

GUÍA DE PREGUNTAS DE LA UNIDAD 8 DEL PROGRAMA DE EIYA 2026

1. ¿Qué es la psicoprofilaxis quirúrgica y cuál es su objetivo principal según el texto de la Unidad 8?

Es una técnica psicoterapéutica interdisciplinaria que prepara emocionalmente al niño y su familia para afrontar una intervención quirúrgica con la menor cantidad de secuelas psicológicas y físicas posibles. Su objetivo es aliviar ansiedades, sostener, estimular, desmitificar y esclarecer al niño y su familia, revisando las fantasías sobre el acto quirúrgico y proporcionando una explicación adecuada a la realidad.

2. Mencione al menos cuatro temores específicos que presentan los niños mayores (segunda infancia) y adolescentes ante una operación, según la Unidad 8.

- Temor a la soledad o al abandono de sus padres.
- Temor al castigo por sus malos pensamientos o actos.
- Temor a la pérdida de partes importantes de su cuerpo.
- Temor a la desnudez o a la falta de respeto a su pudor.

Y en los adolescentes:

- Una pérdida de independencia que está en vías de ser lograda.
- Una intromisión en su privacidad.
- Temor a marcas, cicatrices y deformidades.
- Una interrupción en su vida cotidiana (por la operación), que es la que lo estructura y contiene.

3. ¿Cuáles son los tres temores específicos que pueden presentar los padres frente a la cirugía de su hijo?

- Temor a la anestesia y a la muerte de su hijo.
- Excesiva ansiedad que se manifiesta como dificultad para escuchar o preguntar.
- Temor a no poder contener su propia ansiedad y, por lo tanto, no poder atender a las necesidades de su hijo.

4. Enumere cinco recomendaciones de enfermería para la antesala de cirugía.

1. Presencia de los padres junto al niño hasta que esté anestesiado y al salir de cirugía.
2. Procurar una relación empática y cálida con el niño y sus padres.
3. Dirigirse al paciente por su nombre e identificarse por nombre y función.
4. Cuidar su pudor: no desvestirlo hasta que esté sedoanalgesiado.
5. Permitirle, si es posible, tener un objeto personal que le dé seguridad hasta dormirse.

5. ¿Qué indica el texto sobre el ayuno prequirúrgico en niños? ¿Qué efectos adversos puede causar un ayuno prolongado?

Indica que los líquidos claros (agua, té con poca azúcar, jugos sin pulpa) administrados 2-3 horas antes de la anestesia no afectan el vaciado gástrico y reducen la ansiedad. Los ayunos prolongados no mejoran el vaciado gástrico y pueden causar irritabilidad, ansiedad, hipoglucemia y deshidratación desde leve a moderada si el caudal de horas excede las 8hs. de ayuno

6. ¿Cuál es la pauta específica de baños prequirúrgicos para un paciente hospitalizado?

Deben realizarse 3 baños: uno en la tarde anterior, otro en la noche previa y un tercero en la mañana de la cirugía, ya esté en el servicio de cirugía. Una vez higienizado se le colocara la ropa de cirugía (gorro, camisolín, botas y pulsera). Deberá quedarse en la cama y no deambular por su habitación.

7. ¿Qué producto se recomienda para los baños prequirúrgicos y contra qué bacteria es más eficaz?

Se recomienda clorhexidina, que tiene mayor eficacia contra *Staphylococcus aureus* que se encuentra en la piel como parte de la microbiota normal y es la que más puede proliferar y desencadenar en tejidos diferentes infecciones de partes blandas (piel, tejido celular subcutáneo y musculo).

8. ¿En qué consiste la clasificación ASA y qué evalúa?


Es una clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) usada internacionalmente. Evalúa el riesgo prequirúrgico desde el punto de vista de las características del paciente, determinando su estado físico preoperatorio (grados 1 a 6, más "E" para urgencia).

9. Defina y mencione las fases de la apendicitis según el texto alojado en la unidad 8 y mencione su causa más frecuente en niños.

Es la inflamación aguda del apéndice cecal, la causa más frecuente de abdomen agudo en niños mayores de dos años. Comienza con la obstrucción del apéndice vermiforme. La causa más frecuente de obstrucción es la hiperplasia de los tejidos linfoides (60%).

Fases de la APENDICITIS



| | | |
|---|--|----------------|
|  | FASE CATARRAL O EDEMATOSA: <ul style="list-style-type: none"> Hiperemia de la pared Congestión vascular de predominio venoso Disminución de flujo linfático y venoso | 4-6 HORAS |
|  | FASE FLEGMONOSA O SUPURATIVA: <ul style="list-style-type: none"> Mayor congestión venosa con disminución del flujo linfático y venoso Aparición de escudado fibrinopurulento | 6-12 HORAS |
|  | FASE GANGRENOSA: <ul style="list-style-type: none"> Compromiso arterial, linfático y venoso Necrosis de pared apendicular con gran componente inflamatorio Más cantidad de contenido purulento | 12-24 HORAS |
|  | FASE PERFORADA: <ul style="list-style-type: none"> Pared apendicular se perfora y libera contenido purulento a la cavidad abdominal. Produce: <ul style="list-style-type: none"> Peritonitis localizada (plastrón o absceso) Peritonitis difusa | ≥24 HORAS |

10. Describa al menos tres características de la marcha y postura de un niño con apendicitis.

Camina lentamente, muchas veces inclinado hacia delante protegiendo el lado derecho, presenta cadera con ligera flexión, y tiende a retroceder cuando va a ser tocado.

11. ¿Cuál es el laboratorio (de origen hematógeno) diagnóstico indispensable que se solicita ante sospecha de apendicitis?

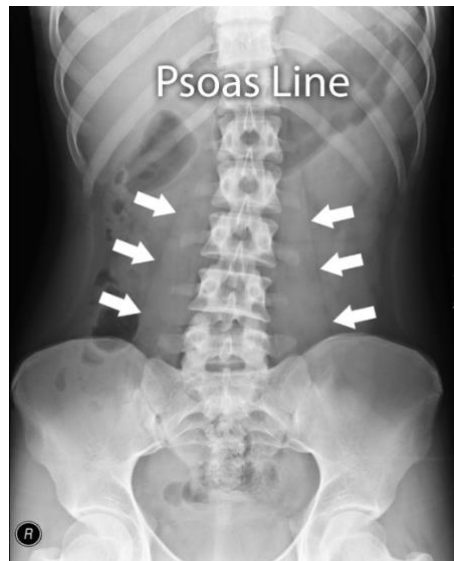
El laboratorio que si o si necesitamos es el Hemograma (para detectar leucocitosis >10.000/ml). Por supuesto que además vamos a pedir todo aquello que ya nos permita avizorar la necesidad del prequirúrgico.

12. ¿Qué hallazgos radiográficos (Rx de abdomen) se pueden encontrar en un niño con apendicitis?

Escoliosis antiálgica, borramiento de la sombra del psoas, presencia de coprolito (fecalito) y nivel hidroaéreo en fosa ilíaca derecha.



Rx con Escoliosis Antiálgica



Línea del psoas (en una Rx no se vería esa línea en ambos lados)



Rx de Abdomen con Niveles Hidroaéreos en Fosa Iliaca Derecha (los niveles hidroaéreos son las “nubes” negras que se observan por atrapamiento de aire y obstrucción del tracto digestivo).

13. Describa el tratamiento prequirúrgico inicial para un niño con diagnóstico de apendicitis. Mencione al menos tres intervenciones.

Respuesta correcta:

- Colocar plan de hidratación a razón de 2000 ml/m²/día. (recordar que en pediatría usamos un plan basal que tiene: Dx 5% + ClK + ClNa), mientras que en

adultos intercalan las soluciones SF 0,9% y Dx 5% y en este último le agregan CIK.

- Suspender aportes por vía oral.
- Realizar terapia de rehidratación endovenosa si hay varias horas de evolución.
- Colocar sonda nasogástrica (SNG) si hay gran distensión abdominal (sino preferentemente se colocara en cirugía)
- Administrar antibiótico (amoxicilina-clavulánico o ampicilina-sulbactam EV) 1 hora antes de cirugía.
- Si se sospecha peritonitis, agregar ampicilina, metronidazol y amikacina (no olvidar que este último ATB es una glucósido y es potencialmente nefrotóxico si no se diluye e infunde en el tiempo adecuado que nunca es menor a 60 minutos).

14. Mencione cuatro cuidados de enfermería inmediatos en el postquirúrgico del paciente apendicectomizado.

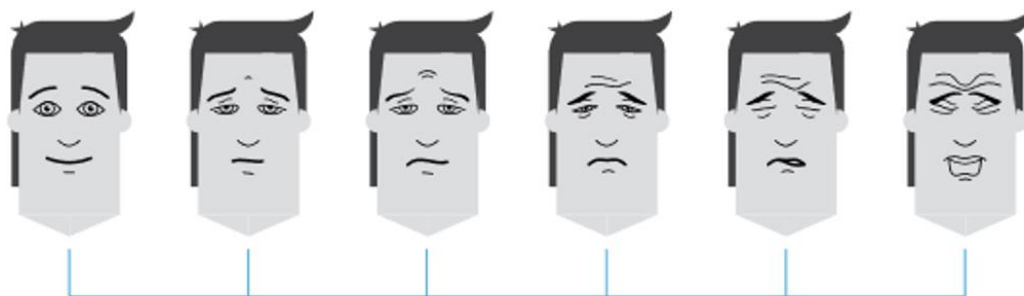
1. ABC en la recepción del paciente.
2. Monitorización de signos vitales y saturación de oxígeno permanente.
3. Corroborar soluciones parenterales y velocidades de infusión.
4. Verificar permeabilidad del sistema y curación plana y seguridad del acceso venoso.
5. SNG abocada a bolsa colectora para débito y descompresión gástrica (si la tuviese, no siempre se necesita)
6. Valorar características y caudal del drenaje abdominal si lo tiene.
7. Cama con barandas levantadas.
8. Crear ambiente tranquilo para el descanso del niño y su familia. Esto no quiere decir apagar las luces y cerrar una puerta. Sino dejar luz necesaria para cuidar, puerta entre cerrada para escuchar, controlar el flujo de visitas.

15. Según la Unidad 8, ¿cómo se define el dolor y qué estrategia (sigla) se recomienda para su control eficaz?

El dolor es un síntoma, una manifestación subjetiva de algo que siente el paciente. Por supuesto que hay signos que dejan sospechar la existencia del dolor (taquicardia, hipertensión arterial, disnea). La estrategia recomendada para evaluar integralmente el dolor es usar la **EEMMA**: Evaluación, Explicación, Manejo terapéutico, Monitoreo y Atención a los detalles (esto último es el contexto, el momento en que se aqueja el dolor etc.).

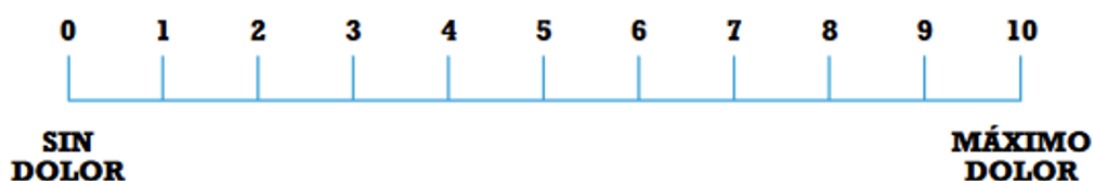
16. Explique en qué consisten las escalas EVN, EVC para valoración del dolor.

► **Escala visual análoga de caras o de expresión facial:** para pacientes pediátricos.



Primer rostro no se percibe dolor, segundo en adelante el dolor está presente y va en creciendo.

- **EVN (Escala Visual Numérica):** El paciente elige un número del 0 (nada de dolor) al 10 (máximo dolor).



- **EVC (Escala Verbal Categórica):** Se pregunta verbalmente si duele “mucho”, “bastante”, “poco” o “nada”, asignando puntajes (0, 4, 6, 10 respectivamente).

A través de una valoración verbal, se pregunta: *¿Le duele “mucho”, “bastante”, “poco” o “nada”?*

Nada = 0 Poco = 4 Bastante = 6 Mucho = 10

17. Defina a que llamamos dolor nociceptivo y cual neuropático. Mencione un ejemplo de dolor nociceptivo y uno de dolor neuropático, según el texto de la unidad 8.

El dolor nociceptivo es aquel que se produce por la activación directa de los nociceptores ubicados en tejidos somáticos o viscerales como respuesta a un estímulo lesivo real o potencial, cumpliendo una función protectora y adaptativa; se caracteriza por ser descrito como punzante, opresivo, cólico o sordo según su origen, y responde adecuadamente a analgésicos convencionales como AINES y opioides.

En cambio, el dolor neuropático se origina por una lesión o disfunción directa del sistema nervioso somatosensorial, ya sea periférico o central, sin cumplir una función protectora, resultando patológico y desadaptativo; el paciente lo describe típicamente como quemazón, descarga eléctrica, hormigueo o hipersensibilidad, y responde pobremente a AINES y

opioides, requiriendo para su manejo fármacos adyuvantes como glucocorticoides, anticonvulsivantes, antidepresivos.

Ambos tipos de dolor pueden presentarse de forma simultánea constituyendo un dolor mixto, situación frecuente en procesos complicados como abscesos o plastrones apendiculares donde coexisten la inflamación tisular y la compresión nerviosa.

Ejemplos:

- **Dolor Nociceptivo Visceral (fase inicial):** Ejemplo apendicular: Dolor difuso, mal localizado, en región periumbilical o epigástrico (las primeras 2-6 horas). Se debe a la distensión del apéndice inflamado y estimulación de las fibras viscerales. El niño suele describirlo como "un malestar" o "dolor sordo" y no puede señalar con un dedo el punto exacto.
- **Dolor neuropático:** por ejemplo un absceso apendicular retrocecal muy grande que comprime el plexo lumbar o el nervio ciático. El niño no solo tiene dolor, sino también parestesias ("hormigueo", "adormecimiento") en el miembro inferior derecho, sin que haya un dolor somático intenso (porque el absceso está detrás del peritoneo). Otro ejemplo: durante una apendicectomía prolongada o difícil, puede haber sección accidental de un nervio, generando un área anestésica o disestésica en la pared abdominal.

18. Describa la escalera analgésica de la OMS según los tres escalones.

El hecho de que un paciente (independientemente de su edad) califique su dolor como moderado o severo no implica automáticamente la indicación de opioides. La valoración del dolor debe realizarse en su dimensión contextual, atendiendo a los detalles de cada caso. Por ejemplo, ante una cefalea intensa, es probable que la administración de un AINE sea suficiente para lograr un alivio adecuado sin necesidad de recurrir a opioides.

Asimismo, es fundamental recordar que la administración de analgésicos y sus coadyuvantes debe regirse por un esquema posológico fijo (cada 12, 8, 6 horas, según indicación) y no en base a la demanda ("según dolor"). De lo contrario, el paciente recibiría la medicación recién cuando el dolor ya se ha instalado, lo que constituye una práctica inadecuada en el manejo del dolor agudo postoperatorio.

En el paciente que transita el postquirúrgico, el dolor es prácticamente constante. Por lo tanto, el plan de analgesia no debe estar supeditado a la aparición del síntoma, sino que debe anticiparse a él, garantizando un esquema regular durante las primeras 48 a 72 horas para prevenir el dolor en lugar de tratarlo una vez instaurado.

Atento a la escalera propuesta por la OMS recordemos:

- **Escalón 1 (dolor leve):** analgésico no opioide + AINE + adyuvante.
- **Escalón 2 (dolor moderado):** opioide débil + analgésico no opioide + AINE + adyuvante.
- **Escalón 3 (dolor severo):** opioide fuerte + analgésico no opioide + AINE + adyuvante.

21. ¿Qué documentos y resultados de laboratorio deben verificarse en la atención de enfermería al ingreso del paciente programado para cirugía?

Consentimiento informado, estudios de laboratorio (coagulograma, función renal urea y creatinina, función hepática TGP, TGO, hemograma, grupo y factor sanguíneos, ionograma). carnet de vacunación y registros de enfermería.

22. Según las recomendaciones universales posquirúrgicas, ¿qué tipo de alimentos o líquidos deben evitarse y por qué?

Antes de habilitar la dieta líquida en nuestros pacientes posquirúrgicos, debemos recordar que el paciente debe cumplir los siguiente requisitos:

- Ser cauto y esperar por lo menos 4 horas posquirúrgicas.
- Vigil y lucido.
- Sin nauseas ni mucho menos emesis
- Auscultación de Ruidos Hidroaéreos Positivos (auscultación entre 20 a 25 ruidos por minuto).
- Sin dolor cólico, ni de ningún tipo que involucre el abdomen del paciente.

A continuación, se inicia la tolerancia a líquidos, siempre claros (para evitar confusiones diagnósticas ante eventuales vómitos: ¿se trata de jugo gástrico, contenido biliar u otro?) y no gaseosos (a fin de prevenir la distensión abdominal y el consecuente dolor), administrados en pequeños sorbos. Se calcula un volumen total de aproximadamente 100 ml en un lapso de 2 horas.

Si el paciente no presenta ningún signo o síntoma de intolerancia (náuseas, vómitos, distensión abdominal, dolor), se puede avanzar a una dieta líquida durante 24 horas, que puede incluir: té, té cortado con leche descremada, caldos y gelatina dietética sin frutas.

Posteriormente, se progresa a una dieta blanda gastroprotectora durante 72 horas, para luego continuar con una dieta general según evolución clínica.

23. ¿Cuál es la conducta de enfermería respecto al AVP, sonda vesical y SNG en el ingreso prequirúrgico programado o del paciente que requiere de una cirugía que se programa para el mismo día del diagnóstico?

El AVP, la sonda vesical y la sonda nasogástrica (SNG) se colocan en cirugía, salvo necesidad del paciente que lo requiera antes. Por ejemplo el AVP para el control del dolor una vez ya diagnosticado al paciente puede ser muy necesario en el prequirúrgico. No deben colocarse de rutina antes, no es necesario, son procedimientos que generan incomodidad, dolor (entre ellos la SNG y la SV).

24. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico indicado en el prequirúrgico de apendicitis sin peritonitis y qué esquema se agrega si se sospecha peritonitis?

- **Sin peritonitis:** amoxicilina-clavulánico EV o ampicilina-sulbactam EV 1 hora antes de la cirugía.

- **Si se sospecha peritonitis:** se puede agregar ampicilina, metronidazol y amikacina. Este esquema antibiótico se continúa en el posquirúrgico.