
VI.- ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO DE LABIO HENDIDO.

La observación y vigilancia estrecha, permiten a la enfermera detectar las necesidades y proporcionar los cuidados necesarios. A continuación se menciona una serie de cuidados que requieren el paciente sometido a la reconstrucción de labio hendido.

a).- Observación de la función respiratoria.

Las primeras cuarenta y ocho horas quizá se le dificulte la respiración al niño. Cuando se le ha efectuado reconstrucción bilateral, el niño debe acostumbrarse a respirar por la nariz, lo que antes no necesitaba, por lo tanto, la enfermera se mantendrá alerta ante cualquier signo de insuficiencia respiratoria para prestarle atención debida y oportuna.

La enfermera informará al médico si hay edema de lengua o de mucosa nasal. Deberá mantener listo para usarse: Una charola de signos vitales, un laringoscopio, una sonda intratraqueal, una jeringa asepto estéril, con punta de caucho, para la aspiración de secreciones.

b).- Necesidad de sujeción.

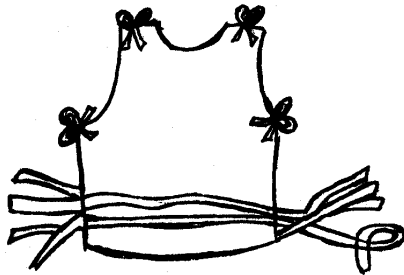
La utilización de medios de sujeción es indispensable -

en la atención del niño post-operado, pues la inquietud normal y acrecentada hacen que el niño se lleve las manos a la boca y cara, lastimándose el área reconstruida; si el niño tiene edad suficiente para voltearse por sí mismo sobre el abdomen y cara, será necesario utilizar chaleco de sujeción para mantenerlo en decúbito dorsal.

Medios de sujeción más utilizados.

CHALECO:

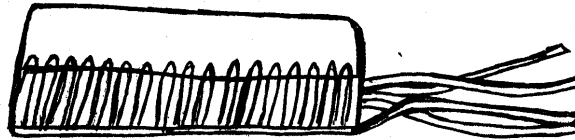
Este método de sujeción es muy útil, ya que el pequeño, en el post-operatorio se le mantiene en posición de decúbito dorsal. Nunca se mantendrá en decúbito abdominal o lateral, ya que hay el riesgo de rodarse y frotarse la lesión con la ropa de cama y no lograr el efecto requerido.



BRAZAL

Este se utiliza para impedir la flexión del codo, evitando así que el niño se lleve las manos a la cara, cabeza o ---

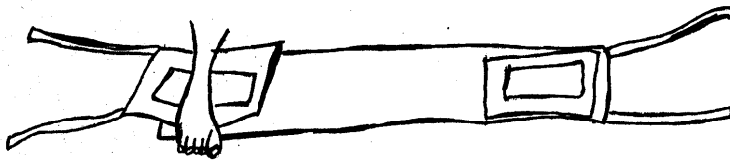
abdomen y se toque suturas o catéteres o simplemente que se lleve los dedos a la boca.



MUÑEQUERAS

Se utilizan para sujetar miembros superiores ó inferiores o ambos en el post-operatorio inmediato, para evitar que se toque suturas, catéteres o curaciones.

Los sujetadores se quitarán periódicamente y se dará masaje y ejercicios en las partes indicadas, uno en cada ocasión, estos métodos no deberán quitarse simultaneamente sino que se hará de una manera alternada.



c).- Cambios de Posición.

La posición del niño debe cambiarse frecuentemente en períodos de dos a tres horas, para evitar la neumonía hipostática, úlceras de decúbito y molestias.

Forma muy importante para la prevención de lesiones cutáneas es el baño, ya que proporciona movimiento al cuerpo y favorece la transpiración de la piel, estimula la circulación y proporciona mayor comodidad. La conservación de la piel limpia y seca inhibe el desarrollo de bacterias patógenas y evita las escoraciones, es por eso muy importante el cambio frecuente de pañales.

d).- Necesidad afectiva.

El pequeño a quién se le ha efectuado reconstrucción quirúrgica del labio hendido no puede mamar, por ello necesita mimos adicionales que le proporcionará satisfacción afectiva, de esta manera se evitará la ansiedad y el llanto que puede producir tensión de la línea de sutura.

e).- Administración de líquidos orales.

Después de la intervención quirúrgica deberá mantenerse en ayuno de cuatro a seis horas; en cuanto reaccione plenamente y pueda tragar y haya desaparecido el estado nauseoso, - cabe administrar una dieta líquida. La alimentación con fórmula láctea puede reanudarse de seis a doce horas después de la intervención.

f).- Formas de alimentación en el Post-Operatorio.

Alimentación por gotero.

Se utilizará gotero o jeringa con punta de caucho, se colocará al niño en posición semifowler y se alimentará lenta y cuidadosamente expulsando con frecuencia el aire, para impedir la regurgitación y aspiración de fórmula. La punta de caucho de la jeringa o del gotero se colocará a un lado de la boca y se cuidará de que no toque la línea de sutura interna, la fórmula debe caer arriba de la lengua para facilitar la deglución.

Alimentación por biberón.

Esta puede reanudarse de un mes a una semana después de la cirugía.

Alimentación materna.

Si la madre secreta leche, se le animará a mantenerla durante el período en que el pequeño se someta a la intervención, es una ventaja adicional para el pequeño.

g).- Precauciones después de la alimentación.

El niño debe colocarse en decúbito dorsal con flexión de la cabeza hacia un lado o en decúbito lateral valiéndose de un cojincillo que la enfermera puede elaborar con sábanas enrolladas, todo se hará con el fin de facilitar el drenaje de secreciones y evitar una broncoaspiración de leche regurgitada o de moco que pudo habersele acumulado. Cuando se coloque al niño en posición de decúbito lateral se le mantendrá

una estrecha vigilancia de que no se ruede y se pueda lastimar la lesión.

h).- Necesidad de higiene (Aseo bucal)

Un aseo cuidadoso y frecuente de toda la linea de sutura favorece la cicatrización, es responsabilidad de la enfermera y por lo tanto, deberá tener a la mano el equipo necesario. Después de los alimentos se le dará hidratación oral para que sirva como enjuague bucal. Las secreciones serosanguinolentas y fórmula láctea deben quitarse cuidadosamente y en forma esponjeada, con compresas de gasa estériles, sumergidas en solución salina o en agua oxigenada, para impedir que se formen costras y cicatriz excesiva.

En algunos hospitales se conserva la sutura cubierta de una pomada antibiótica, que se aplica después de los alimentos. Si el método de limpieza bucal es por medio de compresas de gasa, deberá mantenerse el equipo y material siguiente;

- 1.- Una charola con cubierta de papel.
- 2.- Riñón.
- 3.- Compresas de Gasa.
- 4.- Agua oxigenada o solución salina
- 5.- Pinza.
- 6.- Bolsa de papel para desecho.