



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FACULTAD DE
**ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Título:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR EL RIESGO DE
INFECCIÓN EN PACIENTE SOMETIDO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
ABDOMINAL

PRESENTA

L.E.O. Nancy Vargas Trujillo

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada.
Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Directora de Tesina

E.E.Qx. Elia María Rangel Arredondo

San Luis Potosí, S.L.P. octubre de 2017



Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Quirúrgico



FACULTAD DE
**ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

Título:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR EL RIESGO DE
INFECCIÓN EN PACIENTE SOMETIDO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
ABDOMINAL

Tesina

Para obtener el Grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada

PRESENTA

L.E.O. Nancy Vargas Trujillo

Directora de Tesina

E.E.Qx. Elia María Rangel Arredondo

San Luis Potosí, S.L.P. octubre de 2017



Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR EL RIESGO DE
INFECCIÓN EN PACIENTE SOMETIDO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
ABDOMINAL

Tesina:

Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada.
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

L. E.O. Nancy Vargas Trujillo

Sinodales:

M.S.P. Ma Guadalupe Guerrero Rosales

Presidenta

E.E.Qx. Leticia Del Socorro Galvan Hernández

Secretaria

E.E.Qx. Elia María Rangel Arredondo

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. octubre de 2017

RESUMEN

Introducción: La infección de una herida quirúrgica abdominal es una de las principales complicaciones postoperatorias produciendo: efectos psicológicos, físicos y económicos devastadores en el paciente, imagen negativa de la institución donde se realizó el procedimiento y repercusiones económicas hospitalarias considerables, sumándose a estancia prolongada y sin dejar de lado el aspecto emocional del paciente ya que se verá afectada su imagen corporal. Las funciones que desempeña el personal de enfermería en el quirófano son muy importantes en el cuidado del paciente ya que involucra conocimientos teórico-práctico, es quien realmente cuida en forma permanente y continua del paciente enfocándose en la identificación de problemas de salud que requieran de resolución quirúrgica para optimizar la atención. El proceso atención enfermería al ser un método a través del cual se aplica una base teórica y científica al ejercicio profesional; permite a partir del diagnóstico de enfermería, planificar ejecutar y evaluar el cuidado en forma eficaz. **Objetivo:** Crear una herramienta metodológica para la atención postoperatoria que permite brindar cuidados de forma organizada, sistematizada y con una finalidad bien definida, mejorando así la atención de enfermería para disminuir el riesgo de infección y prevenir posibles complicaciones. Para ser aplicado por el personal de enfermería quirúrgica en quirófano, y por el personal de enfermería general en piso de los diferentes turnos.

Por tanto éste trabajo plantea los aspectos prioritarios relacionados a la atención de aspectos físicos y emocionales para su tratamiento y prevención de infecciones. Se realiza en base al análisis de otros estudios publicados con los cuales se contribuye a mejorar la atención del paciente.

Palabras Clave: Proceso de atención enfermería, periodo perioperatorio, infección, herida quirúrgica

ABSTRAC

Introduction: Infection of an abdominal surgical wound is one of the main postoperative complications producing: devastating psychological, physical and economic effects on the patient, negative image of the institution where the procedure was performed and considerable hospital economic repercussions, adding to prolonged stay and Without leaving aside the emotional aspect of the patient since his body image will be affected. The functions performed by nurses in the operating room are very important in the care of the patient since it involves theoretical and practical knowledge, it is the one who really cares in a permanent and continuous form of the patient, focusing on the identification of health problems that require resolution To optimize care. The nursing care process being a method through which a theoretical and scientific basis is applied to the professional practice; Allows from the diagnosis of nursing, to plan to execute and evaluate the care in an effective way. **Objective:** To create a methodological tool for the perioperative care in the pre-evaluates are applied in the postoperative period and by reviewing each one, explaining that by taking into account some that enter that allows to provide care in an organized, systematized and for a good purpose Defined, thus improving nursing care to decrease the risk of infection and prevent possible complications. To be applied by the surgical nursing staff in the operating room, and by the general nursing staff on the floor of the different shifts.

Therefore, this work presents the priority aspects related to the attention of physical and emotional aspects for its treatment and prevention of infections. It is performed based on the analysis of other published studies with which it contributes to improve patient care.

Key words: Care process, perioperative period, infection, surgical wound

AGRADECIMIENTOS

A mi amado esposo

Dios me Honra al tenerte como esposo. Gracias infinitas por apoyarme incondicionalmente, siempre inspirándome a seguir adelante lleno de amor y felicidad, mi motivo de superación y fortaleza.

Al personal administrativo y operacional del departamento de enfermería del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, así como del HGZ No 50 por las oportunidades otorgadas al compartir su conocimiento.

Gracias

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III.	OBJETIVOS.....	6
IV.	METODOLOGÍA.....	7
V.	MARCO TEÓRICO.....	8
	5.1 Proceso atención enfermería.....	8
	5.1.1 Definición.....	8
	5.1.2 Etapas del Proceso Enfermería.....	8
	5.1.3 Proceso Atención Enfermero para Disminuir el Riesgo de Infección en Paciente Sometido A Procedimiento Quirúrgico Abdominal	11
	5.2 Cuidados postoperatorios.....	12
	5.3 Actividades que fomentan la asepsia.....	13
	5.3.1 Asepsia.....	13
	5.3.2 Uniforme quirúrgico correcto.....	14
	5.4 Anatomía de la piel.....	22
	5.5 Clasificación de heridas.....	27
	5.6 Complicaciones.....	29
	5.6.1 Infección de heridas Quirúrgicas Abdominales.....	30
	5.7 Clasificación y tipos de microorganismos.....	31
	5.8 Estadíos de curación de herida.....	35
	5.9 Factores de riesgo de de infección.....	35
VI.	LINEAMIENTOS ÉTICO LEGALES.....	40
VII.	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	41
	7.1 Patrones funcionales afectados.....	41
	7.2 Diagnósticos de Enfermería.....	44
	7.3 Planes de Cuidados.....	46
VIII.	Conclusiones.....	65
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
X.	APÉNDICES Y ANEXOS.....	70

I. INTRODUCCIÓN

La infección del sitio quirúrgico es un problema que ha centrado la atención del personal sanitario desde tiempos de Hipócrates (460-377a.C). Hasta nuestros días se ha profundizado en el conocimiento de la etiopatogenia de dicha entidad, pero sin embargo, sigue suponiendo un problema de alta incidencia en la práctica quirúrgica habitual, causando importante morbilidad al paciente y un alto consumo de los recursos sanitarios ¹.

Además, los pacientes con Infección del sitio quirúrgico tienen un 60% más de posibilidades de requerir asistencia en unidades de Terapia Intensiva, prolongar su internación un promedio de 7 día más, tener 5 veces más posibilidades de ser readmitidos al hospital y tener el doble de mortalidad ².

No obstante, pese al creciente conocimiento de las medidas de prevención y control de infecciones, la esterilización de instrumental, técnicas aséptica, aire limpio y profilaxis antimicrobiana han reducido la incidencia de infección de sitio quirúrgico, la tasa se mantiene en niveles inaceptablemente altos y constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad. Esto, principalmente debido a las fallas en el cumplimiento de prácticas de prevención y control de infecciones, factores de riesgo asociados al huésped y/o la complejidad del procedimiento ³.

Cabe mencionar que el desarrollo de una infección de sitio quirúrgico abdominal es multifactorial; en general, es imposible determinar su causa exacta, ya que el tipo de intervención (urgencia), la duración de la intervención, el índice de masa corporal y las patologías subyacentes son variables predictoras ³.

Las infecciones son una situación importante ya que significa para la persona una pérdida no solo física, sino psíquica ya que estas tienen un impacto negativo en la imagen del paciente, dejando importantes secuelas a nivel psicológico, funcional y

social que pueden influir en la calidad de vida de la persona. No obstante estos efectos y los avances en salud, se continúan presentando infecciones en la práctica quirúrgica ³.

Por tanto cuando la infección esta presente, es de suma importancia que los pacientes puedan pasar por una terapia de preparación y entrenamiento, no solo en cuestión de la preparación física para la posible la atención posterior, sino en relación a los aspectos emocionales y a la preparación y adaptación a su nueva condición, para que logre su integración a las actividades de la vida diaria ³.

En este contexto el tratamiento postoperatorio de una infección de herida suele requerir de un profesional de enfermería que implemente los cuidados adecuados para ayudar al paciente a librar los principales problemas a los que se enfrenta. Dichos cuidados deben ser a través del proceso enfermero, ya que esta herramienta metodológica permite brindar cuidados de forma organizada, sistematizada y con una finalidad bien definida, lo que favorece la rápida y efectiva adaptación del paciente a su nueva condición, además de prevenir posibles complicaciones ⁴.

La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera, por lo tanto, la profesionalización de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas.

Para garantizar la calidad de atención a nuestros pacientes es de suma importancia establecer un plan de cuidados estandarizado que nos permita disminuir el riesgo de infección en todo aquel paciente que será sometido a procedimiento quirúrgico abdominal, inicialmente favoreciendo el afrontamiento que esto implica al paciente para poder prevenir o resolver problemas de salud

Por ello el presente trabajo consiste en la elaboración de un plan de cuidados estandarizado para proporcionar cuidado de enfermería al paciente para disminuir el riesgo de infección en paciente sometido a procedimiento quirúrgico abdominal que pueda ser utilizado en quirófano como en piso, ya sea en el preoperatorio, transoperatorio y/o postoperatorio.

II. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las infecciones del sitio de una intervención quirúrgica también son frecuentes: la incidencia varía de 0,5 a 15% según el tipo de operación y el estado subyacente del paciente ⁵.

En Estados Unidos en el año 2012 hubo más de 290.000 infecciones en pacientes hospitalizados, se estima que la infección del sitio quirúrgico fue directamente responsable por 8.205 muertes de pacientes quirúrgicos ese año ⁶. Por lo tanto, la tasa de mortalidad fue del 3% entre los pacientes que desarrollaron infección del sitio quirúrgico. También existe significativa morbilidad asociada con la Infección del Sitio Quirúrgico; un gran número de pacientes desarrollan incapacidades como resultado de una pobre curación de las heridas y de la destrucción de tejidos que sigue a estas infecciones ⁷. Finalmente, los costos económicos de la Infección del Sitio Quirúrgico tanto para el paciente como para el sistema de salud son altos ⁶.

Las infecciones del sitio quirúrgico son una de las infecciones intranosocomiales (IIN) más frecuentes en los pacientes hospitalizados, se encuentran dentro de las 4 infecciones intrahospitalaria más frecuentes y ocurre en el 20% de las intraabdominales, además son una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad².

En México el servicio de cirugía ocupa un lugar prioritario dentro de la organización de los servicios. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional ha reportado que se realizan alrededor de 1.4 millones de cirugías al año y 3934 en un día típico, destacando las colecistectomías, seguida de hernioplastías y apendicectomías ².

En el 2016 En San Luis Potosí, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General de Zona 50 realizó 3084 cirugías de las cuales 1028 fueron cirugías abdominales, reportando 35 casos de infección de herida quirúrgica abdominal, tomando en consideración que el tipo de cirugía en un 52% de ellas pertenecía al rubro de cirugía Limpia-Contaminada de las cuales el 11% de ellas eran Urgencia, destacándose la colecistectomía 2.

Los factores de riesgo relacionados con el procedimiento quirúrgico incluyen método preoperatorio, atuendo del equipo quirúrgico, método de cobertura estéril, duración de la cirugía, técnica aséptica, factores relacionados con la técnica quirúrgica, drenaje o materiales extraños, ventilación del quirófano y microorganismos exógenos. Por lo que se debe reforzar las medidas necesarias para disminuir el riesgo de infección 4.

A pesar de los mejores cuidados perioperatorios, la mejor calidad en los materiales de sutura y los nuevos sistemas para el manejo quirúrgico, tanto la mortalidad como la morbilidad no han cambiado en las últimas décadas. La incidencia de la infección del sitio quirúrgico a nivel mundial en promedio va de 0.4-15% dependiendo de la cirugía realizada y el tipo de clasificación de herida dada 8.

Por lo anterior es de suma importancia desarrollar planes de cuidado estandarizados para proporcionar cuidados de enfermería al paciente sometido a procedimiento quirúrgico abdominal y así disminuir el riesgo de infección; ya que las medidas de prevención van encaminadas a disminuir el aporte de gérmenes tanto por parte del paciente como desde el personal sanitario, material y ambiente

La enfermera quirúrgica cuenta con gran responsabilidad en la seguridad del paciente, al identificar los riesgos. Es de vital importancia la aplicación de un proceso atención enfermero que le permita disminuir los riesgos de infección en el

sitio quirúrgico abdominal. Esto se logra al realizar un plan de cuidados de enfermería estandarizado, el cual pueda ser aplicado en el HGZ No 50, tanto en el área de quirófano como en piso en paciente sometido a proceso quirúrgico abdominal.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Implementar cuidados de Enfermería en la etapa postoperatoria a través de un plan estandarizado enfocado a pacientes que han sido sometidos a procedimiento quirúrgico abdominal para disminuir el riesgo de infección en el sitio quirúrgico.

Objetivos Específicos

- Fundamentar los cuidados de Enfermería con base a la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, enfocado a la disminución de riesgo de herida abdominal en el postoperatorio
- Mostrar el plan de atención enfermería estandarizado para disminuir el riesgo de infección sometido a procedimiento quirúrgico en el postoperatorio
- Orientar la atención de enfermería, mediante la determinación de acciones conducentes a prevenir, paliar o resolver problemas de salud detectados.
- Proporcionar pautas para la evaluación de los cuidados, ya que sirven de registro de las actividades realizadas .

IV. METODOLOGÍA

El presente trabajo Inicia con la recopilación bibliográfica de artículos científicos de libros, revistas, internet, diversas visitas a la biblioteca de Centro de Información de Ciencias Biomédicas (CICBI) de zona Universitaria, así como el apoyo del área de epidemiología del HGZ No 50

Se eligió el tema mediante la propuesta de un plan de cuidados para disminuir el riesgo de infección en paciente sometido a procedimiento quirúrgico abdominal fundamentando las intervenciones de Enfermería de acuerdo a NIC y NOC, previamente identificando los patrones afectados con base a la NANDA

Este trabajo siempre fue revisado y asesorado por la directora de tesina. Una vez concluida se realizan las observaciones correspondientes y finaliza con la presentación ante sinodales.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Proceso Atención Enfermería

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente⁹.

La aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería es el método conocido como Proceso Cuidado Enfermero, el cual permite a la enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática⁹.

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo¹⁰.

5.1.1 Definición de Proceso Cuidado Enfermero

Alfaro define el Proceso Cuidado Enfermero como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o grupos de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”; es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesta por cinco sucesivos¹¹.

5.1.2 Etapas del Proceso Enfermería

El Proceso de Enfermería esta constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación,

ejecución y Evaluación donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica ¹².

La primera etapa, es la **Valoración** que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas¹³.

Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona¹³.

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el paciente y el entorno” ¹³.

La segunda etapa, es el **Diagnóstico**, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de Diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto Diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores ¹⁴.

Los Diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros Diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron

evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los Diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹⁵ como el sistema oficial de Diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados en enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados¹⁵

La tercera etapa, la **Planeación**, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera- paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los Diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo ¹⁵

La cuarta etapa, la **Ejecución**, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería ^{14,15}

La quinta y última etapa es la **Evaluación**, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan de cuidados previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería ^{14,15}

5.1.3 Proceso Atención Enfermero para Disminuir el Riesgo de Infección en Paciente Sometido A Procedimiento Quirúrgico Abdominal Durante el Postoperatorio

Los cuidados durante el perioperatorio tienen componentes significativos para iniciar con una valoración con el fin de rehabilitación y formular un plan de tratamiento, que ayude a restablecer al paciente a su estilo de vida premórbido con actitud positiva, viendo la infección de sitio de herida quirúrgica abdominal como un procedimiento de complicación, no como un proceso destructivo. Para ello se requiere que el paciente sea instruido inmediatamente sobre cómo cuidarse de modo efectivo en relación con el procedimiento y ser habilitado en actividades de funcionalidad, protección y evitar el desacondicionamiento físico. En este sentido, el profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, que tiene una función determinante como educador, debe utilizar metodología apropiada y desarrollar habilidades relacionadas con la comunicación, disciplina, creatividad, respeto y ética, con miras a servir, cuidar, transmitir/comunicar, para que pueda ofrecer servicios de salud de calidad a la población ¹⁶

Propósito

Se espera que la aplicación contribuya a:

- Aliviar la ansiedad y los temores del paciente
- Proporcionar información veraz y aclarar dudas sobre su tratamiento quirúrgico
- Escuchar al paciente y permitir expresar sentimientos sobre su estado posquirúrgico
- Orientar y preparar al paciente y a sus familiares para el cuidado en domicilio.

- El tratamiento inmediato para reducir el edema y promover la cicatrización de la herida.
- Aumentar la resistencia cardiovascular
- Mejorar las responsabilidades directamente del paciente y la familia dentro del tratamiento.
- Introducirse en habilidades funcionales tan pronto como sea posible para promover la independencia de las técnicas de movilidad en la cama, transferencia y deambulaci3n.

5.2 Cuidados Postoperatorios

En la cirugía abdominal, como en toda cirugía, la recepci3n y vigilancia del paciente juega un papel importante en el pron3stico de la intervenci3n. Una vez terminada la cirugía, los profesionales de enfermería realizan la valoraci3n inmediata del periodo postoperatorio:

- Estado cardiovascular, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, presi3n arterial, color y temperatura de la piel.
- Vía aérea y respiraci3n, saturaci3n de oxígeno, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.
- Estado hídrico, estado de las perfusiones, tipo de líquido, velocidad y cantidad, signos de deshidrataci3n.
- Gastrointestinal, el paciente permanecerá en ayuno o hasta que el facultativo lo autorice, verificar soluciones , SNG.
- Estado de la zona operada, aspecto de herida quirúrgica y apósito o gasa.
- Drenaje, Catéteres, tipo, calibre, lugar de localizaci3n y aspecto del punto de inserci3n.
- Estado neurol3gico, nivel de conciencia, orientaci3n, y respuesta de las extremidades.
- Molestias, dolor, tipo, localizaci3n e intensidad, si tiene náuseas o v3mito.

- Seguridad; necesidad de barandales, medias de compresión, verificar su correcta colocación.

5.3 Actividades que Fomentan la Asepsia

5.3.1 Asepsia.

Es la condición en la que el cuerpo se considera "estéril" y libre de microorganismos infecciosos. Literalmente, asepsia significa sin infección. La asepsia es el objetivo, mientras que la técnica aséptica involucra los métodos empleados para alcanzar dicho objetivo ¹⁷.

La asepsia quirúrgica previene la contaminación de las heridas quirúrgicas. El personal del quirófano tiene la responsabilidad de recurrir a principios asépticos estrictos para minimizar este riesgo ¹⁸.

Todo el equipo quirúrgico, cualquier instrumento, aguja, suturas, vendajes, cubiertas y soluciones las cuales puedan tener contacto con la herida quirúrgica deben esterilizarse antes de usarse ^{17,18}.

Actividades importantes y controles ambientales que promueven y mantienen la asepsia:

- El lavado de manos quirúrgico
- La preparación de la piel del paciente
- El filtrado del aire de la sala de operaciones
- La esterilización del instrumental
- La contención de cabello y el uso de ropas de quirófano
- El uso de bata, guantes y campos estériles de uso correcto
- La separación de los instrumentos sucios y los limpios durante su procesamiento

- La limpieza rigurosa del ambiente entre las operaciones
- La ventilación y control de la temperatura, el control de los patrones de tráfico y la creación de áreas restringidas para confinar los microorganismos
- La protección de la herida quirúrgica con curaciones estériles
- El drenaje de la herida para evitar la formación de un medio apropiado para el crecimiento bacteriano en el cuerpo ⁴.

5.3.2. Uniforme Quirúrgico Correcto.

La asociación of PeriOperative Registered Nurses, antes llamada Association of Operating Room Nurses (y aún conocida por las siglas AORN) ha presentado recomendaciones para el atuendo quirúrgico correcto, con el fin de promover un alto nivel de limpieza en ambientes determinados de práctica ¹⁹.

La indumentaria de quirófano consiste en la ropa que cubre el cuerpo, encima las dos piezas de una pijama, el gorro, la mascarilla y las botas. Cada una tiene como objetivo combatir adecuadamente las fuentes de contaminación exógena (externa) para el paciente. Los guantes y las batas estériles se suman a esta indumentaria básica para todos los miembros del equipo quirúrgico ²⁰.

Dentro de las áreas gris y blanca solo se debe de llevar ropa permitida limpia o recién lavada. Esta norma se aplica a cualquiera que entre en el quirófano, ya sea personal profesional, no profesional o cualquier visitante ¹⁴.

Es obligatorio utilizar ropa limpia cada vez que se entra en el quirófano o en cualquier momento si la ropa está húmeda o sucia. La ropa manchada de sangre no sólo no es agradable, sino que puede constituir una fuente de infección cruzada¹².

Siempre se debe disponer de un suministro adecuado de ropa limpia. La ropa se lava a diario exclusivamente en las instalaciones de lavandería del hospital. No se deben llevar a casa para lavarla. Las mascarillas y los gorros deben cambiarse de un paciente a otro. La indumentaria del quirófano no se debe sacar del mismo. Con ello se protege al ambiente del quirófano de microorganismos inherentes al medio externo y también a este último de la contaminación con microorganismos habitualmente asociados al quirófano. Todo el personal debe vestirse de nuevo con su ropa de calle ²⁰.

En situaciones como el descanso para la comida, se puede salir del quirófano cubriendo el pijama con una bata desechable de un solo uso, antes de entrar de nuevo en la sala, es necesario volver a ponerse la ropa limpia. La higiene personal ha de ser extremadamente escrupulosa ²⁰.

No se debe permitir el acceso al quirófano de una persona con infección aguda, como catarro o faringitis. El personal que presenta cortes, quemaduras o lesiones cutáneas no debe manejar equipos estériles, ya que puede existir un exudado seroso en la herida que supone un medio de cultivo bacteriano ¹⁸.

Los miembros de un equipo que se saben portadores de microorganismos patógenos deben bañarse y lavarse de forma rutinaria con un agente antiséptico cutáneo apropiado y lavarse el pelo a diario ¹⁶.

Las uñas deben mantenerse cortas, es decir, no sobrepasar la punta del dedo.

Las joyas, la bisutería, incluyendo anillos y relojes, deben quitarse antes de entrar en las áreas blancas y grises ¹⁸.

El maquillaje debe ser el mínimo ²¹.

Las gafas deben limpiarse con una solución antiséptica antes de cada intervención ²¹.

Las manos deben lavarse con frecuencia y a fondo. El empleo de una crema de manos de forma habitual ayuda a prevenir la piel seca y agrietada ²³.

Debe utilizarse calzado cómodo para reducir la fatiga y por propia seguridad personal. Los zapatos deben cubrir los dedos y los talones, no debe utilizarse sandalias ni suecos. El calzado de tela no protege frente a los líquidos que se derraman o el choque o la caída de instrumentos afilados. Los zapatos deben limpiarse con frecuencia, independientemente de si utilizan o no botas ^{21,22}.

Componentes de la indumentaria:

Cada elemento de la indumentaria quirúrgica es un medio específico de prevención o protección frente a las fuentes potenciales de contaminación del medio, incluyendo la piel, el pelo y la flora nasofaríngea, así como los microorganismos presentes en el aire, la sangre o los líquidos corporales. Todo el personal del área gris lleva indumentaria que cubre la cabeza y el cuerpo ²⁰. En las áreas blancas se utilizan también mascarillas. Otros elementos adicionales sólo se emplean durante la intervención quirúrgica o como protección frente a una exposición peligrosa ⁴.

Indumentaria que cubre el cuerpo:

Todo el personal debe de llevar un traje limpio antes de entrar en el área blanca o gris. Existen diferentes tipos de ropa estéril, en pijamas de dos piezas o de una sola pieza, en un color uniforme o con un estampado atractivo. Toda la ropa debe ajustarse perfectamente. Los pantalones evitan la dispersión de microorganismos procedentes de la región perineal y de las piernas, con mayor eficacia que los vestidos ²¹.

Las personas que no forman parte del equipo estéril deben llevar batas con mangas largas sobre una bata limpia. Las mangas ayudan a contener los

microorganismos procedentes de las axilas y brazos. La bata debe estar cerrada para evitar la posibilidad de rozar contra el campo estéril durante el movimiento ³⁸.

Bata

Las batas están hechas de tela de algodón de buena calidad, con una abertura posterior y cintas para anudarse. Para protección extra el peto de la bata o la pechera es doble, para que la transpiración no pase el grosor de la tela. Cada manga termina en un puño que facilita sobreponer el puño de los guantes a la bata. Existen batas desechables ²⁰.

La bata debe suponer una barrera protectora para evitar el paso de microorganismos desde la piel y el pijama de quien la usa al campo estéril y al paciente, previniendo la penetración de sangre o líquidos corporales desde el paciente al pijama y la piel del usuario ²¹.

Aunque se esteriliza toda la bata, la zona de la espalda no se considera estéril, así como por debajo del nivel de la mesa, una vez que se pone la bata. Se recomienda utilizar batas estériles que se cruzan sobre la espalda, cubriendo por completo esta región²².

Estas batas se atan al cuello y a la Cintura antes de cruzar la parte estéril sobre la espalda y se ata con cintas en un lado o en la región anterior. Si la bata sólo cierra con cintas sobre la espalda, hay que colocar un paño estéril sobre la misma para cubrir la parte expuesta del pijama en la zona de la espalda. Los puños de las batas son de tejido elástico o grueso para que ajusten bien a las muñecas. Los guantes estériles deben cubrir los puños de la bata ²².

Las batas han de ser resistentes a la penetración de líquidos y sangre, ser cómodas y no producir un calor excesivo. La mayoría de las batas desechables están hechas de materiales de fibra de hilo no entrelazada, repelente de la

humedad. Algunas están reforzadas con un plástico en los antebrazos y la parte delantera²².

Pijama quirúrgica

Esta consiste en ropa ligera de algodón hecha de dos piezas. Una de esas piezas es una camisa sin cuello, cuya porción inferior se usa bajo del cinturón del pantalón. La otra pieza es un pantalón de pijama con abertura lateral y muy amplio²³

Gorro o turbante

Es un gorro de tela y oculta todo el pelo para impedir la caída del cabello en zonas estériles; si la persona tiene el pelo largo debe usar turbante. Se debe cubrir con el gorro la frente para absorber el sudor e impedir su goteo ²⁴.

Desde que se estableció que el cabello era una vía de contaminación importante, antes de vestirse se coloca un gorro o caperuza para proteger la vestimenta de la contaminación por el cabello. Todo el cabello de la cabeza debe estar cubierto por completo en las áreas gris y blanca. Existen varios tipos de gorros, cascos y capuchones ligeros. La mayoría están fabricados con materiales de tejido no entrelazado, no porosos, que no producen pelusas y que son desechables. Los gorros reutilizables deben estar fabricados con tejidos densos y hay que lavarlos a diario. Las redecillas son demasiado porosas para ser aceptables. El cabello no debe cepillarse mientras se viste ropa de quirófano²⁵.

Cubreboca

Se anuda con una cinta detrás del cuello y otra en el vértice del cuello, de tal modo que el cubreboca quede sujeto y no se deslice; desde luego, no debe impedir la visión ni la respiración libre²⁶

Calzado

Debe ser de suela de cuero delgado y de material conductor para evitar la acumulación de cargas eléctricas estáticas en el cuerpo y al pasar por la zona negra de los vestidores a la zona gris se cubren con botas de lona gruesas que evitan que los zapatos sean vehículo de microbios al cambio de zona de restricción, también hay botas desechables²⁶.

Fundas de calzado (botas):

Las botas deben utilizarse en las áreas gris y blanca. Protegen a quien las utilizan del derramamiento de líquidos dentro o sobre los zapatos durante las intervenciones en las que es previsible una pérdida de sangre durante un lavado del campo quirúrgico abundantes ^{28,29}.

Guantes estériles:

Los guantes estériles completan la indumentaria de los miembros del equipo estéril. Se emplean para que el portador pueda manejar instrumental estéril y manipular los tejidos de la herida quirúrgica. Los guantes quirúrgicos están fabricados con goma de látex, natural, goma sintética, vinil o polietileno. Es más habitual usar guantes desechables o de látex. El látex es una membrana polimérica de goma natural, con un número infinito de orificios entre los monómeros. Sin embargo, es una barrera mejor que el vinilo, el cual puede permitir el paso de sangre y líquidos tras una exposición prolongada ²⁷.

Los guantes vienen empaquetados por parejas, con el extremo proximal dado la vuelta para proteger la parte externa estéril durante su colocación. El envoltorio interno de papel del paquete de guantes desechables protege la esterilidad de los mismos cuando se retira el envoltorio externo. Los paquetes suelen abrirse

separando las dos partes de un extremo. Antes de abrirlo, hay que inspeccionar el paquete para descartar la presencia de orificios o humedad, que indican contaminación 28.

Cuando el envoltorio interno está desplegado, el guante derecho se encuentra a la derecha y el izquierdo a la izquierda, con la palma hacia arriba. Ambas superficies, interna y externa, deben estar prelubricadas con un polvo de almidón de maíz seco absorbible antes del proceso de esterilización para facilitar su colocación, disminuir el paso de polvo al ambiente del quirófano y prevenir la adhesión de las superficies del guante 4.

Sobre este uniforme quirúrgico, la enfermera instrumentista usa una bata que es totalmente estéril 29

Características de la ropa de cirugía

- Debe de ser material que no produzca electricidad para evitar explosiones en el quirófano
- Debe ser amplio, para facilitar el movimiento
- La tela será de algodón, popelina, lino, lana, cabeza de indio etc. Siendo esta última la preferida por su economía y duración.
- Debe ser de fácil lavado
- Resistente al sol y a sustancias químicas
- De preferencia de color azul o verde, ya que estos suprimen el deslumbramiento y el reflejo que producen las luces brillantes sobre la tela27.

Bata de Estéril:

Esta se coloca encima de del uniforme quirúrgico, la usan el medico, su asistente, y la enfermera quirúrgica, esta contiene un bolsillo al frente, en este se colocan las

manos, cuando no se están utilizando para evitar que se contaminen los guantes²⁸.

Los guantes regularmente se utilizan con la técnica cerrada esto quiere decir, que se deberán colocar por encima de la bata cubriendo los puños de esta²⁹.

5.4 ANATOMÍA DE LA PIEL

La piel es un órgano resistente y flexible en constante renovación que envuelve al hombre y permite el contacto con el mundo exterior a través de una gran área superficial ³⁰.

Composición

El sistema tegumentario está formado por la piel y estructuras anexas: pelo, uñas y diversas glándulas (sudoríparas y sebáceas) , músculos y nervios ³⁰. (Anexo 1)

Funciones

Protección. Evita la entrada de gérmenes patógenos, al ser semipermeable al agua y a drogas de uso externo.

Regulación térmica. Ayuda a conservar la temperatura corporal (36,5° - 37°)

Excreción. Elimina desechos por el sudor.

Síntesis. En la piel se sintetiza la vitamina D y la melanina.

Discriminación y recepción sensorial. Posee receptores para el tacto, presión, calor, frío y dolor ³¹

Corpúsculo de Meissner: tacto de piel sin vellos, tacto fino y discriminativo. Localización superficial en la dermis. Son sensibles al tacto y vibraciones, pero se limitan en la detección porque solo pueden señalar que algo está tocando la piel ³¹

Corpúsculo de Krause: registran el frío. Localizados en el nivel profundo de la hipodermis.

Corpúsculo de Ruffini: mecanorreceptores del calor , situados en la dermis profunda.

Corpúsculo de Pacini: mecanorreceptores que distinguen presión, localizados en el centro de la dermis y en el tejido conectivo subcutáneo 36. Numerosos en manos y pies³²

Capas Abdominales

- Piel
- Grasa Subcutánea
- Fascia o aponeurosis
- Músculo (Recto Abdominal, músculos oblicuos y transverso abdominal)
- Peritoneo (Anexo A)

Epidermis

Capa más superficial y delgada. Formada de tejido epitelial escamoso estratificado y queratinizado donde se aprecian 4 estratos: basal, espinoso, granuloso y córneo (piel fina: párpados y zona genital) En la partes de mayor fricción se encuentra además el estrato lúcido (piel gruesa: yemas de los dedos, piel palmar y plantar) ³⁰

Células de la Epidermis

Queratinocitos: Células productoras de queratina(proteína fibrosa y resistente protectora de la piel)

Melanocitos: Producen melanina (pigmento, contribuye al color de la piel absorbe la luz UV dañina)

Células de Langerhans: Participan en reacciones inmunitarias contra los microbios que invaden la piel, las afecta la luz UV.

Células de Merkel: principalmente en estrato espinoso, contactadas con prolongaciones aplanadas de neuronas sensoriales (discos táctiles o de Merkel)

Ambas ³¹

Dermis

Capa profunda y gruesa de la piel (corion) compuesta de tejido conectivo que contiene colágena y fibras elásticas. Posee fibroblastos, macrófagos y adipocitos. Gran cantidad de vasos sanguíneos y también nervios, glándulas y folículos pilosos. Se encuentra en ella el sistema glandular de la piel. Se reconocen dos regiones; dermis papilar (región superficial) y dermis reticular ^{30,31}.

Dermis papilar

Porción superficial de la dermis. Tejido conectivo laxo con fibras elásticas finas. Su área superficial aumenta por papilas dérmicas (protuberancias digitiformes) en algunas se encuentran receptores llamados corpúsculos táctiles o de Meissner, que son mecanorreceptores (terminaciones nerviosas sensibles al tacto) También existen terminaciones nerviosas estas envían impulsos que se traducen en sensaciones de calor, frío, dolor, cosquilleo y comezón³¹.

Dermis reticular

Tejido conectivo denso e irregular con fibras de colágena y elásticas gruesas. Esta combinación le dan a la piel resistencia, extensibilidad y elasticidad. Los espacios entre fibras son ocupados por glándulas sebáceas y sudoríparas, músculos erectores del pelo, folículos pilosos y mecanorreceptores (corpúsculo de Pacini, presión y Ruffini, tensión) ³¹

Bases estructurales del color de la piel

Melanina, caroteno y hemoglobina son pigmentos que le confieren tonalidad a la piel. La diferencia del color de piel se debe a la cantidad de pigmento que los melanocitos sintetizan y distribuyen en los queratinocitos. El pigmento se sintetiza en los melanosomas a partir de la tirosinasa. El caroteno (pigmento anaranjado

amarillento) es precursor de la vitamina A necesaria para los pigmentos que participan en la visión ^{30,31}.

Tejido Celular Subcutáneo (hipodermis)

Este Plano contiene tejido adiposo laxo (contiene vasos y nervios que dan ramas para irrigar, drenar e inervar a la dermis y la epidermis) y adiposo (grasa de depósito o de soporte) situado bajo la dermis, se encuentran también los corpúsculos de Paccini ⁵⁶. Es posible de estratificarse, pudiendo aislarse quirúrgicamente una o varias capas, especialmente en la zona infraumbilical del abdomen. La movilización y depósito de los lípidos se ve influido por factores nerviosos (noradrenalina, que activa la lipasa) y hormonales (insulina, hormonas tiroideas, glucocorticoides y hormonas hipofisarias). En el tejido subcutáneo se encuentran vasos sanguíneos provenientes de los vasos perforantes ³².

Plano musculoaponeurótico.

Comprende tres grupos musculares:

Músculos posteriores

- 1- Plano profundo o de los canales vertebrales: Músculo transversoespinoso, músculo dorsal largo, músculo sacro lumbar, músculo espinoso dorsal.
- 2- Plano medio: Músculo serrato menor posteroinferior.
- 3- Plano superficial: Músculo dorsal ancho y aponeurosis lumbar.

Músculos laterovertebrales: Músculo cuadrado lumbar, músculo psoas iliaco.

Músculos anterolaterales: Músculo transverso del abdomen, músculo oblicuo interno o menor, músculo oblicuo externo o mayor, músculo recto del abdomen. Los músculos transverso y oblicuos interno y externo hacia delante forman la vaina de los rectos y la línea blanca³².

Espacio extraperitoneal o subperitoneal.

Está situado entre la superficie interna de las paredes músculoaponeuróticas del abdomen cubierta por sus fascias de revestimiento y el peritoneo parietal definitivo. Se constituye así una cavidad menor o peritoneal por dentro de una cavidad mayor o cavidad abdominal. Contiene vasos, nervios, órganos extraperitoneales y tejido conjuntivo y adiposo de disposición variable, según las regiones y las personas ³²

Peritoneo

El peritoneo parietal limita una cavidad cerrada, excepto en la mujer a nivel del orificio peritoneal de las trompas uterinas con posibilidad de infección retrógrada ascendente. Contiene los órganos intraperitoneales y a su vez se subdivide en espacios y regiones, útiles en la exploración y procedimientos quirúrgicos intraperitoneales y en las vías de abordaje transperitoneales de las estructuras extraperitoneales³³.

Incisiones

Las incisiones en la pared abdominal se nombran de acuerdo con su localización anatómica y sus planos son:

Medianas (en la línea media) ofrece un campo casi exangüe y una exposición adecuada para casi todas las estructuras de la cavidad abdominal. Se emplazan directamente sobre la línea alba (o línea blanca) de la pared abdominal. Incisiones: Piel, grasa subcutánea, fascia o aponeurosis, peritoneo abdominal ³⁴

Paramedianas Superiores. Se usan principalmente para exponer el estómago, el duodeno y el páncreas, permite ingresar al abdomen con un mínimo sangrado y puede ampliarse hacia arriba o hacia abajo de acuerdo con las necesidades del procedimiento. Incisiones: Piel, grasa subcutánea, músculo recto abdominal, aponeurosis del recto, peritoneo abdominal ^{33,34}.

Subcostales. La subcostal derecha se usa para exponer la vesícula y las estructuras asociadas con ella. En ocasiones para operaciones del páncreas, puede usarse para exponer el bazo aunque no es aconsejable para los traumatismos esplénicos. Incisiones: Piel, grasa subcutánea, músculos rectos, fascia, peritoneo abdominal ³⁵

McBurney. Se usa para la exploración y extirpación del apéndice. Se emplaza en el lado derecho del abdomen, en un ángulo oblicuo debajo del ombligo, a lo largo del flanco. Incisiones: Piel, grasa subcutánea, fascia, músculos oblicuos y transversos abdominales, peritoneo abdominal ²⁸.

5.5 Clasificación de las Heridas

Herida es una separación de la continuidad normal del tejido. Cuando el tejido se ha separado tanto que no puede ya cicatrizar naturalmente, debe ser reparado por un cirujano ¹⁷.

Puede definirse el tejido como un grupo o capa de células con grado especializado similar que juntas llevan a cabo funciones especializadas. Los diferentes tipos de tejidos del cuerpo tienen distintas propiedades inherentes que terminan su función, así como fuerza y resistencia para romperse ¹⁸

La pérdida de la integridad proporciona una vía de entrada para los microorganismos ¹⁸.

Las heridas quirúrgicas de acuerdo al grado de contaminación se han clasificado como:

Limpias: Son heridas atraumáticas en las que no existe inflamación, no se interrumpe la técnica estéril y no se penetra ninguna víscera hueca. Estas incisiones electivas se realizan en condiciones estériles y no tienen propensión a

infectarse. La inflamación es una parte natural del proceso de cicatrización. Las heridas limpias se cierran por unión primaria y generalmente no se deja drenaje. No se viola la técnica aséptica durante el procedimiento. El cirujano no llega a la cavidad orofaríngea o al tracto respiratorio, alimentario o genitourinario ¹⁷.

Limpias Contaminadas: Son idénticas, excepto que se penetra alguna víscera. Las apendicectomías y las operaciones vaginales pertenecen a esta clase, así como las heridas normalmente limpias que se contaminan por la entrada en una víscera que ocasiona una mínima salida de su contenido. Estas heridas operatorias tienen la flora habitual normal sin contaminación inusual. Si penetra en el tracto respiratorio o alimenticio, no ocurre salida significativa. Cuando penetra en el tracto genitourinario o biliar, no hay contaminación de orina o bilis infectada¹⁷

Contaminadas: Se producen por traumatismo por alguna fuente limpia o por derramamiento menor de materiales infectados. Estas incluyen heridas traumáticas recientes como laceraciones de tejidos blandos, fracturas abiertas y heridas penetrantes, procedimientos operatorios en los que hay salida abundante del tracto gastrointestinal, procedimientos en el tracto biliar o genitourinario en presencia de bilis o de orina infectada y operaciones en las que se viola la técnica aséptica¹⁸.

Sucias o Infectadas: Se producen por traumatismo con una fuente contaminada o derrame importante de material infectado a la incisión. Estas heridas han estado muy contaminadas o clínicamente infectadas antes de la operación. Incluyendo vísceras perforadas, abscesos o heridas traumáticas antiguas en las que se ha retenido tejido desvitalizado o material extraño. La infección presente en el momento de la operación puede aumentar la velocidad de la infección de cualquier herida un promedio de cuatro veces¹⁹

5.6 Complicaciones

La presencia de **infección** provoca un aumento de colagenólisis. Significa que el colágeno cerca de la incisión se degrada y debe restituirse. La colagenólisis ocurre con frecuencia en el tejido intestinal y puede provocar la dehiscencia a cierta distancia del cierre original. Las heridas con colección de sangre o líquidos tienen una incidencia muy alta de infección postoperatoria

Se van a clasificar dependiendo de a qué capas llegue:

- Infección superficial: Piel y tejido celular subcutáneo
- Infección profunda: Piel, tejido celular subcutáneo y fascia del músculo.
- Infecciones de órgano o espacio: La infección se produce dentro de la cavidad abdominal ²⁰

La **dehiscencia** es la separación en capas de la herida por incisión. El tratamiento depende de la extensión de la ruptura de la herida. Si la dehiscencia es extensa, la incisión debe volver a suturarse en el quirófano.

La **evisceración** es la protusión de órganos a través de una dehiscencia de la herida. Estas complicaciones graves pueden deberse a un retraso en la curación de la herida o inmediatamente después de la intervención. También se producen tras un esfuerzo (tos, estornudos o vómitos)²¹.

Sepsis de la herida. Los signos y síntomas que indican infección de la herida incluyen taquicardia, aumento de la temperatura, dolor, supuración, sin embargo, si la infección es profunda pueden estar ausentes, gran parte de las infecciones están causadas por *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, y otras raras como *Clostridium* las cuales son rápidas y letales ²¹

Evisceración: se exponen las asas de intestino.

Progresión a sepsis

Eventración a largo plazo: hernia sobre cicatriz de intervención.

Aislamiento: gérmenes multirresistentes

Cicatriz antiestética

Aumento estancia hospitalaria ²²

5.6.1. Infección de Heridas Quirúrgicas Abdominales

Las infecciones asociadas a cuidados de la salud, conocidas también como infecciones nosocomiales, son un problema relevante de salud pública de gran trascendencia económica y social y constituyen un desafío para las instituciones de salud y el personal responsable de su atención ²⁴.

Las infecciones nosocomiales se definen como “una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.” Operacionalmente, las infecciones que ocurren después de 48 horas del internamiento se consideran como nosocomiales. Conforme a la NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales ²⁵.

Desde 1992, los CDC (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA) modificaron la definición de infección de herida quirúrgica, cambiando este término por el de “infección del sitio quirúrgico“, para englobar varias condiciones que antes se consideraban de manera aislada. Esta denominación tiene varias ventajas, como incluir en un mismo término infecciones que ocurren a diferentes niveles anatómicos, pero que, en realidad tienen una misma causa, un diagnóstico similar y un tratamiento relacionado²⁶. Fue necesario acuñar algunas definiciones, agrupadas por sitios anatómicos e incluir los siguientes criterios: Infecciones del Sitio Quirúrgico incisional superficial: infección que compromete solamente la piel y el tejido celular subcutáneo; Infecciones del Sitio Quirúrgico incisional profunda:

infección que compromete los tejidos blandos profundos (fascia y músculo).
Infección del Sitio Quirúrgico de órgano/espacio: infección que está relacionada con el procedimiento y compromete cualquier parte de la anatomía (órganos o espacios) diferentes a la incisión ³⁶

Los datos del National Nosocomial Infection Surveillance System (NNISS) revelaron índices de infección de 2.1, 3.3, 6.4, y 7.1% para las heridas limpias, limpias contaminadas, contaminadas y sucias o infectadas, respectivamente ³⁷

5.7 Clasificación y Tipos de Microorganismos

Microorganismos más frecuentes:

Staphilococcus aureus: típico de prótesis y piel

Streptococcus: vive en la piel, donde produce la disipela

Escherichia Coli: están en el aparato digestivo y vía biliar.

Klebsiella: en la vía biliar y colon

Bacteroides fragilis: en el colon

Enterococcus: en la vía biliar y colon

Pseudomona: en quemados, es muy típica.

Clostridium: en la vía biliar, colon e infecciones necrotizantes ¹⁰.

No obstante, están apareciendo otros nuevos o que antes no se veían, y con multirresistencias. Esos microorganismos suelen ser el Enterococcus, Acinetobacter, Staphilococcus epidermidis, micobacterias y Clostridium ³⁸.

Los microorganismos de interés especial para las enfermeras Perioperatorias incluyen varios tipos de bacteria, hongos, virus y priones ³⁹

Bacterias. Son organismos unicelulares simples que contienen estructuras internas, como núcleo, citoplasma, plásmidos y ribosomas. Incluso cuando hay

miles de bacterias, solo unas cuantas producen enfermedad o infección. Las bacterias son en extremo adaptables y sobreviven y crecen en varios ambientes, con frecuencia multiplicándose con rapidez. Por ejemplo, una sola bacteria *Escherichia coli* puede reproducirse en 20 minutos y dar origen a más de un millón de células bacterianas en alrededor de 10 hrs ⁴⁰

Cocos Gram Positivos. Los cocos Gram positivos son microorganismos unicelulares, caracterizados por presentar una forma esférica, en la que algunas de sus especies se agrupan en diferentes patrones, de manera que son clasificados por su forma en diplococos, los cuales son cocos asociados en parejas como el *Streptococcus Pneumoniae* o neumococo; los tetracocos, tétradas o tetrágenos son cuatro micrococos dispuestos a manera de cuadro; la sarcina que adopta formaciones en paquete de ocho o más micrococos ^{41,42}.

A su vez, los **estafilococos** se presentan en esferas que forman racimos de uvas como el *Staphylococcus Aureus*; y por último los *Streptococcus* formados por esferas dispuestas en cadena, resultado de su división a lo largo de un eje, lo que lo diferencia del *Staphylococcus* que se divide en varios ejes formando racimos⁴¹

Estreptococos. Causan diversas enfermedades e infecciones, entre ellas, las faríngeas y de heridas, neumonía, septicemia y fascitis necrosante. El *Streptococcus pyogenes* se observa con frecuencia en las infecciones del sitio quirúrgico. Los estreptococos tienden a ser más virulentos que los estafilococos; sin embargo, estos últimos tienen mucha mayor probabilidad de ser sensibles a la penicilina. Los estreptococos pueden ser residentes normales de las vías respiratorias superiores, la vagina y el ano, y se diseminan mediante contacto directo e indirecto, al tiempo que producen infección y enfermedad en poblaciones susceptibles⁴².

Enterococos. Son bacterias que se encuentran en condiciones ordinarias en el tubo digestivo y en el aparato genital femenino. Producen infecciones, como

infecciones del sitio quirúrgico y septicemia, cuando se transmiten a través de las manos o de un equipo contaminado a personas susceptibles y con riesgo alto, incluyendo al paciente quirúrgico. Se han convertido en un patógeno hospitalario cada vez más significativo debido a que ciertas cepas de enterococos han desarrollado resistencia al fármaco antimicrobiano vancomicina, que es el recurso terapéutico más nuevo para las infecciones producidas por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina⁴².

Bacilos Gram Positivo. Los crostidios son bacterias anaeróbicas grampositivas que producen toxinas que causan enfermedad grave, como tétanos (*Clostridium tetani*) y gangrena (*Clostridium perfringens*). Tienen la capacidad de originar endosporas, lo que les permite encapsularse con una cubierta proteínica especial, lo cual les confiere la capacidad para sobrevivir durante varios años y resistir la desecación y el calor¹². Cuando las condiciones mejoran, la endospora se elimina y libera una célula bacteriana nueva. Las técnicas para esterilización deben ser adecuadas para destruir las esporas bacterianas. *Clostridium difficile*, otro ejemplo de este género, puede producir infección grave en el intestino grueso, en especial en pacientes con antibioticoterapia a largo plazo⁴².

Hongos. Hay dos tipos principales de hongos (levaduras y mohos), y muchos son favorables para el ser humano; por ejemplo, algunos mohos son fuente de antibióticos. Con frecuencia se les denomina los 'recicladores originales de la naturaleza' debido a que secretan enzimas que descomponen tanto las plantas muertas como materia animal, y las convierten en nutrientes absorbibles¹³. Si bien con menos relevancia en el medio perioperatorio, algunas cepas de hongos, como *Cándida albicans*, producen infecciones localizadas en boca y aparato reproductor, que pueden convertirse en infecciones sistémicas. Se han aislado hongos de los lechos ungueales de enfermeras que utilizan uñas de acrílico, incluso después de la aplicación de técnicas para lavado quirúrgico ordinarias. Esto condujo a la elaboración de políticas que prohíben el uso de uñas de acrílico

dentro del área quirúrgica, debido al riesgo de transmitir infecciones micóticas a los pacientes⁴³.

Virus. A diferencia de las bacterias, los virus carecen de estructura celular y no se incluyen en la clasificación como células vivas, porque no pueden reproducirse o llevar a cabo reacciones metabólicas por sí mismos. Sin embargo, al igual que algunas bacterias, causan infecciones significativas. Los virus se multiplican al invadir la célula del huésped, y al utilizar su ADN, proteínas y otros nutrientes para sobrevivir y reproducirse. En el proceso dañan o destruyen a la célula huésped. Su proceso de reproducción concluye cuando la célula del huésped estalla (lisis celular), con lo cual se diseminan virus nuevos hacia células cercanas, en las que el proceso se repite. Este proceso estimula una respuesta de anticuerpos en la persona infectada⁴⁴

Priones. Son partículas infectantes pequeñas integradas solo por proteínas y no contienen ácidos nucleicos. Se observan en trastornos neurodegenerativos inusuales, que incluyen la encefalopatía espongiforme bovina o "enfermedad de las vacas locas", y en seres humanos, en la enfermedad de Creutzfeldt–Jakob (ECJ)⁴⁴.

EL mecanismo de infección relacionado con la ECJ aún no está definido, pero se considera que los priones tienen la capacidad de convertir las moléculas proteínicas normales en sustancias peligrosas. Los priones presentan resistencia inusual a los métodos para esterilización química y física convencionales, y se han utilizado protocolos especiales para el manejo de instrumentos que se usan en pacientes infectados o con riesgo de infección⁴⁴.

5.8 ESTADÍOS DE CURACIÓN DE HERIDA

Estadio I: desde la intervención hasta el día 2. Se produce el proceso inflamatorio para preparar el tejido vecino para curarlo. Los vasos sanguíneos se contraen y se produce el coágulo. Sigue vasodilatación, que trae más sangre, leucocitos y fibroplastia a la zona de herida. Las células epiteliales comienzan a formar y reestablecer el flujo sanguíneo en el tejido de la herida. Es normal una elevación ligera de la temperatura ²⁷.

Estadio II: desde el día 3 hasta el 14 de la intervención. Hay presentes menos leucos. Se forma tejido de colágeno en el tejido de la herida. Se establece tejido de granulación y un aporte sanguíneo rico y rojo ²⁷.

Estadio III: día 15 a semana 6 de la intervención. Las fibras de colágeno continúan fortaleciendo la herida. A medida que disminuye el riego sanguíneo, el tejido cicatricial aparece sonrosado y algo elevado²⁸.

Estadio IV: varios meses después a un año tras la intervención. A medida que el tejido de la herida se contrae, la cicatriz se aplana, se reduce y se blanquea²⁸.

5.8.1 Formas de Cierre

Las heridas curan por Intención Primaria, Secundaria o Terciaria (Anexo 2).

Intención Primaria. La curación por intención primaria sucede cuando la herida no se ha complicado, está limpia y ha sufrido una pérdida muy pequeña de tejido. Los bordes de la incisión están bien aproximados con suturas, grapas o pegamento para agujeros que drenan heridas superficiales. Este tipo de incisión quirúrgica cura con rapidez y presenta escasa cicatriz. Es la forma ideal de cierre de todos los procedimientos quirúrgicos ya que no hay infección

Intención Secundaria. Se refiere a la curación que tiene lugar cuando la herida es grande, deja espacios y es irregular. La pérdida de tejido impide la aproximación de los bordes; por ello la grasa llena la herida. Este tipo de herida tarda más en cicatrizar, tiende a la infección y presenta más tejido cicatricial. En este caso, la herida puede abierta para permitir que cicatrice desde las capas profundas hacia la superficie. Se forma tejido de granulación, el proceso de cicatrización es lento y habitualmente se forma tejido de granulación y cicatriz ¹⁸.

Intención Terciaria. Se efectúa cuando debe posponerse la sutura o cuando la herida se cerró por primera, hubo una dehiscencia y debe volver a suturarse nuevamente. Puede efectuarse un cierre tardío cuando la herida está infectada o cuando requiere irrigación continua ¹⁹.

5.8.2 Fisiología de las Heridas

El cuerpo humano es extremadamente eficiente en su capacidad para recuperarse de un traumatismo. La herida comienza a cicatrizar en cuanto el cirujano emplaza la incisión. Para que una herida cicatrice debe producir colágeno y vasos sanguíneos en ambos bordes ¹⁸

La cicatrización se realiza en tres etapas:

- 1) Fase de sustrato (inflamatoria o exudativa)
- 2) Fase proliferativa (o de formación de tejido)
- 3) Fase de remodelado (o de formación de matriz)

Fase de Sustrato.

La primera etapa de reparación de una herida se llama fase de sustrato, inflamatoria o exudativa y en general dura de 1 a 4 días. Esta etapa es necesaria para establecer la hemostasia y comenzar la movilización del sistema inmunitario. Al principio el tejido responde al traumatismo con un breve periodo de

vasoconstricción. Los vasos sanguíneos pequeños se cierran y luego se dilatan. Este mecanismo hace que el suministro de sangre al área lesionada aumente y trae proteínas plasmáticas y otros agentes que definen el tejido dañado ³¹.

A esta fase inflamatoria le sigue una de hemostasia. Los vasos sanguíneos pequeños se cierran en un intento por controlar la hemorragia. Las plaquetas comienzan a llenar las luces de los capilares y de las arteriolas y actúan como pequeños “tapones”. Después de una serie compleja de reacciones químicas en el sitio de la lesión, el cuerpo libera fibrina hacia la herida y comienza la coagulación. La fibrina forma redes que retienen glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos. Durante la fase exudativa de la cicatrización, el coágulo de sangre y fibrina cubre la incisión, lo cual atrae neutrófilos hacia el área ³¹.

Unas 48 horas después del traumatismo comienzan los cambios celulares en el sitio de la herida. Glóbulos blancos especiales liberan sustancias dentro del tejido, las que ayudan a limpiar la herida de restos tisulares, componentes innecesarios y bacterias ⁵⁷. En los primeros dos días después de la cirugía, la capa basal de la epidermis comienza a crecer rápidamente, y para el tercer día los macrófagos superan a los neutrófilos. En la herida aparece tejido de granulación que contiene fibroblastos y aumenta la neoformación de vasos sanguíneos. La síntesis de colágeno es necesaria para formar el tejido cicatrizal. Durante este tiempo, la resistencia de la herida depende de los materiales empleados para el cierre ³¹

Fase Proliferativa

La segunda fase de cicatrización es la proliferativa (o de formación de tejido). Esta fase dura desde el quinto hasta el vigésimo día. Es en esta fase en la que el tejido realmente se repara. Durante la fase proliferativa, las fibras colágenas forman una red o un puente entre los bordes de la herida; a esto le sigue una migración epitelial dentro de la red. La resistencia a la tensión en la herida aumenta de manera lenta y sostenida, y los puntos se retiran al final de esta etapa .

Fase Remodelado.

Comienza a los 21 días. Durante esta etapa la herida vuelve a adquirir la resistencia original que tenía antes del traumatismo. Dura desde el día 22 hasta un año después, el colágeno es reemplazado y reabsorbido continuamente. La fase de cicatrización también se le conoce como maduración .

5.9 FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN

Los cuatro principales factores de riesgo considerados en el Study of Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC) son cirugía de área abdominal, cirugía con tiempo mayor a dos horas, cirugía contaminada o sucia, y tres o más Diagnósticos al egreso de la institución (es decir patología agregada o complicación del acto quirúrgico ⁸.

Factores de riesgo relacionadas con el huésped: edades extremas, desnutrición, severidad de de la enfermedad de base, diabetes, fumar, obesidad, inmunosupresión infecciones coincidentes en otros sitios, colonización de microorganismos, uso de esteroides sistémico, transfusión perioperatorio, duración de estancia hospitalaria ⁴.

Factores de riesgo relacionados con la cirugía: duración del lavado quirúrgico, antisepsia de la piel, rasurado, preparación prequirúrgica de la piel, vestimenta quirúrgica, duración de la cirugía, profilaxis antimicrobiana, ventilación de los quirófanos, esterilización del instrumental quirúrgico, presencia de material extraño en el sitio quirúrgico, drenajes, técnica quirúrgica y asepsia, hemostasia deficiente, falla en la eliminación de espacios muertos, traumas en los tejidos, hipotermia¹⁷.

Factores de riesgo relacionados con los cuidados postoperatorios: días prolongados de hospitalización, exposición a agentes infectocontagiosos, higiene del paciente, lavado de manos, uso de guantes, cambio de gasas/apósitos,

drenaje de las heridas⁴⁶.

VI. LINEAMIENTOS ÉTICO LEGALES

En el capítulo II de los deberes de las enfermeras para con las personas se establece: Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona ⁴⁵.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad ⁴⁵.

A sí mismo en el decálogo del código de ética Para las enfermeras y enfermeros en México se encuentra:

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo asociado a la atención en la etapa de posoperatoria mediata.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional. Y de acuerdo con los Derechos del paciente se encuentra

- 1) Recibir atención médica adecuada
- 2) Recibir trato digno y respetuoso

VII. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

7.1 Patrones funcionales afectados

Patrón 1: Percepción - Manejo de salud

Datos de valoración:

- Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
- Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación
- La adherencia a las prácticas terapéuticas.
- Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)
- Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido Vacunas
Alergia
- Percepción de su salud

Patrón 2 Nutricional – Metabólica

Datos de valoración:

- Consumo de alimentos y líquido
- Horarios de comida. Preferencias y suplementos.
- Problemas en la ingesta.
- Altura, peso y temperatura.
- Condiciones de piel, mucosas y membranas
- Alteraciones de la piel
- Lesiones cutáneas

Patrón 10 Adaptación tolerancia al estrés

Datos de valoración:

- Manejo de la tensión/estrés;
- Personas importantes que lo apoyan y están con disponibilidad hacia su cuidado durante la estancia hospitalaria.
- Estrategias de resolución de problemas
- Agentes estresantes factor económico

- Tipo de sistemas de apoyo contra el estrés
- Ayudas para relajación
- Técnicas de relajación
- Hipersensibilidad a críticas
- Emociones inapropiada
- Preocupación excesiva/prolongada
- Deficiente apoyo situacional familiar

Patrón 7. Autopercepción /Autoconcepto

Datos de Valoración:

- Imagen corporal
- Desinterés por falta de motivación
- Impotencia para realizar actividades de autocuidado
- Carencias afectivas
- Cambios frecuentes de estado de ánimo
- Ansiedad
- Depresión
- Problemas de autoestima
- Sentimientos negativos de su cuerpo

Patrón 4. Actividad/Ejercicio

Datos de valoración:

- Percepción del nivel de energía

Patrón 6. Cognitivo/perceptual

Datos de valoración:

- Percepción de malestar y dolor uso de escalas
- Orientación
- Problemas emocionales
- Miedos
- Intranquilidad

- Habilidades adecuadas
- Nivel de conciencia
- Falta de conocimientos

Patrón 8. Rol/ Relaciones

Interrogar sobre:

- Vive solo/con familia, estructura familiar
- Problemas familiares
- Patrón de resolución de problemas familiares
- Necesidades de dependencia familiar
- Miembro de grupo social: sentimiento de soledad
- Asertivo/pasivo
- Barrera en las relaciones sociales (aislamiento, falta de motivación, depresión, trastornos de pensamiento, enfermedad crónica.
- Tipo de relación social
- Problemas en los cuidadores Motivación adecuada para asumir el rol
- Duelo
- Rol familiar
- Apoyo familiar

7.2 Diagnósticos de Enfermería Priorizados

Se realizó ésta clasificación de diagnósticos, de acuerdo a la priorización de Mayers⁴⁵ que toma en cuenta el estado del paciente posterior a su valoración basando los objetivos en aspectos cognitivos, afectivos y psicomotores:

1. Problemas reales que amenazan la vida
2. Problemas potenciales cuya aparición complicaría la situación de salud
3. Problemas que el paciente prioriza
4. Resto de problemas identificados

Con base en la clasificación de Mayers efectivamente existen diagnósticos que amenazan la vida del paciente sin embargo en la etapa mediata del paciente amputado realmente se encuentra estable por lo que se realizó una selección priorizando en aquellos diagnósticos que estuvieran en mayor medida relacionados con los aspectos psicosociales y educativos. Priorizando de la siguiente manera:

1. 00100 Retraso en la recuperación quirúrgica r/c evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica m/p cirugía mayor, procedimiento quirúrgico prolongado, edema en el sitio quirúrgico
2. 00043 Protección Ineficaz r/c régimen terapéutico m/p Inmovilidad, respuesta desadaptativa al estrés, fatiga
3. 00044 Deterioro de la integridad tisular r/c lesión tisular m/p procedimiento quirúrgico, conocimiento insuficiente sobre protección de la integridad tisular, factor mecánico
4. 00004 Riesgo de infección f/r procedimientos invasivos

5. 00162 Disposición para mejorar la gestión de salud m/p expresa deseos de mejorar la gestión de los factores de riesgo

6. 00182 Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado.

7.3 Planes de Cuidado

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 11 Seguridad / protección		Clase: 2 Lesión Física		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p>00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA</p> <p>DEFINICIÓN NANDA: Aumento del número de días del postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar</p> <p>Factores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de retraso en la curación de las heridas • Cirugía mayor • Contaminación del sitio quirúrgico • Infección del sitio quirúrgico perioperativo • Procedimiento quirúrgico prolongado • edema en el sitio quirúrgico <p>Características Definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica • Tiempo excesivo requerido para la recuperación • Disconfort • Deterioro de la movilidad 	<p>2303</p> <p>Recuperación</p> <p>Posterior al Procedimiento</p> <p>-</p> <p>Dominio II</p> <p>Salud Física</p> <p>Clase AA</p> <p>Respuesta terapéutica</p>	<p>230303</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>230306</p> <p>Saturación de oxígeno</p> <p>230308</p> <p>Puntuación del test de recuperación postanestésica (Aldrete)</p> <p>230332 cantidad de drenado de la herida</p> <p>230333 Sangrado</p>	<p>Desviación grave del rango normal</p> <p>Hasta</p> <p>SIN desviación del rango normal</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: ____</p> <p>Aumentar a: ____</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>1400 MANEJO DEL DOLOR</u></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar la frecuencia y ritmo respiratorio 2. Monitorizar la pulsioximetría 3. Identificar las causas posibles de los cambios de signos vitales 4. Monitorizar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad y gravedad del dolor y factores desencadenantes • Observar signos no verbales de molestias • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes • Enseñar los principios del manejo del dolor
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>7370 PLANIFICACIÓN PARA EL ALTA</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el médico. Paciente/familia/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados • Comunicar al paciente los planes de alta según corresponda • Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta • Fomentar el autocuidado 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 6 Auto percepción		Clase: 3 Imagen corporal		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p>00043 ROTECCIÓN INEFICAZ</p> <p>DEFINICIÓN NANDA: Disminución de la capacidad para autoprotgerse de amenazas internas como enfermedades o lesiones</p> <p>Factores relacionados</p> <p>Régimen Terapéutico</p> <p>Características Definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad • Respuesta desadaptativa al estrés • Fatiga 	<p>1902 Control del Riesgo</p> <p>Dominio IV Conocimiento y Conducta de Salud</p> <p>Clase T Control del Riesgo y Seguridad</p>	<p>190219 Busca información actual sobre riesgos para la salud</p> <p>190220 Identifica los factores de riesgo</p> <p>190201 Reconoce los factores de riesgo personales</p> <p>190202 Controla los factores de riesgo ambientales</p> <p>190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas</p> <p>190205 Adapta las estrategias de control del riesgo</p> <p>190206 Se compromete con estrategias de control del riesgo</p>	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: ____</p> <p>Aumentar a: ____</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 6 Auto percepción		Clase: 3 Imagen corporal		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p>00043 PROTECCIÓN INEFICAZ</p> <p>DEFINICIÓN Disminución de la capacidad para autoprotgerse de amenazas internas como enfermedades o lesiones</p> <p>NANDA:</p> <p>Factores relacionados Régimen Terapéutico</p> <p>Características Definitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad • Respuesta desadaptativa al estrés • Fatiga 	<p>1102 CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN</p> <p>Dominio II: Salud física</p> <p>Clase L: Integridad Tisular</p>	110201 Aproximación cutánea	1. Ningún conocimiento	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: ____ Aumentar a: ____</p>
		<p>110213 Aproximación de los bordes de la herida</p> <p>110214 Formación de cicatriz</p>	<p>2. Escaso conocimiento</p> <p>3. Moderado conocimiento</p> <p>4. Sustancial conocimiento</p> <p>5. Extenso conocimiento</p>	
	<p>1908 DETECCIÓN del RIESGO.</p> <p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud</p> <p>Clase T: Control del riesgo y seguridad</p>	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	1. Nunca demostrado	
		<p>190802 Identifica los posibles riesgos para la salud</p> <p>190803 Coteja los riesgos percibidos</p> <p>190804 Realiza auto-exámenes en los intervalos recomendados</p> <p>190806 Adquiere conocimiento sobre sus antecedentes familiares</p>	<p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES</u></p>
<ol style="list-style-type: none"> 5. Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales así como sus interrelaciones 6. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería 7. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo 8. Fijar objetivos mutuos si procede 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada 2. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones 3. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo 4. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas 5. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica 6. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6545 CONTROL DE INFECCIONES:</u> <u>INTRAOPERATORIO</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN</u></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano 2. Aplicar precauciones universales 3. Verificar la integridad del embalaje estéril 4. Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas 5. Monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material 6. Inspeccionar piel/tejidos alrededor del sitio quirúrgico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración 2. Observar las características de cualquier drenaje 3. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión 4. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión 5. Enseñar al paciente y la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 11 Seguridad/ Protección		Clase: 2 Lesión física		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p>00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</p> <p>DEFINICIÓN NANDA: Lesión de la membrana mucosa, corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.</p> <p>Factores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento quirúrgico • Conocimientos insuficientes sobre protección de la integridad tisular • Factor mecánico <p>Características Definitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destrucción tisular • Lesión tisular (p. ej.: tejido tegumentario o subcutáneo) 	<p>1101</p> <p><u>INTEGRIDAD TISULAR:</u></p> <p><u>PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</u></p> <p>Dominio: 02</p> <p>Salud fisiológica</p> <p>Clase: L</p> <p>Integridad tisular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de la piel • Sensibilidad • Perfusión tisular • Integridad de la piel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>
	<p>1102</p> <p><u>CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN</u></p> <p>Dominio: 02</p> <p>Salud fisiológica</p> <p>Clase: : L</p> <p>Integridad tisular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación cutánea • secreción sanguinolenta de la herida • Eritema cutáneo circundante • Aumento de la temperatura cutánea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguna 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 11 Seguridad/ Protección		Clase: 2 Lesión física		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta</u></p> <p>00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</p> <p>DEFINICIÓN NANDA: Lesión de la membrana mucosa, corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.</p> <p><u>Factores relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento quirúrgico • Conocimientos insuficientes sobre protección de la integridad tisular • Factor mecánico <p><u>Características Definitorias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Destrucción tisular • Lesión tisular (p. ej.: tejido tegumentario o subcutáneo) 	<p>0407 Perfusión</p> <p><u>tisular:</u></p> <p><u>periférica</u></p> <p>Dominio: 02</p> <p>Salud</p> <p>fisiológica</p> <p>Clase: E</p> <p>Cardiopulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edema periférico • Llenado capilar de los dedos de las manos • Llenado capilar de los dedos de los pies • Palidez • Rotura de la piel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>3590 Vigilancia de la piel</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>3440 Cuidados del sitio de incisión</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. • Vigilar el color y la temperatura de la piel. • Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. • Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema • inflamación o signos de dehiscencia o evisceración • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución • antiséptica apropiada • Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados (al no ejercer soporte, al ensuciarse, después de 24 hrs). • Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>3660 Irrigación de las heridas</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>3660 Cuidado de las heridas</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al paciente. • Proporcionar analgésicos antes de los cuidados de las heridas, según sea necesario. • Lavarse las manos • Colocarse una mascarilla, gafas y bata, si es necesario. • Retirar el vendaje e inspeccionar la herida y el tejido circundante, notificando las anomalías al profesional sanitario apropiado (p. ej., infección y necrosis). • Ponerse guantes estériles. • Lavar la herida suavemente con la solución. • Limpiar y secar la piel circundante después del procedimiento. • Mantener un campo estéril durante el procedimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor • Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida • Enseñar al paciente y familia los procedimientos de cuidado de herida • Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas de infección

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio : 11 Seguridad/protección		Clase: 1 Infección		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p><u>00004 RIESGO DE INFECCIÓN</u></p> <p>DEFINICIÓN Vulnerabilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud</p> <p>NANDA:</p> <p>Factor de riesgo</p> <p>Procedimientos Invasivos</p>	<p><u>1902 Control del Riesgo</u></p> <p>Dominio IV Conocimiento y Conducta de Salud</p> <p>Clase T Control del Riesgo y Seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Busca información actual sobre riesgos para la salud • Identifica los factores de riesgo • Reconoce los factores de riesgo personales • Controla los factores de riesgo ambientales • Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas • Adapta las estrategias de control del riesgo • Se compromete con estrategias de control del riesgo 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>
	<p><u>1102 Curación de la Herida: por primera intención</u></p> <p>Dominio II: Salud física</p> <p>Clase L: Integridad Tisular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación cutánea • Aproximación de los bordes de la herida • Formación de cicatriz 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: : 11 Seguridad/protección		Clase: 1 Infección		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta</u></p> <p><u>00004 RIESGO DE INFECCIÓN</u></p> <p>DEFINICIÓN Vulnerabilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud</p> <p>NANDA:</p> <p><u>Factor de riesgo</u></p> <p><i>Procedimientos Invasivos</i></p>	<p>1908</p> <p><u>DETECCIÓN del RIESGO.</u></p> <p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud</p> <p>Clase T: Control del riesgo y seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos • Identifica los posibles riesgos para la salud • Coteja los riesgos percibidos <p>Realiza auto-exámenes en los intervalos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>3660 CUIDADO DE LAS HERIDAS</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales así como sus interrelaciones • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo • Fijar objetivos mutuos si procede 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario • Enseñar al paciente y familia los procedimientos de cuidado de las heridas • Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas de infección
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo • Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica • Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones con la orientación de cuidados y vigilancia de herida • Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 4 Actividad/reposo		Clase: 5 Autocuidado		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta</u></p> <p><u>00182 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO</u></p> <p>DEFINICIÓN NANDA: Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que pueda ser reforzado</p> <p><u>Características Definitorias</u></p> <p><i>Expresa deseos de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado</i></p>	<p>1613 <u>Autogestión de los cuidados</u></p> <p>Dominio IV Conocimiento y Conducta de Salud</p> <p>Clase Q Control de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determina los objetivos de la asistencia sanitaria • Describe los cuidados apropiados • Obtiene los recursos necesarios • Enseña a los demás las conductas asistenciales apropiadas • Evalúa los cuidados aportados por los demás • Determina la finalización de las conductas asistenciales apropiadas • Expresa confianza con la resolución de problemas • Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados • Enseña a los demás las actividades de mantenimiento sanitario apropiadas 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>

	<p>0311 <u>Preparación para el alta vida independiente</u></p> <p>⌚ Dominio I: Salud Funcional</p> <p>Clase D: Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controla su propia medicación parenteral • Realiza actividades de la vida diaria (AVD) independientemente • Realiza actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) independientemente • Realiza juicios adecuados Participa en la planificación del alta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	
	<p>1924 Control del Riesgo</p> <p>⌚ Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud</p> <p>Clase T: Control del riesgo y seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica factores de riesgo de infección • Reconoce las consecuencias asociadas a la infección • Reconoce conductas asociadas al riesgo de infección • Identifica signos y síntomas de la infección • Controla el entorno para identificar factores asociados al riesgo de infección • Mantiene el entorno limpio • Utiliza estrategias para desinfectar suministros • Utiliza precauciones universales • Utiliza higiene de manos • Practica estrategias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	

		<p>de control de la infección</p> <ul style="list-style-type: none">• Adopta estrategias de control de la infección• Toma medidas inmediatas para reducir el riesgo		
--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>357 Planificación para el alta</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>5606 Enseñanza individual</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las capacidades del paciente para el alta • Colaborar con el médico, paciente/familia/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados • Comunicar al paciente los planes de alta, según correspondan • Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta • Ayudar al paciente/familia/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital • Fomentar el cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel educativo del paciente • Establecer una relación de confianza • Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda • Seleccionar los materiales educativos adecuados • Incluir a la familia si es adecuado
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>1800 Ayuda con el autocuidado</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente • Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad • Establecer una rutina de actividades de autocuidado • Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 1 Promoción de la salud		Clase: 2 Gestión de la salud		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p>00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud</p> <p>DEFINICIÓN Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado</p> <p>NANDA:</p> <p>Características</p> <p>Definitorias</p> <p>Expresa deseos de mejorar la gestión de los factores de riesgo</p>	<p>1602 Conducta de fomento a la salud</p> <p>Dominio IV</p> <p>Conocimiento y Conducta de Salud</p> <p>Clase Q</p> <p>Control de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza conductas para evitar los riesgos Supervisa los riesgos del medioambiente Supervisa los riesgos de la conducta personal • Realiza los hábitos sanitarios correctamente • Apoya una política pública saludable • Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 1. 4. Frecuentemente demostrado 2. 5. Siempre demostrado 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>
	<p>1842 Conocimiento: Control de la infección</p> <p>Dominio IV</p> <p>Conocimiento y Conducta de Salud</p> <p>Clase S</p> <p>Conocimientos sobre la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores que contribuyen a la transmisión de la infección • Prácticas que reducen la transmisión • Procedimientos de control de la infección • Importancia del lavado de manos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Dominio: 1 Promoción de la salud		Clase: 2 Gestión de la salud		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Resultado NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta</p> <p>00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud</p> <p>DEFINICIÓN Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado</p> <p>NANDA:</p> <p>Características Definitivas</p> <p>Expresa deseos de mejorar la gestión de los factores de riesgo</p>	<p>1924 Control del Riesgo</p> <p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud</p> <p>Clase T: Control del riesgo y seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identifica factores de riesgo de infección Reconoce conductas asociadas al riesgo de infección Identifica signos y síntomas de la infección Controla el entorno para identificar factores asociados al riesgo de infección Mantiene el entorno limpio Utiliza precauciones universales Utiliza higiene de manos Practica estrategias de control de la infección Adopta estrategias de control de la infección Toma medidas inmediatas para reducir el riesgo 	<p>4. Nunca demostrado</p> <p>5. Raramente demostrado</p> <p>6. A veces demostrado</p> <p>3. 4.Frecuentemente demostrado</p> <p>4. 5.Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6550 Protección contra las infecciones</u></p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>6610 Identificación de riesgos</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo • Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica • Obtener muestras para cultivo, si es necesario • Fomentar una ingesta nutricional suficiente • Fomentar una ingesta adecuada de líquidos • Fomentar el descanso • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar • Fomentar un aumento en la movilidad • Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones • Proporcionar una habitación privada, si es necesario • Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa los antecedentes médicos y los documentos previos • Para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores • Revisa los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos • Identifica los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo • Mantener los registros y estadísticas precisa • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería • Instruir sobre factores de riesgo y planificar la reducción de riesgo • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo • Aplicar las actividades de reducción de riesgo • Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción de riesgo
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC) <u>5510 Educación para la salud</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos de de riesgo y rangos de edad que beneficien más de la educación sanitaria • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables • Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios 	

VIII. CONCLUSIONES

Al Implementar cuidados de Enfermería en la etapa postoperatoria a través de un plan estandarizado enfocado a paciente que ha sido sometido a procedimiento quirúrgico abdominal disminuyen los riesgos de infección en el sitio quirúrgico, lo que permite ofrecer una atención con calidad.

Se determinaron acciones conducentes a prevenir, paliar o resolver problemas de salud como la identificación oportuna de riesgos para el paciente, y desde luego la evaluación de los cuidados aunado a registrar todas las actividades realizadas.

IX. REFERENCIAS

1. Fabres AM. Prevención de infecciones del sitio Quirúrgico. Medwave . 2008
2. S Fernández; Revista Medica del Seguro Social, El IMSS en cifras; Las Intervenciones Quirúrgicas 2005. 43 (6): 511-520
3. Sco RD. The Direct Medical Costs of Healthcare Infections in US Hospitals and the Benefits of Prevention. Centers for Disease Control and Prevention, DHQP March 2009. (Citado el 10 enero 2017) Disponible en http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/Sco_CostPaper.pdf
4. Fuller, J. Instrumentación Quirúrgica, Principios y Técnicas. México. Editorial Médica Panamericana 4a Edición, 2010
5. Berry & Khon's operating theatre technique 11ª Ed. St. Louis, Mosby 2010
6. La Oms recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos resistentes (citado el 3 de noviembre de 2016); disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/recommendations-surgical
7. Velázquez D, García S, Velázquez C, Vázquez A, Vega A. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. REV Cirujano General 2011 Vol. 33 (1): 32-37
8. Kaye K, Anderson D, et al. The effect of surgical site infection on older operative patients. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 46-54.
9. Andrade R. Manual del Proceso de Cuidado de Enfermería. Editorial Universitaria Potosina. San Luis Potosí, S.L.P. México. 2007
10. T. Jiménez de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orión editores Ltda. Bogotá. 1997
11. Alfaro R. Aplicación del proceso de Enfermería. 3ª Edición. Editorial Mosby. Madrid 2007
12. Potter P, Griffin P, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería. Editorial Elsevier 8ª Edición, Barcelona España 2015

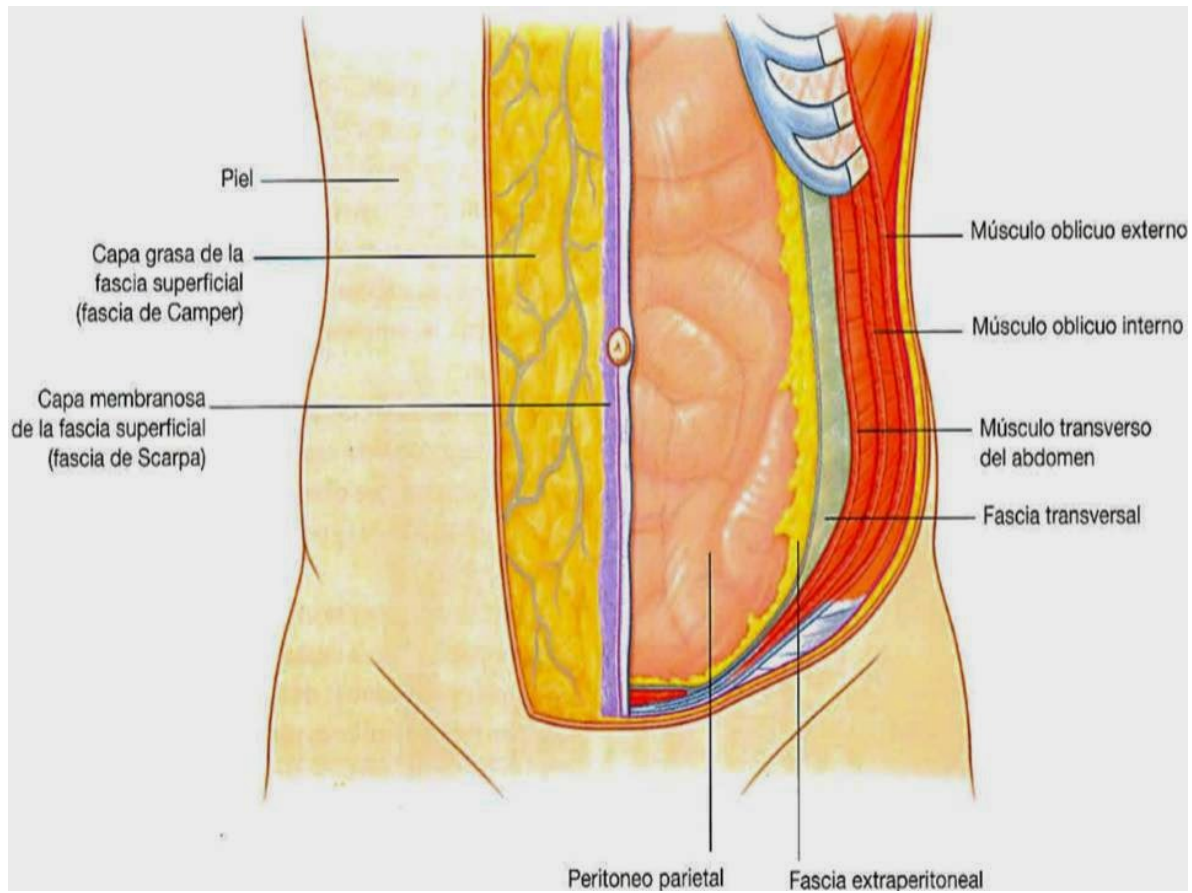
13. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona. Elsevier, 2007
14. Andrade, Cepeda R, Proceso de Atención de Enfermería. Guía interactiva para la enseñanza. 1ª edición, Editorial Trillas. México 2012
15. Gordon, Maryore. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 Edición, Elsevier Mosby 2012
16. Herdman TH. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015- 2017 10 Ed. Barcelona, Editorial Elsevier
17. Dr j. Dolores; Prevalencia de Infección del Sitio Quirúrgico en Pacientes con Cirugía Abdominal. Cirujano general, 2011.
18. Haridas M, Malangoni MA. Predictive factors for surgical site infection in general surgery. Surgery 2008; 144: 496-503.
19. Nicolette, L. Infection prevention and control in the perioperative setting. In J. Rothrock. (Eds) McEwen Alexander's care of the patient in surgery, 13ª ed St Louis: Mosby 2013
20. LeMone, Priscilla; Enfermería Medicoquirúrgica, Pensamiento Crítico en la Asistencia del Paciente, 4ª edición, vol. I, Edit. Pearson
21. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.
22. Asociación Mexicana de Cirugía A.C. Comité de elaboración de guías de práctica clínica. Prevención y manejo de infección de heridas quirúrgicas. México 2014. (Citado el 12 de enero de 2017)
23. OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente, Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria. Disponible en: www.who.int/patientsafety/safesurgery/es
24. Medición de la Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en Hospitales Generales de las Principales Instituciones Públicas de salud, Informe Documental en Extenso, México 11 noviembre 2011

25. Metas Internacionales de seguridad del paciente. Secretaría de Salud, Dirección General de calidad y Evaluación en Salud. Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp_sp_03.html
26. OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente, La cirugía segura salva vidas. Disponible en: www.who.int/patientsafety/safesurgery/es
27. Schwartz. Principios de Cirugía, Novena Edición, Mc Graw Hill. México 2011
28. Fuller J. Instrumentación quirúrgica, Teorías, técnicas y procedimientos 5ª Ed. México; Edit. Panamericana 2012
29. Richardson, M. Daves. Enfermería Perioperatoria. México: Manual Moderno 2010
30. Clase de Anatomía de la piel, Dr Víctor, Disponible en www.uv.es/derma Dr. Víctor Alegre de Miquel
31. Tórtora G. Anatomía y Fisiología. El Sistema Tegumentario. 9a ed. México, Editorial Oxford; 2002
32. Argente A, Álvarez E. Semiología Médica: Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Argentina, Editorial Medica Panamericana, 2011
33. Berry & Khon's operating theatre technique 11ª Ed. St. Louis, Mosby 2010
34. Odionys, Ramos. Infección en Heridas Quirúrgicas en Cirugía General. Volumen 79, No. 4, Julio-Agosto 2011. Venezuela
35. Phippen M, Wells M, Patient care during operative and invasive procedures. Philadelphia: W. B. Sanders 2010
36. Bryant R, Acute and chronic wounds 2ª Edición, Mosby, St Louis 2009
37. Anthony T, Bergen PC, Kim LT, et al: Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy. World J Surg 2000
38. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales
39. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010

40. Kaplan M, Salman B, Yilmaz TU, Oguz M. A quality of life comparison of laparoscopic and open approaches in acute appendicitis: A randomised prospectivestudy. Acta Chir Belg. 2011;109:356–63.)
41. Merino L A. Cocos Gram Positivos. Microbiología, Parasitología e Inmunología. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Nordeste. 2014
42. López-Tagle D, Ramis AR, Bayarre-Vea H. Incidencia de Infección en heridas quirúrgicas en hospital de Ciudad de la Habana: Periodo enero-junio 2010. Rev. Cubana Hig Epidemiol
43. Briggs M, Fleming K. Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. J Adv Nurs. 2007
44. De Paul E. Johnson, Psychology of pastoral care, Nueva York, Abingdon Press, 2009
45. Código de ética para enfermeras. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
46. Fundamentos Metodológicos de la Enfermería [consultado 28-junio-2017]. En https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2011/475/46175/1/Documento13.pdf

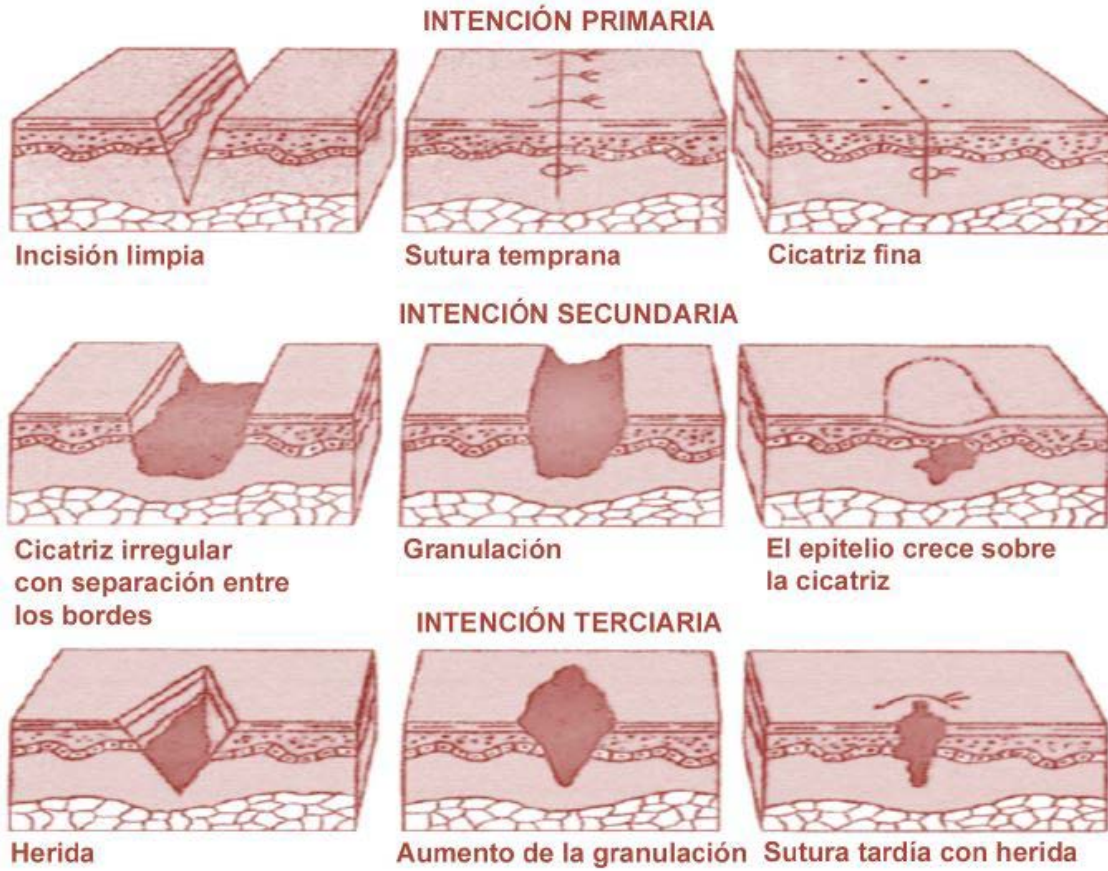
ANEXOS

Anexo 1. CAPAS DE LA PARED ABDOMINAL



Fuente Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam Mitchell - Capas de la pared del abdomen – Elsevier

Anexo 2. Clasificación de cicatrización



Fuente: Clasificación de cicatrización. Disponible en:
<http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/collect/enfermeria/index/assoc/HASH47b0.dir/tabla7.1.png>

Anexo 3. Factores que impiden la cicatrización de la herida

FACTORES QUE IMPIDEN LA CICATRIZACIÓN DE UNA HERIDA	
FACTORES LOCALES	FACTORES SISTÉMICOS
Inadecuada suplencia sanguínea	Edad avanzada e inmovilidad general
Tensión incrementada en la piel	Obesidad / Tabaquismo / Desnutrición
Pobre aposición quirúrgica	Deficiencia de vitaminas y elementos traza
Dehiscencia de la herida	Malignidad sistémica y enfermedad Terminal
Pobre drenaje venoso	Choque de cualquier etiología
Presencia de un cuerpo extraño	Quimioterapia y Radioterapia
Reacción a cuerpo extraño	Drogas inmunosupresoras/corticosteroides/anticoagulantes
Presencia continuada de micro-organismos	Desordenes hereditarios de los neutrófilos
Infección	Malacoplakia (actividad lesionada de los macrófagos)
Movilidad local excesiva tal como en una articulación	Deficiencia en la adhesión de leucocitos

Fuente: studentBMJ, 2010