



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
AMBULATORIOS CON HERIDAS
POSTQUIRÚRGICAS. SERVICIO DE CIRUGÍA
MENOR. HOSPITAL GENERAL
DR. "LIBORIO PANCHANA"
2012-2013.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADAS DE ENFERMERÍA

AUTORAS:

HERNÁNDEZ GUERRERO MARLENE ISABEL

ORRALA DOMÍNGUEZ TATIANA VANESSA

TUTORA: LIC. DELFINA JIMBO BALLADARES

LA LIBERTAD – ECUADOR

2013

**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
AMBULATORIOS CON HERIDAS
POSTQUIRÚRGICAS. SERVICIO DE CIRUGÍA
MENOR. HOSPITAL GENERAL
DR. “LIBORIO PANCHANA”
2012-2013.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:
LICENCIADAS DE ENFERMERÍA

AUTORAS:

**HERNÁNDEZ GUERRERO MARLENE ISABEL
ORRALA DOMÍNGUEZ TATIANA VANESSA**

TUTORA: LIC. DELFINA JIMBO BALLADARES

LA LIBERTAD – ECUADOR

2013

La Libertad, Junio del 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON HERIDAS POSTQUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR. HOSPITAL “LIBORIO PANCHANA” 2012-2013, elaborado por las Srtas. Hernández Guerrero Marlene Isabel y Orrala Domínguez Tatiana Vanessa, egresadas de la Escuela de Ciencias Sociales y de la salud, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciatura de Enfermería, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....

Lic. Delfina Jimbo Balladares

TUTORA

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

En mi calidad de Licenciado de la especialidad de Lengua y Literatura, luego de haber revisado y corregido la tesis **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON HERIDAS POSTQUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR. HOSPITAL “LIBORIO PANCHANA”** previa la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, **HERNÁNDEZ GUERRERO MARLENE ISABEL y ORRALA DOMÍNGUEZ TATIANA VANESSA**, certifico que está habilitada con el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos, adecuado empleo de la sinonimia, corrección ortográfica y gramatical.

Es cuanto puedo decir en honor a la verdad.

La Libertad, 6 Junio del 2013

Lic. Rodolfo Salas Díaz

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis padres que han sido el pilar fundamental del inicio de mi carrera profesional, a mi esposo y a mis hijos, que siempre me han brindado su apoyo incondicional y que han estado conmigo en el transcurso de esta nueva etapa de preparación académica.

Marlene

A mis padres, los seres muy importantes para mí, por contar con su apoyo incondicional desde el principio de este sueño, mi esposo por su confianza en mí, por sus renunciaciones para facilitar mi vida.

A mis hijos por su constante apoyo para lograr mis metas, por brindarme fortaleza en todo momento.

Tatiana

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios creador del universo y dueño de mi vida, a la Universidad UPSE por brindarme los conocimientos para mi desarrollo profesional.

A mi tutora Lic. Delfina Jimbo Balladares por orientarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino que hoy culmina en el presente proyecto y por compartir sus conocimientos conmigo.

Al personal del Hospital Liborio Panchana, por su apertura para colaborar en lo que fueron requeridos.

Marlene y Tatiana

TRIBUNAL DE GRADO

Licdo. Guillermo Santa María S, MSc
**DECANO DE LA FACULTAD
DE C. C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

Dr. Juan Monserrate Cervantes, MSc
**DIRECTOR DE LA ESCUELA
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Lic. Sonnia Santos Holguín MSc.
PROFESOR DEL ÁREA

Lic. Delfina Jimbo Balladares
TUTORA

Abg. Milton Zambrano Coronado MSc.
SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON
HERIDAS POSTQUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR.
HOSPITAL GENERAL DR. “LIBORIO PANCHANA” 2012-2013.**

Autores: Hernández Marlene y Orrala
Tatiana

Tutora: Lic. Delfina Jimbo Balladares

RESUMEN

El presente trabajo de investigación acerca de los Cuidados de Enfermería en pacientes ambulatorios con heridas postquirúrgicas en el área de cirugía menor del Hospital Liborio Panchana 2012-2013, cuyo objetivo permitió valorar la participación de enfermería y los cuidados en manejo de heridas postquirúrgicas. Se realizó una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva, analítica, transversal y de campo, la población estuvo conformada por 8 licenciadas, 16 auxiliares y 40 pacientes; como técnica de recolección de datos se elaboraron dos formularios, uno aplicado al personal de enfermería y otro al paciente, además se empleó una guía de observación. Los resultados de estudio nos permitieron comprobar que el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo de heridas; es inadecuado, no existe una buena técnica de curación de la herida, no aplican las medidas de bioseguridad como el lavado de manos, no realizan educación sobre el autocuidado de heridas a los pacientes, por lo tanto hemos optado por diseñar un protocolo de manejo de heridas mediante el proceso de Atención de Enfermería.

Palabras claves: Heridas postquirúrgicas, Protocolo, Cuidados de Enfermería

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**NURSING CARE OUTPATIENT POST WITH SURGICAL WOUNDS.
MINOR SURGERY SERVICE. HOSPITAL GENERAL DR. "LIBORIO
PANCHANA" 2012-2013.**

Authors: Hernández Marlene y Orrala
Tatiana

Tutor: Lic. Delfina Jimbo Balladares

ABSTRACT

The present research about Nursing Care in outpatients with postoperative wounds in minor surgery area Liborio Hospital Panchana year 2012-2013, which aims to allow the participation of nursing assessment and care in postoperative wound management. We performed a quantitative, descriptive, analytical, cross-country and the population consisted of eight licensed, 16 assistants and 40 patients, as collection technique produced two forms, one applied to other nurses and the patient, as well we used an observation guide. Study results allowed us to verify that the level of knowledge possessed by the nursing staff on wound management, is inadequate, there is a good technique of wound healing, healing techniques used are inadequate, do not apply biosecurity measures such as hand washing, do not perform self-management education to patients wound, therefore we have chosen to design a wound management protocol by the nursing care process.

Keywords: post-surgical wounds, Protocol, Nursing Care

ÍNDICE GENERAL

	Página
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
CERTIFICACIÓN DEL GRAMATÓLOGO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TRIBUNAL DE GRADO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ANEXO	x
PROPUESTA	xi
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	3
Enunciado del problema	5
Justificación	6
Objetivos: General y Específicos	7
Hipótesis	7

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1. Anatomía y fisiología de la piel	8
1.1.2. Funciones de la piel	10
1.1.3. Heridas	10
1.1.4. Heridas quirúrgicas	12
1.1.5. Cicatrización	15
1.1.6. Valoración de la herida	18
1.1.7. Técnicas de curación	20
1.1.8. Materiales para tratamiento de heridas	23
1.1.9. Procedimiento: Curación de herida quirúrgica	25
1.1.10. Cuidados de heridas postoperatorias	28
1.1.11. Teoría de Enfermería	29
1.1.12. Lenguaje de Enfermería de la Clasificación de Cuidado Clínico (NANDA, NIC, NOC)	32
1.1.13. Proceso de Atención de Enfermería	34
1.1.14. Aplicación del proceso de Atención de Enfermería en pacientes con heridas Postquirúrgicas.	35

1.2. MARCO LEGAL

1.2.1. Del derecho a la salud y su protección	40
1.2.2. De la autoridad sanitaria nacional, sus Competencias y Responsabilidades	40
1.2.3. Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.	41

1.2.4. Bioseguridad	42
1.2.5. Prohibiciones	43

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Técnica de limpieza de herida	44
1.3.2. Cicatrización de heridas	44
1.3.3. Diagnóstico enfermero	44
1.3.4. Curación de herida	44
1.3.5. Tejido necrótico	44
1.3.6. Dehiscencia	45
1.3.7. Las heridas	45
1.3.8. Infección	45
1.3.9. Epitelización de la herida	45
1.3.10. Tejido de granulación	45
1.3.11. Protocolo	45
1.3.12. Clasificación del Cuidado Clínico	45

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de la investigación	46
2.2. Modalidad de la investigación	46
2.3. Tipos de investigación	46
2.4. Población y muestra	47
2.5. Matriz de las variables	48
2.5.1. Operacionalización de las variables	48
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
2.7. Prueba Piloto	54
2.8. Procesamiento y presentación de datos	55
2.9. Consideraciones éticas	55
2.10. Talento Humano	55

CAPITULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	56
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	69
GLOSARIO	105

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Consentimiento Informado	70
Anexo 2.	Permisos	71
Anexo 3.	Formulario de encuesta #1	72
Anexo 4.	Formulario guía de observación #2	75
Anexo 5.	Formulario de encuesta #3	77
Anexo 6.	Cronograma	79
Anexo 7.	Presupuesto	80
Anexo 8.	Cuadros y gráficos estadísticos	81
	Cargo que desempeña	81
	Característica y Localización anatómica de una herida	82
	Persona que realiza curación	83
	Aspecto de la herida y Fases de la cicatrización	84
	Cantidad y tipo de exudado	85
	Utilizan registros	86
	Lavado de manos y material que se utiliza para el lavado de manos	87
	Material que utiliza para secado de manos	88
	Cuando realiza la técnica de lavado de manos	89

Utiliza guantes y tipos de guantes	90
Tipo de solución que se utiliza para limpieza de una herida	91
Técnica de asepsia de una herida	92
Tipo de desbridamiento	93
Material para tratamiento de una herida	94
Diagnósticos enfermero: Realiza y tipo	95
Planificación y evaluación del cuidado	96
Vigilancia de la piel	97
Orientación sobre el cuidado de la herida	98
Materiales para Higiene/baño	99
Lavado diario de los pies	100
Alimentos recomendados	101
Alimentos Prohibidos	102
Anexo 9. Evidencias Fotográficas	103
Anexo 10. Glosario	105

PROPUESTA

	Pág.
Antecedentes	109
Marco Institucional	110
Matriz FODA	111
Justificación	112
Objetivo General	113
Objetivos Específicos	113
Beneficiarios	113
Actividades	114
Presupuesto	114
Cronograma	115
Evaluación de Proceso y de Producto	116
Bibliografía	117
Anexos	118

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de la herida quirúrgica continúan siendo un importante problema para muchas instituciones hospitalarias, esto se debe en gran medida a la falta de estudios en las instituciones hospitalarias sobre aquellos factores que incrementan el riesgo de infección de la herida quirúrgica y la falta de métodos de vigilancia pos-operatoria después del alta.

A nivel mundial las infecciones de la herida quirúrgica constituyen un problema de salud pública, en el Ecuador no existen datos oficiales sobre la incidencia global de infección de la herida, pero se estima que los factores asociados al incremento de infección de la herida quirúrgica, comprenden desde la inadecuada técnica de curación hasta factores propios del paciente, como es el estado nutricional y la calidad del sistema inmunitario.

En el hospital Liborio Panchana de Santa Elena, no existe ningún protocolo para el manejo de heridas quirúrgicas, lo que se ve reflejado en los procedimientos que ejecuta el personal de enfermería en cuanto a la cura de heridas, no emplean una buena técnica de curación, no aplican el conocimiento suficiente para hacer la valoración de la herida, y para proporcionar educación sobre el autocuidado del paciente, por este motivo se decide investigar la participación de enfermería y los cuidados en el manejo de heridas postquirúrgicas.

El presente trabajo está relacionado con los cuidados de enfermería en las heridas postquirúrgicas del área de cirugía menor del Hospital Liborio Panchana, cuyo objetivo es valorar la participación de enfermería y los cuidados en el manejo de heridas postquirúrgicas en pacientes que acuden al servicio de cirugía menor, por lo cual se utilizó recursos bibliográficos necesarios para la elaboración de este estudio.

Este estudio es de carácter descriptivo-analítico, transversal y de campo, la información se obtuvo a través de una guía de observación sobre técnicas de curación, encuestas al personal de enfermería sobre los conocimientos que poseen en relación al cuidado de una herida, y otra al paciente ambulatorio sobre el autocuidado. El universo investigado es de 24 personal de enfermería, y 40 pacientes.

Un alto porcentaje de las enfermeras conoce sobre los antecedentes personales, las alteraciones nutricionales y los medicamentos que influyen en el proceso de cicatrización, también se observó que un poco más de la mitad conocen sobre los signos y síntomas de la infección, el aspecto de herida y las fases de cicatrización. Además se observó que el 62% del personal se lava las manos pero solo el 8% de ellas lo realizan de forma adecuada y la mayoría de las enfermeras no conocen sobre las complicaciones de las heridas. Por último más de la mitad de los pacientes utilizan la solución povidone para la curación de la herida, lo hacen en un tiempo prudencial y no cumplen con el régimen terapéutico.

Por lo que se propone diseñar un protocolo de manejo de heridas en el área de cirugía menor, dirigido al personal de enfermería, debido a la importancia de atención directa al paciente, basado en la gestión del cuidado, educación, la técnica de curación y el plan de alta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las heridas es una interrupción de la integridad tisular por traumatismo, intervención quirúrgica o trastorno médico subyacente. Las heridas quirúrgicas pueden tener riesgos de infecciones, conocidas como infección del sitio quirúrgico, debido a que la piel esta normalmente colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección. Las Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) ocupan un lugar destacado dentro del problema de las infecciones nosocomiales por las graves repercusiones que tienen, tanto en términos de morbilidad y mortalidad. La ISQ es la infección nosocomial más frecuente y se relaciona con la muerte del paciente.

Las heridas infectadas es la mayor causa de morbilidad en el paciente quirúrgico. Se reporta que en hospitales de todo el mundo, las infecciones de herida operatoria se ubican en primer lugar, con un 24% de los casos; y la infección en el sitio quirúrgico es la segunda causa con tasa promedio de 3.8% de acuerdo a las características propias de cada institución (1991-2001).

Existen cientos de personas en países subdesarrollados que están siendo afectados por esta complicación, en los países de Latinoamérica se estima que el 80% de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas son afectados, y solo en 1998 más de 150 personas murieron por esta causa, lo más preocupante es que los pacientes con mayor riesgo a una contaminación son los que presentan heridas abiertas y/o presencias de drenes.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 8,7% de los pacientes de un hospital presenta infecciones nosocomiales, las más frecuentes son las heridas quirúrgicas. En un estudio realizado 2006 y 2007 en países Latinoamericanos incluido Ecuador llamado “Evaluación de la infección hospitalaria en siete países Latinoamericanos”, en 67 instituciones de salud, se obtuvo: el 33% tenían

regulaciones escritas para prevenir la infección nosocomial, pero solo el 28% de esas regulaciones estaban fundamentadas en evidencia científicas.

En el Ecuador no existen datos estadísticos sobre las infecciones y complicaciones de las heridas postquirúrgicas pero se conoce que los microorganismos responsable de las infecciones de la heridas quirúrgicas son las bacterias Gram positiva *Staphylococcus aureus*, enterococos, y los Gram negativos como la *Klebsiella*, *enterobacter*, *E coli*, *Pseudomona*, *P. Mirabilis*, etc. En los hospitales del país incluyendo en la Provincia de Santa Elena las heridas quirúrgicas es un problema de infecciones nosocomiales.

Santa Elena es una Provincia de la costa de Ecuador, con una población de 14'483.499 habitantes según el INEC (2010). Población que es atendida por cinco hospitales del MSP; y entre ellos tenemos al Hospital Liborio Panchana Sotomayor, este tiene una dotación de 113 camas, presta atención las 24 horas día y los 365 días del año, dispone de equipos de alta tecnología y de un talento humano, oferta los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia, y Emergencias las 24 horas.

El servicio de Emergencia está ubicado en la planta baja presta atención ambulatoria y de internación, dentro de las acciones ambulatoria está el área de cirugía menor. La práctica de cirugía menor está íntimamente ligada al personal de enfermería, este agrupa un conjunto de procedimientos en los que aplica una serie de técnicas quirúrgicas sencillas y de corta duración realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, tales como Suturas, colocación de sonda vesical y nasogástrica, nebulizaciones, tratamiento ambulatorio, enemas, manejo de pie diabético, y curaciones de heridas.

Los riesgos de la herida es muy variable y depende del procedimiento quirúrgico y de la presencia de factores de riesgo intrínsecos como Desnutrición, Edad

avanzada, Enfermedades asociadas (diabetes, cáncer, enfermedad vascular crónica y obesidad), Hábito de fumar, Infección recurrente en un lugar remoto, Perfusión tisular disminuida, y factores extrínsecos como Lavado de manos para el acto quirúrgico, Preoperatorio prolongado, Operaciones anteriores, Rasurado, Vestuario quirúrgico, Duración de la cirugía, Climatización, Instrumental, Técnica quirúrgica, Antisepsia de la piel, Antibióticos profilácticos y la Esterilización.

La curaciones de heridas postquirúrgicas que se realizan en cirugía menor, lo hacen de acuerdo al criterio individual por parte del personal auxiliar de enfermería, debido a que no existe protocolos y guías de manejo de heridas lo que provoca un retraso en el proceso de cicatrización, que pueden desencadenar un proceso infeccioso y que es fácilmente visible a través de los signos y síntomas como: dehiscencia de una herida, exudado purulento, bordes eritematosos, tejido necrótico, hipertermia, y dolor . El área de cirugía menor no dispone de material suficiente e idóneo para los diferentes tipos de heridas, no cumplen con las medidas universales de Bioseguridad, y no realizan capacitaciones continuas sobre los nuevos métodos, y técnicas de curación.

Por lo expuesto anteriormente, destacamos que es importante que se brinde al paciente con heridas, cuidados especializados por parte del personal de enfermería, basándose en guías o protocolos que unifiquen los cuidados enfermeros, ya que ellos ameritan una adecuada atención de salud específica.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En base a lo expuesto anteriormente se enuncia el siguiente problema:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que reciben los pacientes ambulatorios con heridas postquirúrgicas en el Servicio de Cirugía Menor del Hospital General Dr. “Liborio Panchana”?

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Las infecciones del sitio quirúrgico es la mayor causa de morbi-mortalidad infecciosa en el paciente quirúrgico, constituye un grave problema de salud, de modo que es importante conocer los factores de riesgo entre lo que tenemos los factores relacionados al paciente y sus enfermedades subyacentes; al tipo de procedimiento y si hay implantación de material extraño al hospedero; de la magnitud del trauma quirúrgico; del tipo de microorganismo y su capacidad de adherencia y de la profilaxis antimicrobiana perioperatoria.

La mayoría de los microorganismos infectantes a las heridas quirúrgicas son transmitidos desde algún área de la superficie corporal del paciente, adyacente a la herida, o de lugares distantes al quirófano. Los reservorios o fuentes más importantes de contaminación lo constituyen el personal, los pacientes y el ambiente hospitalario.

El personal de enfermería del área de cirugía menor es el responsable de los cuidados de enfermería en heridas postquirúrgicas en pacientes ambulatorios que acuden al Hospital “Liborio Panchana” y como esto contribuye a disminuir las infecciones nosocomiales y para efecto se debe de disponer de guías y protocolos de atención.

Se ha observado que el personal responsable del manejo de la herida del área de cirugía menor, no dispone de un protocolo de cuidados, la curación de las heridas lo realizan con una inadecuada técnicas de asepsia; no tienen establecido el tipo de material que se debe utilizar para cada tipo de herida así como también la falta de un registro sobre la evaluación y el tratamiento utilizado. Otras de las cosas que se ha podido percatar es la falta de un plan de alta para los pacientes en donde se indican cuidados generales sobre la heridas y una continua educación al paciente sobre el autocuidado.

Esta investigación pretende valorar la participación de enfermería y los cuidados en el manejo de heridas postquirúrgicas y sobre todo garantizar la calidad de atención que proporciona este personal y por ende el restablecimiento inmediato del paciente, y para su efecto, se debe disponer con un sistema de cuidados en el manejo de las heridas postquirúrgicas en base a un protocolo de enfermería

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Valorar la participación de enfermería y los cuidados en el manejo de heridas postquirúrgicas en pacientes que acuden al servicio de cirugía menor. Hospital General Dr. "Liborio Panchana" 2012-2013

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ✓ Determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de Enfermería y el paciente sobre el cuidado de una herida postquirúrgica.
- ✓ Identificar el proceso de atención que utilizan el personal en el manejo de la herida.
- ✓ Identificar los factores de riesgos y las complicaciones de una herida postquirúrgica.

HIPÓTESIS

El protocolo del manejo de heridas y los cuidados realizados por los pacientes influyen en la disminución de las complicaciones de las heridas postquirúrgicas.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA PIEL

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL

La piel es la cubierta o envoltura exterior del organismo que funciona de manera permanente y que cumple dos importantísimas misiones, la de relacionarnos con el mundo exterior y la de protegernos de las agresiones del propio mundo.

La piel regula la temperatura del cuerpo dilatando los capilares que se encuentran en ella en respuesta al calor, y contrayéndolos en respuesta al frío. Esto regula a su vez la cantidad de sangre que fluye a la superficie de la piel. Sin embargo la piel en sí misma es impermeable y previene la pérdida de fluidos corporales. Además es un órgano importante en producción de vitamina D.

CAPAS DE LA PIEL

Está constituida por tres capas principales:

EPIDERMIS: La epidermis es la capa más externa de la piel, un epitelio escamoso estratificado, compuesto de queratinocitos. Tiene un grosor de entre 0.4

y 1.5 mm y está constituida por cinco capas de células que se renuevan continuamente: capa córnea, capa lúcida, capa granular, capa espinosa, y capa basal.

La epidermis es avascular; es decir, no tiene vasos sanguíneos, y se nutre por difusión desde la dermis, en ella podemos encontrar 4 tipos de células:

- ✓ **Queratinocitos:** Estimula el crecimiento de células epiteliales en la piel y de las que revisten la superficie de la boca, el estómago y los intestinos.
- ✓ **Melanocitos:** Se encarga de reproducir melanina, un pigmento de la piel, ojos y pelo cuya principal función es la de bloquear los rayos ultravioleta solares, evitando que dañen el ADN de las células de estas regiones que están expuestas a la luz.
- ✓ **Células de Langerhans:** Estas células están involucradas en gran cantidad de respuestas inmunes.
- ✓ **Células de Merkel:** Intervienen en la percepción de la sensibilidad táctil.

DERMIS: La dermis es la capa de la piel situada bajo la epidermis, formado por una red de colágeno y fibras elásticas. Desempeña una función protectora, representa la segunda línea de defensa contra los traumatismos (su grosor es entre 20 y 30 veces mayor que el de la epidermis). Está formada por dos capas:

- ✓ **Dermis papilar:** Es la capa más superficial, está constituida por tejido conectivo laxo, ubicada por debajo de la epidermis.
- ✓ **Dermis reticular o corión:** Es la capa más profunda y más gruesa de la dermis, constituida por un tipo de tejido conjuntivo denso.

HIPODERMIS: Constituye el estrato más profundo de la piel. En ella se almacena el tejido adiposo, formado por células llamadas adipocitos, que cumple funciones de aislamiento y de almacén de energía en forma de grasas.

1.1.2. FUNCIONES DE LA PIEL

1.- Función de barrera selectiva, manteniendo el balance de líquidos y electrolitos e impidiendo la penetración de agentes tóxicos, radiaciones ultravioletas y microorganismos potencialmente peligrosos.

2.- Es el principal elemento para la regulación de la temperatura corporal, conservando el calor mediante vasoconstricción y con su propia estructura anatómica aislante, enfría mediante la vasodilatación y evaporación del sudor.

3.- Interviene en la síntesis de la vitamina D3, contenido en los queratinocitos y convertido en colecalciferol por los rayos solares.

4.- Actúa como órgano inmune, en especial en tareas de vigilancia.

5.- Es un órgano de percepción múltiple a través de las informaciones captadas por millares de terminaciones nerviosas distribuidas en su superficie.

6.- Es un órgano de expresión por su capacidad de revelar estados anímicos muy variados: vergüenza (rubor), ira (enrojecimiento), temor (palidez), ansiedad (sudor).

1.1.3. HERIDAS

Concepto.- Herida es una pérdida de continuidad en la piel producida por algún agente físico o químico, como consecuencia de la agresión existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes, pueden ser graves en función de una o varias de estas características: Profundidad, Extensión, Localización, Cuerpos extraños o signos de infección.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS

- ✓ **Heridas abiertas.-** En este tipo de heridas se observa la separación de los tejidos blandos, la herida tiende a infectarse fácilmente.
- ✓ **Heridas cerradas.-** Son aquellas en las que aparentemente no hay lesión, sin embargo, la hemorragia se acumula debajo de la piel, en cavidades o vísceras.
- ✓ **Heridas simples.-** Son heridas que afectan la piel, sin ocasionar daño en órganos importantes como: rasguños, heridas pequeñas, arañazos.
- ✓ **Heridas complicadas.-** Son heridas extensas y profundas con hemorragia abundante; generalmente hay lesiones en músculos, tendones, nervios, vasos sanguíneos, órganos internos y puede o no existir perforación visceral.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS SEGÚN EL ELEMENTO QUE LAS PRODUCE

Heridas cortantes o incisivas: Producidas por objetos afilados (vidrios, cuchillos, latas, etc.). Presenta una herida con bordes limpios y lineales, de hemorragia escasa, moderada o abundante.

Heridas punzantes: Son producidas por objetos puntudos, como clavos, agujas, anzuelos o mordeduras de serpientes, es considerada la más peligrosa porque puede ser profunda y haber perforación de vísceras y provocar hemorragias internas.

Heridas por armas de fuego: Producidas por proyectiles; generalmente el orificio de entrada es pequeño, redondeado limpio y el de salida es de mayor tamaño, la hemorragia depende del vaso sanguíneo lesionado; puede haber fractura o perforación visceral, según la localización de la lesión.

Heridas laceradas: Producidas por objeto de bordes dentados (serruchos o latas). Hay desgarramiento de tejidos y los bordes de las heridas son irregulares.

Raspaduras, excoriaciones o abrasiones: Producida por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras. Hay pérdida de la capa más superficial de la piel (epidermis), dolor, tipo ardor, hemorragia escasa.

Heridas avulsivas: Son aquellas donde se separa y se rasga el tejido, una herida cortante o lacerada puede convertirse en avulsiva.

Heridas contusas.- Son producidas por la resistencia que ejerce el hueso ante un golpe (de puño, piedras, palos, etc.), produciéndose la lesión de los tejidos blandos.

Magulladuras.- Heridas cerradas generadas por golpes. Se divisan como una mancha de color morado.

Aplastamiento.- Pueden generar fracturas, hemorragias externas e internas abundantes, y lesión de órganos.

Amputación.- Pérdida de un fragmento o una extremidad.

1.1.4. HERIDAS QUIRÚRGICAS

Una incisión es un "corte" a través de la piel que se hace durante una cirugía. También se denomina "herida quirúrgica", afectación de tejidos más profundos involucrados en el procedimiento operatorio, y que suelen estar libres de gérmenes en condiciones normales, la incisión se cierra con puntos (suturas), dependiendo del sitio donde se encuentra y la profundidad del corte.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS

Una de las principales causas de infección del sitio quirúrgico es el tipo de cirugía y por tanto, de herida quirúrgica que se va a efectuar en el paciente. Según esto, se distinguen varios tipos de herida:

HERIDAS LIMPIAS: Son heridas no traumáticas, que se realizan en forma electiva, sin entrar en contacto con los tractos digestivo, urinario o respiratorio, como la herniorrafia. La probabilidad de infección es muy baja.

HERIDAS LIMPIAS CONTAMINADAS: Se originan en cirugías electivas, entra al aparato digestivo o urinario, por ejemplo, la gastrectomía. Las probabilidades de infección son mayores y se producen por vía endógena, es decir, por bacterias que están dentro del paciente.

HERIDA INFECTADA: Se trabaja en una situación de infección, con mucho tejido desvitalizado. El riesgo de infección es considerablemente mayor.

HERIDAS CONTAMINADAS: Se producen en cirugías que se efectúan en zonas inflamadas o con derrame de contenido gastrointestinal.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE UNA HERIDA

Zonas vascularizadas: Sin adecuada irrigación sanguínea la cicatrización se retarda o no ocurre completamente. En efecto muchas heridas crónicas son el resultado de una circulación debilitada.

Zonas de articulación: Esto se ve con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad con problemas circulatorios, ya que mientras menos irrigación sanguínea reciba la zona afectada, mayor es el tiempo de recuperación.

Zona de prominencias óseas: Especialmente importantes son: angulación del codo, pronosupinación del antebrazo, posición de la muñeca; posición de flexión, abducción y rotación de cadera.

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DE UNA HERIDA QUIRÚRGICA

FACTORES RELACIONADOS CON EL HUÉSPED:

Severidad de la enfermedad de base: Al igual que con otras infecciones nosocomiales, la gravedad de la enfermedad de base se asocia con el riesgo de infección de herida quirúrgica en la medida que aquella se incrementa.

Presencia de focos infecciosos a distancia: En presencia de un foco infeccioso a distancia, potencialmente bacteriémico, puede favorecer la Colonización hematógena de la herida quirúrgica cuando existe material protésico.

Obesidad: Estas podrían deberse en diferencias en la circulación local de la herida, mayor tiempo quirúrgico, mayores dificultades técnicas o a un aumento del área de exposición de la herida quirúrgica.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

- ✓ Tiempo de internación pre-quirúrgico
- ✓ Rasurado
- ✓ Urgencia del procedimiento.
- ✓ Técnica quirúrgica.
- ✓ Tiempo quirúrgico.
- ✓ Electrobisturí

- ✓ Drenajes quirúrgicos
- ✓ Tipo de curación.

FACTORES RELACIONADOS CON LOS MICROORGANISMOS:

- ✓ **Inóculo:** La cantidad de microorganismos necesarios para producir infección en la herida quirúrgica depende de diferentes factores, entre ellos la presencia de material protésico.
- ✓ **Virulencia:** Los factores de virulencia de los microorganismos incluyen la capacidad de producir enzimas y toxinas que favorecen su penetración permanencia y multiplicación.
- ✓ **Resistencia a los antimicrobianos:** La colonización del paciente con microorganismos resistentes a los esquemas antimicrobianos utilizados, aumenta el riesgo de infección de herida quirúrgica.

1.1.5. CICATRIZACIÓN

La cicatrización es un proceso natural del cuerpo para regenerar los tejidos de la dermis y epidermis que tienen una herida. Cuando un individuo presenta una herida (ruptura de un tejido intencional o accidental), una serie de eventos bioquímicos complejos se presenta para reparar el tejido dañado. Estos fenómenos ocurren con cierto solapamiento temporal y pueden ser divididos para su estudio en las siguientes fases: inflamatoria, proliferativa, y de remodelación.

TIPOS DE CICATRIZACIÓN

Cicatrización de primera intención (unión primaria): Ocurre de manera directa por epitelización y reparación del tejido en heridas, o bien, la que se realiza en forma aséptica con la unión de los bordes de la herida con puntos de sutura y el tejido de granulación no es visible y la cicatriz mínima.

Cicatrización de segunda intención (granulación): Las heridas se dejan abiertas para que cicatricen solas o sean cerradas posteriormente, por ejemplo; Quemaduras, lesiones traumáticas, úlceras y heridas infectadas supurativas, en las que se observa tejido de granulación, durante la asepsia de la herida suele sangrar con facilidad y se suturan posteriormente dejando una cicatriz profunda y extensa.

Cicatrización de tercera intención: Se realiza cuando existe una herida demasiado contaminada en la cual se dejan drenes para facilitar la cicatrización en la que se debe extraer el tejido muerto, coágulos y detritus al realizar la curación de la herida para prevenir la proliferación bacteriana, con la debridación e irrigación de la herida, en este caso se debe prevenir y controlar la infección de la herida.

FASES DE LA CICATRIZACIÓN

1. Fase inflamatoria: Entre el primer y segundo día. Se caracteriza por una respuesta vascular y otra celular, manifestadas por vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y aparición de leucocitos, formándose una costra que sella la herida. En este período, el tejido no recupera una fuerza de tensión apreciable y depende únicamente del material de sutura para mantener su aposición.

2. Fase de fibroplasia (o de migración/ proliferación): Entre el tercer y décimo cuarto día. En este período aparecen los fibroblastos (células germinales del tejido fibroso) que van a formar el tejido de granulación, compuesto por sustancia fundamental y colágeno.

3. Fase de maduración: Se extiende entre el 15° día hasta que se logra la cicatrización completa. El principal evento fisiológico es la epitelización y el aumento progresivo de la fuerza tensil de la piel, posteriormente ocurre la remodelación del colágeno y la regresión endotelial.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CICATRIZACIÓN

- ✓ **Técnica de sutura:** Estas técnicas hacen que las heridas se cierren más fácilmente (puntos).
- ✓ **Edad:** Se han observado diferencias en la formación de matriz celular, de forma que en sujetos jóvenes la tasa de cicatrización es más rápida.
- ✓ **Malnutrición:** La malnutrición severa produce inmunosupresión que conlleva un riesgo aumentado de infecciones y también altera la cicatrización.
- ✓ **Fármacos:** El uso de fármacos atrasan alguna de las fases de la cicatrización, por esto mismo se deben tomar los fármacos según prescripción médica.
- ✓ **Radioterapia:** La radioterapia tiene efectos agudos y crónicos sobre los tejidos que perjudican la cicatrización o incluso provocan dehiscencia de tejidos ya cicatrizados
- ✓ **Temperatura local:** Un ligero aumento de la temperatura local (30 grados C) favorece la cicatrización ya que aumenta la irrigación sanguínea.

COMPLICACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS

- ✓ **Hemorragia:** Puede presentarse por deslizamiento de una sutura, ligadura de vasos suelta o erosión de un vaso sanguíneo, o ser causada por la presencia de infección.
- ✓ **Infección:** La infección quirúrgica incisional es la que se presenta en el sitio quirúrgico dentro los primeros 30 días del postoperatorio; involucra la piel, tejido subcutáneo y músculos.
- ✓ **Eventración:** Es la salida del contenido abdominal a través de una falla de la pared abdominal; esto sucede en el transcurso del tiempo, por evisceración del contenido, dehiscencia de la herida operatoria o por una eventración por falla de la cicatrización.

1.1.6. VALORACIÓN DE LA HERIDA

En el manejo de la herida es fundamental realizar, previo a la curación una valoración, que permitirá planificar los cuidados de acuerdo a las características y optimizar su adecuada evolución.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Hipertensión arterial.- En estos casos el proceso de reparación cutánea se ve afectado porque no hay suficiente oxigenación ni aporte de nutrientes para la piel.

Diabetes.- En la diabetes mellitus no controlada puede considerarse una complicación de la cicatrización de la herida, en este caso hay una adecuada eliminación de los metabolitos tóxicos.

Tabaquismo. - Retarda los procesos para la cicatrización, ya que la calidad de la piel es un reflejo del buen o mal estado del organismo.

Alcohol.- Dificulta la reparación de la piel, hacen este proceso más lento.

ALTERACIONES NUTRICIONALES

Obesidad: Debido a que el tejido adiposo posee poca irrigación sanguínea la habilidad del paciente para combatir la infección bacteriana es baja, además aumenta el riesgo de dehiscencia de la herida.

Desnutrición: Un estado de desnutrición grave y, dentro de este déficit energético global una hipoproteïnemia, retrasa el proceso reparativo, con débil resistencia a la separación de los bordes de la herida, que dura más de lo normal.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DE UNA HERIDA

- ✓ **Calor:** Se debe al incremento del flujo sanguíneo.
- ✓ **Edema:** Se produce por la extravasación de líquido del espacio intracelular al extracelular producida.
- ✓ **Dolor:** Se produce durante la inflamación.
- ✓ **Rubor:** Incremento del flujo sanguíneo, de la presión sanguínea en la zona.

ASPECTO DE LA HERIDA

Tejido Eritematoso o epitelial: Aspecto rosado, brillante, frágil en sus inicios, indica que se encuentra en la fase de remodelación.

Tejido pálido: Presencia de fibrina, proteína insoluble que deriva de fibrinógeno por la acción de la trombina y es de color amarillo pálido. La palidez del tejido puede ser también por hipoxia o por isquemia.

Tejido enrojecido: Presencia de tejido de granulación vascularizadas y frágil que indica que se encuentra en la fase proliferativa.

Tejido necrótico: Presencia de tejido seco, duro y de color negro, aunque el tejido conectivo muerto puede tener color gris y ser blando

EXUDADO

- ✓ **Seroso:** Material seroso surge de las proteínas y del líquido del tejido.
- ✓ **Serosanguinolento:** Consistencia fina y acuosa de color rosa debido a que un pequeño número de células de la sangre se mezclan con el drenaje seroso.

DIAGRAMA DE VALORACIÓN DE HERIDAS

PUNTAJE	1	2	3	4
Aspecto	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico
Mayor extensión	0-1cm	>1-3cm	>3-6cm	>6cm
Profundidad	0	<1cm	1-3cm	>3cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	<25%	25-50%	>50%
Tejido de granulación	100 – 75%	<75-50%	<50-25%	<25%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0-1	2-3	4-6	7-10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada

1.1.7. TÉCNICAS DE CURACIÓN

Definición: Es la técnica que favorece la formación de tejido de cicatrización en cualquier tipo de heridas hasta conseguir su remisión.

CURACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN

Se desarrolla bajo las siguientes condiciones:

- ✓ Bordes de la herida lisos, estrechamente alineados.
- ✓ Herida limpia sin cuerpos extraños, tejido esfacelado o necrótico ni signos de infección.

- ✓ El tejido de granulación crece rápidamente
- ✓ La cicatriz formada es estética, delgada y difícilmente visible.

CURACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN

Los grandes defectos en el tejido no pueden curarse por primera intención, cerrándose espontáneamente sin un cierre mecánico. Este tipo de curación deja una extensa cicatriz estéticamente insatisfactoria, con frecuencia causa un deterioro de la función de las articulaciones. En estas heridas no se hace intento de lograr curación por primera intención por medio del cierre de la herida. Siempre se dejan abiertas, especialmente porque presentan un alto grado de contaminación.

- ✓ Herida abierta con bordes lacerados.
- ✓ Heridas con grandes defectos que no pueden cubrirse con injertos de piel.
- ✓ Perturbaciones tróficas extremas.
- ✓ Heridas muy exudativas.
- ✓ Cuerpos extraños difíciles de remover de la herida.
- ✓ Heridas infectadas que se han sometido a un cierre por primera intención.
- ✓ Mejor resultado funcional estético.

ARRASTRE MECÁNICO

Definición: Es el lavado o irrigación de la herida o úlcera para eliminar los agentes contaminados que pueden actuar como fuente de infección. Este procedimiento es ideal para heridas infectadas o zonas de difícil acceso.

TÉCNICAS DE ARRASTRE MECÁNICO

Soluciones utilizadas para aseo de heridas son: Suero Fisiológico, Ringer lactato, Agua destilada.

- ✓ **LAVADO CON JERINGA:** Se utiliza en heridas tipo 2 y 3 y en cavidades profundas que necesitan ser lavadas a través de drenajes.
- ✓ **LAVADO CON JERINGA Y AGUJA:** Se utiliza en heridas tipo 2 y quemaduras superficiales de pequeña extensión. Este nivel de presión permite realizar una buena limpieza protegiendo el tejido granulatorio (idealmente lavar con jeringa de 20 - 35 cc y aguja N° 19).
- ✓ **LAVADO CON MATRAZ:** Se utiliza en heridas tipo 3-4, quemaduras de mediana extensión heridas traumáticas. Permite un lavado de la herida a mayor presión.
- ✓ **DUCHOTERAPIA:** Se utiliza en heridas tipo 4, quemaduras extensas y heridas traumáticas. Permite lavar la herida a una presión adecuada para no destruir las células en reproducción.
- ✓ **HIDROTERAPIA:** Se utiliza en heridas tipo 4 de gran extensión, en grandes quemados y politraumatizado. Su uso no está suficientemente extendido por su alto costo y la necesidad de infraestructura adecuada.

DEBRIDAMIENTO Y MANEJO DE LAS HERIDAS INFECTADAS

Definición: Se define como la eliminación del tejido muerto o lesionado de una herida. La presencia de este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. Por tanto, el debridamiento es esencial para facilitar la curación. Puede ser quirúrgico o debido a la acción de apósitos. La necesidad de debridamiento viene inducida por la historia de la lesión o el aspecto clínico de la herida.

TIPOS DE DEBRIDAMIENTO

Desbridamiento Mecánico: Implica el uso de apósitos húmedos - secos, como la gasa impregnada en solución salina, los cuales se aplican directamente sobre las heridas y se dejan secar, para retirarlos posteriormente. Es un procedimiento

traumático en el cual se elimina tejido viable y no viable, afectando el tejido epitelial y de granulación.

Desbridamiento Quirúrgico: Implica el uso de instrumental estéril como bisturí, pinzas, tijeras y demás elementos que permiten quitar el tejido desvitalizado. Indicado para desbridar celulitis progresiva o sepsis.

Desbridamiento Autolítico: Implica el uso de apósitos sintéticos para cubrir las heridas y permitir la autodigestión del tejido que se encuentra desvitalizado por las enzimas normalmente presentes en los fluidos de la herida. Para favorecer la cicatrización húmeda de las heridas se utiliza varios tipos de apósitos: Apósitos de gasa húmeda con S.S al 0.9%.

Desbridamiento Enzimático: Consiste en la utilización de enzimas las cuales inician un proceso de limpieza de las heridas. Las enzimas como la colagenasa aplicadas sobre los tejidos desvitalizados de la superficie de la herida favorecen la limpieza de la misma y crecimiento del tejido de granulación, acelerando el proceso de cicatrización.

1.1.8. MATERIALES PARA TRATAMIENTO DE HERIDAS

✓ APÓSITOS

GASAS: La gasa de algodón ha sido tradicionalmente usada en compresas y vendas para cubrir y proteger heridas sin impedir el contacto con el aire, se ha desarrollado diferentes tipos que pueden ser tejidas o no tejidas, impregnadas o no adherentes.. Cierta tipo de gasas facilitan el desbridamiento mecánico cuando se aplican como apósitos "mojado-seco" y se comportan como apósitos retenedores de humedad cuando de aplican como apósitos "mojado-húmedo"

HIDROCOLOIDES: Los hidrocoloides proveen un ambiente de cicatrización en medio húmedo que facilita que las heridas limpias desarrollen tejido de granulación y que las heridas necróticas desbriden autolíticamente. Facilitan el desbridamiento autolítico, son autoadherentes, minimizan el trauma mecánico sobre la piel y el proceso de reparación puesto que pueden permanecer hasta por 3-5 días sobre la herida. También pueden ser usados bajo terapia de compresión.

HIDROGELES: Debido a su alto contenido de agua, no pueden absorber grandes cantidades exudación, mantienen un ambiente de cicatrización en medio húmedo, promueven la formación de tejido de granulación y epitelización, y facilitan el desbridamiento autolítico, rellenan espacios muertos (gel amorfo, gasa impregnada), absorben exudado en el rango de mínimo a moderado.

ALGINATOS: Estos apósitos son ideales para el manejo de las heridas o úlceras con moderado a abundante exudado por su gran capacidad de absorción. Se utilizan en heridas con alto grado de Sepsis, heridas que exudan en niveles medios o altos, hemorrágicas, úlcera venosa, heridas post-operatorias.

✓ ANTISÉPTICOS

Definición: Son compuestos químicos con efecto antimicrobiano que se pueden aplicar en tejido vivo, localmente, de forma tópica en piel sana.

ALCOHOLES: son sustancias antimicrobianas que se aplican a un tejido vivo o sobre la piel para reducir la posibilidad de infección, sepsis o putrefacción. Existen tres tipos de alcoholes útiles como antiséptico:

- ✓ etílico
- ✓ propílico
- ✓ isopropílico

POVIDONA YODADA: Muy útil en tratamientos de infecciones y para desinfectar heridas, su acción antiséptica son letales en minutos para las bacterias, hongos, virus, protozoos, quistes amebas y esporas.

CLORHEXIDINA: Es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida, ayuda a limpiar heridas o quemaduras. Además la clorhexidina se utiliza como antiséptico de preferencia en cirugías

AGUA OXIGENADA: Es un antiséptico de amplio espectro germicida, se utiliza en heridas profundas.

1.1.9. PROCEDIMIENTOS: CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

Concepto: Es la reducción de bacterias a través de un proceso de desinfección de una herida quirúrgica y no quirúrgica.

MATERIAL Y EQUIPO:

- ✓ Un equipo de curación
- ✓ Riñón estéril, pinza (para colocar el antiséptico y solución para irrigación).
- ✓ Guantes desechables y estériles.
- ✓ Apósitos de gasa.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Solución estéril para irrigación.
- ✓ Cubrebocas, pinza Forester.
- ✓ Bolsa para residuos biológicos.
- ✓ Apósitos de gasa impregnada de hidrogel a base de Aloe Vera.
- ✓ Cinta adhesiva de medida adecuada (esparadrapo antialérgico).

PROCEDIMIENTO:

- A. Verificar la orden escrita en el expediente e identificar al paciente.
- B. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a practicar.
- C. Colocar al paciente en la posición cómoda, en la cual quede expuesta la herida.
- D. Proteger la ropa de cama, colocar un plástico y toalla limpios sobre la superficie de la cama a nivel donde se va a efectuar la curación.
- E. Colocar la bolsa para desechos en forma accesible (a cierta distancia del campo estéril, de manera que no dificulte el desarrollo de la técnica).
- F. Realizar el lavado de manos, emplear un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, con acción rápida y prolongada.
- G. Colocarse el cubrebocas.
- H. Calcular el material y seleccionarlo.
- I. Colocar un campo estéril, disponer del equipo y material estéril que se va a utilizar en la curación de la herida.
- J. Colocarse los guantes desechables (no estériles).
- K. Despegar el apósito con una gasa humedecida con antiséptico o solución para irrigación, para facilitar su desprendimiento.
- L. Retirar él o los apósitos de la herida con cuidado de no desconectar el drenaje, y depositarlos en la bolsa para desecho.
- M. Examinar la herida: Color, consistencia, presencia de secreciones y características de las mismas, cantidad, olor, etc.
- N. Quitarse los guantes y desecharlos.

Utilizar la técnica estéril

- 1.- Colocarse los guantes estériles (con la técnica aséptica) para tomar la muestra para cultivo.

- ✓ Obtener la muestra para cultivo de la secreción de la herida (si existe sospecha de infección).
- ✓ Tomarla con un hisopo estéril o por la aspiración de una jeringa estéril y colocarla en el tubo que contiene el medio de cultivo.

2.- Si no es necesario tomar cultivo de la secreción omitir.

3.- Colocarse los guantes estériles (con la técnica aséptica), para efectuar la curación de la herida. Iniciar la asepsia empleando la pinza Forester estéril (recordar que la punta de la pinza debe mantener hacia abajo). Tomar una gasa estéril de 7.5 x 5, doblarla por la mitad o en cuatro partes y montarla en la pinza e impregnarla de solución antiséptica.

a) En la herida quirúrgica se limpia a lo largo (de lo distal a lo proximal, de un extremo a otro) y de un lado y otro (tomando como referencia la herida, centro a la periferia) de la incisión o bordes de la herida. Cuando el contorno de la herida es circular realizar la limpieza del centro a la periferia con movimientos circulares, utilizando gasa humedecida con solución antiséptica.

b) Repetir esta misma operación empleando otra gasa nueva humedecida con solución antiséptica (si la herida aún muestra datos de no estar totalmente limpia, repetir la operación). No frotar hacia atrás y hacia adelante o de manera transversal.

c) Enjuagar la herida con solución estéril para irrigación utilizando el mismo método para limpieza de la herida. Cuando la herida es profunda se utiliza una jeringa para irrigar la solución antiséptica y la de irrigación.

- ✓ Con la jeringa de 3 mL, toma 1 mL de solución de irrigación, punciona en el sitio donde se encuentra el absceso e infiltra la solución de irrigación; aspira para recuperar la solución y extraer el posible material purulento.

d) Secar la herida empleando gasas quirúrgicas.

e) Aplicar hidrogel a base de Aloe Vera para promover la cicatrización de la herida, las características del hidrogel, favorecen la humedad adecuada en la herida, evitando la maceración de los bordes.

f) Realizar el mismo proceso en el sitio de drenaje (si lo tiene colocado) por separado del sitio de la incisión.

g) Colocar el apósito estéril adecuado.

h) En caso de colocarla sobre el tubo de drenaje, se hace un corte (utilizando tijeras estériles) en uno de los extremos de la gasa, hasta la parte media, para poder deslizar la gasa y colocar la abertura a nivel del tubo de drenaje.

Cubrir la herida o bien colocar apósito transparente.

Quitarse los guantes y desecharlos.

Colocar la cinta adhesiva para asegurar la fijación del apósito.

Colocar vendaje si el paciente lo tiene indicado.

- ✓ Valorar la respuesta del paciente al procedimiento realizado, dejarlo en una situación de comodidad y confort.
- ✓ Disponer los residuos (envolturas desechables, gasas, etc.).
- ✓ Lavar el equipo y enviarlo a la C.E.Y.E. para su desinfección y esterilización.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Registrar en el expediente clínico la realización del procedimiento y las observaciones relevantes.

1.1.10. CUIDADOS DE HERIDAS POST-OPERATORIOS

- ✓ Al término de la cirugía se deben adoptar ciertas medidas para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico. Entre las recomendaciones generales, una vez que termina la cirugía se debe utilizar

solución salina estéril para retirar los excedentes de antisépticos y restos de sangre. Las heridas cerradas se deben cubrir con un apósito seco estéril, con el objetivo de absorber los fluidos, y evitar la contaminación.

- ✓ En cuanto a si se debe o no cubrir la herida, esta se debe mantener cubierta durante las primeras 24 a 48 horas, porque en ese lapso se lleva a cabo la formación de coágulos y la neoangiogénesis propia del proceso de cicatrización; por lo tanto, se justifica mantener la herida cubierta a menos que los apósitos estén mojados con exudado y haya que cambiarlos.
- ✓ En caso de heridas abiertas, se debe mantener la humedad con vendaje húmedo; si existe un drenaje, se debe colocar un apósito para cubrir el sitio de inserción.
- ✓ No se debe utilizar antisépticos para limpiar o cubrir heridas abiertas, porque estos agentes destruyen los glóbulos blancos de la sangre; se debe mantener cierto grado de humedad mediante solución salina fisiológica, agua destilada o Ringer.
- ✓ Se recomienda proteger la incisión que se ha cerrado primariamente, durante las primeras 24 a 48 horas; para cubrirla, es indispensable el lavado de manos con técnica de asepsia y utilizar una técnica estéril.

1.1.11. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

El presente trabajo de investigación en cuanto a los cuidados de enfermería en heridas postquirúrgica están basados en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson y el Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem aplicados al Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

MODELO DE AUTOCUIDADO DOROTHEA OREM

Una de las grandes teóricas de la ciencia, la enfermera Dorothea Elizabeth Orem en 1958, ha descrito la Teoría General del Autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas:

- ✓ La teoría de autocuidado
- ✓ La teoría del déficit del autocuidado
- ✓ La teoría de los sistemas de enfermería

Para este trabajo de investigación se tomó como base al modelo de autocuidado de Dorothea Orem dirigido al individuo para satisfacer sus necesidades de autocuidado, porque no puede continuar practicando algunas actividades que cotidianamente realizaba, es entonces donde deben desarrollarse estrategias para evitar, reducir al mínimo las necesidades de autocuidado que el paciente tiene insatisfechas.

El modelo de autocuidado de Dorothea Orem es aplicable como sistema de apoyo y educativo al paciente que es capaz de desempeñar las actividades de autocuidado por sí solo pero que necesita aprender a ejecutar acciones necesarias para mantener su salud y bienestar. Es decir, el enfermero actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, que no podrían realizar sin esta ayuda.

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para

conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

En este trabajo de investigación se ha tomado como ejemplo el modelo de Virginia Henderson en base a la valoración del paciente tomando como referencia las 14

necesidades básicas del individuo, y demostrar que la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

Esta valoración constituye entonces la base para la identificación de diagnósticos enfermeros, el desarrollo de resultados, la ejecución de actuaciones de enfermería y la evaluación de las mismas.

1.1.12. LENGUAJE DE ENFERMERÍA DE LA CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO CLÍNICO (NANDA, NIC, NOC)

El lenguaje estandarizado de la enfermería es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados.

NANDA (La North American Nursing Diagnosis Association): Es un juicio clínico acerca de la respuesta del individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o de riesgo. Sus componentes de un diagnóstico son: Etiqueta (codificado), Definición, Características definatorias, Factores de riesgo, Factores relacionados.

NOC (Clasificación de Resultados): Es una agrupación estandarizada de resultados en pacientes, desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería. La taxonomía NOC tiene 5 niveles; Dominio, Clase, Resultado, Indicadores, Medidas.

NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería): La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan, una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico.

Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ATENCIÓN CLÍNICA (CCC)

Los diagnósticos de enfermería que se ha empleado es El Sistema de Clasificación de Atención Clínica (CCC) es una terminología estandarizada de enfermería, desarrollada por la Dra. Virginia K. Saba.

La Clasificación CCC se describe a continuación en ocho cuadros que comprenden todos sus elementos y un estudio de caso como ejemplo de posibles aplicaciones:

- 1) 21 Componentes del cuidado: codificados según clases, con sus definiciones.
- 2) 21 Componentes del cuidado: codificados según Patrones de salud
- 3) 182 Diagnósticos de enfermería (59 mayores y 123 subcategorías): codificados y clasificados según Componentes del cuidado, con sus definiciones
- 4) 182 Diagnósticos de enfermería (59 mayores y 123 subcategorías): codificados y clasificados en orden alfabético.
- 5) 546 Resultados de enfermería (3 resultados esperados/actuales): codificados y clasificados según Diagnósticos de enfermería y Componentes del cuidado.
- 6) 198 Intervenciones de enfermería (72 mayores y 128 subcategorías): codificadas y clasificadas según Componentes del cuidado, con sus definiciones.

- 7) 198 Intervenciones de enfermería (72 mayores y 128 subcategorías): codificadas y clasificadas en orden alfabético.
- 8) 792 Acciones de enfermería (4 tipos): codificadas y clasificadas según Componentes del cuidado e Intervenciones de enfermería.
- 9) Caso de Estudio.

1.1.13. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- 1) **Valoración:** Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- 2) **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3) **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- 4) **Ejecución del cuidado:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- 5) **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

1.1.14. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS.

EL Sistema de la CCC provee un marco de referencia único, una estructura de codificación y conceptos que identifican la esencia del cuidado de enfermería en las seis etapas del proceso enfermero. Desde la identificación del diagnóstico de enfermería basada en la valoración de signos y síntomas, seguido de la selección de intervenciones de enfermería y las acciones necesarias para la obtención de resultados, que se evidencian en el proceso terapéutico.

VALORACIÓN

En la valoración orienta sobre signos y síntomas que el paciente presenta determinando cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por el profesional.

Se empleado el modelo de Virginia Henderson en la valoración de la herida relacionándolo a sus necesidades humanas básicas:

- ✓ **Necesidad de beber y comer:** Se valora los tipos de alimentos que debe consumir para favorecer a la cicatrización de la herida, como el pollo, carne de res, legumbres, ingesta de líquidos, dieta rica en fibra y cítricos. De igual forma se valora los antecedentes nutricionales como la diabetes y desnutrición.

- ✓ **Mantener la temperatura corporal:** Se debe valorar la temperatura de la piel y calor, rubor de la herida.

- ✓ **Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada:** Según la localización anatómica de la herida se valora la amplitud de los movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, mecánica corporal.
- ✓ **Mantener la higiene corporal:** Se valora las condiciones higiénicas de la piel, baño, las curaciones de la herida.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Utilizando en Sistema CCC. En pacientes con Heridas Postquirúrgicas. Los más frecuentes tenemos:

- ✓ **Alteración de la Integridad de la Piel:** Cambios o modificación en las condiciones de la piel.
- ✓ **Deterioro de la integridad de la piel:** Disminución del mantenimiento de los tegumentos.
- ✓ **Riesgo de deterioro de la integridad de la piel:** Aumento de la posibilidad de ruptura de la continuidad de la piel.
- ✓ **Incisión de la piel:** Corte en la piel/tegumentos.

BASADO EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACIÓN:

Signos y síntomas que pueden darse por una alteración en el proceso de cicatrización de la herida.

Edema, rubor, dehiscencia, secreción purulenta, exudado de la herida, calor

RESULTADOS DE ENFERMERÍA (3 resultados Esperados/Actuales):

Codificados y clasificados según diagnósticos de enfermería y componentes de cuidado.

Los resultados esperados representan el objetivo de la atención al paciente en tiempo futuro o en tiempo pasado:

PARAMETROS A MEDIR

Resultados esperados

Mejorar
Estabilizar
Evitar deterioro

Resultados actuales

Mejorado
Estabilizado
Deteriorado

PLANIFICACIÓN

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos. Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera.

ACCIONES DE ENFERMERÍA (4 Tipos): Codificadas y clasificadas según componentes del cuidado e intervenciones de enfermería.

Las acciones de enfermería se miden mediante los parámetros:

ACCIONES

Valorar/Monitorizar

Enseñar/Instruir

Manejar/Realizar

Coordinar/Referir

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

- ✓ **Valorar** el lecho de la herida.
- ✓ **Monitorear** el sitio de incisión.
- ✓ **Realizar** un vendaje apropiado al tipo de herida

- ✓ **Monitorear** las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- ✓ **Realizar** una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- ✓ **Realizar** el cambio de apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- ✓ **Valorar** y registrar cualquier cambio producido por la herida.
- ✓ **Enseñar** al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

- ✓ **Monitorear** el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- ✓ **Realizar** la limpieza de la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- ✓ **Monitorear** si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- ✓ **Realizar** la limpieza la herida de la zona mas limpia hacia la zona menos limpia.
- ✓ **Instruir** al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño.

VIGILANCIA DE LA PIEL

- ✓ **Valorar** la herida si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.
- ✓ **Valorar** el estado de la zona de incisión.
- ✓ **Realizar** una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de la perdida de la integridad cutánea.
- ✓ **Monitorear** el color y la temperatura de la piel.
- ✓ **Monitorear** si hay erupciones y abrasiones en la piel.

CONTROL DE INFECCIÓN

- ✓ **Instruir** al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- ✓ **Realizar** el lavado de las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.
- ✓ **Manejar** guantes estériles
- ✓ **Realizar** una técnica de cuidados de heridas.
- ✓ **Valorar** si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.

EJECUCIÓN

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados.

EVALUACIÓN

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Se evalúa mediante los resultados actuales estabilizado, mejorado.

1.2. MARCO LEGAL

CAPÍTULO I

1.2.1 DEL DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCIÓN

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO II

1.2.2. DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL, SUS COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios destinados a salud provenientes del sector público, cuyo beneficiario

sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

CAPÍTULO III

1.2.3. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS Y DEL ESTADO EN RELACIÓN CON LA SALUD

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información;

g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.

CAPÍTULO I

1.2.4. DE LA BIOSEGURIDAD

Art. 44.- Es obligatorio que todo el personal que manipula los desechos infecciosos, cortopunzantes, especiales y comunes utilicen las medidas de protección de acuerdo a las normas nacionales e internacionales.

Art. 45.- Es responsabilidad de las instituciones de salud, realizar un chequeo médico anual a todos los trabajadores, profesionales y funcionarios que laboren en ellas para prevenir patologías asociadas al manejo de los desechos infecciosos.

CAPÍTULO I

1.2.5. DE LAS PROHIBICIONES

Art. 47.- Con la finalidad del realizar un adecuado manejo de los desechos infecciosos se prohíbe:

- ✓ La utilización de incineración como método de tratamiento de los desechos infecciosos, considerando su potencial peligro al ambiente y a la salud de la comunidad;
- ✓ El reciclaje de desechos biopeligrosos de los establecimientos de salud;
- ✓ La utilización de ductos internos para la evacuación de desechos, en caso de existir, deben clausurarse, ya que diseminan gérmenes patógenos o sustancias tóxicas;
- ✓ Quemar cualquier tipo de desechos a cielo abierto dentro o fuera de las instalaciones del establecimiento de salud;
- ✓ Mezclar los desechos comunes con los desechos infecciosos y peligrosos;
- ✓ La re-utilización de fundas que contengan desechos comunes, infecciosos y especiales, debiendo desecharse conjuntamente con los residuos que contengan (diariamente).

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. TÉCNICA DE LIMPIEZA DE HERIDA: Es el acto de remover suciedad. Luego, limpieza de las heridas, es la remoción del tejido necrótico, de la materia exógena, del exceso de secreción, de los residuos de agentes tópicos y de los microorganismos existentes en las lesiones promoviendo y preservando el tejido de granulación.

1.3.2. CICATRIZACIÓN DE HERIDAS: La cicatrización es un conjunto de procesos biológicos fisicoquímicos y celulares que se producen como respuesta de los tejidos a una lesión con el fin de lograr su recuperación, con restitución de la continuidad de los tejidos lesionados mediante el remplazo de tejido muerto por tejido viable.

1.3.3. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: El diagnóstico enfermero o diagnóstico de enfermería, en el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida.

1.3.4. CURACIÓN DE HERIDA: Procedimiento mecánico encaminado a la remoción de partículas y secreciones que contengan las heridas. Es el proceso a través del cual se proporciona un cuidado adecuado y oportuno al o la paciente que presenta una herida, para facilitar el desarrollo de la cicatrización con el mínimo de riesgo de infección.

1.3.5. TEJIDO NECRÓTICO: La necrosis se define como tejido muerto desvitalizado, dentro de las características del tejido necrótico encontramos cantidad presente, color, consistencia y adherencia al lecho de la herida.

1.3.6. DEHISCENCIA: Separación total o parcial de las capas de la pared sobre la cual se localiza la herida.

1.3.7. LAS HERIDAS: Es toda pérdida de continuidad de la piel o de las mucosas que atraviesa o rompe la piel y que algunas necesitan puntos para cerrarlas.

1.3.8. INFECCIÓN: Invasión bacteriana de tejido sano, que ocasiona una reacción del huésped y siempre se diagnostica con los signos de infección.

1.3.9. EPITELIZACIÓN DE LA HERIDA: Proceso biológico donde la capa más externa de la piel (el epitelio), cubre zonas donde la solución de continuidad hace que quede expuesta la dermis.

1.3.10. TEJIDO DE GRANULACIÓN: Un tejido frágil de color rosa o rojo, que rellena el lecho ulceral durante la fase proliferativa del proceso de cicatrización.

1.3.11. PROTOCOLO: Uno o un conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento humano u sistémico artificial frente a una situación específica.

1.3.12. CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO CLÍNICO: Es una terminología estandarizada de enfermería, codificada que identifica los elementos discretos de enfermería práctica. El CCC proporciona un marco único y estructura de codificación para documentar el plan de cuidado después del proceso de enfermería en todos los entornos de atención de salud.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se desarrolló considerando la investigación cuali - cuantitativa, porque requiere de métodos estadísticos para el análisis de la información.

2.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad que se aplicó para llevar a cabo el presente proyecto investigativo sobre los cuidados de enfermería en pacientes ambulatorios con heridas Postquirúrgicas, es de carácter descriptivo- analítico, de campo y transversal, ya que la realidad del estudio son el personal de enfermería que labora en el Hospital Liborio Panchana en el Servicio de Cirugía menor 2012-2013.

2.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

2.3.1. CAMPO: El estudio investigativo se llevó a cabo en el servicio de cirugía menor del Hospital Liborio Panchana, donde se brindan los cuidados de enfermería en pacientes con heridas postquirúrgicos.

2.3.2. DESCRIPTIVO: Porque se describe una realidad, un hecho, fenómeno o grupo de sujetos, con el fin de establecer si la existencia de un protocolo del

manejo de heridas y los cuidados realizados por los pacientes influyen en la disminución de las complicaciones de las heridas postquirúrgicas.

2.3.3. TRASVERSAL: Porque la recolección de la información se realizó en un lapso corto de tiempo para responder al problema de investigación. Además según la naturaleza de los datos es cuanti - cualitativa, utilizando como instrumento encuestas, las cuales permitió analizar los resultados y obtener estadísticas sobre cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes ambulatorios con heridas postquirúrgica en el Servicio de cirugía menor del Hospital Liborio Panchana.

2.3.4. BIBLIOGRÁFICA: Porque también se basa en datos obtenidos de fuentes bibliográficas necesarias para la comprensión del problema sujeto a investigación.

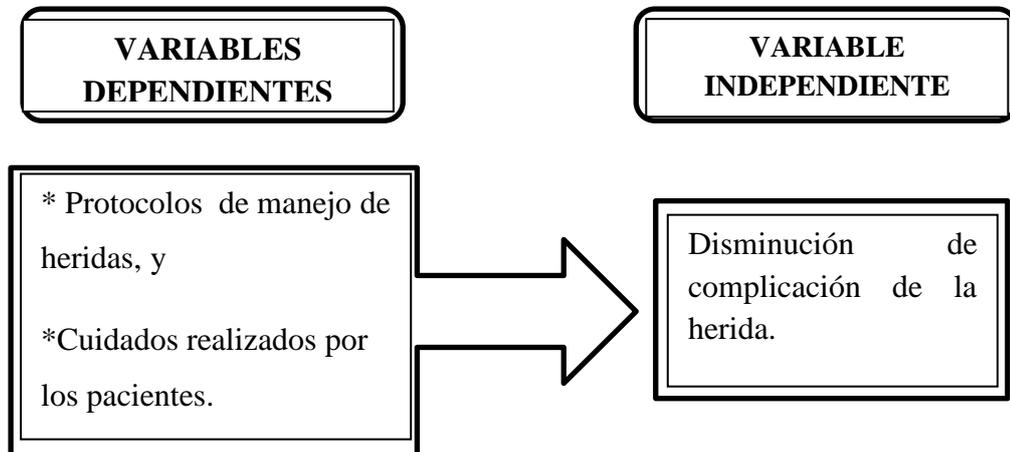
2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de esta investigación se llevó a cabo en El Hospital Liborio Panchana en el servicio de cirugía menor. El universo de estudio se encuentra estructurado por:

- ✓ Personal de Enfermería: 8 Licenciados y 16 auxiliares.
- ✓ Pacientes con heridas postquirúrgicas: 40 pacientes.

Por ser una población reducida, no se obtuvo ninguna muestra, por lo que la investigación se realizó al 100%. Se trabajó con toda la población por ser un número reducido.

2.5. MATRIZ DE LAS VARIABLES



2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

PROTOCOLO DE MANEJO DE HERIDAS: Son acciones o actuaciones que se debe hacer y saber en determinada situación del manejo de una herida quirúrgica para la calidad de la asistencia.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
FACTORES DE RIESGO	VALORACIÓN DEL PACIENTE:	Hipertensión Arterial Diabetes Tabaquismo Alcoholismo No conoce Ninguno
	Antecedentes patológicos	Obesidad Desnutrición No conoce Ninguno
	Antecedentes nutricionales	Hipoglucemiantes Corticoides Anticoagulantes No conoce Ninguno
	Uso de medicamentos	

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
FACTORES DE RIESGO	VALORACIÓN DE LA HERIDA: Características	Limpia Contaminada Infectada No conoce Ninguno
	Localización	Zonas vascularizadas Zonas de articulación Zonas de prominencia óseas No conoce Ninguno
	Integridad de la piel	Herida Abierta Herida Cerrada No conoce Ninguno
	Signos y síntomas	Calor Edema Dolor Rubor No conoce Ninguno
TÉCNICAS DE CURACIÓN	Personal que realiza curación	Auxiliar de Enfermería Licenciado/a de Enfermería Estudiantes Médicos
	ESCALA DE VALORACIÓN: Aspecto de la herida	Si No
	Fases de la cicatrización	Si No
	Cantidad de exudado	Si No
	Tipo de exudado	Si No
	Utilizan registros	Si No A veces

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
TÉCNICAS DE CURACIÓN	PROCEDIMIENTOS DE LA CURACIÓN:	
	Lavado de manos	Si No
	Material que se utiliza para el lavado de manos	Agua Agua y jabón Agua y clorhexidina Alcohol gel
	Material que utiliza para secado de manos	Toallas de papel Toallas de tela No se seca las manos
	Cuando realiza la técnica de lavado de manos	Antes y después del procedimiento Antes del procedimiento Después de procedimiento No se lava las manos
	Utiliza Guantes	Si No A veces
	Tipo de guantes	Estériles No estériles No utiliza
	Tipo de solución que se utiliza para limpieza de herida	Suero Fisiológico Sablón Povidyne Lactato de Ringer
	Técnica de asepsia de una herida	De adentro hacia afuera De afuera hacia adentro Es indiferente
	Tipo de debridamiento	Mecánico Quirúrgico Autolítico Enzimático Ninguno
	Material para tratamiento de la herida	Gasa Gasa Parafinada Hidrocoloides Hidrogeles Alginato de calcio Apósitos Otros

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Realiza	Si No A veces No aplica
	Tipo	Reales Potenciales Bienestar No aplica
	Planifica cuidados	Si No A veces
	Evaluación del cuidado	Si No

CUIDADOS DE HERIDAS REALIZADO POR LOS PACIENTES: Son un conjunto de actividades relacionadas con las heridas que proporciona un enfermero/a a un paciente.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
CUIDADOS DE LA PIEL	Vigilancia de la piel	Irritación Grietas Sangrado Separación bordes de la herida Edema
CUIDADOS DE LA HERIDA	Orientación sobre cuidado de la herida	Si No
	Tipo de solución para la cura	Agua Solución Salinas Povidyne Agua y Jabón
	Tiempo en que cura la herida	Una vez al día Dos veces al día Pasando un día Cada semana

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
CUIDADOS DE LA HERIDA	Quando cura la herida	Antes del baño Después de baño Antes de dormir
CUIDADOS GENERALES	Higiene /baño	Todos los días Pasando un día No se baña
	Materiales para Higiene/baño	Jabón Shampoo Detergente Ninguno
	Lavado diario de los pies	Todos los días Pasando un día No se lava
	ALIMENTOS: Recomendados	Legumbres Frutas cítricas Carne de res Pollo Ingesta de líquidos Dieta rica en fibra No conoce
	Prohibidos	Carne de Cerdo Pescado Marisco No conoce
	RÉGIMEN TERAPÉUTICO: Cumple	Si No Se olvida
	Control médico	Si No Se olvida

COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS POST QUIRÚRGICAS: Son los problemas que se presentan corto y largo en el manejo de una herida quirúrgica.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
CORTO PLAZO	Defecto de la cicatrización	Hematoma Seroma No conoce Ninguno
	Mala técnica de cierre	Infección Dehiscencia No conoce Ninguno
LARGO PLAZO	Causas yatrogenia	Eventración No conoce

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.6.1. TÉCNICAS.

La obtención de información de la investigación depende de la calidad de la información que se adquiera, tanto de las fuentes primarias como de las secundarias así como del procesamiento y presentación de la información.

Para la recolección de la información, se ha empleado:

- ✓ **Fuentes primarias:** como la observación, encuesta, lo que nos permitirá obtener los datos necesarios para plasmar la realidad en este estudio, explicando algunas situaciones y características en el servicio de cirugía menor, igualmente enriqueciendo el análisis e interpretación de la información.

- ✓ **Fuentes secundaria:** Registros de Enfermería, fuentes bibliográficas y virtuales, como apoyo referencial de este trabajo investigativo.

2.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- ✓ **Formulario de encuesta:** Se elaboraron dos tipos de encuestas; se aplicó el formulario #1 al personal auxiliar y Licenciado de Enfermería del área de cirugía menor para medir la variable en estudio sobre el nivel el conocimiento que poseen sobre el cuidado de una herida postquirúrgica en base a un protocolo; se aplicó el formulario #2 a los pacientes ambulatorios que acuden al Hospital Liborio Panchana para medir la variable en estudio sobre los cuidados de heridas que realizan los propios pacientes después del alta.
- ✓ **Guía de observación:** Se elaboró la guía de observación para medir la variable en estudio sobre las técnicas de curación dirigido personal profesional y no profesional de enfermería que labora en esta área en cuanto a las actividades que realiza en la técnica de curación de heridas postquirúrgicas.

2.7. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó con la finalidad de asegurar que el Cuestionario y la Guía de observación realizado, cumpla con las expectativas de la investigación en términos de información obtenida, así como identificar y corregir las deficiencias que pudiera provocar un sesgo en la misma.

La prueba piloto se aplicó a 10 colaboradores de Personal de enfermería del área de Cirugía menor del Hospital Liborio Panchana por lo que se pudo comprobar la factibilidad del instrumento.

2.8. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

El procesamiento de datos obtenidos se lo realiza mediante Microsoft Excel. La presentación de los datos de este trabajo se empleó tablas estadísticas, pasteles y porcentajes con los respectivos análisis que faciliten la interpretación de los resultados cuantitativos.

2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Nuestra investigación tiene consideraciones éticas:

- ✓ Consentimiento Informado
- ✓ Oficio nos autoriza realizar la investigación en el Hospital “Liborio Panchana”

2.10. TALENTO HUMANO

AUTORAS:

Egresadas de Enfermería:

- ✓ Marlene Isabel Hernández Guerrero y
- ✓ Tatiana Vanessa Orrala Domínguez

TUTORA:

- ✓ Lcda. Delfina Jimbo Balladares

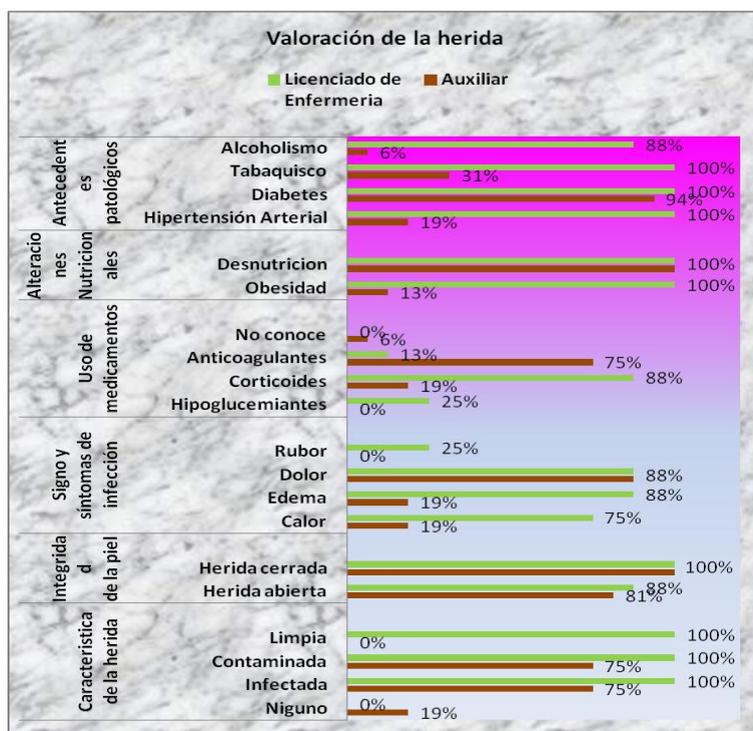
CAPÍTULO III

3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Al concluir la tabulación de datos se procede al análisis e interpretación, de las Encuestas y guía de Observación aplicadas al personal que labora en el área de Cirugía Menor del hospital Liborio Panchana, determinamos lo siguiente:

1.- PROTOCOLO MANEJO DE LA HERIDA

GRÁFICO # 1: VALORACIÓN DE LA HERIDA



El gráfico representa que un promedio de 97% (con un mínimo de 88% y un máximo de 100%) el profesional de enfermería conoce sobre los antecedentes personales que afecta el proceso de cicatrización, mientras que el personal auxiliar lo conocen en un promedio de 37.5%

Fuentes: Encuesta personal auxiliar y profesional de enfermería
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

(con un mínimo de 6 % una máximo de 94%). Las enfermedades sistémicas como hipertensión arterial, diabetes, son enfermedades que demoran todo tipo de cicatrización e influyen que una herida se haga crónica. Los factores sistémicos: como el alcohol tiene efectos antiangiogénicos y predispone a infecciones, retardando la cicatrización; el tabaquismo se asocia a complicaciones como necrosis, epidermólisis, y disminución de fuerza de tensión de las heridas.

El 100% de las enfermeras conocen las alteraciones nutricionales que retrasan el proceso de cicatrización y la auxiliar lo conocen en un promedio de 56.5% (con un mínimo de 13% y un máximo de 100%). La obesidad se asocia con múltiples complicaciones en el proceso de cicatrización, tales como infecciones, dehiscencia de la herida, hematomas, seromas, úlceras venosas y por presión, la desnutrición aumenta el riesgo de infección de herida y cicatrización tardía de herida.

Otro de los resultados obtenido es que un promedio de 42% (con un mínimo de 13% y un máximo de 88%) el profesional de enfermería conoce sobre el uso de estos medicamentos que retrasan el proceso de cicatrización y el personal auxiliar lo conoce en un promedio de 33.33% (con un mínimo de 6% y un máximo de 75%) entre los medicamento que alteran la cicatrización son los hipoglucemiantes, corticoides y anticoagulantes. Las drogas que interfieren con la cicatrización, los más potentes son los agentes inmunodepresores como los corticoides, aumentan el riesgo de infección y retardan el proceso de cicatrización.

En un promedio de 69% el profesional de enfermería conoce los signos y síntomas de infección de una herida mientras que el 42% de las auxiliares de enfermería. En un promedio de 94% de las enfermeras (con un mínimo de 88% y un máximo de 100%) conoce la clasificación de la integridad de la piel, y la auxiliar en un promedio de 90,5%. Entre esta clasificación tenemos las Herida cerradas, son aquellas en las que no se observa la separación de los tejidos, generalmente son producidas por golpes y Heridas abiertas, en este tipo de heridas

se observa la separación de los tejidos blandos y son las más susceptibles a la contaminación.

Además el 100% de las enfermeras conoce cuales son las características de una herida y el auxiliar conoce en un promedio de 56,33%. Una herida limpia es aquella que se origina en forma quirúrgica, bajo condiciones asépticas, una herida infectada es aquella en la que ha transcurrido el tiempo suficiente como para que los microorganismos comiencen a desarrollar, las heridas contaminadas cuando los tejidos han sido dañados e inoculados con microorganismos que aún no han comenzado a desarrollar en el tejido desvitalizado.

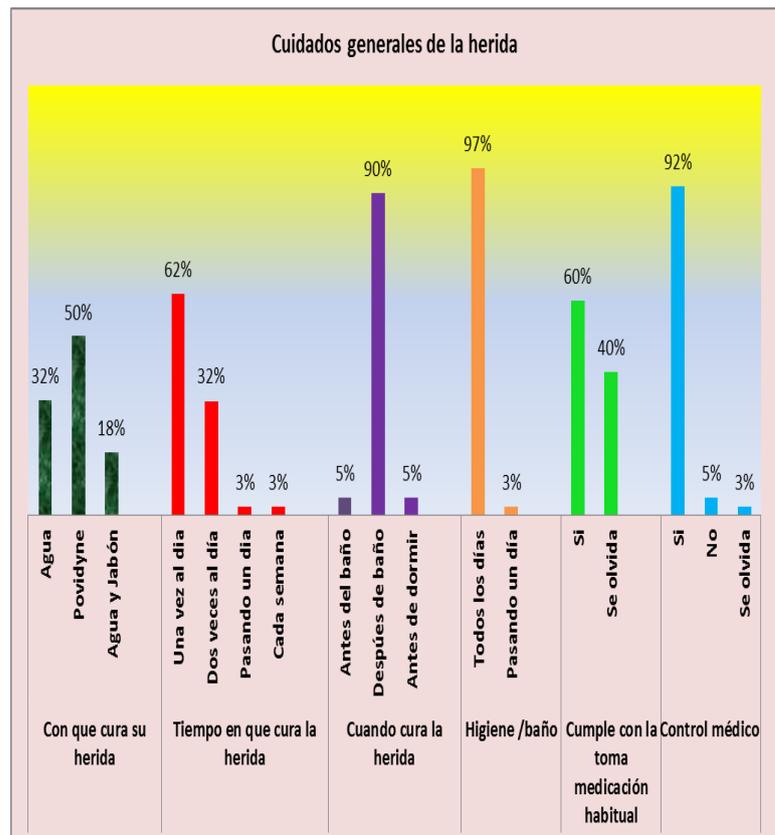
Otro de los resultados obtenidos en cuanto a la técnica de curación de la herida en la que se evidenció que el 38% el personal de enfermería no realiza el lavado de manos y el 62% (Ver cuadro y gráfico #10) de los cuales solo un 8% lo realiza de forma correcta que es antes y después del procedimiento (Ver cuadro y gráfico # 12). El lavado de manos es una técnica básica para prevenir y controlar la transmisión de microorganismos generadores de infecciones y se debe practicar por toda persona que realice los cuidados al paciente.

El tipo de solución comúnmente utilizado por el personal de enfermería para la cura de heridas es el sablón con un 63%, sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida para antisepsia de la piel, el 13% utilizan el povidone como acción desinfectante en herida infectadas, y el 25% utilizan solución salinas para lavar todo tipo heridas y abrasiones en la piel. (Ver cuadro y gráfico # 14). El 71% el personal de enfermería no utiliza las técnicas de asepsia de la herida por lo que lo hace de una manera indiferente, el 8% lo realiza de afuera hacia adentro provocando la contaminación de la herida y el 21% realiza la técnica de asepsia de la herida de adentro hacia afuera que es la correcta. (Ver cuadro y gráfico # 15). La técnica de asepsia consiste en la eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos o los materiales infectados, como el lavado de manos, instauración de técnicas de barrera, limpieza habitual.

2.- CUIDADO DE LAS HERIDAS REALIZADOS POR LOS PACIENTES.

GRÁFICO # 2: CUIDADOS GENERALES DE LA HERIDA

Los resultado obtenido en cuanto a los cuidados generales de la herida realizado por el paciente, el 50% utilizan povidyne, solución comúnmente conocido por el paciente, y la recomendable actuando como antiséptico de Gram capacidad germicida, mientras que un promedio de 25% (con un mínimo de 18% y un máximo de 32%) realiza la cura de la herida con agua y jabón.



Fuentes: Encuesta aplicado al paciente.

Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

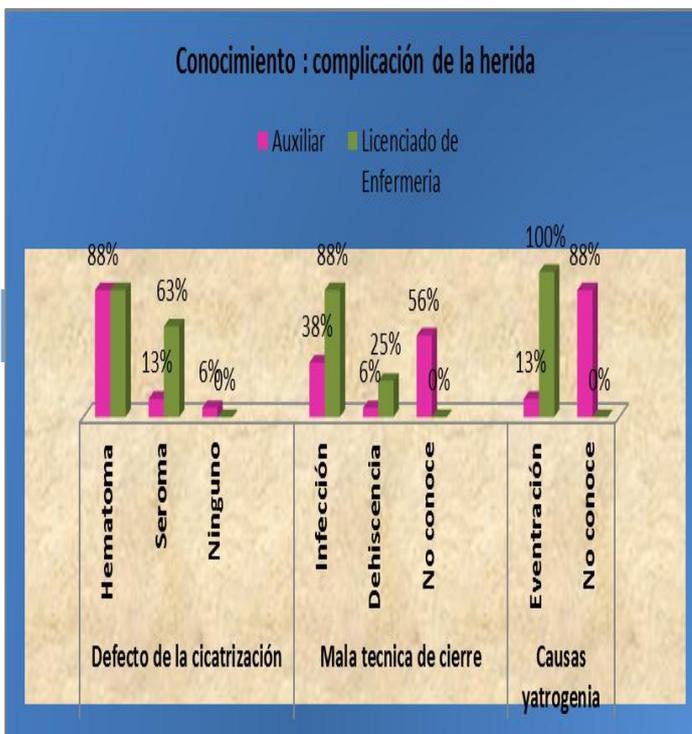
Un promedio de 12.66% (con un mínimo de 3% y un máximo de 32%) los pacientes no realizan la curación de la heridas en el tiempo recomendado, solo el 62% lo realizan una vez al día que es lo ideal, ya que se evita la acumulación de agentes patógenos, estas curaciones lo realizan frecuentemente en un 90% después del baño mientras que un promedio del 5% lo realiza antes del baño y antes de dormir, el 97% los pacientes cumplen con los hábitos de higiene, solo un 3% no lo cumplen. Un factor que impide el buen proceso de la cicatrización de la herida se debe por el incumplimiento de la toma de la medicación habitual, esta se ve

afectada en un 40%, los medicamentos actúan como reparadores del tejido dañado, es por eso que el 60% los pacientes si cumple con la toma de su medicación, además se ve afectada en un promedio de 4% por la falta del control médico después del alta , se olvidan o simplemente no va, a diferencia del 92% los pacientes si asisten al control médico.

La buena nutrición es importante para la cicatrización de las heridas, ya que si no se alimenta adecuadamente, es posible que las heridas no cicatricen, se recomienda una dieta equilibrada que proporcione gran cantidad de proteínas, hidratos de carbono, grasa, vitaminas y minerales por lo que un promedio de 40.14% (con un mínimo de 5% y un máximo de 75%) los pacientes conocen sobre estos tipos de alimentos que deben consumir como son las legumbres, frutas cítricas, carne de res, pollo, ingesta de líquidos, y dieta rica en fibra. (Ver cuadro y grafico #24) de igual manera en un promedio de 70.25% (con un mínimo de 8% y un máximo de 93%) los pacientes conocen sobre los alimentos que no deben consumir como carne de cerdo y mariscos. (Ver cuadro y grafico # 25). Cabe recalcar que los pacientes encuestados en cierta forma desconocen sobre los cuidados generales de la herida y esto se ve reflejado por un 83% debido a que el paciente no recibe educación de autocuidado por parte del personal de enfermería, solo un 17% si recibe educación. (Ver cuadro y grafico # 21). El auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

3.- COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS

GRÁFICO # 3: CONOCIMIENTO COMPLICACIONES DE LA HERIDA



En un promedio de 75.5% (con un mínimo de 63% y un máximo de 88%) el personal de enfermería conocen los defectos de la cicatrización que se producen a corto plazo como es el hematoma y seroma y las auxiliares conocen en un 35.66% (con un mínimo de 6% y un máximo de 88%). Se define hematoma a la acumulación de sangre coagulada proveniente de

Fuentes: Encuesta aplicado al personal de enfermería
Elaborado por: Marlene H. y Tatiana O.

traumatismos, hemostasia deficiente y trastornos de coagulación constituye la complicación inicial de la herida, manifestándose durante las primeras 24 horas, después de la intervención quirúrgica, el seroma consiste en la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en una área del cuerpo en donde se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente.

En un promedio de 56.5% (con un mínimo de 25% y un máximo de 88%) el profesional de enfermería conocen las complicaciones de la cicatrización que se da por la mala técnica de cierre de la herida, y un promedio de 33.33% (con un

mínimo de 6% y un máximo de 56%) la auxiliar de enfermería entre las que tenemos a la infección y la dehiscencia de la herida. Las infecciones postoperatorias que están dadas por la contaminación bacteriana durante o después de algún procedimiento quirúrgico o por técnica inadecuada, la mala técnica de cierre de la herida se da también por la dehiscencia que es la separación de los planos anatómicos previamente suturados de una herida.

El 100% de los profesionales de enfermería conocen las complicaciones de la herida que se producen a largo plazo como es la eventración, mientras que el 13% el auxiliar conoce. La eventración, esta es una hernia que aparece en la zona de incisión de una anterior intervención quirúrgica sobre el abdomen, pudiendo suceder al poco tiempo de la intervención o pasados algunos años.

3.2. CONCLUSIONES

En el presente estudio en cuanto a los cuidados de enfermería en pacientes ambulatorios con heridas postquirúrgicas, de acuerdo al análisis e interpretación de los resultados obtenidos concluimos lo siguiente:

1.- Respondiendo al objetivo general y a la hipótesis, se enfatiza que a través de este estudio, el manejo de las heridas quirúrgicas lo realiza en un alto porcentaje el personal auxiliar de enfermería quien tienen un alto grado de desconocimiento sobre la valoración del paciente y la herida, utilizan una inadecuada técnica de curación. Un alto porcentaje el personal de enfermería no educa al paciente en cuanto al autocuidado sin embargo una mayor parte de los pacientes conocen sobre los cuidados generales de la herida.

2.- Así mismo la mayoría de las enfermeras conocen sobre la valoración del paciente y de la herida, mientras que gran parte del personal auxiliar desconocen sobre aquello. Un alto porcentaje las enfermeras conocen sobre los diagnósticos de enfermería pero no lo aplican debido a que la gestión de enfermería no tiene establecido un modelo y un método propio de trabajo y por qué las enfermeras realizan los cuidados en forma mecánica y rutinaria, las enfermeras refieren que los posibles diagnósticos de enfermería se basan en los reales y potenciales están son: alteraciones de la integridad de la piel, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, e incisión de la piel.

3.- La mayoría del personal de enfermería desconocen los parámetros que se deben considerar en la valoración del paciente y de las heridas, no utiliza la técnica de asepsia correcta de la herida, ni realiza el lavado de manos correctamente. La mitad de los pacientes no cumplen con el régimen terapéutico y no asisten al control médico después de alta, los cuales repercute como unos de los principales factores de riesgo en las complicaciones de las heridas, esto es

debido a que no existe un protocolo de manejo de heridas en el cual se tenga estandarizado.

Por todo lo expuesto anteriormente y dando respuesta al objetivo general, que es: Valorar la participación de enfermería y los cuidados en el manejo de heridas postquirúrgicas en pacientes que acuden al servicio de cirugía menor del Hospital Liborio Panchana, se deduce a través de este trabajo de investigación, que la atención que brinda el personal de enfermería en relación a los cuidados de las heridas no es satisfactoria, debido a que se está realizando un trabajo empírico por el personal auxiliar y un trabajo mecánico y rutinario por la Licenciada de enfermería, sin ningún proceso, ni planificación como disponer un sistema de cuidado propio para los pacientes; comprobando de esta manera la hipótesis planteada al inicio de la investigación: El protocolo del manejo de heridas y los cuidados realizados por los pacientes influyen en la disminución de las complicaciones de las heridas postquirúrgicas.

3.3. RECOMENDACIONES

Después de haber finalizado el trabajo de investigación sobre los Cuidados de Enfermería en pacientes ambulatorios con heridas postquirúrgicas consideramos plantear las siguientes recomendaciones:

AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- ✓ Concienciar al personal de enfermería sobre el manejo adecuado de las heridas quirúrgicas para disminuir las complicaciones, tiempo de estadía, costos y mejorar la calidad de atención de enfermería
- ✓ Utilizar el proceso de enfermería, el cual le da la categoría de ciencia a disciplina y le permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas en el manejo de heridas quirúrgicas y un registro sobre la valoración y tratamientos de las heridas, para proporcionar un cuidado seguro al paciente y así evitar infecciones y complicaciones.

A LA INSTITUCIÓN

- ✓ Elaborar y estandarizar en la práctica asistencial de la disciplina un sistema de cuidado en el manejo de las heridas quirúrgicas utilizando como método de trabajo el proceso de atención de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales
- ✓ Crear una clínica de heridas en donde se brinda el cuidado integral y especializado, al paciente con heridas agudas y/o crónicas, de alta complejidad y difícil manejo. El cual debe estar dotado del material necesario para realizar una curación avanzada con la técnica del medio

ambiente húmedo y conformado por un Médico Especialista en cirugía general, un Médico Interno, una Enfermera y Auxiliar de enfermería, lo que asegura un mayor cubrimiento y oportunidad en la atención, garantizando la realización de un número considerable de procedimientos.

- ✓ Realizar educación continua mediante talleres, charlas o seminarios sobre valoración , tratamiento y técnica de curación de la heridas utilizando la medicina basada en la evidencia para aplicar de la mejor manera los cuidados de enfermería

3.4. BIBLIOGRAFÍA

Referencias de Libros:

- ✓ **Esteve R.J. (2000)** Enfermería: Técnicas clínicas. España: Interamericana.
- ✓ **Urden DL. (2002)** Cuidados intensivos en enfermería. 2ª ed. España: Hartcourt/Océano.
- ✓ **Muñoz Arteaga,D. (2001);** “Cuidados de Enfermería en Urgencias y Emergencias”
- ✓ **Andrade P, Sepúlveda S, Gonzalez J. (2004)** Curación avanzada de heridas. Chile.
- ✓ **Tardencilla Gutierrez Alejandro A, (2002)** Factores de Riesgo Asociados a complicaciones Quirúrgicas, Managua, Nicaragua.
- ✓ **Kim Mi, (2000)** Diagnostico de Enfermería y Plan de Cuidados.Mosby España,.Pags 143.
- ✓ **Romo T. McLaughlin (2003)** Curación de Heridas, piel. Los Ángeles
- ✓ **Potter P. (2006)** Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica: Cuidados de las Heridas. Mosby. Doyma, Madrid - España., p: 1135 –1172.
- ✓ **Kozier B; Bufalino Pm; Glenola. (1994)** Fundamentos de Enfermería: Cuidado de las heridas. Interamericana, México
- ✓ **Carpenito, (2000)** Diagnóstico Enfermería: Aplicación a la práctica.
- ✓ **Lorenz H.P. y Longaker M.T. (2003).** Heridas: Biología, Patología y Gestión.
- ✓ **Fernández, C. (2005)** Enfermería Fundamental. Editorial Masson. SA. España.
- ✓ **Gordon M. (2000)** Diagnóstico Enfermería: Proceso y Aplicación. 3ra. Edición. Barcelona – España.
- ✓ **Capitan, L; Cano, A; Jiménez, R. (2000).**Guía Práctica de Urgencias Quirúrgicas.
- ✓ **Saba, VK (2005).** Clasificación Atención Clínica (CCC) de las intervenciones de enfermería.

- ✓ **Modolin M. (1992)** Biología de la cicatrización de los tejidos. En: Melega
- ✓ **Saba V. (2000)** ¿Por qué el Home Health Care es una clasificación de la nomenclatura de enfermería reconocido. *Informática en Enfermería*; 15 (2): 569-576.
- ✓ **Orem, D. E. (2000)**. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.
- ✓ **Smeltzer Sc, Bare. (2002)**. Enfermería Medico quirúrgica de Brunner y Suddarth.
- ✓ **Mc Graw Hill (2002)**. Tratamiento Postoperatorio de Enfermería. Interamericana, México. p: 419 – 427.
- ✓ **Andrade P. Sepúlveda S. (2004)**. Curación avanzada de heridas, revista Chilena de Cirugía, 56:396-403
- ✓ **Castro AM. (2002)**. Manual de Procedimientos de Enfermería, Ciencia médicas, Cuba.
- ✓ **Tardencilla Gutiérrez, Alejandro, Dr. (2002)**, Factores de Riesgo asociados a complicaciones de heridas Postquirúrgicas, Managua-Nicaragua.
- ✓ **Kim Mi, Ja. (2000)**, Diagnóstico en Enfermería y Plan de cuidados, Mosby-España, pág. 413.
- ✓ **Marriner Tomey, Ann. (2002)**, Modelos y Teorías en Enfermería. Harcourt. España, pág. 555.
- ✓ **Nanda, (2011)**, Diagnósticos Enfermeros. Deficiencias y Clasificación. Edit. Elseiver. España.
- ✓ **Leon, P. (2009)**. Infecciones intrahospitalarias. pp. 97-105.
- ✓ **Beare PG. (2002)** Enfermería: principios y práctica. Tomo 2. Madrid: Panamericana.
- ✓ **Taxonomia NANDAII.(2011)** Clasificación

ANEXOS

ANEXO N #1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENCUESTA EN EL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA

Enfermera (o).....

Doy mi consentimiento, para que se me realice una encuesta, cuya finalidad se detalla a continuación:

El propósito de esta encuesta es obtener información que posee el personal de enfermería acerca de los cuidados postoperatorios de los pacientes ambulatorios en el Hospital Liborio Panchana en el año 2012-2013

La información proporcionada será de vital importancia para el logro de esta investigación.

Esta encuesta será un valioso aporte para el logro de los objetivos.

Tiene carácter anónimo y confidencial con el objetivo de preservar su carácter científico

Lugar y Fecha:.....

Yoacepto
participar en la investigación.

Firma.....CI.....

ANEXO N #2

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

La Libertad, Abril del 2013

Dr. Edison Hablick

DIRECTOR DEL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

De mis consideraciones:

Reciba un cordial Saludo de las estudiantes de la carrera de Licenciatura en enfermería Marlene Hernández y Tatiana Orrala.

El motivo de la presente es para hacerle conocer que estamos realizando un anteproyecto de investigación sobre los **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON HERIDAS POSTQUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR. HOSPITAL “LIBORIO PANCHANA” AÑO 2012-2013.**

Por lo que solicito de la manera más comedida, autorización para que se nos pueda proporcionar la información que se requiera.

Esperando que mi petición tenga la aceptación correspondiente me suscribo de usted, no sin antes reiterarles mis sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente

.....

.....

ANEXO # 3

FORMULARIO # 1: PROTOCOLOS DE MANEJO DE HERIDA

OBJETIVO: Identificar cual es el MANEJO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA QUE UTILIZA EL PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA MENOR. Con respecto a la valoración del paciente, la herida y del PAE

Marque con una X su respuesta correcta.

Fecha: -----

Número de encuesta: -----

Cargo que desempeña:

Licenciado/a de enfermería Auxiliar de enfermería

✓ VALORACIÓN DEL PACIENTE

1.- Cuales son los antecedentes patológicos que afectan el proceso de cicatrización de una herida.

Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	No conoce	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>

2.- Cuales son las alteraciones nutricionales que retrasan el proceso de cicatrización.

Obesidad	<input type="checkbox"/>	No Conoce	<input type="checkbox"/>
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>

3.- Cuales son los tipos de medicamentos que alteran el proceso de cicatrización.

Hipoglucemiantes	<input type="checkbox"/>	Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>
Corticoides	<input type="checkbox"/>	No conoce	<input type="checkbox"/>		

✓ **VALORACIÓN DE LA HERIDA**

4.- Cuales son las características de una herida.

Limpia Infectada Ninguna
Contaminada No conoce

5.- Según la localización anatómica donde se encuentre la herida, que zona afecta más al restablecimiento de la cicatrización.

Zonas vascularizadas No conoce
Zonas de articulación Ninguno
Zonas de prominencia óseas

6.- Según la integridad de la piel como se clasifica la herida:

Heridas abiertas No conoce
Heridas cerradas Ninguna

7.- Cuales son los signos y síntomas de un proceso infeccioso de una herida:

Calor Dolor No conoce
Edema Rubor Ninguno

✓ **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

8.- Ud. realiza diagnostico enfermero en cuanto al manejo de heridas.

Si A veces
No No aplica

Si la respuesta es afirmativa conteste la siguiente pregunta:

9.- Que tipo de diagnóstico más comunes utiliza:

Reales Bienestar
Potenciales No aplica

10.- Establece Ud. Planes de cuidados

Si No A veces

11.- Realiza la evaluación de los planes de cuidados

Si No

➤ **COMPLICACIÓN DE LA HERIDA POSTQUIRÚRGICA**

12.- Indique Usted cuales son los signos que se producen a corto plazo en el defecto de la cicatrización.

Hematoma No conoce

Seroma Ninguna

13.- Una mala técnica de cierre de una herida puede deberse a:

Infección No conoce

Dehiscencia Ninguno

14.- Las causas de una yatrogenia a largo plazo pueden darse por:

Eventración No conoce

ANEXO # 4

FORMULARIO #2: GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE TÉCNICA DE CURACIÓN

Objetivo: Observar la técnica de curación que utiliza el personal de enfermería en el manejo de heridas postquirúrgicas en pacientes ambulatorios en el Servicio de Cirugía Menor del Hospital Liborio Panchana.

Personal que realiza la curación:

Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/>	Estudiantes <input type="checkbox"/>
Licenciado/a de Enfermería <input type="checkbox"/>	Médicos <input type="checkbox"/>

TÉCNICA DE CURACIÓN DE HERIDAS		
VALORA EL ASPECTO DE LA HERIDA	Si	
	No	
EVALÚA LAS FASES DE LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA	Si	
	No	
MIDE LA CANTIDAD DE EXUDADO	Si	
	No	
VALORA EL TIPO DE EXUDADO	Si	
	No	
UTILIZAN REGISTROS	Si	
	No	
	A veces	
REALIZA EL LAVADO DE MANOS	Si	
	No	
MATERIAL QUE UTILIZA PARA EL LAVADO DE MANOS	Agua	
	Agua y jabón	
	Agua y Clorhexidina	
	Gel antiséptico	

MATERIAL QUE UTILIZA PARA EL SECADO DE MANOS	Toallas de papel	
	Toallas de tela	
	No se seca las manos	
CUANDO REALIZA LA TÉCNICA DE LAVADOS DE MANOS	Antes y después del procedimiento	
	Antes del procedimiento	
	Después de procedimiento	
	No se lava las manos	
UTILIZA GANTES PARA REALIZAR LAS CURACIONES	Si	
	No	
	A veces	
QUE TIPO DE GANTES UTILIZA	Estériles	
	Exanimación	
	No utiliza	
TIPO DE SOLUCIÓN QUE SE UTILIZA PARA LIMPIEZA DE HERIDA	Suero Fisiológico	
	Sablón	
	Povidyne	
	Lactato de Ringer	
COMO REALIZAN LA TÉCNICA DE ASEPSIA DE UNA HERIDA	De adentro hacia afuera	
	De afuera hacia adentro	
	Es indiferente	
CUAL ES EL TIPO DE DEBRIDAMIENTO QUE SE UTILIZA	Mecánico	
	Quirúrgico	
	Autolítico	
	Enzimático	
	Ninguno	
QUE TIPO DE MATERIAL SE UTILIZA PARA EL TRATAMIENTO DE UNA HERIDA	Gasa	
	Gasa Parafinada	
	Hidrocoloides	
	Hidrogeles	
	Alginato de calcio	
	Apósitos	
	Otros	

ANEXO # 5

FORMULARIO # 3.- CUIDADOS DE HERIDAS REALIZADO POR LOS PACIENTES

Objetivo: Obtener información sobre como cumplen los pacientes con los cuidados de la herida postquirúrgica después de su egreso.

Marque con una X su Respuesta

➤ CUIDADOS DE LA PIEL

1.- Que complicaciones debería valorar en la piel.

Irritación	<input type="checkbox"/>	Separación de bordes de la herida	<input type="checkbox"/>
Grietas	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>
Sangrado	<input type="checkbox"/>		

➤ CUIDADOS EN LA HERIDA

2.- Recibe orientación sobre el cuidado de la herida.

Si No

3.- Con que cura usted su herida.

Agua	<input type="checkbox"/>	Povidyne	<input type="checkbox"/>
Solución Salinas	<input type="checkbox"/>	Agua y Jabón	<input type="checkbox"/>

4.-Cuántas veces al día cura usted su herida.

Una vez al día	<input type="checkbox"/>	Pasando un día	<input type="checkbox"/>
Dos veces al día	<input type="checkbox"/>	Cada siete días	<input type="checkbox"/>

5.- Cuando cura usted su herida.

Antes del baño Después del baño Antes de dormir

➤ **CUIDADOS GENERALES**

6.-Con qué frecuencia realiza usted su Higiene/Baño.

Todos los días Pasando un día No se baña

7.-Que materiales de aseo personal utiliza para su Higiene/Baño.

Jabón Detergente
Shampoo Ninguno

8.-Con qué frecuencia realiza usted la higiene de los pies.

Todos los días Pasando un día No se lava

9.- Que tipo de alimentos piensa usted que debería consumir.

Legumbres Pollo No conoce
Frutas Cítricas Ingesta de líquidos
Carne de res Dieta rica en fibra

10.-Que tipo de alimento piensa usted que no debería consumir.

Carne de cerdo Marisco
Pescado No conoce

11.- Cumple con la toma de su medicación habitual.

Si No Se olvida

12.-Acude al control médico para revisión posterior de la herida después del alta

Si No Se olvida

ANEXO # 6

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA DE ENFERMERÍA															
No	MES/DÍA ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES													
		Agos.	Sept.	Octu.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.			
		2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013			
1	Elaboración y presentación primer borrador	→													
2	Elaboración y presentación segundo borrador		→												
3	Elaboración y presentación tercer borrador			→											
4	Reajuste y Elaboración borrador a limpio			→											
5	Entrega para la revisión				→										
6	Elaboración de la encuesta					→									
7	Ejecución de la encuesta						→								
8	Procesamiento de la Información							→							
9	Resultado								→						
10	Análisis e interpretación de los datos									→					
11	Conclusión y recomendación										→				
12	Entrega para la revisión											→			
13	Entrega para la revisión total												→		
14	Entrega del informe total													→	
15	Sustentación de la tesis														→

ANEXO # 7

PRESUPUESTO

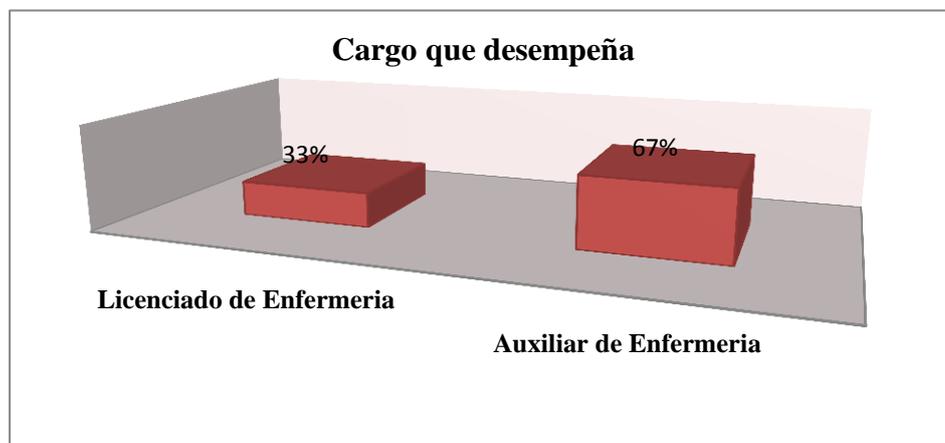
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
4	Bolígrafo	\$0.30	\$1.20
10	Lápiz	\$0.20	\$2.00
2	Borrador	\$0.50	\$1.00
500	Papel Bond	\$0.01	\$5.00
1000	Impresión	\$0.15	\$150.00
400	Internet	\$0.70	\$280.00
500	Fotocopias	\$0.02	\$10.00
5	Anillado	\$2.25	\$11.25
6	Carpeta plásticas	\$0.75	\$4.50
1	Pen drive	\$10.00	\$10.00
1	Laptop	\$1000.00	\$1000.00
6	Empastado	\$1.50	\$9.00
60	Transporte Sta. Elena	\$0.25	\$15.00
8	Transporte Guayaquil	\$3.55	\$28.40
3	CD	\$1.50	\$4.50
8	Comida	\$2.50	\$20.00
	TOTAL		\$1551.48

ANEXO # 8

Cuadro y Gráfico N #4

✓ Cargo que desempeña

CARGO	TOTAL	R	%
Licenciado de Enfermería	8	0,33	33%
Auxiliar de Enfermería	16	0,67	67%
TOTAL	24	1	100%



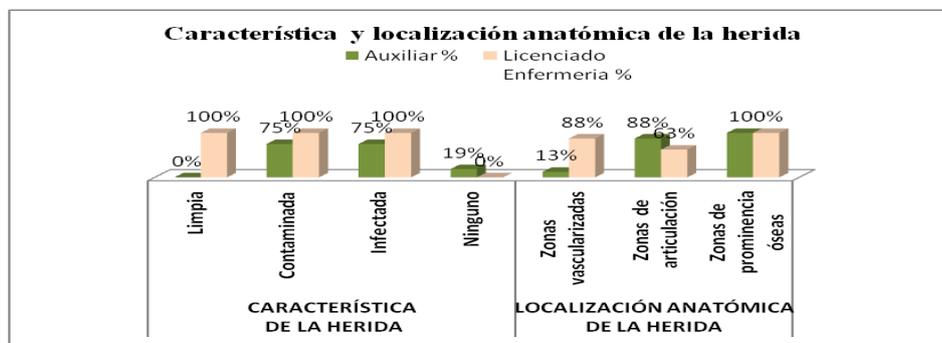
Fuente: Personal del área de cirugía menor
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T

ANÁLISIS: En el área de cirugía menor el personal de enfermería está conformado por 33% licenciado/a de Enfermería y el 67% personal auxiliar.

Cuadro y Gráfico N #5

✓ Características y Localización Anatómica de la herida

CARACTERÍSTICAS Y LOCALIZACION DE LA HERIDA		Auxiliar		Licenciado Enfermería	
		f	%	f	%
CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA	Limpia	0	0%	8	100%
	Contaminada	12	75%	8	100%
	Infectada	12	75%	8	100%
	No conoce	0	0%	0	0%
	Ninguno	3	19%	0	0%
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA HERIDA	Zonas vascularizadas	2	13%	7	88%
	Zonas de articulación	14	88%	5	63%
	Zonas de prominencia óseas	16	100%	8	100%
	No conoce	0	0%	0	0%
	Ninguno	0	0%	0	0%



Fuente: Personal del área de cirugía menor

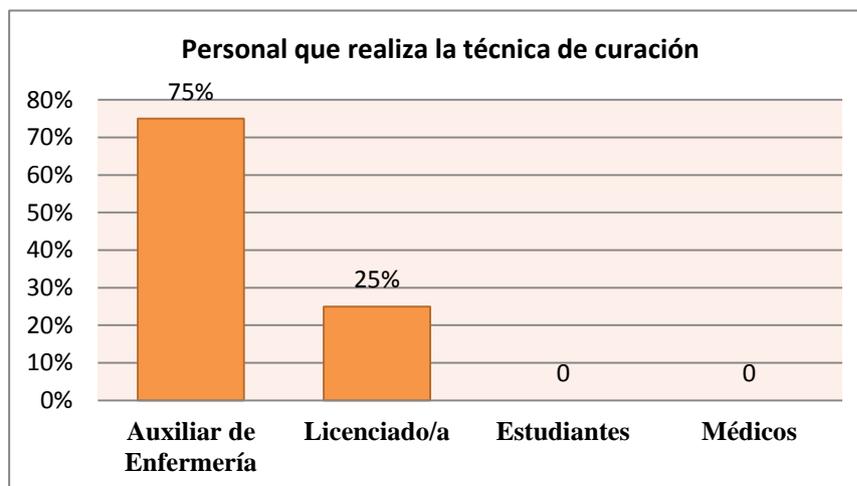
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T

ANÁLISIS: El 100% de los profesionales conocen cuales son las características de una herida, y el auxiliar conoce un 75% contaminada e infectada. Respecto a la localización anatómica de la herida, el profesional de enfermería conoce un 88% zonas vascularizadas, 63% zonas de articulación y el 100% en las zonas de prominencia ósea, mientras que el auxiliar el 13% contestó zonas vascularizadas, 88% zona de articulación y el 100% zonas de prominencias óseas.

Cuadro y gráfico N #6

✓ Personal que realiza la curación

PERSONAL	TOTAL	f	%
Auxiliar de Enfermería	18	0,75	75%
Licenciado/a de Enfermería	6	0,25	25%
Estudiantes	0	0	0%
Médicos	0	0	0%
TOTAL	24	1.0	100%



Fuente: Guía de observación

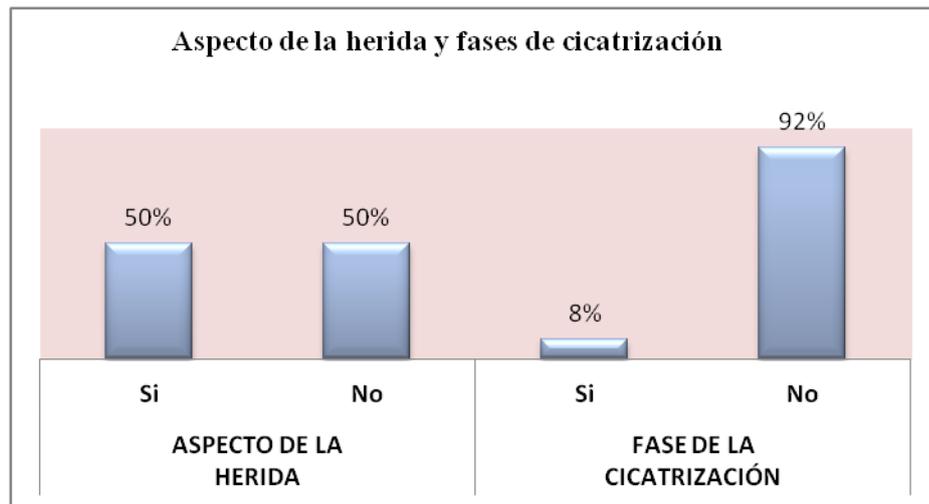
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: Se pudo observar que el 75% personal auxiliar de Enfermería que labora en el área de Cirugía Menor es el que realiza las curaciones de heridas Postquirúrgicas y el 25% lo realiza el Licenciado/a de Enfermería.

Cuadro y gráfico N #7

✓ Aspecto de la herida y fases de la cicatrización

ESCALA DE VALORACIÓN		TOTAL	R	%
ASPECTO DE LA HERIDA	Si	12	0,50	50%
	No	12	0,50	50%
FASE DE LA CICATRIZACIÓN	Si	2	0,08	8%
	No	22	0,92	92%



Fuente: Guía de observación

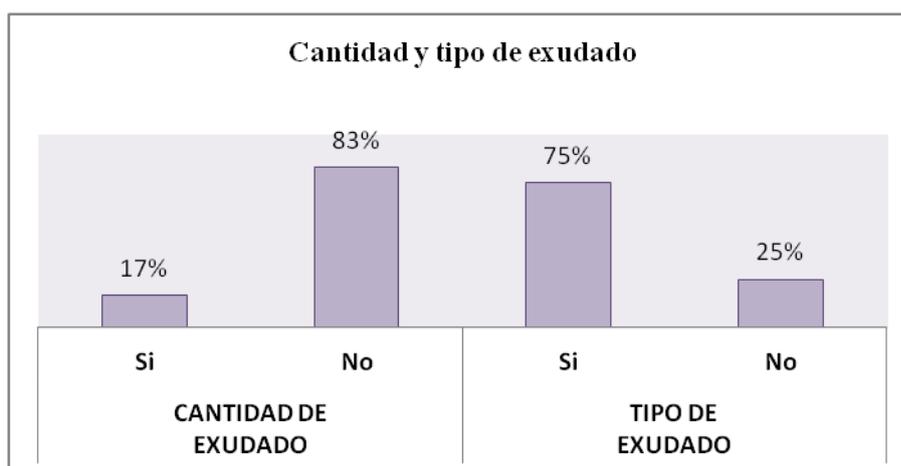
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El 50% de personal de enfermería valora el aspecto de la herida mientras que un 50% no realiza la valoración, además el 8% si evalúa la fase de la cicatrización de la herida y el 92% no evalúa.

Cuadro y gráfico N #8

✓ Cantidad y tipo de exudado

ESCALA DE VALORACIÓN		TOTAL	R	%
CANTIDAD DE EXUDADO	Si	4	0,17	17%
	No	20	0,83	83%
TIPO DE EXUDADO	Si	18	0,75	75%
	No	6	0,25	25%



Fuente: Guía de observación

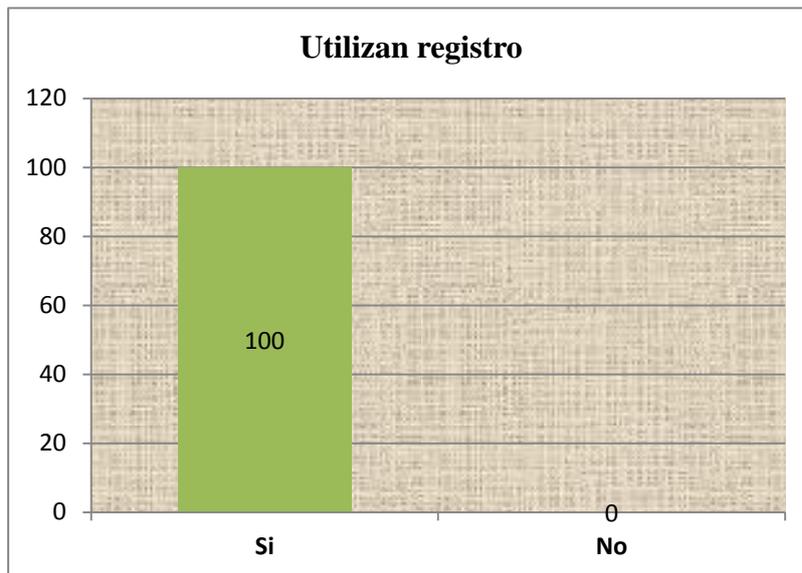
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El cuadro refleja que el 17% el personal de enfermería si mide la cantidad de exudado de la herida y un 83% no lo hace, así mismo el 75% si valora el tipo de exudado de la herida y el 25% no valora.

Cuadro y Gráfico N #9

✓ Utilizan registros

REGISTROS	TOTAL	f	%
Si	24	1	100%
No	0	0	0%
TOTAL	24	1	100%



Fuente: Guía de observación

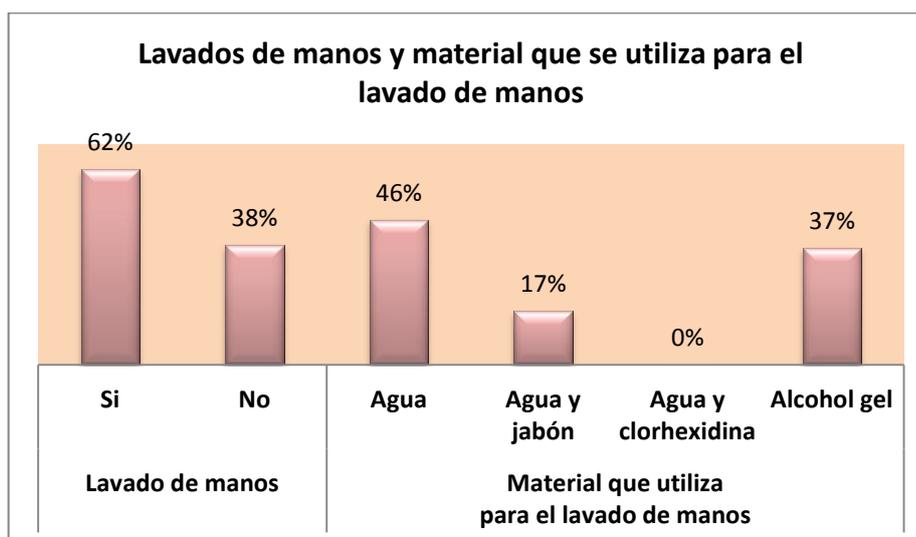
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El cuadro refleja que el 100% del personal de enfermería si utilizan registro.

Cuadro y Gráfico N #10

✓ Lavado de manos y material que se utiliza para el lavado de manos

LAVADO DE MANOS		TOTAL	f	%
LAVADO DE MANOS	Si	15	0,62	62%
	No	9	0,38	38%
MATERIAL QUE SE UTILIZA PARA EL LAVADO DE MANOS	Agua	11	0,46	46%
	Agua y jabón	4	0,17	17%
	Agua y clorhexidina	0	0	0%
	Alcohol gel	9	0,37	37%



Fuente: Guía de observación

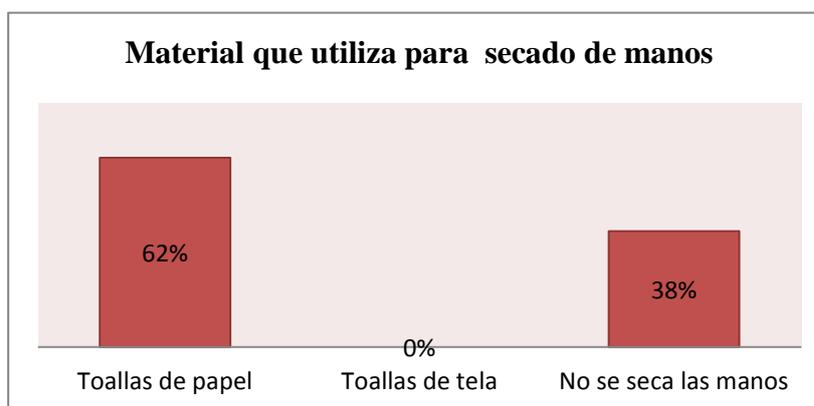
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: En cuanto al lavado de mano se obtuvo como resultado que el 62% si se lavan las manos y el 38% no se lava. Además el material que utilizan para el lavado de manos se obtuvieron como resultados que el 46% solo utiliza agua, el 17% agua y jabón, y el 37% utilizan alcohol gel.

Cuadro y Gráfico N #11

✓ Material que utiliza para secado de manos

SECADO DE MANOS	TOTAL	f	%
Toallas de papel	15	0,62	62%
Toallas de tela	0	0	0%
No se seca las manos	9	0,38	38%
TOTAL	24	1.0	100



Fuente: Guía de observación

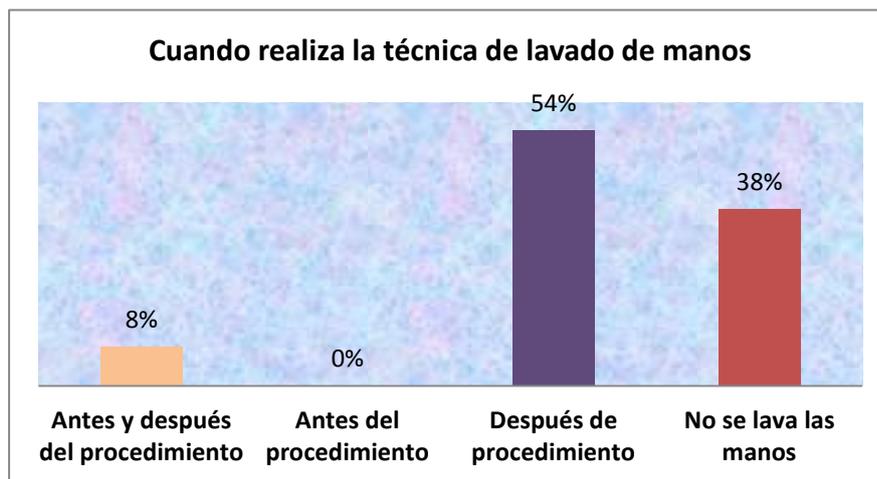
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El 62% del personal de enfermería utiliza toallas de papel para el secado de manos, mientras que el 38% no se seca las manos.

Cuadro y Gráfico N #12

✓ Cuando realiza la técnica de lavado de mano

RESPUESTAS	TOTAL	R	%
Antes y después del procedimiento	2	0,08	8%
Antes del procedimiento	0	0	0%
Después de procedimiento	13	0,54	54%
No se lava las manos	9	0,38	38%
TOTAL	24	1	100%



Fuente: Guía de observación

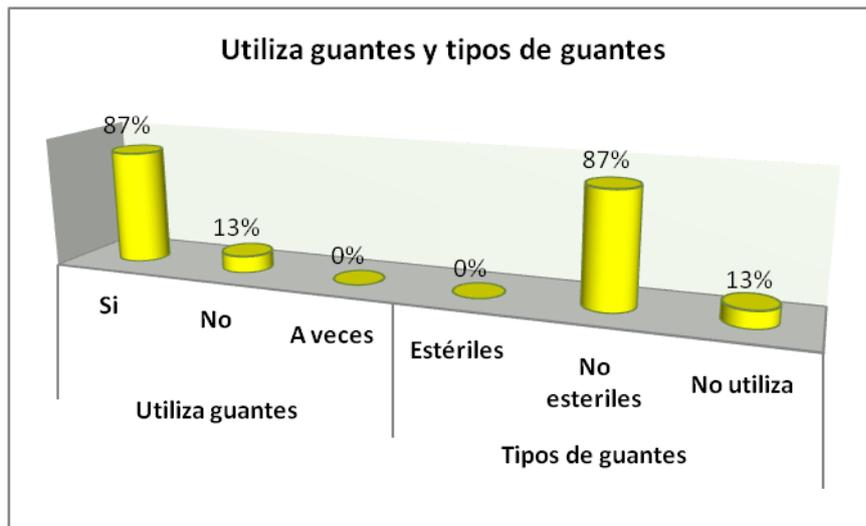
Elaborado por: M. Hernández y T. Orrala

ANÁLISIS: Los resultados obtenidos demostraron el personal de enfermería en un 54% realiza el lavado de manos después del procedimiento, el 8% lo realiza antes y después del procedimientos mientras que un 38% no se lava las manos.

Cuadro y Gráfico N #13

✓ Utiliza guantes y tipos de guantes

GUANTES		TOTAL	f	%
UTILIZA GUANTES	Si	21	0,87	87%
	No	3	0,13	13%
	A veces	0	0	0%
TIPOS DE GUANTES	Estériles	0	0	0%
	No estériles	21	0,87	87%
	No utiliza	3	0,13	13%



Fuente: Guía de observación

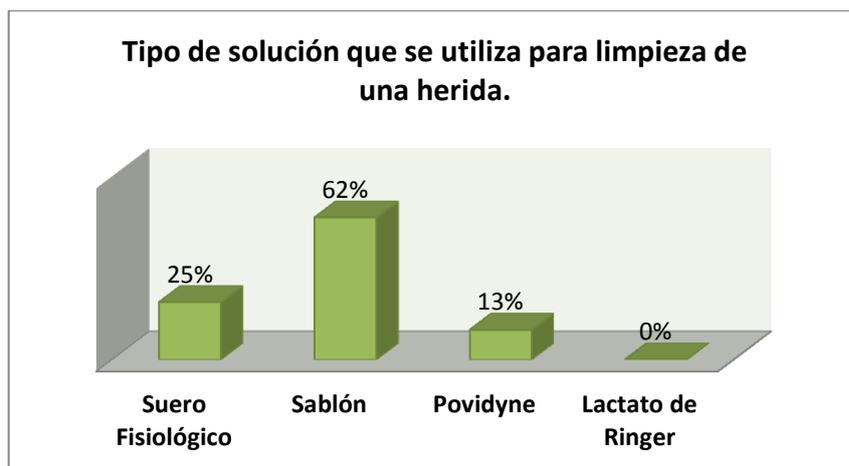
Elaborado por: M. Hernández y T. Orrala

ANÁLISIS: En a los resultados obtenidos el 87% si utiliza guantes al realizar un procedimiento y 13% no utilizan guantes , de los cuales el 87 utilizan guantes no estériles, y el 13% no utiliza.

Cuadro y Gráfico N #14

✓ Tipo de solución que se utiliza para limpieza de una herida

SOLUCIÓN	TOTAL	R	%
Suero Fisiológico	6	0,25	25%
Sablón	15	0,62	62%
Povidyne	3	0,13	13%
Lactato de Ringer	0	0	0%
TOTAL	24	1	100%



Fuente: Guía de observación

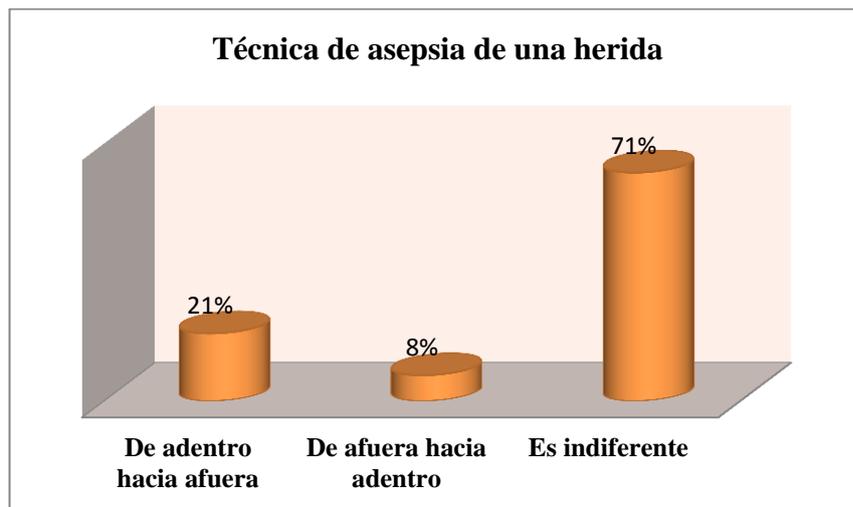
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El tipo de solución que se utiliza para limpieza de herida el 25% utiliza el Suero fisiológico, 62% Sablón y el 13% Povidyne.

Cuadro y Gráfico N #15

✓ Técnicas de asepsia de una herida

TÉCNICAS DE ASEPSIA	TOTAL	R	%
De adentro hacia afuera	5	0,21	21%
De afuera hacia adentro	2	0,08	8%
Es indiferente	17	0,71	71%
TOTAL	24	1	100%



Fuente: Guía de observación

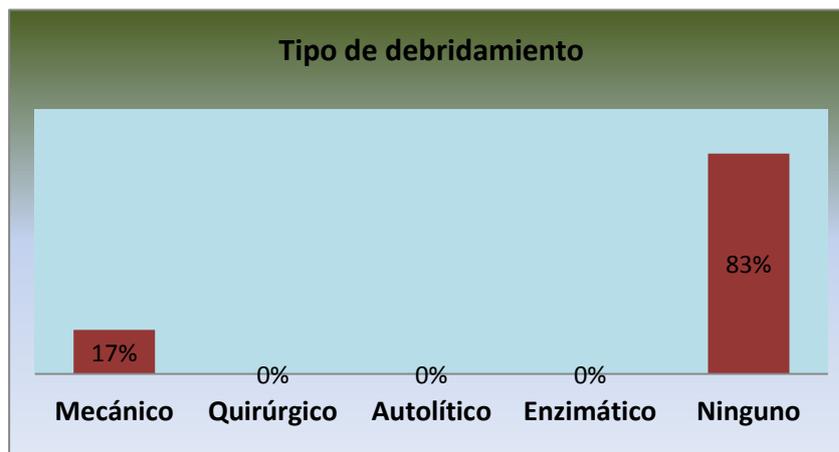
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: En cuanto a los resultados obtenidos sobre la técnica de asepsia que utilizan para la limpieza de una herida, el 21% lo realiza de adentro hacia afuera, el 8% lo realiza de afuera hacia adentro, y el 71% es indiferente.

Cuadro y Gráfico N #16

✓ Tipo de debridamiento

DEBRIDAMIENTO	TOTAL	R	%
Mecánico	4	0,17	17%
Quirúrgico	0	0	0%
Autolítico	0	0	0%
Enzimático	0	0	0%
Ninguno	20	0,83	83%
TOTAL	24	1	100%



Fuente: Guía de observación

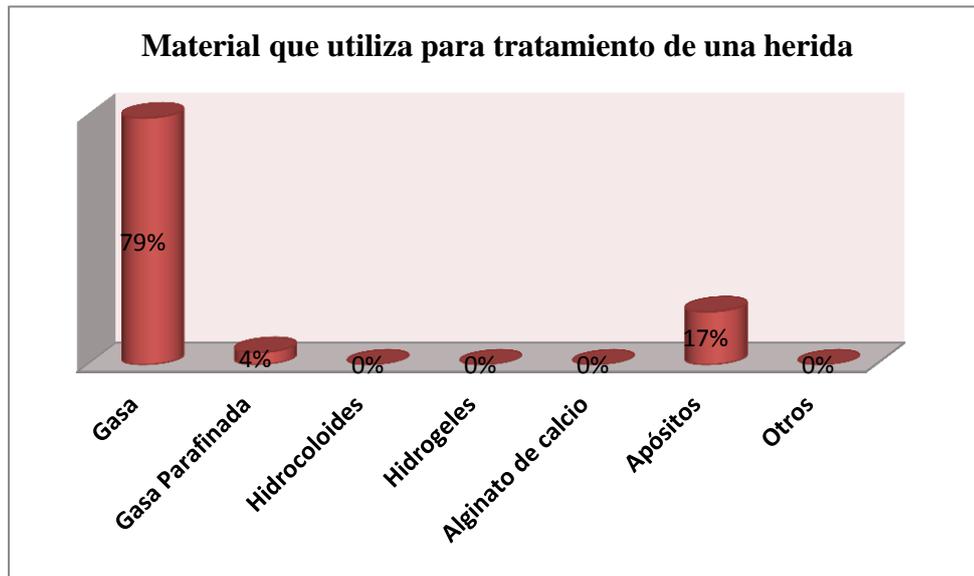
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El 83% del personal de enfermería no utiliza ningún tipo de debridamiento para la herida, pero un 17% realiza el debridamiento mecánico.

Cuadro y Gráfico N #17

✓ Material para tratamiento de la herida

MATERIAL	TOTAL	R	%
Gasa	19	0,79	79%
Gasa Parafinada	1	0,04	4%
Hidrocoloides	0	0	0%
Hidrogeles	0	0	0%
Alginato de calcio	0	0	0%
Apósitos	4	0,17	17%
Otros	0	0	0%
TOTAL	24	1	100%



Fuente: Guía de observación
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: En cuanto al material que utilizan para el tratamiento de una herida el 79% utilizan gasas, el 4% gasa parafinada y el 17% apósitos.

Cuadro y Gráfico N #18

✓ Diagnósticos enfermeros: realiza y tipo

DIAGNÓSTICO ENFERMERO		Auxiliar		Licenciado Enfermería	
		f	%	f	%
REALIZA	Si	0	0%	5	62%
	No	0	0%	2	25%
	A veces	0	0%	1	13%
	No aplica	16	100%	0	0%
TIPOS	Reales	0	0%	7	88%
	Potenciales	0	0%	6	75%
	Bienestar	0	0%	0	0%
	No aplica	16	100%	0	0%



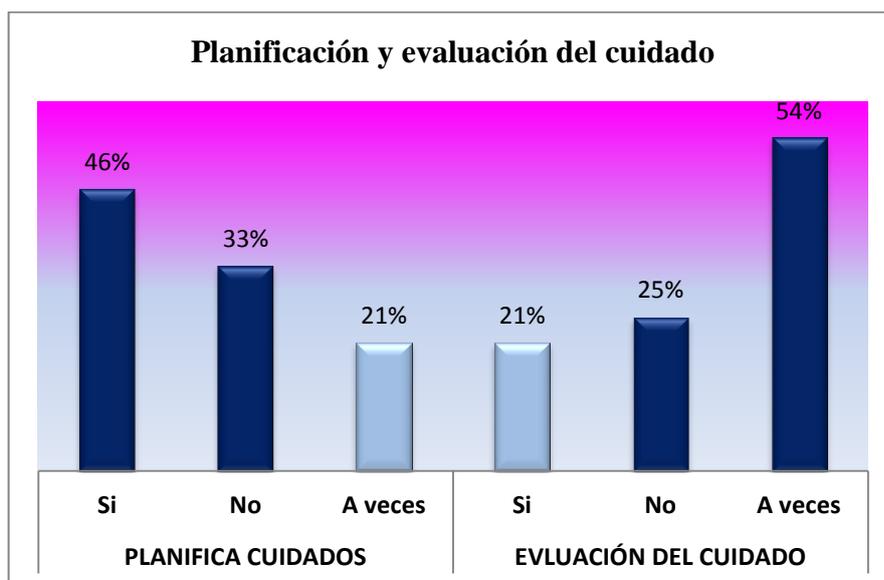
Fuente: Personal del área de cirugía menor
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: El gráfico refleja que el 62% del profesional de enfermería realiza diagnóstico de enfermería, un 13% a veces realiza y un 25% no realiza diagnósticos enfermeros, el 100% de las auxiliares no aplicaban a la encuesta. Los diagnóstico más comunes, el 88% utiliza diagnósticos reales, 75% potenciales, el 100% auxiliar de enfermería no aplicaba a la encuesta.

Cuadro y Gráfico N #19

✓ Planificación y evaluación del cuidado

CUIDADOS		TOTAL	R	%
PLANIFICA CUIDADOS	Si	11	0,46	46%
	No	8	0,33	33%
	A veces	5	0,21	21%
EVLUACIÓN DEL CUIDADO	Si	5	0,21	21%
	No	6	0,25	25%
	A veces	13	0,54	54%



Fuente: Guía de Observación

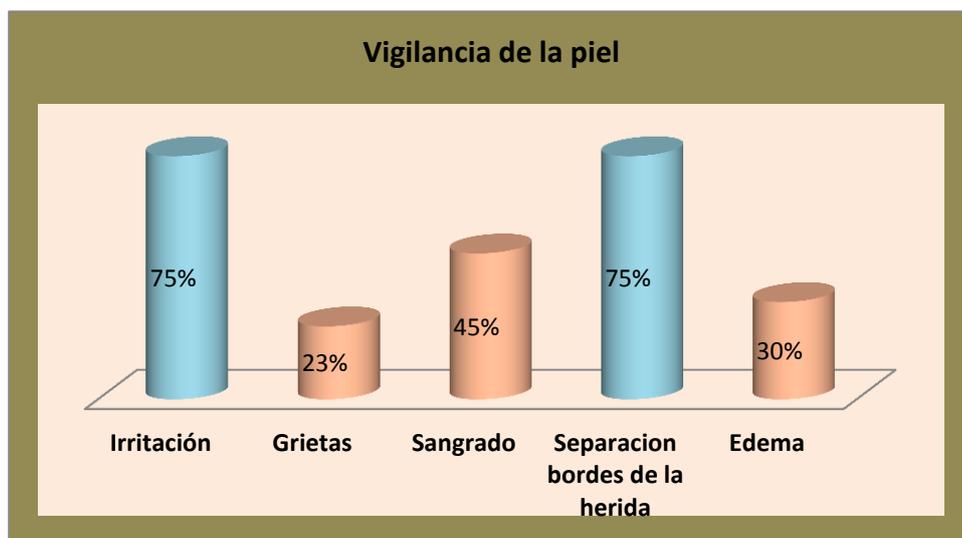
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en relación a la planificación y evaluación del cuidado son: el 46% si planifica el cuidado, el 33% no lo hace y el 21% a veces, además el 21% si realiza la evaluación del cuidado, el 25% no y un 54% a veces.

Cuadro y Gráfico N# 20

✓ Vigilancia de la piel

VIGILANCIA DE LA PIEL	Paciente	
	f	%
Irritación	30	75%
Grietas	9	23%
Sangrado	18	45%
Separación bordes de la herida	30	75%
Edema	12	30%



Fuente: Pacientes

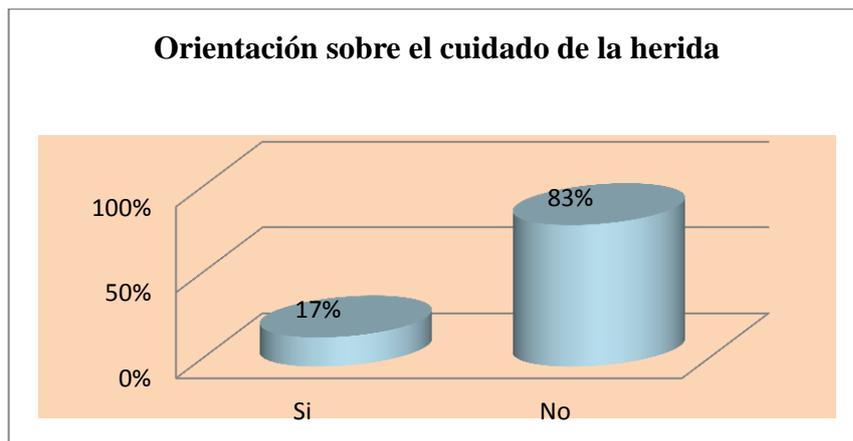
Elaborado por: Hernández M. y Orrala T.

ANÁLISIS: Los resultados obtenidos del paciente si conoce o no las complicaciones que debería valorar el la piel, el 75% conoce que es la irritación, 23% grietas, 45% sangrado, 75% separación de los bordes de la herida, 30% edema.

Cuadro y Gráfico N #21

✓ Orientación sobre el cuidado de la herida

ORIENTACIÓN	TOTAL	R	%
Si	7	0,17	17%
No	33	0,83	83%
TOTAL	40	1	100%



Fuente: Pacientes

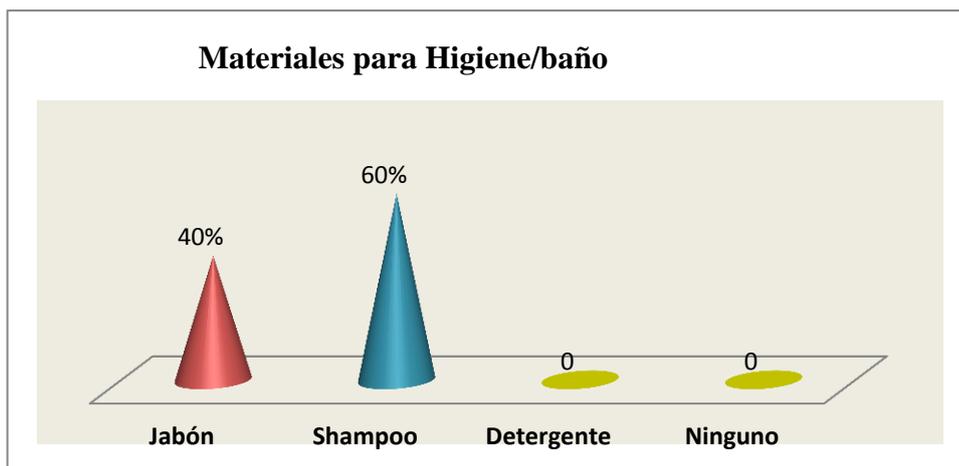
Elaborado por: Hernández M y Orrala T.

ANÁLISIS.- El 83% de los pacientes recibe educación de autocuidado de la herida, mientras que un 17% no recibe educación por parte del personal de enfermería.

Cuadro y Gráfico N #22

✓ Materiales para Higiene/baño

MATERIALES	TOTAL	R	%
Jabón	16	0,62	62%
Shampoo	24	0,32	32%
Detergente	0	0	0%
Ninguno	0	0	0%
TOTAL	40	1	100%



Fuente: Pacientes

Elaborado por: Hernández M y Orrala T.

ANÁLISIS.- En cuanto a los materiales que utilizan para el aseo personal el 40% utiliza jabón, y el 60% shampoo para su higiene.

Cuadro y Gráfico N #23

✓ Lavado diario de los pies

LAVADO DE LOS PIES	TOTAL	R	%
Todos los días	40	1	100%
Pasando un día	0	0	0%
No se lava	0	0	0%
TOTAL	40	1	100%



Fuente: Pacientes

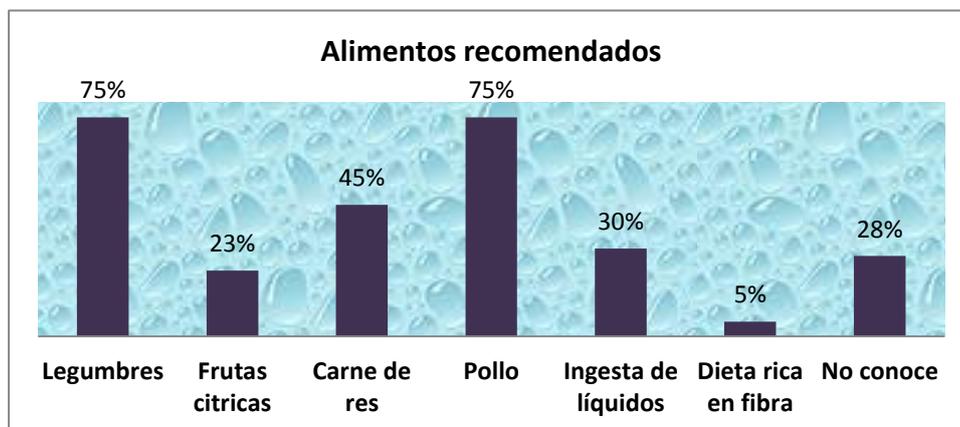
Elaborado por: Hernández M y Orrala T.

ANÁLISIS.- Los pacientes en un 100% realizan la higiene de los pies.

Cuadro y Gráfico N #24

✓ Alimentos recomendados

ALIMENTOS	Paciente	
	f	%
Legumbres	30	75%
Frutas cítricas	9	23%
Carne de res	18	45%
Pollo	30	75%
Ingesta de líquidos	12	30%
Dieta rica en fibra	2	5%
No conoce	11	28%



Fuente: Pacientes

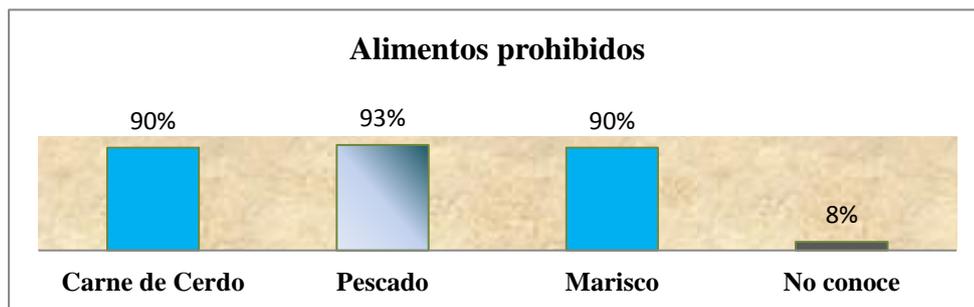
Elaborado por: Hernández M y Orrala T.

ANÁLISIS.- Los tipos de alimento que frecuentemente consumen los pacientes para el cuidado de su herida el 75% consumen legumbres, 23% frutas cítricas, 45% carne de res, 75% pollo, 30% ingesta de líquidos, 5% dieta rica en fibra y 28% no conoce los alimentos que debe consumirse.

Cuadro y Gráfico N #25

✓ Alimentos prohibidos

ALIMENTOS	Paciente	
	f	%
Carne de Cerdo	36	90%
Pescado	37	93%
Marisco	36	90%
No conoce	3	8%



Fuente: Pacientes

Elaborado por: Hernández M y Orrala T.

ANÁLISIS.- Los resultado obtenidos en cuanto a los alimentos que no deben consumir el 90% no consume carne de cerdo, el 93% pescado, 90% mariscos, 8% no conoce.

ANEXO # 9

EVIDENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





ANEXO # 10

GLOSARIO

1.3.1. Desinfección.- Proceso físico o químico que mata o inactiva agentes patógenos tales como bacterias, virus y protozoos impidiendo el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa que se encuentren en objetos inertes.

1.3.2. Exudado.- En medicina un exudado es el conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio, que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades del organismo.

1.3.3. Asepsia.- Término médico que define al conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad. La presentación y uso correcto de ropa, instrumental, materiales y equipos estériles, sin contaminarlos en todo procedimiento quirúrgico practicado se conoce como asepsia.

1.3.4. Antisepsia.- Antisepsia se define como el empleo de sustancias químicas (antisépticos) para inhibir el crecimiento, destruir, o disminuir el número de microorganismos de la piel, mucosas y todos los tejidos vivos.

1.3.6. Técnica.- Es un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos, que tienen como objetivo obtener un resultado determinado, ya sea en el campo de las ciencias, de la tecnología, del arte, del deporte, de la educación o en cualquier otra actividad.

1.3.7. Debridación.- Retirar o eliminar tejidos infectados, necróticos o esfacelados mediante el uso de: cirugía, agentes químicos, terapia larval, etc.

1.3.8. Microorganismo.- También llamado microbio u organismo microscópico, es un Ser vivo que sólo puede visualizarse con el Microscopio.

1.3.9. Incisión.- División o corte metódico de las partes blandas con un instrumento cortante o bisturí. Herida quirúrgica resultante de la incisión.

1.3.10. Antiséptico.- Que impide el desarrollo de los microorganismos patógenos causantes de las infecciones o los mata: el alcohol es un conocido antiséptico.

1.3.11. Úlcera.- Es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia.

1.3.12. Proliferación.- Reproducción o multiplicación de un organismo vivo.

1.3.13. Lesión.- Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos.

1.3.14. Nosocomial.- Una infección nosocomial es aquella que se ha adquirido durante el ingreso en un hospital.

1.3.15. Autocuidado.- Es una forma propia de cuidarse así mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a si mismo.

1.3.16. Curación.- La curación es el proceso de restauración de la salud de un organismo desequilibrado, enfermo o dañado.

PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

PROPUESTA

**PROTOCOLO DE MANEJO DE HERIDAS
MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

AUTORES:

HERNÁNDEZ GUERRERO MARLENE ISABEL

ORRALA DOMÍNGUEZ TATIANA VANESSA

TUTORA:

LCDA. DELFINA JIMBO BALLADARES

LA LIBERTAD – ECUADOR

2013

1. ANTECEDENTES

Las infecciones de la herida quirúrgica continúan siendo un importante problema para muchas instituciones hospitalarias. La tasa de infección de la herida quirúrgica que se registra en el Hospital Liborio Panchana, es uno de los índices más importantes para establecer la calidad de un servicio quirúrgico, esto se debe en gran medida a la falta de estudios en esta institución hospitalaria para identificar aquellos factores que incrementan el riesgo de infección de la herida quirúrgica y la falta de métodos de vigilancia posoperatoria después del alta, lo que trae consigo un sub-registro de las tasas de incidencia y un inadecuado control de las infecciones.

La infección de las heridas quirúrgicas es una de las complicaciones graves del postoperatorio, y estas son atendidas con más frecuencia por el personal auxiliar de enfermería, manera que, es muy importante valorar la participación de enfermería en el manejo de heridas postquirúrgicas, para optimizar la calidad de vida del paciente.

Por lo expuesto anteriormente, el índice de infecciones en heridas postquirúrgicas es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta enfermería. En la búsqueda de estrategias que posibiliten mejorar la calidad del servicio, garantizar la calidad de la atención y optimizar los cuidados de enfermería en heridas a los pacientes ambulatorios que acuden al Hospital Liborio Panchana es muy necesario la aplicación de una guía protocolizada en el manejo de heridas postquirúrgicas con el propósito de poner al alcance al personal de enfermería, las nuevas técnicas de curación que se usan actualmente, para que sean puesto en práctica y mejorar así la evaluación de la herida.

2. MARCO INSTITUCIONAL

La institución en la que se ejecutara el diseño de Protocolo de Manejo de Heridas será en el Hospital Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, ubicada en la av. Márquez de la plata, atrás del cementerio. El hospital cuenta con 110 camas oferta servicios de cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, consulta externa, hospitalización y emergencia, además servicios técnicos complementarios, como rayos x, ecosonografía, audiología, laboratorio clínico, farmacia, terapia respiratoria y de lenguaje.

El protocolo se aplicara el área de cirugía menor donde se realizan los procedimientos en los que aplica una serie de técnicas quirúrgicas sencillas y de corta duración, entre ellas está la curación de heridas quirúrgicas al paciente ambulatorio. Resultando beneficiados de este Protocolo el personal de Enfermería que realiza sus actividades en el área de cirugía menor contribuyendo a la mejora y calidad de atención a los pacientes con heridas postquirúrgicas.

3. MATRIZ FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Atención brindada por el personal capacitado médico y de enfermería durante las 24 horas del día.	Personal técnico insuficiente para cubrir la atención las 24 horas del día y los 365 días del año
Historia y experiencia en prestación de servicios de salud	Disminución de la calidad de los servicios
Accesibilidad al servicio de salud	Déficit de materiales, insumos y medicamentos
Excelente apertura para el desenvolvimiento pre-profesional	Personal no capacitado en diferentes áreas
Hospital de especialidades	Ausencia del personal en horarios de trabajo.
Organización estructural y administrativa para cumplir la política institucional	Liderazgo institucional no desarrollado
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Capacitaciones que ofrece el hospital	Crisis política y económica del país
Ley de modernización y Sistema Nacional de Salud que permiten el desarrollo institucional	Usuarios insatisfechos
Adquisición y mejoramiento de destrezas hospitalarias al personal de salud.	Pérdida de la imagen institucional
Aplicación de avances médicos desarrollados por especialistas que trabajan en el hospital	Política social en salud no implementada acorde a la realidad

4. JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta de la elaboración de un protocolo es el resultado de un estudio realizado acerca de los cuidados de enfermería en el manejo de heridas postquirúrgicas en el área de Cirugía Menor del Hospital Liborio Panchana.

Después de haber realizado la investigación de campo y bibliográfica acerca de los cuidados en el manejo de heridas y evaluado los conocimientos al personal de enfermería respecto al tema, los resultados demostraron que el mayor porcentaje del personal que labora en esta área no se encuentra capacitado adecuadamente, el 97% el profesional de enfermería conoce sobre el manejo de las heridas, mientras que un promedio de 37.5% el personal auxiliar no conoce, en cuanto a las técnicas de curación el 71% el personal de enfermería no utilizan las técnicas de asepsia de una herida, además el 38% no aplican las medidas de bioseguridad como el lavado de manos, y el 83% el personal de enfermería no educa al paciente sobre el autocuidado de la herida.

Por lo que se propone diseñar un protocolo de manejo de heridas en el área de cirugía menor, dirigido al personal de enfermería, debido a la importancia de atención del paciente en la gestión del cuidado, así como también educación, la técnica de curación y el plan de alta, con la finalidad disminuir las posibles complicaciones e infecciones de las heridas postquirúrgicas, ya que dará paso para establecer las acciones que debe realizar el personal de enfermería en la atención del paciente, tomando en cuenta los conocimientos que este posee, para lograr la eficacia de los procedimientos que se le deben realizar.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

- ✓ Mejorar la atención de enfermería en el manejo de la herida quirúrgica mediante la utilización de un protocolo.

5.2. Objetivo Específico:

- ✓ Analizar sobre manejo de la herida y las diferentes técnicas de curación existentes.
- ✓ Diseñar un esquema de valoración de heridas en base al Proceso de Atención de Enfermería.
- ✓ Disponer de un plan de alta a los pacientes con heridas postquirúrgicas.

6. BENEFICIARIOS

6.1. Beneficiario directo:

- ✓ Pacientes con heridas postquirúrgicas que acuden al área de cirugía menor para las respectivas curaciones.

6.2. Beneficiarios indirectos:

- ✓ Personal de Enfermería que labora en el área de cirugía Menor del Hospital Liborio Panchana.

- ✓ Autoridades del Hospital Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena.

7. ACTIVIDADES

- ✓ Tener al menos a una persona dedicada a esta labor, como puede ser una enfermera especialista, con liderazgo, además debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.
- ✓ Realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo de heridas.
- ✓ Diseñar un plan de educación sobre técnicas de curación de heridas.
- ✓ Diseñar un plan de alta.
- ✓ Socializar la propuesta con el personal de enfermería.
- ✓ Presentación de la propuesta y su aprobación.
- ✓ Implementación de la propuesta.
- ✓ Evaluación de los resultados de la propuesta.
- ✓ Informe final de la propuesta.

8. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Fotocopias	100	0.05	5.00
Horas de Internet	40	0.60	24.00
Pendrive	1	15.00	15.00
Resma de papel	1	4.50	4.50
Bolígrafos	2	0.30	0.60
Cartuchos para impresora	2	25.00	50.00
Anillados	3	2.50	7.50
CD	1	2.00	2.00
TOTAL			\$108.60

9. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FECHA					RESPONSABLES
	MES	MES	MES	MES	MES	
Analizar sobre manejo de la herida y las diferentes técnicas de curación existentes.	Mayo					Marlene H. y Tatiana O.
Diseñar un esquema de valoración de heridas en base al Proceso de Atención de Enfermería.	Mayo					Marlene H. y Tatiana O.
Disponer de un plan de alta a los pacientes con heridas postquirúrgicas.		Junio				Marlene H. y Tatiana O.
Elaborar el Protocolo de manejo de heridas		Junio				Marlene H. y Tatiana O.
PROPUESTA	FECHA					RESPONSABLES
	MES	MES	MES	MES	MES	
Socializar la propuesta			Julio			Gestión de Enfermería
Presentación de la propuesta				Agos.		Marlene H. Y Tatiana O.
Aprobación de la propuesta				Agos.		Directivos
Implementación de la propuesta					Sept.	Gestión de Enfermería
Evaluación de los resultados de la propuesta					Sept.	Gestión de Enfermería

10. EVALUACIÓN DEL PROCESO

- ✓ Lista de cotejo de verificación sobre el cumplimiento de los objetivos y los pasos de elaboración del protocolo.

- ✓ Verificación de la aplicación del protocolo.

11. EVALUACIÓN DEL PRODUCTO

Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en relación con las heridas postquirúrgicas por lo que se requiere:

- ✓ Lograr en 80% la utilización del protocolo de manejo de heridas por el personal de enfermería inmerso en el procedimiento de curación.
- ✓ Lograr en 60% disminuir las complicaciones de las heridas postquirúrgicas y favorecer a su cicatrización.

12. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ **Cabal V. Bello I. Vargas C. (2008)** Fundamentos de enfermería y Practica: Cuidados de las heridas.
- ✓ **Johnson B. McCloskey. A. Harcourt M.** Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA-NOC-NIC
- ✓ **Kozier E. Blais W.** Manual clínico de fundamentos de enfermería
- ✓ **Kozier B; Bufalin (1994)** Fundamentos de Enfermería: Cuidado de las heridas. Interamericana, México. 1994. p: 829 – 854.
- ✓ **Nanda. (2002-2004.) North American Nursing Diagnosis Association.** Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación Madrid: Harcourt S.A.
- ✓ **Patiño J, Guzmán F, Herrera N, Baptiste S. (1995)** Salas de cirugía hospitalarias. Manual de Procedimientos. Primera edición. Bogotá: Fundación Santa Fe de Bogotá; pag.4:23-32.
- ✓ **Smith & Nephew.** Guía de tratamiento.- Preparación del lecho de las heridas crónicas.
- ✓ **Soldevilla A (2004.)** Atención integral de las heridas crónicas. Madrid

ANEXOS

APLICACIÓN DE PROTOCOLO MANEJO DE HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Definición: Conjunto de actividades realizado por el personal de enfermería para mejorar la calidad de atención del paciente con heridas postquirúrgicas.

Propósito:

Este protocolo de guía de manejo de heridas, será aplicable a todos los pacientes, que acuden al Hospital Liborio Panchana, que presentan una herida Postquirúrgicas, para su respectiva curación. Se dirige a todos los profesionales de enfermería, auxiliares, estudiantes, que tengan que realizar cura de heridas quirúrgicas.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Es importante valorar la lesión en el contexto en el que se produce, así las complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente tienen prioridad sobre el cuidado local de la herida.

1. Antecedentes patológicos:

- ✓ Hipertensión Arterial
- ✓ Diabetes
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Alcohol

2. Alteraciones nutricionales:

- ✓ Obesidad
- ✓ Desnutrición

3. Uso de medicamentos:

- ✓ Hipoglucemiantes
- ✓ Corticoides
- ✓ Anticoagulantes

VALORACIÓN DE LA HERIDA

En el manejo de la herida es fundamental realizar, previo a la curación una valoración, que permitirá planificar los cuidados de acuerdo a las características y optimizar su adecuada evolución.

1. Características de la herida:

- ✓ Limpia
- ✓ Contaminada
- ✓ Infeccionada

3. Integridad de la piel:

- ✓ Heridas abiertas.
- ✓ Heridas cerradas.

2. Localización anatómica de una herida:

- ✓ Zonas vascularizadas
- ✓ Zonas de articulación
- ✓ Zonas de prominencia óseas

4. Según los signos y síntomas de infección de una herida como:

- ✓ Calor
- ✓ Edema
- ✓ Dolor
- ✓ Rubor

5. Según el aspecto de la herida:

- ✓ Eritematoso
- ✓ Enrojecido
- ✓ Amarillo Pálido
- ✓ Necrótico

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO CLÍNICO (CCC).

COMPONENTE INTEGRIDAD DE LA PIEL: Grupo de elementos que se refieren a las membranas mucosas, corneal, integumentaria o las estructuras subcutáneas del cuerpo.

ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL: Cambios o modificación en las condiciones de la piel.

Basado en los hallazgos de la valoración:

- ✓ Rubor
- ✓ Eritema
- ✓ Edema
- ✓ Bordes eritematosos

RESULTADOS: Los efectos que se desea obtener en cuidado serán bajo los siguientes parámetros:

SIGNOS Y SÍNTOMAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS ACTUALES
Rubor	Mejorar	Mejorado
Edema	Estabilizar	Estabilizado
Eritema	Mejorar	Mejorado
Bordes eritematosos	Evitar deterioro	deteriorado

INTERVENCIÓN: Para la obtención de resultados que evidencia el proceso de terapéutico se utilizará los siguientes parámetros:

Acciones

Valorar/Monitorear

Enseñar/Instruir

Manejar/Realizar

Coordinar/Referir

CUIDADOS DE LAS HERIDAS.- Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación.

- ✓ **Valorar** el lecho de la herida.
- ✓ **Valorar** el sitio de incisión.
- ✓ **Monitorear** las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- ✓ **Realizar** un vendaje apropiado al tipo de herida
- ✓ **Realizar** técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- ✓ **Realizar** el cambio de apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- ✓ **Valorar** cualquier cambio producido por la herida.
- ✓ **Enseñar** al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL: Disminución del mantenimiento de los tegumentos.

Basado en los hallazgos de la valoración:

- ✓ Seroma

RESULTADOS: Los efectos que se desea obtener en cuidado serán bajo los siguientes parámetros:

SIGNOS Y SÍNTOMAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS ACTUALES
Seroma	Mejorar	Mejorado

INTERVENCIÓN: Para la obtención de resultados que evidencia el proceso de terapéutico se utilizará los siguientes parámetros:

Valorar/Monitorear

Enseñar/Instruir

Manejar/Realizar

Coordinar/Referir

VIGILANCIA DE LA PIEL.- Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y las membranas mucosas.

- ✓ **Monitorear** si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.
- ✓ **Valorar** el estado de la zona de incisión.
- ✓ **Realizar** una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de la pérdida de la integridad cutánea.
- ✓ **Valorar** el color y la temperatura de la piel.
- ✓ **Valorar** si hay erupciones y abrasiones en la piel

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL: Aumento de la posibilidad de ruptura de la continuidad de la piel.

Basado en los hallazgos de la valoración:

- ✓ Eventración

RESULTADOS: Los efectos que se desea obtener en cuidado serán bajo los siguientes parámetros:

SIGNOS Y SÍNTOMAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS ACTUALES
Eventración	Estabilizar	Estabilizado

INTERVENCIÓN: Para la obtención de resultados que evidencia el proceso de terapéutico se utilizará los siguientes parámetros:

Valorar/Monitorear

Enseñar/Instruir

Manejar/Realizar

Coordinar/Referir

CONTROL DE INFECCIÓN.- Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

- ✓ **Instruir** al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- ✓ **Realizar** el lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.
- ✓ **Manejar** guantes estériles
- ✓ **Realizar** una técnica de cuidados de heridas.

INCISIÓN DE LA PIEL: Corte en la piel/tegumentos.

Basado en los hallazgos de la valoración:

- ✓ Bordes eritematosos
- ✓ Rubor

RESULTADOS: Los efectos que se desea obtener en cuidado serán bajo los siguientes parámetros:

SIGNOS Y SÍNTOMAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS ACTUALES
Bordes eritematoso	Estabilizar	Estabilizado
Rubor	Mejorar	Mejorado

INTERVENCIÓN: Para la obtención de resultados que evidencia el proceso de terapéutico se utilizará los siguientes parámetros:

Valorar/Monitorear

Enseñar/Instruir

Manejar/Realizar

Coordinar/Referir

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN.- Limpieza, seguimiento, fomento de la curación de una herida cerrada.

- ✓ **Valorar** el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- ✓ **Realizar** la limpieza de la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- ✓ **Monitorear** si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- ✓ **Realizar** la limpieza de la herida de la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- ✓ **Instruir** al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño.

PROCEDIMIENTO DE LA TÉCNICA DE CURACIÓN DE UNA HERIDA

Es una técnica que favorece la formación de tejido de cicatrización en cualquier tipo de heridas.

OBJETIVOS:

- ✓ Manejar los principios básicos de curación de las heridas.

- ✓ Aplicar las técnicas para tratar correctamente una herida y prevenir las complicaciones.
- ✓ Identificar los diferentes tipos de heridas y cómo actuar en cada caso.

MATERIALES Y EQUIPOS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo de curación estéril ✓ Soporte de suero ✓ Bajadas suero ✓ Ducha ✓ Jeringas ✓ Agujas ✓ Ringer Lactato, suero fisiológico o agua destilada | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apósitos (tradicional o biológico) ✓ Gasas estériles ✓ Guantes estériles ✓ Material de fijación ✓ Biombo ✓ Bolsas de desecho ✓ Hoja de enfermería |
|--|---|

PROCEDIMIENTO

- ✓ Lavado de manos
- ✓ Recolectar el material y trasladarlo a la unidad del paciente
- ✓ Saludar y llamar al paciente por su nombre
- ✓ Informar al paciente el procedimiento a realizar
- ✓ Preservar la intimidad y nivel de auto valencia del paciente
- ✓ Colocar guantes de procedimiento
- ✓ Solicitar o acomodar el paciente en posición segura y dejando accesible la zona a curar
- ✓ Desprender telas en dirección del vello y/o retirar apósito (tradicional o biológico). Utilizar suero fisiológico si está adherido el apósito tradicional
- ✓ Eliminar apósito en bolsa desechable
- ✓ Observar la herida y el apósito: cantidad, tipo, color y olor del exudado
- ✓ Lavado de manos
- ✓ Abrir el equipo y material estéril

- ✓ Colocar guantes estériles
- ✓ Limpiar con técnica de arrastre mecánico según tipo de herida con solución (Ringer lactato, suero fisiológico o agua bidestilada)
- ✓ Limpiar de proximal a distal y de la zona más limpia a la más sucia y terminando en la piel que rodea la herida a través de irrigación en la herida y pincelar de la piel con gasa estéril en igual sentido.
- ✓ Desechar las gasas y apósitos utilizados para absorber después de cada uso
- ✓ Eliminar o debridar tejido desvitalizado, si corresponde, a través de lavado con solución estéril o con maniobras instrumentales de cirugía menor.
- ✓ Cubrir con apósito, gasa estéril o apósito interactivo
- ✓ Fijar apósitos o colocar faja de contención, si corresponde
- ✓ Dejar cómodo y seguro al paciente
- ✓ Educar al paciente y/o familiar en el autocuidado
- ✓ Retirar el material
- ✓ Retirar guantes y desechar
- ✓ Lavado de manos
- ✓ Registrar en hoja de enfermería

RECOMENDACIONES

- ✓ Si no hay complicaciones las heridas no deben ser manipuladas
- ✓ La frecuencia de las curaciones debe ser según necesidad.
- ✓ Al registrar el procedimiento se deben consignar los siguientes datos: Condiciones de los apósitos y de la herida al comienzo de la curación, técnica específica realizada (lavado, debridación, etc.), soluciones usadas, apósitos o fijaciones especiales.
- ✓ Un arrastre mecánico enérgico puede producir hemorragia o aumentar la lesión por destrucción de tejido y está contraindicada, por alterar el proceso de cicatrización

- ✓ El uso de tómulas y gasas para la limpieza está contraindicado con el objeto de proteger el tejido de granulación.
- ✓ Si es necesario secar la herida, se debe empapar con gasa sin friccionar.
- ✓ Los insumos utilizados deben ser de uso individual, si no se puede eliminar una solución debe cerrarse con tapa estéril y no guardar por más de 24 hrs.
- ✓ Las soluciones usadas para arrastre mecánico deben estar tibias.
- ✓ Las soluciones frías producen vasoconstricción que impide una limpieza adecuada y la llegada de micro nutrientes para la cicatrización. Una solución caliente produce vasodilatación que facilita la hemorragia, retardando la cicatrización.

CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

En las heridas quirúrgicas con cierre por primera intención:

- ✓ No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas, siempre que sea posible o Si es preciso levantar el apósito, realizar la cura de la herida con suero fisiológico.
- ✓ Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida.
- ✓ No deben aplicarse antisépticos ni antibióticos tópicos en la herida quirúrgica.
- ✓ Como norma general, los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón
- ✓ Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que esté impregnada de sangre para posteriores valoraciones.
- ✓ Vigilar los posibles signos de infección de la herida quirúrgica.

RECOMENDACIONES AL PACIENTE DESPUÉS DEL ALTA PARA EL CUIDADO DE LA HERIDA

CUIDADO DE LA HERIDA

- ✓ Para limpiar la herida, deberá retirar el esparadrapo o apósito que la cubre.
- ✓ Evite tirar fuerte, si el apósito está adherido, habría que humedecerlo con agua y jabón durante su higiene o con suero fisiológico y retirarlo en la misma dirección de la cicatriz, sujetando ligeramente la piel con la otra mano.
- ✓ Retirado el apósito, deberá vigilar en qué estado se encuentra la herida: supuración, separación de los bordes, inflamación, enrojecimiento, etc.
- ✓ La limpieza de la herida se realizará con agua y jabón líquido, con movimientos suaves y sin frotar.
- ✓ Una vez limpia la herida es importante secarla suavemente con gasas estériles. Cúbrala con su apósito correspondiente o déjela al aire, si su médico o enfermera lo indican.
- ✓ Una vez que termine, vuelva a lavarse las manos.

CUIDADO DE LA CICATRIZ

Una vez retirada la sutura, es importante que cuide la cicatriz para ello deberá:

- ✓ Evitar la exposición al sol, durante los dos primeros meses o utilice cremas de alta protección.
- ✓ Aplicar cremas hidratantes sobre la misma, después de la ducha diaria.

PROBLEMAS O COMPLICACIONES QUE DEBE VALORAR EN LA HERIDA

- ✓ Separación de los bordes de la herida o pérdida de la sutura.
- ✓ Sangrado
- ✓ Inflamación excesiva
- ✓ Signos de infección como: aumento del calor, dolor excesivo, aumento de la dureza en la zona, secreción purulenta, fiebre ($T^a > 38\text{ °C}$).
- ✓ Problemas de circulación: coloración blanquecina-violácea, frialdad y pérdida de sensibilidad excesiva

CUIDADOS GENERALES

- ✓ Debe evitar tracciones fuertes o golpes sobre la herida. Por tanto tendrá que limitar los esfuerzos que comprometan la zona intervenida.
- ✓ En cuanto a la higiene diaria, a partir del 2º o 3º día de la intervención, puede ducharse pero debe secar muy bien la herida.
- ✓ En caso de tener dolor, tome usted los analgésicos prescritos por su médico y siga los consejos de su enfermera.
- ✓ Lleve una alimentación equilibrada, rica en frutas y verduras, con el aporte de proteínas adecuado.
- ✓ Siga las indicaciones de su médico en cuanto a la toma de su medicación habitual.
- ✓ Es aconsejable reducir el consumo de alcohol a niveles no perjudiciales y eliminar el consumo de tabaco.

GUÍA DE VALORACIÓN DE LA HERIDA

<p>Diámetro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 0-1 cm. ■ > 1 - 3 cm. ■ > 3 - 6 cm. ■ > 6 cm. 	<p>Características de la piel circundante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sana ■ eritematosa ■ descamativa ■ macerada 	<p>Características del tejido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ necrótico o esfacelado ■ granulatorio
<p>Compromiso del tejido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sin pérdida de epidermis. ■ Pérdida parcial de epidermis y/o dermis. ■ Pérdida tejido subcutáneo hasta fascia. ■ Pérdida total de la piel con exposición de estructura interna. 	<p>Calidad del exudado que produce la herida, ya sea secreción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ serosa ■ turbia ■ purulenta 	<p>Edema: Medido a través de la presión dactilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Edema + : < 0,3 cm ■ Edema ++ : 0,3 - 0,5 cm. ■ Edema +++: > 0,5 cm.
<p>Coloración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ eritematosa ■ granulatorio, ■ esfacelado ■ necrótico 	<p>Cantidad del exudado que produce la herida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ escaso: 1 - 5 cc. ■ moderado: 5 - 10 cc. ■ abundante: > 10 cc. 	<p>Magnitud del dolor local: Evaluado según escala de valores numéricos.</p>