, medicina familiar y comunitaria.
- Se establece un listado con las patologías más frecuentes: hernia inguinal no complicada, criptorquidia, fimosis, hidrocele/quiste del cordón, hernia umbilical/ hernia línea blanca, tumoraciones subcutáneas, frenillo lingual, uña encarnada, quiste tiroglobo, tumoraciones, dolor abdominal recurrente
- Se derivará al Centro Hospitalario Pereira Rossell todo niño cuya patología por su entidad (alta presunción de patología oncológica) o urgencia no pueda aguardar una consulta en policlínica.
- Se adjunta un diagrama de flujo sobre el funcionamiento de la consulta de policlínica.
- La policlínica de anestesia se realizará cada 15 días.

### b-Coordinación de Cirugía Pediátrica

- Coordinación quincenal incluyendo de cuatro a cinco niños por coordinación
- En la lista de niños a operar son incluidos, además de los que ingresan por concepto de esta actividad en Las Piedras, aquellos que son coordinados desde la Policlínica de Cirugía Pediátrica mensual del Hospital Saint Bois( programa de extensión de la CQP).
- Se adjunta el diagrama de flujo del proceso asistencial.

### **2- Actividades de Enseñanza**

Las actividades, concebidas en el continuo del proceso enseñanza- aprendizaje, se planificarán en conjunto con los departamentos de pediatría, cátedras de pediatría, medicina familiar y comunitaria, y las autoridades del centro hospitalario.

Descripción:

- Incorporación a la policlínica de cirugía pediátrica de residentes, posgrados, de pediatría, medicina familiar y comunitaria. Se propone realizarla con el número de residentes que se adapte a las características de la consulta, dado que la frecuencia semanal permite una rotación adecuada a los objetivos pedagógicos planteados.
- Incorporación de los estudiantes de grado a la actividad de acuerdo con la coordinadora del ciclo materno infantil. Se propone la modalidad de trabajo en pequeños grupos.
- Incorporación de los practicantes internos a la actividad en policlínica, previendo la posibilidad de que se integren a la de block quirúrgico.
- Instancia semanal de evaluación interdisciplinaria de niños con problemas diagnósticos y/o terapéuticos.
- Taller de frecuencia quincenal dirigido a residentes en formación:
  - Aspectos semiológicos
  - Aspectos clínicos-patológicos de temas de la especialidad
  - Enfoque pediátrico y quirúrgico de patologías que implican instancias diagnósticas y terapéuticas compartidas. Ejemplo: Neumonías complicadas, Reflujo gastroesofágico, Estreñimiento, Ictericia neonatal, Ingesta de cáusticos, prevención de accidentes, manejo y tratamiento del niño politraumatizado.
  - Se estimulará a que el método pedagógico utilizado esté basado en el aprendizaje.
- De acuerdo a las necesidades surgidas del desarrollo de la actividad se propone realizar, en función de lo planteado por lo colegas locales, actividades de educación médico-continua en conjunto, que incluyan temas de interés común y otorguen participación a colegas de la comunidad.

### **3 - Actividades de Investigación**

Propuestas:

- 1- Desarrollar un trabajo prospectivo de 1 año que esté basado en este proyecto de UDA en el que se describan las características de la actividad, estableciendo objetivos, metodología de trabajo, resultados, discusión y conclusiones. Este trabajo documentaría la actividad, y puede ser utilizado como una herramienta adicional, al momento de evaluar el programa.
- 2- Seleccionar temas de común interés para realizar trabajos de investigación. Ejemplo: "Tratamiento médico de niños con fimosis".
- 3- Para los trabajos de investigación se propone realizarlos integrando al Laboratorio de Bioestadística del Dpto. de Biofísica de Facultad de Medicina, y a Unidades de Investigación que trabajen en las áreas involucradas.

### ACTIVIDAD HOSPITAL DE DURAZNO.

En el Hospital de Durazno la actividad incluye una coordinación quirúrgica y dos policlínicas mensuales. Las actividades docente-asistenciales se coordinarán de acuerdo a los recursos humanos disponibles y a las características de la asistencia

5

cada lugar.

**4 - Actividades de Integración con otras Unidades docente-asistenciales:** estas actividades permitirán un enriquecimiento de las actividades propuestas por cada UDA, que naturalmente desarrollarán una tendencia integradora y de intercambio. Su planificación, ejecución y evaluación dependerá de las problemáticas que puedan surgir de la puesta en marcha de las actividades asistenciales, docentes y de investigación.

### **VIII. INDICADORES**

#### **- Indicadores de Atención a la salud :**

Al término del primer año de actividades se evaluará:

- 1- Nº de policlínicas de Cirugía Pediátrica.
- 2- Nº de coordinaciones quirúrgicas completadas.
- 3- Nº total de niños asistidos en policlínica de Cirugía Pediátrica.
- 4- Nº de niños operados: discriminando edad, sexo, patología, estadía hospitalaria, índice de complicaciones.
- 5- Cálculo porcentual de pacientes cuya patología fue resuelta integralmente en cada centro asistencial, indicador de la capacidad de respuesta local de la UDA.
- 6- Número y patologías de niños derivados para estudio y/o tratamiento a otro centro asistencial.
- 7- Nº de niños en control y seguimiento en policlínica.
- 8- Eventual estimación del costo de la actividad asistencial.

#### **- Indicadores de Enseñanza:**

- 1- Evaluación de la actividad asistencial y docente a cargo de residentes y docentes de las áreas y especialidades.
- 2- Evaluación a los residentes y pregratos.
- 3- Detalle de Policlínicas realizadas, talleres, seminarios u otras instancias pedagógicas cumplidas

#### **- Indicadores de Producción de conocimiento:**

Comunicación de los trabajos de investigación realizados, destacando, resultados y conclusiones principales.

**- La continuidad del proyecto a lo largo de estos 5 años se puede considerar como un indicador de atención a la salud, que también será un indicador de las actividades pedagógicas, de extensión y de producción de conocimiento en la medida de su desarrollo como UDA.**

### **INTEGRACIÓN DE LA UDA**

- Dr. Berch Hagobian  
Ex Asistente de la Clínica Quirúrgica Pediátrica  
Solicitud de una carga semanal de 12 hs.
- Dr. Ariel Fraga  
Asistente de la Clínica Quirúrgica Pediátrica  
Solicitud de una carga semanal de 12 hs

Para la gestión docente y el adecuado registro de la actividad asistencial, se estima conveniente contar con la disponibilidad de una laptop y un proyector multimedia (cañón), como recurso tecnológico de apoyo a la UDA.

Las actividades propuestas en esta UDA serán supervisadas por el Prof. Dr. Ruver Berazategui, Director de la Clínica Quirúrgica Pediátrica de la Facultad de Medicina.

**PUESTA AL DÍA**

# Patologías quirúrgicas pediátricas frecuentes

en primer nivel  
de atención

**FIMOSIS · HERNIAS  
PATOLOGÍA CONDUCTO PERITONEO VAGINAL  
CRIPTORQUIDIA**

**Coordinan: Dr. Ariel Fraga y Dr. Berch Hagobian**  
**Invitados: Prof. Adjs. Dres Mirtha Vergara, Jorge Kleinman, Juan Kenny**  
**Clinica Quirúrgica Pediátrica, Prof Dr. Ruver Berazategui**

**Miércoles, 7 de setiembre de 2011**  
**8:30 a 12:00 horas**  
**Anfiteatro Hospital Las Piedras**

<b>ORGANIZA</b>	<b>APOYA</b>	<b>AUSPICIA</b>
<b>UDA</b> Unidad Docente Asistencial Cirugía Pediátrica Hospital de Las Piedras	<b>C.Q.P</b> Clínica Quirúrgica Pediátrica Prof. Dr. Ruver Berazategui Facultad de Medicina Centro Hospitalario Pereira Rossell	 Laboratorio Spefar S.A.



## Sobre los autores

Prof. Director Dr. RUVEN MÁXIMO BERAZATEGUI RODRÍGUEZ  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica  
Director interino del Servicio de Cirugía Pediátrica CHPR-ASSE  
ruverberazategui@adinet.com.uy

Prof. Adj. Dra. ADRIANA MÉNDEZ PIZZO  
Epidemióloga - Depto. Medicina Preventiva y Social  
UDA Canelones al Este – Unidad de Información RAP-ASSE- Metropolitana  
amendezpizzo@gmail.com

Exasistente Dr. ARIEL GUSTAVO FRAGA CABRERA  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica  
Cargo de alta dedicación ASSE- responsable UDA Cirugía Pediátrica Las  
Piedras  
mantoniafraga@gmail.com

Exasistente Dr. BERCH GERARDO HAGOBIAN KARAMANOKIAN  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica  
Cargo de alta dedicación ASSE- integrante UDA Cirugía Pediátrica Las  
Piedras  
bhuruguay@gmail.com

## Colaboradores

Dra. MARIANELA DORIS BRIENZA FERNANDEZ  
Anestesióloga - de la Catedra de Anestesiología.

Exasistente Dr. ALEJANDRO BRITOS  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Prof. Agr. Dr. CARLOS JUAMBELTZ  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Prof. Adj. Dr. JUAN KENNY  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Exasistente Dr. NÉSTOR NUÑEZ  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Prof. Adj. Dr. DIEGO PEREYRA NÚÑEZ  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Prof. Adj. Dr. SANTIAGO PIÑEIRO  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Exasistente Dr. SERGIO SAUTO  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

Exasistente Dr. JUAN URROZ  
Cirujano pediátrico - Clínica Quirúrgica Pediátrica

# Glosario

Patología quirúrgica de alta prevalencia: patología frecuente y no urgente.

Policlínicas quirúrgicas de cercanía: policlínicas de proximidad al área de residencia del usuario.

Coordinación quirúrgica: refiere a la fecha y horario en los que se realizan las cirugías programadas.

Calendario quirúrgico: oportunidad aceptada para la indicación de cirugía. Siguiendo el estado actualizado de conocimiento en la especialidad se recomienda según la edad y estado de la patología del paciente el momento adecuado para la cirugía.

Programa de Cirugía de Corta Estadía: programa de internación breve en el que el niño operado recibe el alta hospitalaria preferentemente antes de que se cumplan 24 h de posoperatorio.

Programa de Cirugía del Día: programa de internación breve en el que el niño operado recibe el alta el día de la cirugía.

Hospital del Día: prestación de un centro hospitalario que consiste en integrar en sus servicios el programa de Cirugía del día.



# Abreviaturas

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

CQP: Clínica Quirúrgica Pediátrica.

Udelar: Universidad de la República.

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

CHPR: Centro Hospitalario Pereyra Rossell.

SCPD: Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado.

UCPP: Unidades de Cirugía Pediátrica Programada.

UDA: Unidades Docente-Asistenciales.



Cuando en el año 2003 el director de la clínica quirúrgica pediátrica comenzaba con su idea de la descentralización, quizá no imaginó quince años después todo lo que se logró. Uno de los objetivos de esta obra es mostrar en forma detallada con metodología científica todo ese proceso. Se describen con datos y estadísticas todo lo hecho a lo largo de trece años de intenso trabajo en el cual participó un equipo multidisciplinario cuyo principal resultado fue haber logrado que el paciente pudiera ser intervenido quirúrgicamente en su lugar de residencia. Este es solo el principio, pues todavía queda mucho camino por recorrer. El otro objetivo es que pueda servir como elemento de referencia para trabajar y continuar el camino iniciado. Ese es el desafío.

*Berch Hagobian*

ISBN: 978-9974-0-1559-3



9 789974 015593