



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON HERIDAS QUIRÚRGICAS.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

TESISTAS:

**LIC. ENF. Irma Zamudio Sánchez
LIC. ENF. Alberta Caballero Toledo
LIC. ENF. Araceli Martínez Alba
LIC. ENF. Yazmín Álvarez Guerrero**



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
DIRECTORA DEL TRABAJO
[Firma manuscrita]
LIC. ENF. Teresa Sánchez Estrada.



JUNIO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

Hacemos el presente reconocimiento a la
Lic. ENF. Magdalena Franco Orozco,
la cual nos proporciono la asesoría correspondiente
durante la realización de la investigación
bibliográfica y el trabajo de campo así como un
agradecimiento por su accesibilidad con el equipo de
investigación.

INDICE

- 1 RESUMEN.**
- 2 MARCO TEÓRICO.**
 - 2.1 Investigaciones previas.
 - 2.2 Proceso de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Heridas Quirúrgicas.
 - 2.2.1 Valoración de enfermería de las Heridas Quirúrgicas.
 - 2.2.1.1 Variables clínicas intercurrentes en la valoración.
 - 2.2.1.2 Base clínica para la construir los diagnósticos enfermeros asociados a las heridas, quirúrgicas.
 - 2.2.3 Teoría de Henderson.
 - 2.2.4 Intervenciones de enfermería especializadas en pacientes pediátricos.
 - 2.2.5 Fase de evaluación.
 - 2.3 Proceso de cicatrización en las heridas quirúrgicas.
 - 2.4 Tecnología para favorecer el proceso cicatrizal.
 - 2.5 Heridas, clasificación y técnica de curación.
- 3. Objetivos de la investigación.**
- 4. Planteamiento del problema.**
- 5. Variables e indicadores.**
- 6. Material y Métodos.**
 - Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
- 7. Tratamiento Estadístico de datos.**
- 8. Diseño y validación del instrumento de recolección.**
 - Método de recolección de datos, técnica, instrumentos, clasificación de datos, plan de análisis, plan de presentación.
- 9. Presupuesto.**
- 10. Organización del Estudio.**
- 11. Aspectos legales y éticos del estudio.**
- 12. Discusión de hallazgos clínicos de enfermería.**
- 13. BIBLIOGRAFÍA.**

I. RESUMEN

El presente documento resume los hallazgos de la valoración de enfermería de 80 niños con heridas quirúrgicas, hospitalizado. El estudio se realizó aplicando el proceso enfermero como eje de la investigación clínica de enfermería. Una particularidad del estudio fue la elaboración de instrumento de valoración de enfermería diseñado expreso para la valoración clínica de las heridas quirúrgicas en niños.

La recolección de datos se hizo mediante la observación directa del niño en el periodo perioperatorio.

El proceso de datos se hace con una primera etapa, recopilando y clasificando la información, atendiendo a las variables clínicas definidas por las propias enfermeras investigadoras; a partir de la información obtenida, se construyeron los diagnósticos de enfermería y se plantean las acciones pertinentes para el caso. Los datos se presentan en cuadros y gráficas. Cabe señalar que la información permite inclusive, validar estadísticamente algunos de los diagnósticos de enfermería elaborados. Este proceso se realizó mediante la prueba de chi - cuadrada para cada asociación planteada. Entre los hallazgos descritos en termino de diagnóstico de enfermería en el formato propuesto por la NANDA, el grupo investigador estructuró los siguientes diagnósticos para la valoración del niño con herida quirúrgica:

- A) Déficit de higiene
- B) Riesgo de la integridad cutánea
- C) Déficit de volumen de líquidos
- D) Estado de hidratación
- E) Alteración de la perfusión tisular
- F) Alteración de la nutrición
- G) Riesgo de alteración de la nutrición
- H) Pérdida de la homeostasia corporal
- I) Alto riesgo de lesión
- J) Deterioro de la integridad cutánea
- K) Deterioro de la integridad tisular
- L) Homeostasia relaciona con el funcionamiento adecuado de los diferentes órganos y sistemas
- M) Riesgo de la pérdida de la-homeostasia
- N) Manejo efectivo del régimen terapéutico (profilaxis)
- O) Riesgo de lesión al paciente por el personal con malas condiciones de salud
- P) Riesgo de infección en relación con la prolongación del tiempo quirúrgico
- Q) Riesgo de infección relacionado con el baño

- R) Potencial de mejoría con el tipo de baño
- S) Potencial de mejoría relacionada con la curación la herida quirúrgica
- T) Riesgo de lesión relacionada con la curación de la herida quirúrgica
- U) Adecuado conocimiento relacionado con el uso de equipo y material estéril
- V) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con infección
- W) Infección relacionado con un aumento en el riesgo de diseminación
- X) Manejo efectivo del tratamiento adecuado

Para los anteriores diagnósticos las investigadoras definieron también las intervenciones pertinentes.

Finalmente propone un protocolo de atención de enfermería para el fenómeno de estudio enunciado a fin de que la enfermería pediátrica fundamente que hacer clínico en el área quirúrgica.

2. MARCO TEORICO

2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS

La importancia del estudio y la enseñanza del cuidado de las heridas es una practica legitima de enfermería, Diane Cooper (1991) menciona que la curación siempre ha sido una función básica de la enfermera, donde se están desarrollando conceptos más claros acerca de las labores con el paciente como las actividades propias de la enfermera.

Levin, (1988) aclaro la naturaleza central y decisiva que tiene la enfermera en el proceso de cicatrización al escribir "todo proceso de cicatrización no importa su naturaleza se realiza en un intervalo de tiempo". La buena calidad de la cicatrización final depende de las acciones de enfermería, en el cuidado de las heridas para un buen resultado. (1)

A pesar del gran avance en la cirugía contemporánea, la adquisición de infecciones representa un grave problema para muchos pacientes, en el periodo posoperatorio y de ellas, la infección de heridas quirúrgicas es más frecuente, representando la mayoría de las series publicadas el segundo lugar de infección adquirida intra hospitalaria. (2)

El conocimiento de los factores que interactúan en el desarrollo de infección de heridas quirúrgicas y su frecuencia, se ha adquirido mediante la realización de estudios epidemiológicos tanto retrospectivo como prospectivos a través de los cuales se han demostrado que es posible disminuir la frecuencia de infecciones en heridas quirúrgicas hasta un 35%.

Cerca del 50% de las infecciones de heridas quirúrgicas se presenta durante la primera semana del posoperatorio y casi 90% se diagnostica dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía, por lo que un porcentaje no despreciable de las infecciones de heridas quirúrgicas se manifiesta cuando el paciente a dejado el hospital. El Dr. Mier en 1993 resalta la importancia de la vigilancia epidemiológica de las heridas quirúrgicas agregando el uso de antibióticos a la profilaxis de heridas mediante un sistema de irrigación subcutánea. De esta manera se redujo la frecuencia de infecciones en más del 50% de los casos al terminar la vigilancia. (3)

1. BEAVER, Belinda M. Cooper Diane M. Clínicas de Enfermería de Norteamericana. Traumatismo/ Cicatrización de heridas. Vol.1 Edit. Interamericana México 1990 P. 283
2. PONCE DE LEÓN Samuel y Col. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Fascículo cinco Gilvo - México 1990. P. 37
3. MIER Juan, Robledo Felipe, Avila Alejandro, Gallo Roberto. Vigilancia de la evolución de 6030 heridas quirúrgicas. *Gaceta Médica Mexicana.* 1993. 129(2): 161- 163

En un estudio realizado por el Dr. Ortega (1998) que tuvo como objetivo, evaluar el efecto de la vigilancia epidemiológica en la presencia de infecciones en heridas quirúrgicas en una unidad de cirugía general. En donde se registraron los casos tipificados como heridas limpias, limpias contaminadas, contaminadas y sucias.

En este estudio se incluyó la vigilancia epidemiológica de las heridas quirúrgicas la cual redujo el porcentaje de infección en los casos de las heridas limpias y limpias contaminadas, las otras dos clases de heridas requirieron de un número mayor de casos para llegar a conclusiones válidas. Permaneciendo sin cambios la infección por estafilococo. (4)

El Dr. Carrillo Alcántara 1982 considera de vital importancia, que existan en los diferentes centros hospitalarios, con servicios quirúrgicos, un comité de control de infecciones que tal y como lo señala la Asociación Americana de Hospitales, se encargue de investigar, controlar y prevenir las infecciones hospitalarias. (5) En la literatura se reportan sistemas de vigilancia epidemiológica para detectar infecciones, como son la revisión de los datos en la readmisión, control de microbiología, radiología, reporte farmacéutico del tratamiento de antibióticos y revisión del expediente médico, este método es llevado a cabo en el Hospital Central Regional Midwestern para un mejor control epidemiológico de infecciones de las heridas quirúrgicas. (6)

En un estudio que plantea de igual forma el efecto de vigilancia de infecciones frecuentes en heridas quirúrgicas, realizado en Estados Unidos de Norte América habla de la limpieza de las heridas quirúrgicas infectadas, concluyendo que es la reflexión más valiosa de atención en cualquier hospital.

Ya que las heridas quirúrgicas con infecciones frecuentes son vistas como indicadores de calidad de atención. (7) Diversos estudios han demostrado que la herida sucia conlleva ha más del 27% de riesgo de infección, comparadas con las heridas limpias que van del 1 al 5%. (8) Las heridas limpias son aquellas incisiones en las que se ha penetrado el tracto intestinal, la región orofaríngea, el tracto respiratorio o el tracto genitourinario. Cirugías en las que se encuentre inflamación aparente de los tejidos, en las que no haya ruptura de la técnica de asepsia quirúrgica, éstas pueden ser cirugías electivas en las que no se deja drenaje y son cerradas de primera intención. No deben ser traumáticas o infectadas. (9)

4. ORTEGA León Luis, Vargas Domínguez Armando, López López Jorge, Rodríguez Báez Alejandro, Almaza Iturbe Rolando, Hernández Teresa. Es útil la vigilancia epidemiológica de heridas quirúrgicas para disminuir la incidencia de infección?. *Cir Ciruj* 1998, 6(6): 215 - 218
5. CARRILLO Alcántara Vicente. Estudios sobre infecciones en cirugía pediátrica. *Bol Med Hospit Inf Méx*. 1982 39 (5): 355 - 360
6. REILLY JS. The effect of surveillance on surgical wound infection rates. *J Tissue Viability*. 1999, 9 (2): 57 - 60
7. FIELDS CL. Outcome of a povidone-iodine system for surgical site infections at a Midwestern regional referral center hospital. *Am J Infect Control*. 1999 27 (2): 158 - 164
8. PADILLA Barión G, Guscalfé Gallardo H, Martínez García MC, Vargas de la rosa R, Palacios Treviño J, Muñoz Hernández O. Epidemiología de las infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico. *Salud Pública, México*. 1986. 28: 599 - 610
9. NORIEGA AR, Aguado JM. Infecciones nosocomiales en cirugía: Infección de las heridas quirúrgicas (cap. 5). *J Infection nosocomial*. Barcelona Doyma, 1993 P. 47 - 58

2.2 PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HERIDA QUIRÚRGICA

La enfermería se basa en la integración y aplicación de conocimientos de las ciencias naturales, de la conducta y humanística. Esta base de conocimientos es dinámica y se expande con rapidez conforme las teorías y la investigación proporcionan más información.

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermera y se concibe como una actividad que constituye una forma de conservar la vida, la salud y la especie.

En la década de los 50 en Estados Unidos, Lydia Hall acuña el constructo de proceso de enfermería, en esta época se comienza a buscar un enfoque científico al proceso en el cuidado.

En los años 60, Knowles presentó un modelo de proceso de cuatro pasos: descubrir, investigar, decidir y hacer. En forma paralela la enfermería organizada en colegios, con Yura y Walsh propone un modelo de proceso de cuatro pasos: Valoración, Planeación, Actuación y Evaluación.

Posteriormente, la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), en 1973 inicia los estudios para incluir los diagnósticos en el proceso. A partir de este momento el proceso de enfermería consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El proceso de enfermería en nuestro país ha permitido dibujar nuestra naturaleza, siempre y cuando el método que sea elegido se aplique sistemáticamente, se hagan seguimientos tanto en la práctica como en el terreno de la enseñanza, se realicen investigaciones conjuntando esfuerzos.

(10)

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por lo que el profesional de enfermería utilice sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del tiempo a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirma que "el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si éste estado cambia proporcionar la calidad y cantidad de la asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería permite a la enfermera contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible durante el mayor tiempo posible"

10. FRANCO Orozco Magdalena. El proceso de enfermería como método para la práctica profesional. Ponencia II Simposio Int de Méx

Según Yura y Walsh el objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y la comunidad.

Con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso de enfermería, es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que el profesional de enfermería se esfuerce en definir cada acción en términos de fase de asistencia sanitaria que esta realizando.

Nuestra autora establece que el proceso de enfermería consiste en una interacción del cliente y del profesional de enfermería con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las opciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería en sus cinco fases que son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Yura enfatiza que no debemos de olvidar que los elementos que participan en tecnología, creencias y valores. (11)

Partiendo de esto, la primera fase del proceso de atención de enfermería (PAE), se centrará en la recolección de la información relacionada con las heridas quirúrgicas en el paciente pediátrico.

Todo esto para establecer una base de datos sobre el grado de salud, las medidas sanitarias, las enfermedades pasadas y experiencias relacionadas así como las expectativas del paciente pediátrico durante el perioperatorio.

2.2.1 VALORACION DE ENFERMERIA EN LAS HERIDAS QUIRURGICAS

Esta fase es el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Para esto debe establecerse un marco conceptual y determinar las respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una atención enfermero, esto depende del modelo teórico de enfermería. (12)

Se efectúa de forma sistemática con la confirmación, clasificación y organización de los datos clínicos del paciente mediante un formato con datos organizados para valorar la seguridad y los límites funcionales enfocando al paciente en el marco de la asistencia posquirúrgica inmediata y mediata, evitando así centrarse solo en la situación fisiopatológica de la herida. (13)

Desde luego, la enfermera debe contar con capacitación especializada para vigilar los datos fisiopatológicos y valorar clínicamente para prever riesgos en el proceso de cicatrización de heridas quirúrgicas. Tomando en cuenta que la

11. LYER W. Patricia y Col. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª edición. España 1999 P 453

12. HERNANDEZ Conesa Dra., Esteban Albert Dr., Fundamentos de enfermería: Teorías y Métodos. 1999 p 131 - 140

13. POTTER Patrice y Anne Griffith Parry. Fundamentos de enfermería. Teoría práctica. Madrid. Mosby - Doma. 1996

valoración del estado del paciente y sus necesidades pueden provenir de diversas fuentes, se considera que la información primaria debe obtenerse a partir del propio paciente a través de la entrevista y el examen físico, datos de laboratorio y resultados de las pruebas complementarias. Las fuentes secundarias son las aportaciones de familiares e integrantes del entorno del paciente, así como los datos registrados en la historia clínica actual o en alguna anterior y los informes derivados de los miembros del equipo de salud. (14)

En este contexto se destaca la importancia que tiene la valoración inicial de las heridas quirúrgicas en la piel basada en el tacto, sensación y observación de humedad, turgencia, temperatura y color. Al valorar al paciente la enfermera experta debe palpar la superficie de la piel y observar la integridad de la misma para sersiorarse que no hay enrojecimiento, calor, rubor y dolor que son parámetros de un proceso de infección en herida quirúrgica. (15)

2.2.1.1 VARIABLES CLINICAS INTERCURRENTES EN LA VALORACIÓN.

Estos puntos están centrados en la función del sistema orgánico infantil, que se relaciona con el proceso de reparación de tejidos. Las enfermeras expertas deben conocer:

SISTEMA CARDIOVASCULAR: Es importante tener claro que se debe mantener el gasto cardiaco y el volumen de sangre a niveles normales para promover la circulación. El estado nutricional, la reacción inflamatoria y la tensión de oxígeno dependen por igual del transporte de sus elementos hasta el área local, por medio de la microcirculación a su vez depende del volumen circulante. La vigilancia estrecha y el tratamiento minucioso de los líquidos y su equilibrio hidroelectrolítico son factores cruciales para mantener el volumen vascular.

SISTEMA RESPIRATORIO: El oxígeno es necesario para la migración celular, la fagocitosis y la síntesis de proteínas y de colágeno. Los neonatos tienen tendencia a desarrollar patrones irregulares de respiración y apnea, debido a la inmadurez de su sistema nervioso central. Cualquier trastorno en el estado respiratorio puede alterar el grado de oxígeno que lleva al tejido de cicatrización.

SISTEMA INMUNE: Tiene dos funciones principales: la primera, los fagocitos realizan la captura, muerte y digestión intracelular de microorganismos invasores. La segunda, los linfocitos se encargan de la inmunidad celular específica para resistir ciertas infecciones causadas por virus y hongos, así como otros que requieren invadir la célula huésped.

14. LEON Ramírez A., Cashat Cruz M, Avila Figueroa C. Y Col. Infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico. Salud Pública. México 1986. 28: 616 - 622
15. KOZIER G. Y Col. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y practica. 5ª edición. Vol. 2 Mac - Gray Hill Interamericana p 1424 - 1463

Estos dos mecanismos principales de defensa son inmaduros e incompetentes en el neonato. Los niños incrementan su síntesis de inmunoglobulina cuando son expuestos a otras sustancias inmunológicas.

INTEGUMENTO: Las funciones de la piel en el humano incluyen la termoregulación y protección del cuerpo contra el ambiente externo, de modo que la enfermera clínica debe conocer las propiedades funcionales de la piel, para que pueda escoger las intervenciones tópicas apropiadas, así como identificar los posibles trastornos.

ESTATURA: La pequeña talla de estos pacientes aumenta la posibilidad de contaminación cruzada en la herida. La inmadurez de los niños pequeños les impide limitar en forma voluntaria la dispersión de líquidos de la herida u otras secreciones de un lugar a otro.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES: El buen resultado del proceso de cicatrización depende, en parte, de que haya reservas nutricionales adecuadas y continúe la ingesta apropiada de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales que proporcionan una dieta balanceada. La mala nutrición retarda el proceso, lo cual ocasiona que la herida no sane en forma adecuada ni completa. (16)

2.2.2 BASES CLINICAS PARA CONSTRUIR LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS ASOCIADOS A LAS HERIDAS QUIRURGICAS.

Dentro de la fase diagnóstica, se considera que es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante el proceso deductivo a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermero.

El diagnostico permitirá: Entender la situación del paciente, constituye la base para establecer objetivos y para planear intervenciones.

El diagnostico de enfermería debe cumplir los siguientes requisitos según la NANDA:

DESIGNACIÓN: Proporcionar un nombre al diagnostico

DEFINICIÓN: Es una descripción clara y exacta del diagnostico y la diferencia de otros.

CARACTERISTICAS DEFINITORIA: Se refiere a conductas o signos y síntomas clínicos que son manifiestos.

La NANDA a identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico de enfermería: Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud.

16. BEAVIER, Belinda M. Cooper Diane M. Clínicas de Enfermería de Norteamericana. Traumatismo/ Cicatrización de heridas. Vol. I Edit. Interamericana México 1990 P. 283

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo: Es un juicio clínico de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia una comunidad para desarrollar un problema.

Diagnóstico de enfermería de bienestar: Es un juicio clínico de un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a uno más elevado. (17)

Por lo tanto el diagnóstico de enfermería es para establecer la situación y las necesidades del paciente ya que su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

Todos estos datos nos llevarán a la elaboración de los diagnósticos de la enfermería asociados a la herida quirúrgica y a diseñar un plan de cuidados acorde a las necesidades detectadas en estos pacientes. Estos serán elaborados de acuerdo a los criterios y fundamentos que establece y acepta la NANDA.

2.2.3 PLANIFICACIÓN ESPECIALIZADA EN ENFERMERIA

La base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planificarán las estrategias encaminadas al óptimo proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, y los medios requeridos para su consecuencia.

En primer lugar, la fase de planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales, y los comunes, de otros más raros. A partir de la jerarquización, pueden estimularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para solventar los problemas del paciente y suplir aquellos factores que él no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia. Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: de índole psicomotriz, cognitiva, afectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, a mediano o a largo plazo así como de objetivos circunstanciales o de objetivos permanentes según sean las características de cada caso.

También deben planificarse los elementos de vigilancia y evolución, para lo cual es necesario que los objetivos de intervención sean personalizados y mensurables. (18)

Considerando lo anterior la fase de planeación se puede dividir en cuatro etapas:

17. HERNANDEZ Conesa Dra., Esteban Albert Dr., Fundamentos de enfermería: Teorías y Métodos, 1999 p 131 - 140
18. BAILY Raffensperger Ellen y Col. Enciclopedia de la enfermería, Vol. 1 Edit. Océano - Centrum España. 1999 p 192

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

Para llevar a cabo un plan de cuidados en pacientes pediátricos con heridas quirúrgicas nos basaremos en la Teoría de Virginia Henderson acerca de las Fuentes de Dificultad.

2.2.3.1 TEORIA DE HENDERSON

FUENTES DE DIFICULTAD

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Desde que Virginia Henderson desarrolló su concepto de cuidados, basado en las necesidades humanas, ya nos presentaba los cuidados de enfermería de forma muy amplia, y en la actualidad podría considerarse desde la perspectiva bio - psico - social.

Entre los últimos factores a considerar, Henderson menciona entre otros la edad del enfermo, su cultura, su emotividad, su fuerza física y su grado de inteligencia. Ella insiste por otra parte y a menudo, en la manera en que el cliente vive su problema así como su medio familiar y profesional. Todos estos elementos le parecen importantes. Igualmente, la aplicación y la profundización de esta concepción de cuidados.

CAMBIOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería están en constante evolución. La tendencia actual nos lleva a considerar al cliente de forma integral, es decir, bajo una visión "holística" que tiene en cuenta no solamente todo lo que es, sino también las relaciones y las interacciones que existen entre los aspectos físico, psíquico y social. Las investigaciones llevadas a cabo sobre las enfermedades psicósomáticas permiten demostrar la relación que existe entre cuerpo y psiquismo, de la misma forma que la evolución de la sociología ha puesto en evidencia la importancia, bajo el punto de vista de salud, del medio en el cual el ser humano evoluciona. Ya no se atienden, pues, problemas de salud únicamente de forma unidimensional, sino a seres humanos en toda su complejidad.

APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE VIRGINIA HENDERSON

Guardando en el pensamiento las orientaciones fundamentales de Virginia Henderson y considerando la necesidad de cuidados percibidos de forma "holística", así como el profundizar en los conceptos desarrollados por esta pionera de los cuidados de enfermería modernos nos ha conducido a aplicar ciertas nociones.

Cuando reflexiona sobre las fuentes de dificultad que encuentra el cliente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, Virginia Henderson las describe bajo tres aspectos. Nos dice que puede tratarse de una falta de fuerza física, de una falta de voluntad o de una falta de conocimiento.

Por nuestra parte, para tener en cuenta las complejas intervenciones que exige actualmente el cuidado del cliente, y creyendo que con ello no traicionamos el pensamiento de la autora, enfocamos estas fuentes de dificultad de forma más extensa y hacemos un ajuste que creemos esencial en la actualidad. Convirtiéndose así en fuentes de dificultad de orden físico, psicológico y socioeconómico y fuentes de dificultad relacionadas con la falta de conocimientos.

FUENTE DE DIFICULTAD

Cuando el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades fundamentales, encuentra a menudo dificultades que hacen que algunas de estas necesidades queden sin satisfacer. Y como expresa Virginia Henderson, un sujeto cuyas necesidades no son satisfechas no puede ser completo, entero o independiente. Este presenta entonces manifestaciones de dependencia. El papel de la enfermera consiste, en este momento, en suplir lo que él no puede hacer para que llegue a ser lo más autónomo posible en la satisfacción de sus necesidades. De la misma manera, ella le ayuda a mantener o a recuperar un estado óptimo de salud o incluso a morir con dignidad.

DEFINICIÓN

Estas fuentes de dificultad puede definirse como el impedimento mayor para conseguir la satisfacción de una o más necesidades fundamentales. Es poco frecuente que una necesidad insatisfecha no tenga repercusión negativa sobre otras necesidades, de tal manera que perjudica la satisfacción de las demás. Tomemos el ejemplo de un cliente inmovilizado en la cama. Este experimenta dificultades para responder a su necesidad de moverse, pero no son los únicos problemas con los que se encuentra. Pensemos en la falta de apetito que sufre

a menudo la persona que está en cama, en las dificultades de eliminación que a menudo experimenta o incluso en las de conservar la integridad de sus tegumentos. Los problemas se sitúan también en el plano bio - psicosocial, ya que a esta persona también le costará distraerse o sentirse útil, y conservar, por tanto, su autoestima. Como vemos, una necesidad perturbada engendra múltiples manifestaciones de dependencia a otros niveles.

ORIGEN DE LAS FUENTES DE DIFICULTAD

Estas fuentes de dificultad pueden tener su origen en los diferentes componentes del ser humano y también en el conjunto de experiencias vividas en el pasado o en el presente. En efecto, según Wolff, la persona reacciona no solamente frente a las dificultades actuales, sino también a las anteriores. La persona experimenta, interpreta y reacciona según sus vivencias. Por consiguiente, estas fuentes de dificultad pueden relacionarse con problemas de orden físico, psicológico o socioeconómico. También puede derivar, como lo expresa Virginia Henderson, de una falta de conocimientos del cliente relativo a su salud y al modo de satisfacer sus diferentes necesidades. La salud es tomada aquí en un sentido amplio: como lo escribe Dunn, constituye más que el silencio de los órganos es más bien un estado óptimo de bienestar bio - psicosocial.

INTERACCIONES ENTRE LAS FUENTES DE DIFICULTAD

Así como la satisfacción de varias necesidades pueden ser perturbada por una fuente de dificultad cualquiera, igualmente otras fuentes de dificultad pueden intervenir para obstaculizar la satisfacción de ciertas necesidades. Por ejemplo, un problema de orden físico puede verse complicado por el estado de depresión en el cual se encuentra el enfermo, y empeora por la falta de soporte y de afecto de su entorno. La interacción de algunas fuentes de dificultad eleva así el nivel de estrés al que el sujeto debe enfrentarse: como lo enuncia Selye, la interacción aumenta por el desgaste producido por el uso que la vida inflige a la máquina humana.

Las interacciones entre las diferentes necesidades del cliente y la influencia conjunta de algunas fuentes de dificultad constituyen toda la riqueza de este concepto de cuidados y colocan a la enfermera ante un gran desafío. Por eso, ésta debe lograr (por su papel de suplencia) llevar a cabo una aproximación y unas intervenciones que puedan ayudar al cliente a afrontar los problemas multidimensionales.

FUENTES DE DIFICILTAD Y FUENTES DE DEPENDENCIA

Según Virginia Henderson, el cliente que no puede satisfacer adecuadamente cualquiera de sus necesidades fundamentales, en sus dimensiones bio-psicosocio - culturales, presenta manifestaciones de dependencia. Ello significa que muestra signos observables de una deficiencia más o menos importante a nivel de una o más de las diferentes necesidades, y que se confía a los cuidados de enfermería a fin de que las enfermeras suplan lo que él no puede hacer por sí mismo.

Mediante una observación perspicaz y constante, la enfermera está atenta a estas manifestaciones de dependencia, y sus intervenciones van dirigidas no sólo a reemplazar o completar las acciones del cliente, sino sobre todo a que consiga una mayor autonomía. Así, el cliente que presenta dificultad para respirar será, en primer lugar, el centro de ciertas intervenciones cuya finalidad es colocarlo en una posición que le facilite la respiración o el drenaje, o incluso dar al aire ambiental un grado de humedad que permita fluidificar las secreciones que dificultan el paso del aire. Más adelante, y gracias a las explicaciones dadas por la enfermera, será el propio paciente quien asuma los cuidados que precisa.

CENTROS DE INTERVENCIONE DE LA ENFERMERA

La intervención de la enfermera puede tener, según el caso, dos centros principales. Puede dirigirse directamente a la fuente de dificultad para reducir su influencia o incluso centrarse en las manifestaciones de dependencia del cliente a nivel de una o más necesidades. En ocasiones, la enfermera puede intervenir para devolver al cliente la fuerza física y psicológica, aportarle el soporte sociológico o transmitirle conocimientos. Puede así apuntar directamente hacia la fuente de dificultad. Pero también puede ocurrir que actúe sobre todo a nivel de la manifestación de dependencia, aun teniendo la fuente de dificultad, para llevar a cabo una aproximación adecuada. De esta manera, para un cliente cuyo retraso mental constituye un obstáculo para la satisfacción de sus necesidades, la enfermera podrá intervenir mucho más en las manifestaciones de dependencia que sobre el propio problema. Esta no tiene ni el tiempo ni la competencia para hacerse educadora especializada, pero sí es de su competencia el preocuparse para que las necesidades fundamentales de sus clientes estén satisfechas. Por ejemplo, si ella observa que este cliente no come de modo adecuado, intervendrá directamente a nivel

de esta manifestación de dependencia escogiendo con él sus alimentos a ayudándole en la necesidad de alimentarse. Su acción a nivel de retraso mental puede que no exista, pero su importancia será solamente secundaria. (19)

2.2.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON HERIDAS QUIRÚRGICAS.

La fase de ejecución es la acción directa, en la cual el profesional es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente llevado a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación. (20)

Su meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En esta fase, la relación entre el personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. (21)

La exploración física, debe conducirse de tal forma que no produzca ansiedad en el niño explicándole en forma sencilla el procedimiento, y durante el mismo, seguir hablándole.

La exploración ha de realizarse en forma ordenada y secuencial utilizando las cuatro técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Durante esta, es donde se determinan los signos vitales y otros parámetros al igual que se examinan todas las regiones del cuerpo para buscar anomalías que pueden proporcionar la información de posibles problemas relacionados con las heridas quirúrgicas.

Otras fuentes de datos son las pruebas diagnósticas y de laboratorio ya que pueden identificar o confirmar alteraciones en la herida.

La historia clínica de enfermería constituye la información de base del paciente, con respecto a la enfermedad y dentro de las intervenciones de enfermería no debemos olvidar que la herida quirúrgica esta sometida a un estrés considerable durante la convalecencia. La sobre carga de una nutrición inadecuada, el deterioro circulatorio y las alteraciones metabólicas aumentan el riesgo del retraso de la cicatrización. Una herida puede estar a una considerable tensión física por ejemplo: tirantes en el punto de sutura debida a vómito, tos, distensión y movimientos del cuerpo. La enfermera deberá proteger la herida y favorecer la cicatrización tomando en cuenta el intervalo de este proceso usando las técnicas asépticas durante el cambio de vendaje y el cuidado de la misma si existen drenajes quirúrgicos pueden contaminarla, es por eso que la observación continua de la herida permite identificar los primeros signos y síntomas de la infección.

19. RIO Pelle Lise, Grondin Louise, Phaneuf Margot. Cuidados de enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial Interamericana. España - Madrid 1993. P 352

20. HERNANDEZ Conesa Dra., Esteban Albert Dr., Fundamentos de enfermería: Teorías y Métodos. 1999 p 131 - 140

21. BAILY Raifensperger Ellen y Col. Enciclopedia de la enfermera. Vol. 1 Edit. Océano - Centrum España. 1999 p 105

2.2.5 FASE DE EVALUACIÓN

La última fase del proceso es la evaluación en la cual las actividades intelectuales se completan con las otras fases del proceso, pues indica el grado en el que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondiente han sido correctos. Tomando en cuenta las consecuencias que producen en el paciente.

2.3 PROCESO DE CICATRIZACIÓN EN LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS

Al igual que una caída de agua, la cicatrización es un proceso en cascada formado por múltiples hechos pequeños orientados a una meta, los cuales se combinan y dan como resultado algo más complejo y rico en energía que cualquiera de los componentes por sí solo. Se trata de un proceso tan intrincado como cualquiera de las de más funciones principales del cuerpo humano.

Este proceso puede ser dividido en tres fases: Fase inflamatoria, fase proliferativa y fase de maduración. (22)

FASE INFLAMATORIA

Se inicia inmediatamente después de la lesión y dura de tres a cuatro días, en esta fase se producen dos procesos principales la hemostasia y la fagocitosis. La hemostasia es el cese de la hemorragia, dando como resultado la vasoconstricción de los vasos sanguíneos más grandes la zona afectada de la retracción de los vasos sanguíneos lesionados, de los depósitos de fibrina (el tejido conectivo) y la formación de coágulos de sangre en la zona. Los coágulos sanguíneos, que se forman a partir de las plaquetas, proporcionan un entramado de fibrina que constituye la estructura para la reparación celular. También se forma una costra en la superficie de la herida compuesta por coágulos o tejidos en mal estado o muerto, sirve para ayudar a la hemostasia e impedir la contaminación bacteriana de la herida por debajo de la costra y desde los bordes de la herida migran células epiteliales hacia la misma que sirve de barrera entre el cuerpo y el medio impidiendo la entrada de microorganismos. La fase inflamatoria también implica las respuestas celulares y vasculares destinadas a eliminar las sustancias extrañas y los tejidos muertos o en mal estado. La fagocitosis, en esta los macrófagos se originan en los monocitos de la sangre, están encargados de engullir a los microorganismos y a los desechos celulares. Los macrófagos también

22. BEAVER, Belinda M. Cooper Diane M. Clinicas de Enfermería de Norteamericano. Traumatismo/ Cicatrización de heridas. Vol.1 Edit. Interamericana México 1990 P. 283

producen un factor angiogénico (AGF) que estimula la formación de bordes epiteliales de los vasos sanguíneos. La red microcirculatoria que se produce como resultado sustenta el proceso de cicatrización y la herida durante el tiempo que dura. Hoy en día se considera que los macrófagos y los factores AGF son esenciales para el proceso de cicatrización. La respuesta inflamatoria es fundamental para la cicatrización, y las medidas que deterioran la inflamación tales como la administración de esteroides pueden suponer un riesgo para el proceso de la cicatrización. Durante esta etapa también se desarrolla una fina capa de células epiteliales a lo largo de la superficie de la herida.

FASE PROLIFERATIVA

Es la segunda fase de la cicatrización que se extiende desde el tercer o cuarto día posteriores a la lesión hasta el día 21. Los fibroblastos (las células del tejido conectivo), que inicia su migración hacia la herida aproximadamente a las 24 hrs. Después de la lesión, comienzan a sintetizar colágeno y a partir del quinto día una sustancia de base denominada potreoglicano. El colágeno es una sustancia proteica blanquecina que añade fuerza de tensión a la herida. A medida que aumenta la cantidad de colágeno se incrementa la fuerza de la herida; por tanto la posibilidad de que se abra va disminuyendo progresivamente. Durante este periodo aparece un anillo de curación protuberante, por debajo de la líneas de sutura intacta en una herida que no ha sido suturada, el colágeno reciente con frecuencia es visible. Los capilares crecen a través de la herida aumentando el aporte sanguíneo que lleva consigo el oxígeno y los nutrientes que se necesitan para la cicatrización. Los fibroblastos se trasladan desde el torrente circulatorio a la herida depositando la fibrina. A medida que la red capilar se desarrolla el tejido se hace de un color translucido y rojo, a este tejido se le denomina tejido de granulación frágil y sangra con facilidad.

Cuando los bordes de la piel de la herida no están suturados la zona debe ser rellenado con tejido de granulación. Cuando el tejido de granulación madura las células epiteliales de los bordes migra hacia él, y proliferan sobre esa base de tejido conectivo para rellenar la herida. Si la herida no cierra por epitelización la zona aparece cubierta por las proteínas del plasma seco y células muertas. A esto se le denomina costra. Al inicio las heridas que cicatrizan por segunda intención resumen un exudado sero sanguinolento. Más tarde sino están cubiertas por células epiteliales, se recubren por una gruesa capa de tejido fibrinoso, de color grisáceo, que a la larga se convierte en tejido cicatrizal compacto.

FASE DE MADURACIÓN

Comienza alrededor del día 21 y puede extenderse hasta uno o dos años después de la lesión. Los fibroblastos continúan sintetizando colágeno. Las propias fibras de colágeno, que al inicio estaban depositadas de una forma casual se van reorganizando en una estructura organizada. La cicatriz se convierte en una línea fina, blanca y menos elástica.

TIPOS DE CICATRIZACIÓN

PRIMERA INTENCIÓN: Se produce cuando la superficie de los tejidos han sido aproximados y existe una pérdida mínima de tejido o no se produce pérdida; se caracteriza por una formación imperceptible del tejido de granulación y la cicatriz.

SEGUNDA INTENCIÓN: Es una herida que es extensa y que afecta a una gran cantidad de tejido, y en el cuál los bordes no pueden ser aproximados. El tiempo de reparación es largo, la cicatriz es más grande y la susceptibilidad a la infección es mayor.

TERCERA INTENCIÓN: Está indicada cuando existe una razón para retrasar la sutura de una herida. La herida que cicatriza por tercera intención necesita más tejido conectivo, que las heridas cicatrizan por primera intención. (23)

2.3 TECNOLOGÍA PARA FAVORECER EL PROCESO CICATRIZAL

Al recordar la frase atribuida a Paré "yo vendo la herida, Dios la cura", se aprecia que la gente convencida de que Dios está de nuestro lado coloca cualquier cantidad de cualquier cosa en heridas seguras, pues estas sanan, no importa lo que se ponga en ellas. Los investigadores han demostrado los efectos de tratamiento como el de yodobovidona (Betadine) a potencia plena los apósitos apenas húmedos sobre tejido en cicatrización. Más aún, se ha probado que es ineficaz el empleo de jeringas de bulbo de irrigación y uso de lamparas caloríficas es contrario al descubrimiento que las células epiteliales migran mucho mejor en ambientes húmedos. (24)

No obstante, trabajadores clínicos brillantes y cuidadosos siguen empleando cada una de estas técnicas para atención de heridas en búsqueda en la cicatrización.

23. KOZIER G. Y Col. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Vol. 2 Mac - Graw Hill Interamericana p 1424 - 1463

24. BEAVER, Belinda M. Cooper Diane M. Clinicas de Enfermería de Norteamericana. Traumatismo/ Cicatrización de heridas. Vol.1 Edit. Interamericana Mexico 1990 P. 283

Esta tarea corresponde a quienes tienen interés en que la curación de heridas se realice con mayor seguridad y la celeridad debida.

La elección del agente limpiador y el método a emplear depende en gran medida del protocolo de la institución. De acuerdo a esto se mencionarán algunos materiales para favorecer a la cicatrización de la herida, así como la curación, protección y prevención de la misma.

TIPOS DE APOSITOS

Están disponibles diversas clases de material de apósito para cubrir herida. El tipo de vendaje que se utiliza depende de la ubicación, el tamaño y el tipo de herida, la cantidad del exudado, si la herida necesita ser debridada o no, si está infectada o si tienen tractos fistulosos y aspectos tales como la frecuencia del cambio de apósito.

GASA: Con frecuencia, se utilizan gasas secas estériles para cubrir las incisiones quirúrgicas. Pueden utilizarse varios tamaños de gasas. Los tamaños estándares son 10x10 cm y 10x20 cm, esto depende de la naturaleza de la herida, la cantidad de exudado, y de la ubicación de la herida.

Las gasas telfa es un tipo especial de gasas. Tiene una superficie brillante que no se adhiere a una o a las dos gasas y se aplica con la cara brillante sobre la herida. Debido que el apósito se adhiere, éste no causa lesiones en la herida cuando se retira.

Los apósitos de gasas más grandes y gruesas, llamados apósitos quirúrgicos o abdominales son utilizados para cubrir las gasas más pequeñas. Estos no tan solo sujetan las otras gasas en su lugar si no que también absorben y retienen los exudados cuando son abundantes.

VENDAJES SINTETICOS

Se han desarrollado una variedad de apósitos oclusivos y semi oclusivos para las heridas, entre los que se encuentran las películas finas, los hidrocoloides y las espumas. No obstante, todos los apósitos hidratan la herida, la aíslan y la protegen de la contaminación ambiental.

PELICULAS TRANSPARENTES ADHESIVAS: Apósitos no absorbentes de plástico semipermeables que permiten el intercambio de oxígeno entre el medio ambiente y el hecho de la herida. Son impermeables para las bacterias. Como por ejemplo: Op-site, Tegaderm, Bio-oclusivo y ACU-derm.

VENDAJES IMPREGNADOS DE ADHERENTES: Algodón tejido o sin tejer o material sintético que está impregnados con vaselina, suero fisiológico, zinc-salino, antimicrobianos u otros agentes. Precisan apósitos secundarios para fijarlos en su lugar, retener la humedad, y proporcionar protección a la

herida. Como por ejemplo: Gasas vaselinadas, Carragasa, Apósito húmedo Dermagran, Xeroform.

HIDROCOLOIDES: Sellos adhesivos impermeables, pastas o polvos. Los sellos están diseñados para ser usados hasta 7 días y constan de dos capas. La capa interna adhesiva tiene partículas que absorben el exudado y forma un gel hidratante sobre la herida; la película exterior sella el apósito. Por ejemplo: DuoDERM, Comfeel, Tegasrob, Restore.

HIDROGELES: Láminas de glicerina o acuosas de aspectos gelatinosos no adhesivos, gránulos, o geles que son permeables al oxígeno, a menos que sean cubiertos por una película de plástico. Pueden precisar un apósito oclusivo secundario. Han reemplazado a los apósitos enzimáticos. Por ejemplo: Aquasorb, ClearSite, ElastoGel, Intrasite.

ABSORBENTES DE EXUDADOS: Apósitos no adherente de polvo, de bilitas de gránulos, o de pasta que se adaptan a la superficie de la herida y absorben el exudado en una proporción de 20 veces su peso; precisan un apósito secundario. Por ejemplo: Debrisan, Pasta Triad, Sorbsan.

TIPOS DE SOLUCIONES ANTICEPTICAS

Algunas soluciones empleadas durante la curación de heridas quirúrgicas son:

SOLUCIÓN DE YODOPOVIDONA

Disponible como solución al 10% con polivinil pirrolidona (povidona) que contienen 1% de yodo libre con una actividad antimicrobiana amplia de comienzo rápido.

Potente germicida a concentraciones bajas, disminuirá la migración de los PMN y su vida media a concentraciones - 1%. Es probable sea segura y efectiva para limpiar heridas a concentraciones del 1%.

SOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE JABÓN DE YODOPOVINA

El mismo componente que la anterior, potente germicida a concentraciones bajas, puede causar toxicidad sistémica en concentraciones más altas: la toxicidad al 4% es cuestionable. Es mejor como solución para lavar las manos: nunca se usa en heridas abiertas.

DETERGENTES NO IÓNICOS (plurionic F-68. SHUR-CLENS)

El óxido de etileno es el 80% de su peso molecular, no tiene actividad antimicrobiana. Para limpiar heridas, es tóxica en heridas abiertas, parece ser un agente limpiador de heridas seguro y efectivo.

HEXACLOFENO

Bacteriostático (2 a 5%), mayor actividad contra organismos Gram positivos, interrupción de transporte electrónico en las bacterias y disrupción de enzimas ligadas a la membrana, poca toxicidad para la piel; la forma en jabón es dañina para las heridas abiertas, para limpiar la piel intacta.

ALCOHOLES

Baja potencia antimicrobiana, más efectiva como una solución de alcohol etílico al 70% o de alcohol isopropílico al 70%, desnaturaliza las proteínas, elimina de forma irreversible y funciona como fijador.

FENOLES

Bacteriostáticos -0.2%, bactericida - 1%, fungicida 1.3%, desnaturaliza las proteínas, necrosis tisular extensa, toxicidad sistémica. (25)

2.5 HERIDAS, CLASIFICACIÓN Y TÉCNICA DE CURACIÓN

HERIDA: Es una lesión a los tejidos corporales que produce interrupción en la estructura del tejido normal, tales son producidas por medios físicos.

Las heridas pueden ser intencionales o no intencionales las cuales se clasifican:

- **HERIDAS QUIRURGICAS:** El cirujano corta a través del tejido intacto con el propósito de exponer o cortar tejido; una incisión en un corte o una abertura del tejido.
- **LESIÓN TRAUMÁTICA:** se clasifica en dos:
 1. Herida cerrada: la piel está intacta, pero los tejidos subyacentes se lesionan una vesícula de suero o un hematoma se pueden formar por debajo de la dermis. Los ligamentos rotos y las fracturas simples son heridas cerradas.
 2. Heridas abiertas: La continuidad de la piel se rompe por abrasión, laceración o penetración.
- **HERIDAS SIMPLES:** La continuidad de la piel se interrumpe pero sin pérdida ni destrucción de tejido y sin que exista un cuerpo extraño. Estas lesiones suelen producirse por objetos cortantes o que penetran al organismo a poca velocidad.
- **HERIDAS COMPLICADAS:** Casos en los que se pierden o se destruye tejido por quemadura o aplastamiento, o puede ser por un cuerpo extraño que penetra a gran velocidad.

- HERIDAS LIMPIAS: Cicatrización de primera intención después del cierre de todas las capas del tejido y de los bordes de la herida.
- HERIDAS CONTAMINADAS: Objetos contaminados penetran la piel, los microorganismos se multiplican en un lapso de seis horas la contaminación se puede convertir en infección.
- HERIDAS CRÓNICAS: Las úlceras por presión y por decúbito pueden resultar del mismo compromiso de la circulación sobre prominencias óseas por periodo de tiempo largo, la estasis venosa o la circulación inadecuada de las piernas puede ocasionar úlceras de la piel; la necrosis tisular puede presentarse después del tratamiento. Estas heridas crónicas tienen pérdidas de tejido y por lo general también contaminación bacteriana. (26)

CLASIFICACIÓN QUIRÚRGICA DE ACUERDO A LA DENSIDAD Y CONTAMINACIÓN BACTERIANA.

- Herida limpia o tipo I:

Cirugía electiva no traumática, cierre primario de la herida sin drenajes. Sin evidencia de inflamación, no se inciden los tractos genitourinario, respiratorio, digestivo ni orofaríngeo. No hay ruptura en la técnica aséptica.

- Herida limpia contaminada o tipo II:

Cirugía electiva o de urgencia pueden existir cambios macrosomios de inflamación sin evidencia de infección. Se inciden bajo condiciones controladas y sin mayor contaminación, los tractos digestivo, genitourinario, respiratorio u orofaríngeo; pueden existir pequeñas rupturas de la técnica aséptica. Se colocan drenajes mecánicos y ostomias.

- Herida contaminada o tipo III:

Cirugía de urgencia indicada por herida traumática reciente por enfermedad inflamatoria aguda, salida importante de contenido gastrointestinal del tracto digestivo incidido. Incisión de los tractos biliar genitourinario, respiratorio u orofaríngeo con ruptura importante de la técnica aséptica.

- Herida sucia o tipo IV:

Cirugía de urgencia por herida traumática o enfermedad inflamatoria aguda que determina en tejido desvitalizado, cuerpos extraños retenidos, contaminación fecal y o bacteriana por visera hueca perforada. Datos de inflamación e infección aguda con pus encontrada durante la operación. (27)

26 ATKINSON, Lucv. Técnicas de quiriólino de Berry y Kohn. 7ª edición. Editorial Interamericana - México. 1994. P 781

27 PONCE DE LEÓN Samuel y Col. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Fascículo cinco Glavo - México 1999. P. 37

TECNICA DE CURACIÓN

OBJETIVO

Eliminar las concentraciones necesarias para el crecimiento de microorganismos, proporcionando comodidad física y un medio fisiológico que favorezca la cicatrización de la herida, así como, observar y descubrir a tiempo las complicaciones.

MATERIAL Y EQUIPO

- Solución antiséptica
- Solución fisiológica o agua estéril
- Jabón líquido
- Gasas
- Guantes
- Apósitos
- Torundas
- Vendas
- Tela Adhesiva
- Micropore
- Cubre bocas
- Bolsas para desperdicios
- Abatelenguas
- Pinzas de traslado
- Bandeja riñón con:
 - 2 piezas de pinzas kelly, recta y curva
 - 2 pinzas de disección
 - 1 tijera recta
 - 2 vasos de vidrio o metálicos
 - 1 compresa hendida

TECNICA

- Lavarse las manos, preparar el equipo y traslado al cuarto clínico o bien a la unidad del paciente.
- Explicar al paciente la técnica y traslado al cuarto clínico si es necesario.
- Cerrar la puerta del cuarto de curación o las cortinas según sea el caso y colocar al paciente en posición adecuada, solicite ayuda o sujete al paciente si lo considera conveniente.
- Colocarse el cubre bocas.
- Exponer el sitio de la herida y quitar la tela adhesiva u otro material a lo largo con lentitud y suavidad, utilizar un solvente adecuado como aceite para bebés si es necesario.
- Calzarse los guantes desechables estériles, quitar los apósitos o gasas cuidadosamente si está seco o adheridos, humedecidos con solución fisiológica o agua estéril utilizando jeringa asepto.
- Quitarse y desechar los guantes.
- Lavarse las manos
- Se abre el equipo y preparar todo lo necesario.
- Se calzan los guantes estériles.
- Coloque sobre la herida una compresa hendida, de modo que el orificio de la compresa deje al descubierto la herida.
- Limpiar la herida con una torunda o gasa impregnada de solución antiséptica limpiando de limpio a sucio, del centro a la periferia hasta retirar la secreción, cambie la gasa cuantas veces sea necesario y deposítela en el recipiente de desperdicios.
- Retire el exceso de solución antiséptica con solución fisiológica o agua estéril.
- Seque la herida utilizando la otra pinza, aplique medicamentos si está indicado, cubra la herida con apósito o gasa y retire la compresa hendida, finalmente fije el apósito o gasa.
- Si está indicado aplique vendaje de sostén
- Dejar cómodo al paciente.
- Dar cuidados posteriores al equipo y material.
- Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

PRECAUCIONES

- Se protegerá la herida de lesiones
- Se evitará la curación durante las comidas
- No se dejarán los puntos de sutura más de cinco o seis días
- Se debe esterilizar un equipo por cada curación y material estéril. (28)

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

OBJETIVO GENERAL

Aplicación del proceso de Atención en Enfermería para establecer el método de valoración, los diagnósticos de enfermería y las intervenciones específicas a pacientes con Heridas Quirúrgicas, en el pre, trans y posoperatorio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valoración clínica durante el pre, trans y posoperatorio a los pacientes sometidos a cirugía el cual se observe y documente la evolución de las heridas quirúrgicas.
2. Elaboración de los diagnósticos de enfermería asociados al manejo de heridas quirúrgicas.
3. Con base a los resultados se realice un protocolo de enfermería en el manejo de heridas quirúrgicas.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Otro cuestionamiento es si el personal de enfermería que está a cargo del manejo de los pacientes quirúrgicos, conoce el proceso de valoración de herida quirúrgica y aplica con base en diagnósticos específicos de enfermería, las técnicas y procedimientos adecuadamente, todo ello se conjunta en la práctica de enfermería del manejo perioperatorio.

Por lo anterior el grupo de investigación se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo se modifican las intervenciones de enfermería en el paciente con herida quirúrgica, cuando estas se definen a partir de una valoración y un diagnóstico de enfermería específico?

5. VARIABLES CLINICAS E INDICADORES

VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA E INDICADORES EN EL PREOPERATORIO.

| VARIABLES CLINICAS | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|--|---|---|
| SOCIOECONOMICA | EDAD SEXO PESO NIVEL | |
| CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE PREVIO A LA CIRUGÍA | ESTADO DE HIDRATACIÓN COLORACIÓN DE TEGUMENTO ESTADO DE NUTRICIÓN BAÑO TRICOTOMIA | HIDRATADO DESHIDRATADO PALIDO ROSADO GRADO I AL III SI O NO SI O NO |
| TIPO DE CIRUGÍA | URGENTE PROGRAMADA | |
| CONDICIONES DE SALUD PERSONAL INVOLUCRADO | INFECCIONES: RESPIRATORIAS GASTROINTESTINALES DE LA PIEL | SI O NO |
| FECHA DE ESTERILIZACIÓN DEL EQUIPO | | |
| INSTALACIÓN DE SONDA | TIPO DE SONDA | |

**VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA EN EL
TRANSOPERATORIO.**

| VARIABLES CLINICAS | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|---|---|-----------------------|
| TIPO DE ANTISEPTICOS UTILIZADOS | | |
| SITIO DE LA HERIDA QUIRURGICA | | |
| LAVADO DE LA CAVIDAD DE LA HERIDA | | |
| HALLAZGOS QUIRURGICOS | INFLAMACIÓN INFECCIONES CONTAMINACIÓN | |
| CAMBIO DE GUANTES AL TERMINO DEL TIEMPO SÉPTICO | CIRUJANO INSTRUMENTISTA AYUDANTE | SI O NO |
| INSTALACIÓN DE DRENAJES | PENROSE SONDAS | SI O NO |
| TIPO DE HERIDA | LIMPIA LIMPIA CONTAMINADA CONTAMINADA SUCIA | |
| USO DE ANTIBIOTICOS | TIPO DE ANTIBIOTICO | SI O NO |
| TIEMPO DE DURACIÓN DE LA CIRUGÍA. | | |

VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA EN EL POSOPERATORIO.

| VARIABLES CLINICAS | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| TIPO DE BAÑO DEL PACIENTE | REGADERA ESPONJA ARTESA | |
| FRECUENCIA DEL BAÑO | DIARIO CADA TERCER DÍA NO SE BAÑA | |
| CURACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA | 12 HORAS 24 HORAS 36 HORAS | |
| EQUIPO DE CURACIÓN | ESTERIL | SI O NO |
| SIGNOS DE INFECCIÓN | CALOR RUBOR INFLAMACIÓN MAL OLOR PRESENCIA DE SECRECIÓN | SI O NO |
| COMPLICACIONES DE LA CICATRIZACIÓN | DEHISENCIA EVISERACIÓN | |
| TIEPO EN QUE SE PRESENTA LA INFECCIÓN | 12 HORAS 24 HORAS 72 HORAS | |
| HERIDA INFECTADA | MEDIDAS A TOMAR | CULTIVO, CURACIÓN Y ANTIBIOTICOS |

**TIPO DE VARIABLES:
CUALITATIVAS NOMINALES**

CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES

PREOPERATORIO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se inicia cuando el paciente decide que se le haga la intervención quirúrgica y termina cuando es trasladado en camilla de quirófano.

DEFICIÓN OPERACIONAL: Es el periodo desde que el paciente se interna hasta que es llevado a la sala quirúrgica.

NUTRICIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Suma total de los procesos por los que los organismos vivos reciben y utilizan los materiales diarios para sobrevivir, crecer y reparar los tejidos desgastados.

DEFICIÓN OPERACIONAL: Proceso en virtud del cual el cuerpo asimila los alimentos y líquidos para alcanzar y preservar la salud.

DESNUTRICIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición que resulta de una carencia de nutrientes adecuados a la dieta. Valorado en grado de desnutrición, en donde se consideran tres grados de acuerdo al Dr. Federico Gómez basado en el dato somatométrico más importante: el peso del niño.

PRIMER GRADO: Comprende aquella situación en la que el niño pesa de 10 a 24 % menos de lo normal, equivale a la hipotrofia o hipotrofia de primer grado.

SEGUNDO GRADO: Corresponde a pequeños que pesan de 25 a 39 % menos de la norma; equivale a la hipotrofia o hipotrofia de segundo grado.

TERCER GRADO: Es la condición en la que se encuentran los niños a quienes les falta más del 40% del peso normal; correspondiente a atrofia, atrepsia, marasmo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Estado en el que el individuo presenta carencia de nutrientes para su desarrollo.

COLORACIÓN DE TEGUMENTOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Término utilizado con anterioridad para expresar la cantidad de hemoglobina en los glóbulos rojos. a sido sustituido por concentración corpuscular de hemoglobina.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Cantidad de hemoglobina contenida en la sangre del paciente que favorece el transporte de oxígeno.

DESHIDRATACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Pérdida o eliminación de líquidos y electrolitos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Acción que resulta de un volumen reducido de agua corporal.

HIDRATACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Buen equilibrio de líquidos y electrolitos de acuerdo al volumen corporal.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Perfecto equilibrio de líquidos corporales.

BAÑO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el aseo corporal que se le proporciona al niño mediante su hospitalización.

TRANSOPERATORIO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Empieza cuando el paciente es trasladado a la camilla de quirófano y finaliza cuando es ingresado en la sala de pos anestesia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se inicia con el ingreso al quirófano y termina con se ingreso a la sala de recuperación.

CIRUGÍA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Procedimiento que implica entrar en el organismo para extraer o reconstruir estructuras enfermas, lastimadas o malformadas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Es un procedimiento que se realiza para reparar al organismo de cualquier situación de enfermedad.

CIRUGÍA URGENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se realiza para preservar la vida, una parte del cuerpo o una función corporal del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Procedimiento que se realiza de urgencia.

CIRUGÍA PROGRAMADA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Puede ser planificada con semanas o meses de anticipación y esta basada en la elección del paciente, se lleva a cabo para el bienestar de este aunque a menudo no es absolutamente necesario para la vida.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se determina un tiempo para llevarla a cabo sin que el paciente se encuentre grave siendo elección del paciente.

HERIDAS QUIRURGICAS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

El cirujano corta a través del tejido intacto con el propósito de exponer o cortar tejido; una incisión en un corte o una abertura del tejido.

HERIDA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición que resulta de una lesión a la piel a otros tejidos suaves al organismo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Es la pérdida de continuidad de la piel.

HERIDA LIMPIA O TIPO I

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cirugía electiva no traumática, cierre primario de la herida sin drenajes. Sin evidencia de inflamación, no se inciden los tractos genitourinario, respiratorio, digestivo ni orofaríngeo. No hay ruptura en la técnica aséptica.

HERIDA LIMPIA CONTAMINADA O TIPO II

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cirugía electiva o de urgencia pueden existir cambios macrosómicos de inflamación sin evidencia de infección. Se inciden bajo condiciones controladas y sin mayor contaminación, los tractos digestivo, genitourinario, respiratorio u orofaríngeo: pueden existir pequeñas rupturas de la técnica aséptica. Se colocan drenajes mecánicos y ostomias.

HERIDA CONTAMINADA O TIPO III

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cirugía de urgencia indicada por herida traumática reciente por enfermedad inflamatoria aguda, salida importante de contenido gastrointestinal del tracto digestivo incidido. Incisión de los tractos biliar genitourinario, respiratorio u orofaríngeo con ruptura importante de la técnica aséptica.

HERIDA SUCIA O TIPO IV

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cirugía de urgencia por herida traumática o enfermedad inflamatoria aguda que determina en tejido desvitalizado, cuerpos extraños retenidos, contaminación fecal y o bacteriana por visera hueca perforada. Datos de inflamación e infección aguda con pus encontrada durante la operación.

POSOPERATORIO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Comienza con el ingreso del paciente en sala de pos anestesia y concluye con el alta del hospital.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se inicia desde el momento en que el paciente ingresa a su unidad en recuperación y termina cuando se le da de alta.

BAÑO DE REGADERA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Procedimiento utilizado para la higiene del paciente cuando esta en condiciones de ser trasladado al baño.

BAÑO DE ESPONJA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Procedimiento utilizado para pacientes delicados realizado por segmentos corporales.

BAÑO DE ARTESA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Procedimiento utilizado en una tina o bañera.

DRENAJE DE HERIDA QUIRÚRGICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se utiliza principalmente en las heridas abdominales, se puede introducir como medida terapéutica para drenar un absceso para impedir las complicaciones.

El drenaje puede ser activo, cuando se conecta en aspirador.

El drenaje pasivo proporciona una vía de menor resistencia para la piel, acumulando cualquier exudado en un apósito quirúrgico, este sistema proporciona una vía de entrada al organismo para las bacterias.

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRURGICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es aquella que ocurre en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días después de la cirugía que abarca piel, tejido subcutáneo, o músculo localizados por debajo de la aponeurosis involucrada.

FACTOR DE RIESGO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cualquier factor que haga una persona o grupo de personas, sea vulnerable a una enfermedad, lesión o complicación.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se puede considerar como factor condicionante exógeno seleccionado al funcionamiento del organismo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: En esta etapa del proceso, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y precauciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente hacia la óptima, satisfacción de sus necesidades.

6. MATERIAL Y METODOS

Se propuso un diseño descriptivo – observacional – transversal. El universo del estudio estuvo constituido por 80 niño de 0 – 16 años, hospitalizados y valorados de acuerdo al proceso de atención de enfermería en el periodo preoperatorio. El instrumento utilizado para la recolección de datos denominado instrumento de valoración clínica de enfermería para pacientes pediátricos con heridas quirúrgicas, esta constituido por 24 reactivos. (ver anexo 1)

Después de la recolección de datos se procedieron a construir los diagnósticos de enfermería para cada una de las variables clínicas planteadas según las normas de la NANDA y desde luego sus respectivas intervenciones.

La presentación de los datos se hace utilizando los criterios de la estadística descriptiva, utilizando cuadros y gráficas con fines de facilitar el proceso de análisis de manera que sirva como base la construcción de los diagnósticos de enfermería.

El tratamiento estadístico de datos en los que se hizo asociación de variables clínicas se fundamentó en la prueba de Chi – Cuadrada para establecer asociación entre las variables planteadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes recién nacidos hasta 16 años
- Pacientes sometidos a intervención quirúrgica
- Pacientes de nivel socioeconómico baja o medio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con intervención quirúrgica de otra institución
- Pacientes de nivel socioeconómico alto
- Pacientes que sean trasladados a otra institución

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 16 años
- Pacientes que ya fueron intervenidos quirúrgicamente

7. TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se recolectaran los datos para un análisis de cada variable para la realización de un diagnostico de enfermería para cada variable, y posteriormente se realizará un protocolo de heridas quirúrgicas en pacientes pediátricos.

8. DISEÑO Y VALIDACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO - OBSERVACIONAL - TRANSVERSAL.

9. PRESUPUESTO

Los recursos financieros que se emplearon para llevar a cabo la investigación son: \$800.00 los cuales se emplearon para lápices, fichas de trabajo y bibliográficas, fotocopiado del instrumento de trabajo, 10 disquete 3.5", impresiones.

7. TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se recolectaran los datos para un análisis de cada variable para la realización de un diagnostico de enfermería para cada variable, y posteriormente se realizará un protocolo de heridas quirúrgicas en pacientes pediátricos.

8. DISEÑO Y VALIDACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO - OBSERVACIONAL - TRANSVERSAL.

9. PRESUPUESTO

Los recursos financieros que se emplearon para llevar a cabo la investigación son: \$800.00 los cuales se emplearon para lápices, fichas de trabajo y bibliográficas, fotocopiado del instrumento de trabajo, 10 disquete 3.5", impresiones.

7. TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se recolectaran los datos para un análisis de cada variable para la realización de un diagnostico de enfermería para cada variable, y posteriormente se realizará un protocolo de heridas quirúrgicas en pacientes pediátricos.

8. DISEÑO Y VALIDACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO - OBSERVACIONAL - TRANSVERSAL.

9. PRESUPUESTO

Los recursos financieros que se emplearon para llevar a cabo la investigación son: \$800.00 los cuales se emplearon para lápices, fichas de trabajo y bibliográficas, fotocopiado del instrumento de trabajo, 10 disquete 3.5", impresiones.

10. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Responsables:

Lic. Enf. Irma Zamudio Sánchez
Lic. Enf. Alberta Caballero Toledo
Lic. Enf. Araceli Martínez Alba
Lic. Enf. Yazmín Álvarez Guerrero

Asesoría Metodológica:

Lic. Enf. Teresa Sánchez
Lic. Enf. Magdalena Franco Orozco

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| TIEMPO | ACTIVIDAD | LUGAR |
|--|---|--|
| 15 Mayo – 5 Junio 2000 | Recopilación bibliográfica | BIBLIOTECAS: 1. Centro Nacional de Investigación y Documentos (CENAIDS) CMN S XXI 2. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM) 3. Hospital Infantil de México. |
| | Elaboración del protocolo | Sala de juntas del Hospital Infantil de México (jefatura de enfermería) |
| 19/05/00 26/05/00 07/06/00 09/06/00 16/08/00 18/08/00 | Asesorías del protocolo | Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Oficina del asesor. |
| 21 Junio - 31 Julio 2000 | Aplicación de instrumentos (recolección de los datos) | Hospital Infantil de México "Federico Gómez" |
| 01/08/00 – 18/08/00 | Realización de diagnósticos de enfermería y análisis de resultados. | Hospital Infantil de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. |
| 29/ 08/00 | Entrega de resultados | Hospital Infantil de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. |

11. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES DEL PROYECTO

La instrumentación del estudio sé a realizado sin riesgo alguno, sólo se obtuvo la autorización del jefe del servicio, ya que en la obtención de los datos no intervino con el manejo de los pacientes, al igual que el personal involucrado en el estudio no manipulo ninguna de las variables.

12. DISCUSIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA.

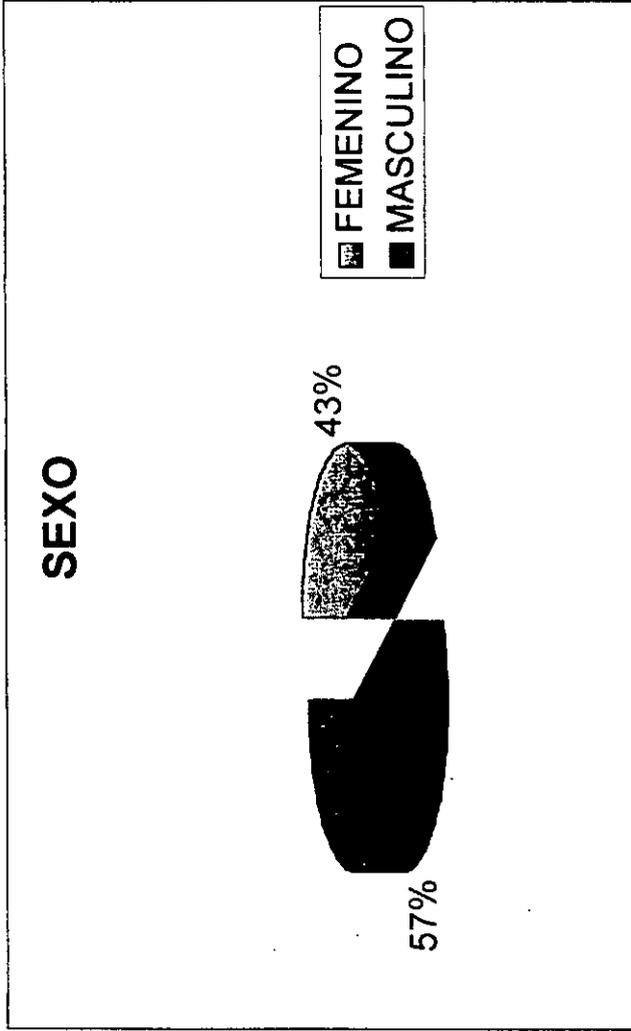
CUADRO N° 1

SEXO

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| FEMENINO | 34 | 42.5 % |
| MASCULINO | 46 | 57.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: Datos procesados por el equipo de investigación. Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". ENEO - UNAM 2000.

GRAFICA No. 1



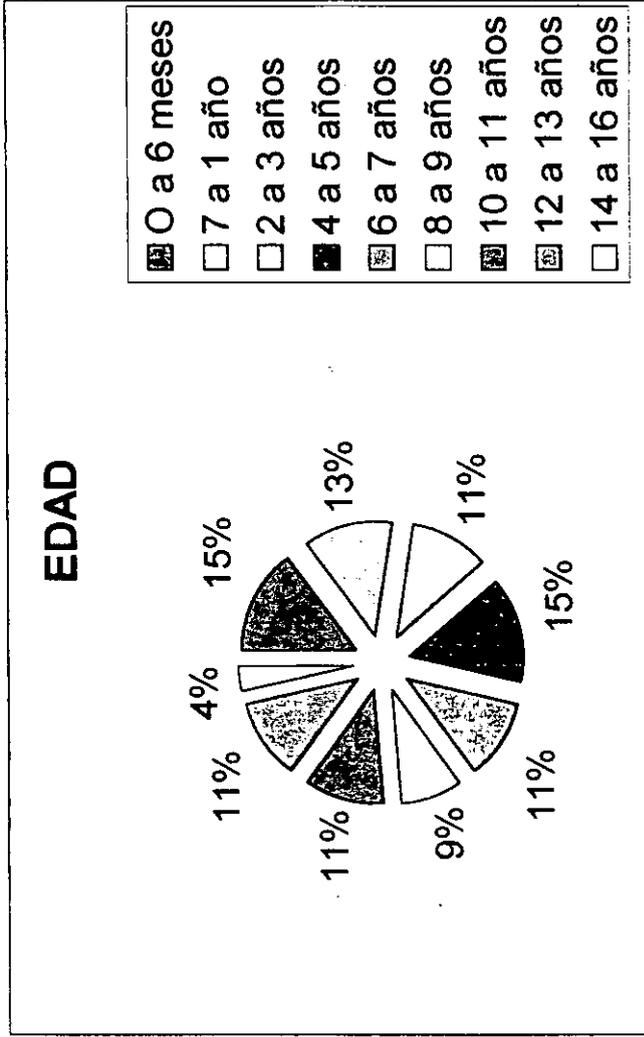
FUENTE: Datos procesados por el equipo de investigación. Hospital Infantil de México. "Dr. Federico Gómez".
ENEO- UNAM 2000.

CUADRO N° 2**EDAD**

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| 0 a 6 meses | 12 | 15% |
| 7 a 1 año | 10 | 12.5% |
| 2 a 3 años | 9 | 11.2% |
| 4 a 5 años | 12 | 15% |
| 6 a 7 años | 9 | 11.3% |
| 8 a 9 años | 7 | 8.7% |
| 10 a 11 años | 9 | 11.3% |
| 12 a 13 años | 9 | 11.3% |
| 14 a 16 años | 3 | 3.7% |
| TOTAL | 80 | 100% |

FUENTE: IBIDEM CUADRO N° 1

GRAFICA No. 2



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

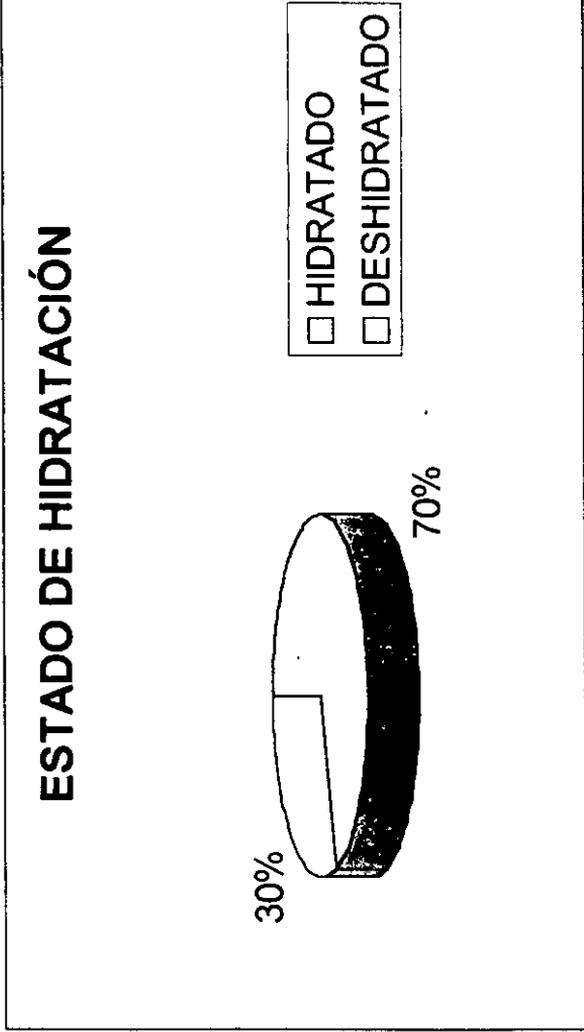
CUADRO N° 3

HALLAZGOS DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN

| INDICADOR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| HIDRATADO | 56 | 70 % |
| DESHIDRATADO | 24 | 30 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 3



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO N° 4

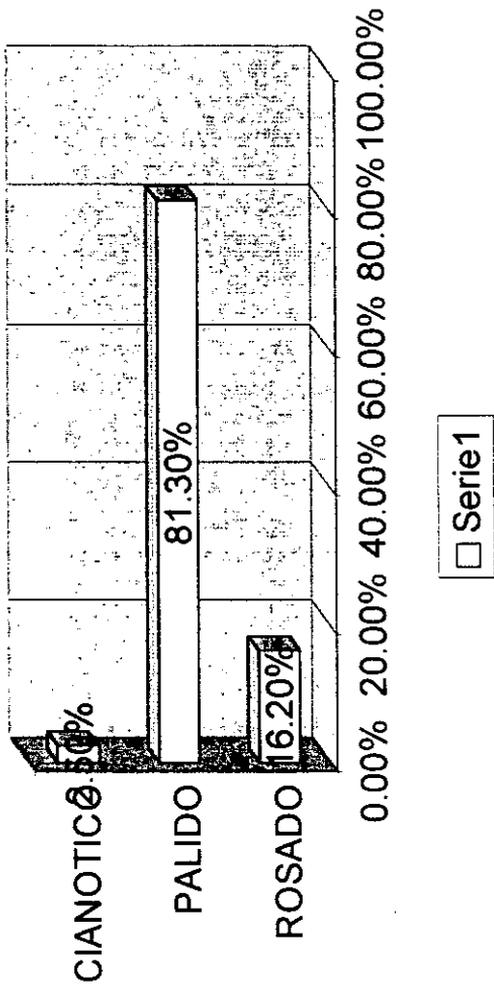
HALLAZGOS EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN LA COLORACIÓN DE TEGUMENTOS

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|--------------|
| ROSADO | 13 | 16.2 % |
| PALIDO | 65 | 81.3 % |
| CIANOTICO | 2 | 2.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 4

COLORACIÓN DE TEGUMENTOS.



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

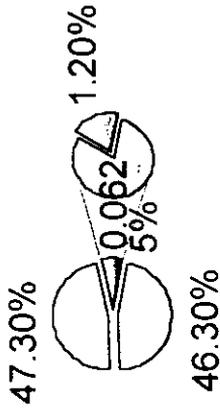
CUADRO N° 5
HALLAZGOS EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL
ESTADO DE NUTRICIÓN

| INDICADIRES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| BUENO | 37 | 46.3 % |
| DESNUTRICIÓN GRADO I | 38 | 47.5 % |
| DESNUTRICIÓN GRADO II | 4 | 5 % |
| DESNUTRICIÓN GRADO III | 1 | 1.2 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No 5

ESTADO DE NUTRICION



BIEN NUTRIDO

DES NUTRICIÓN
GRADO I

DES NUTRICIÓN
GRADO II

DES NUTRICIÓN
GRADO III

FUENTE: Gráfica No. 1

CUADRO N° 6

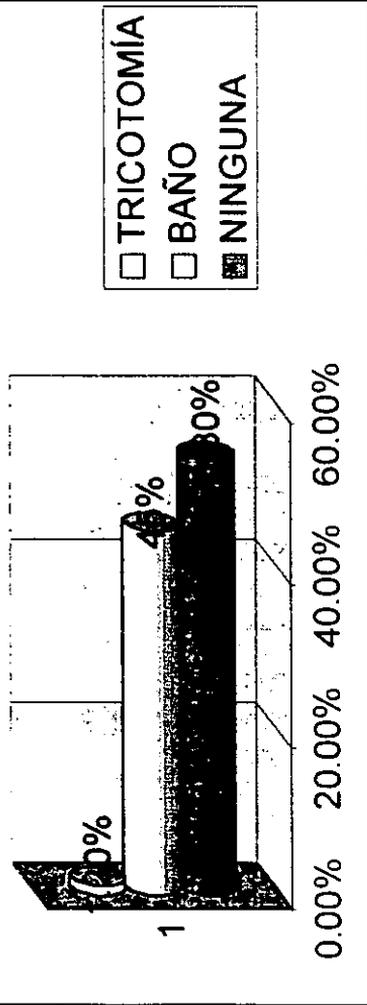
**HALLAZGOS EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA
PREPARACIÓN PREVIA A LA CIRUGIA.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| NINGUNA | 43 | 53.8 % |
| BAÑO | 36 | 45 % |
| TRICOTOMIA | 1 | 1.2 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No 6

**PREPERACION PREVIA A LA
CIRUGIA**



FUENTE: IBIDEM Grafica No. 1

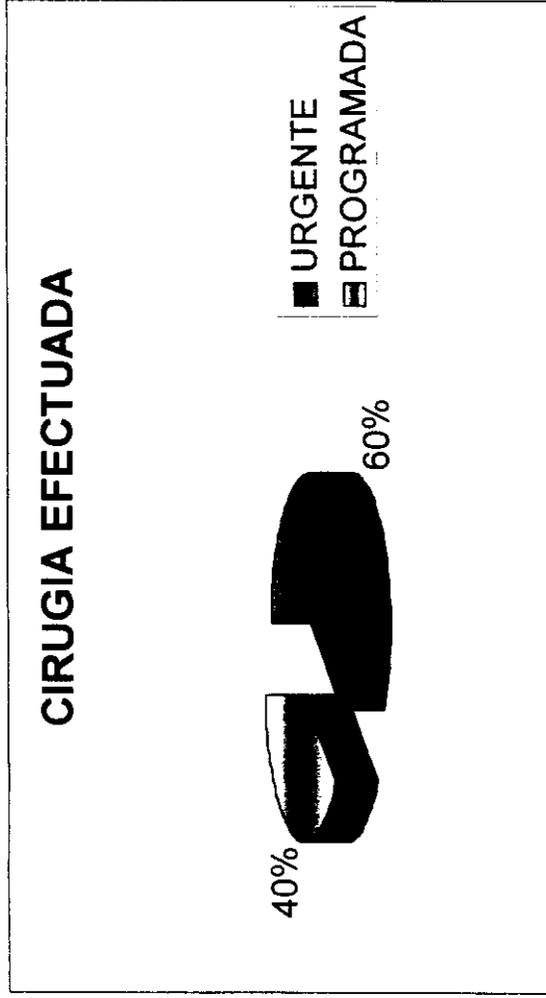
CUADRO N° 7

**HALLAZGOS EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN LA
CIRUGIA EFECTUADA.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PROGRAMADA | 32 | 40 % |
| URGENTE | 48 | 60 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 7



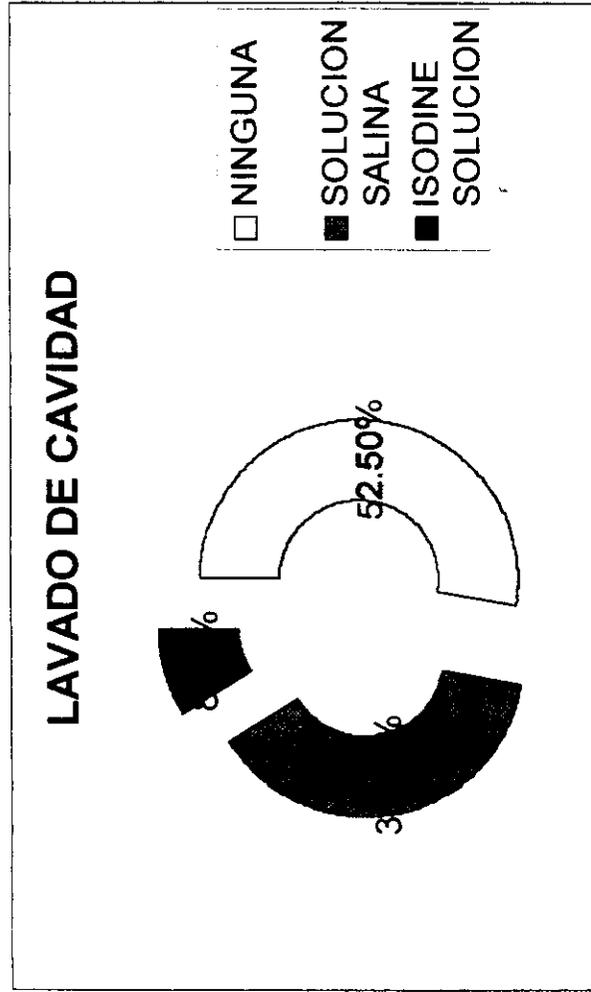
FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO N° 8
HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN EL
LAVADO DE CAVIDAD.

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| NINGUNA | 42 | 52.5 % |
| SOLUCIÓN SALINA | 31 | 38.7 % |
| ISODINE SOLUCIÓN | 7 | 8.8 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No.8



FUENTE: BIDEEM Gráfica No. 1

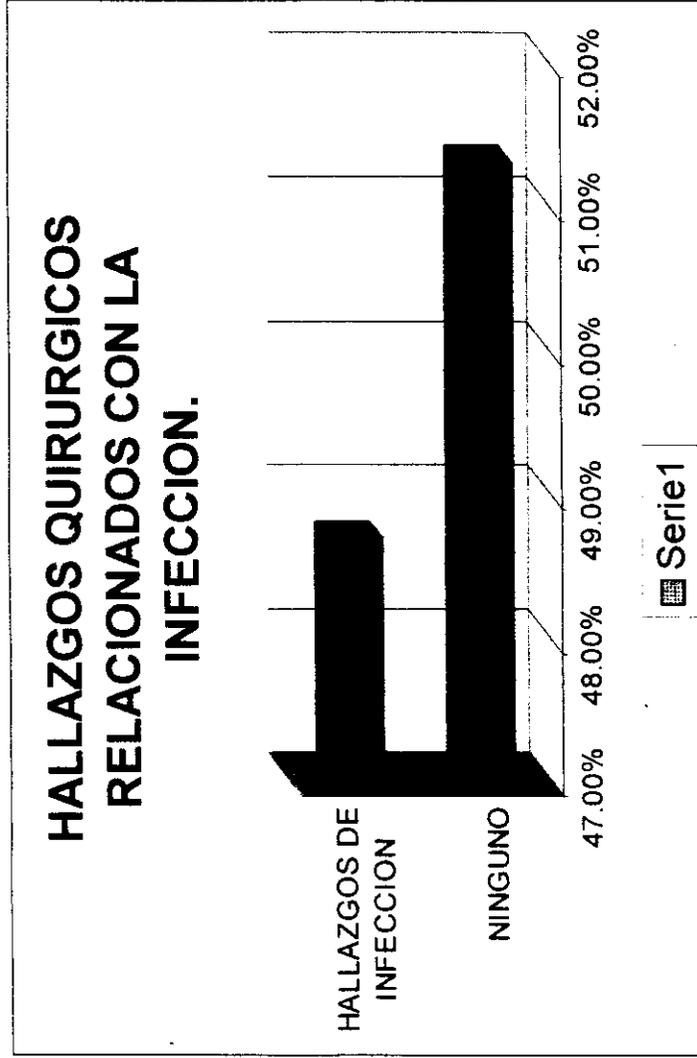
CUADRO N° 9

**HALLAZGOS EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERIA DE
DATOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON INFECCIÓN.**

| INDICADOR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| NINGUNO | 41 | 51.3 |
| HALLAZGOS QX CON INF. | 39 | 48.7 |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 9



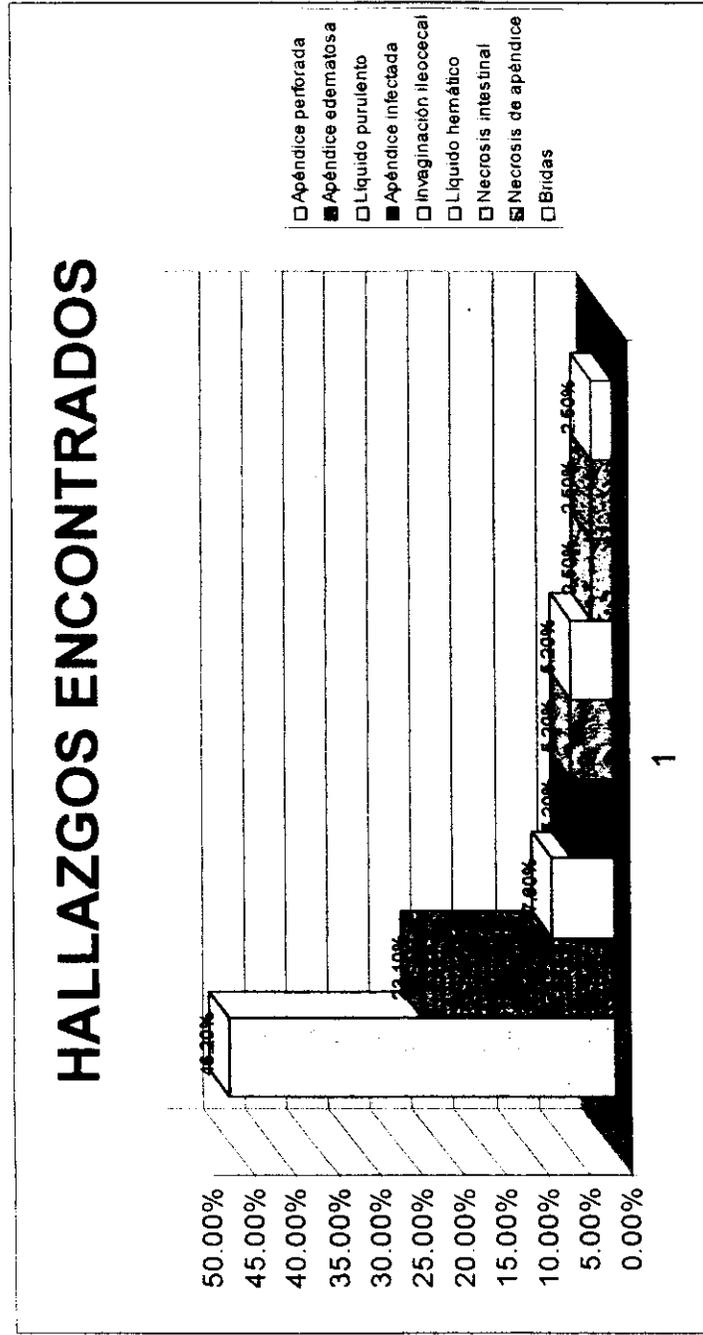
FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

**CUADRO N° 9.1
HALLAZGOS ENCONTRADOS**

| HALLAZGOS QX. INF. | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| APENDICE PERFORADA | 18 | 46.2 |
| APENDICE EDEMATOSA | 9 | 23.1 |
| LIQUIDO PURULENTO | 3 | 7.6 |
| APENDICE INFECTADA | 2 | 5.2 |
| INVAGINACION ILEOCECAL | 2 | 5.2 |
| LIQUIDO HEMATICO | 2 | 5.2 |
| NECROSIS INTESTINAL | 1 | 2.5 |
| NECROSIS DE APENDICE | 1 | 2.5 |
| BRIDAS | 1 | 2.5 |
| TOTAL | 39 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 9.1



FUENTE : IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO Nº 10

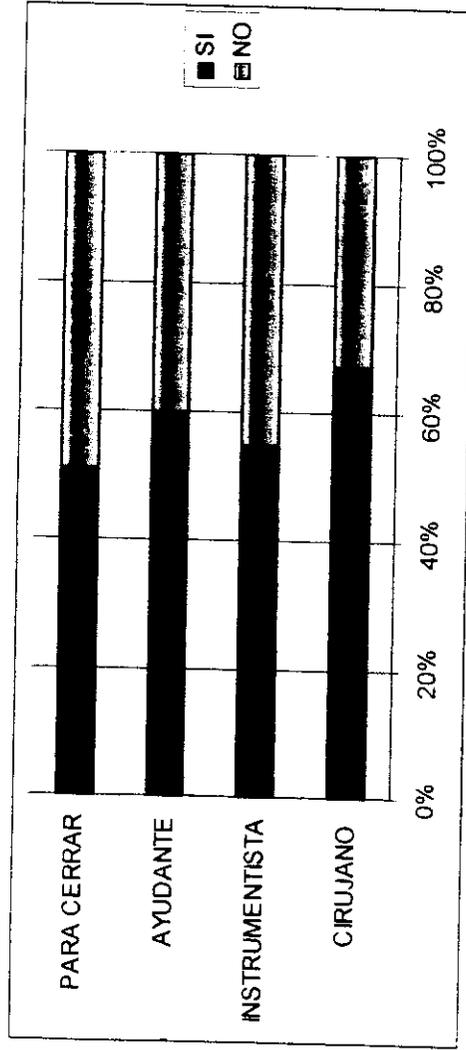
**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA DEL
CAMBIO DE GUANTES AL TÉRMINO DEL TIEMPO SEPTICO.**

| PERSONAL | SI | | NO | | TOTAL | |
|-----------------------|----|------|----|------|-------|-----|
| | F | % | F | % | F | % |
| CIRUJANO | 54 | 67.5 | 26 | 32.5 | 80 | 100 |
| INSTRUMENTISTA | 44 | 55 | 36 | 45 | 80 | 100 |
| AYUDANTES | 48 | 60 | 32 | 40 | 80 | 100 |
| PARA CERRAR | 41 | 51.2 | 39 | 48.8 | 80 | 100 |

FUENTE : IBIDEM Cuadro Nº 1

GRAFICA No. 10

CAMBIO DE GANTES AL TÉRMINO DEL TIEMPO SÉPTICO.



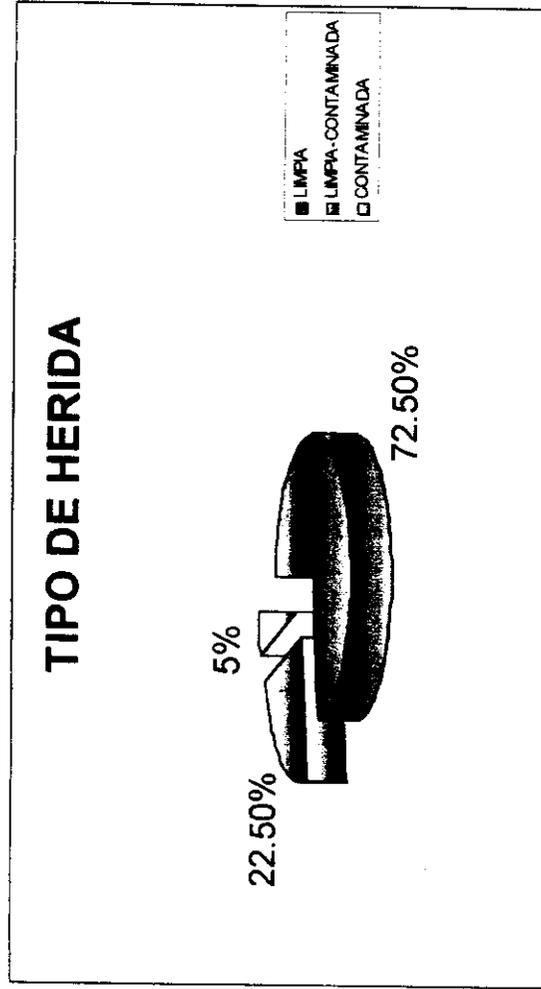
FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO N° 11**HALLAZGOS EN LA VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN EL TIPO DE HERIDA.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| LIMPIA | 58 | 72.5 % |
| LIMPIA - CONTAMINADA | 18 | 22.5 % |
| CONTAMINADA | 4 | 5 % |
| SUCIA | 0 | 0 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N°

GRAFICA No. 11



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

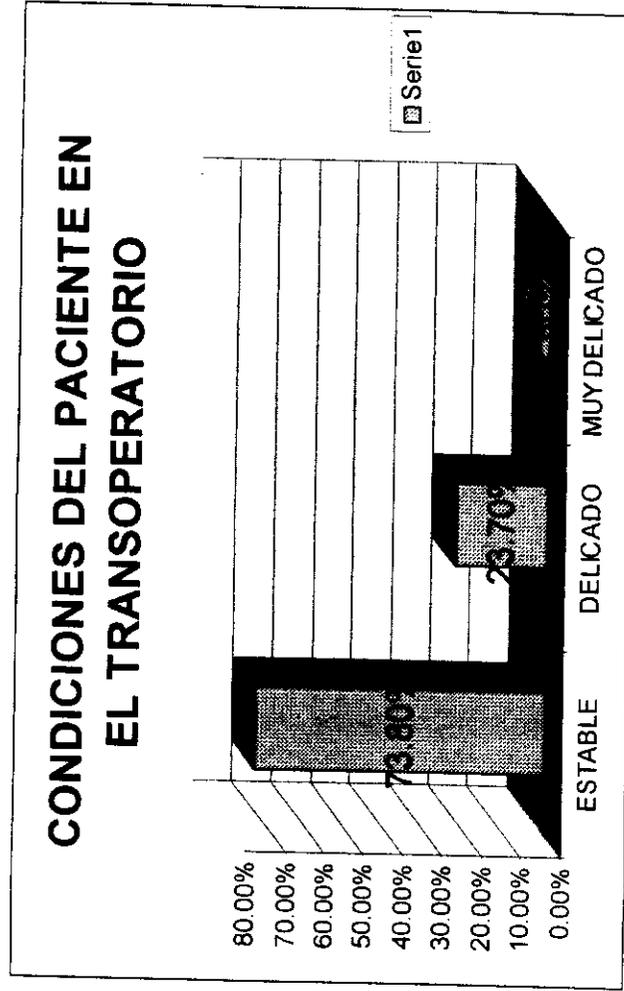
CUADRO N° 12

**HALLAZGOS DE LA VALORACION DE ENFERMERIA EN LAS
CONDICIONES DEL PACIENTE EN EL TRANSOPERATORIO.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| ESTABLE | 59 | 73.8 % |
| DELICADO | 19 | 23.7 % |
| MUY DELICADO | 2 | 2.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 12



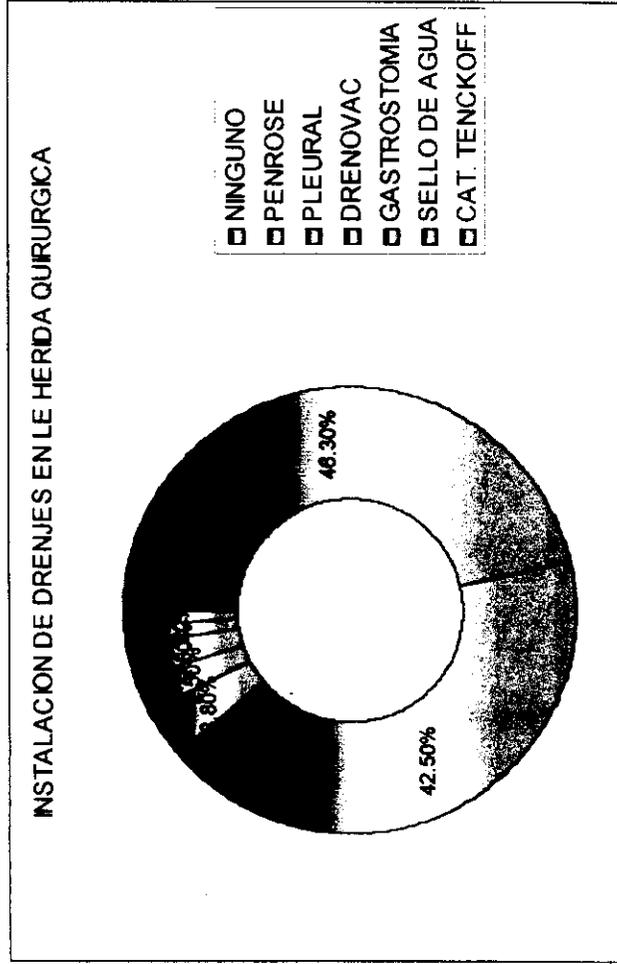
FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO N° 13**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN
RELACION A LA INSTALACION DE DRENAJES EN LA HERIDA
QUIRURGICA.**

| TIPO DE DERNAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| NINGUNO | 37 | 46.3% |
| PENROSE | 34 | 42.5% |
| PLEURAL | 3 | 3.8% |
| DRENOPAC | 2 | 2.5% |
| GASTROSTOMIA | 2 | 2.5% |
| SELLO DE AGUA | 1 | 1.2% |
| CAT. TENCKOF | 1 | 1.2% |
| TOTAL | 80 | 100% |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 13



FUENTE : IBIDEM Grafica No. 1

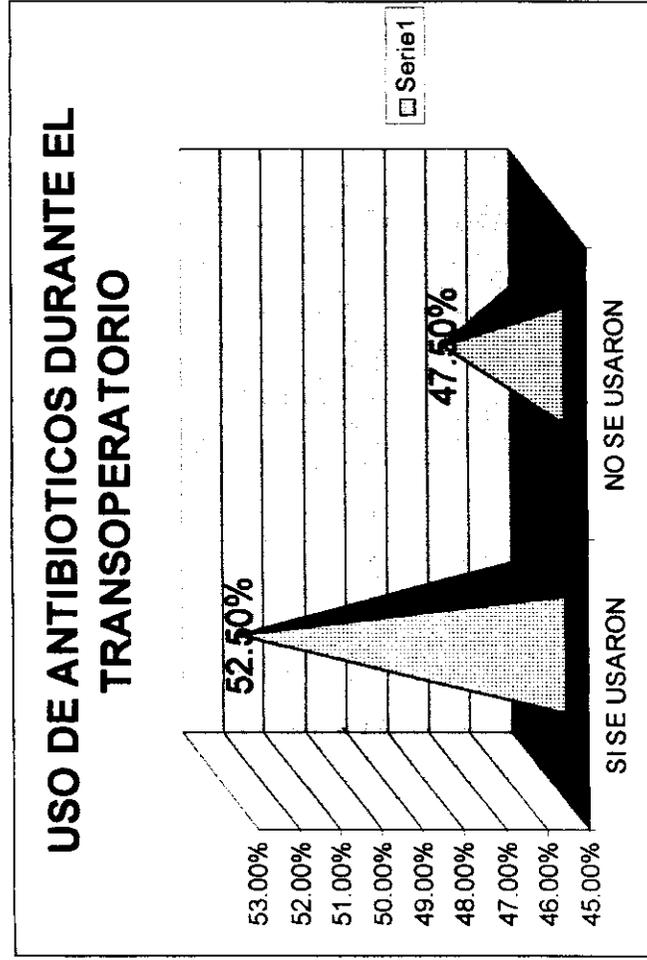
CUADRO N° 14

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN
RELACION CON EL USO DE ANTIBIOTICOS DURANTE EL
TRANSOPERATORIO.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| SI SE USARON | 42 | 52.5 % |
| NO SE USARON | 38 | 47.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 14



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

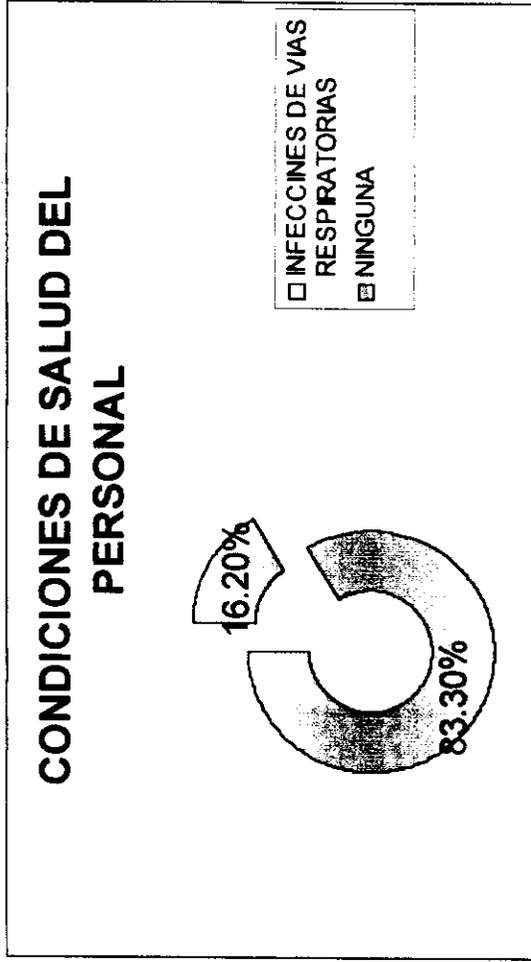
CUADRO N° 15

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA DE LAS
CONDICIONES DE SALUD DEL PERSONAL INVOLUCRADO CON
EL PACIENTE.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS | 13 | 16.2% |
| NINGUNA | 67 | 83.8% |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 15



FUENTE : IBIDEM Gráfica No. 1

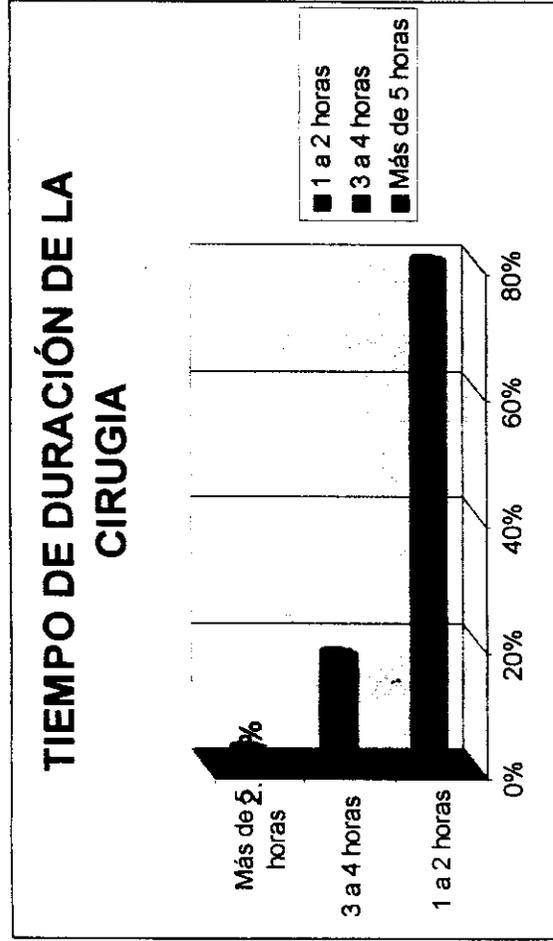
CUADRO N° 16

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN EL
TIEMPO DE DURACION DE LA CIRUGÍA.**

| TIEMPO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 1 A 2 HORAS | 64 | 80 % |
| 3 A 4 HORAS | 14 | 17.5 % |
| MAS DE 5 HORAS | 2 | 2.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 16



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

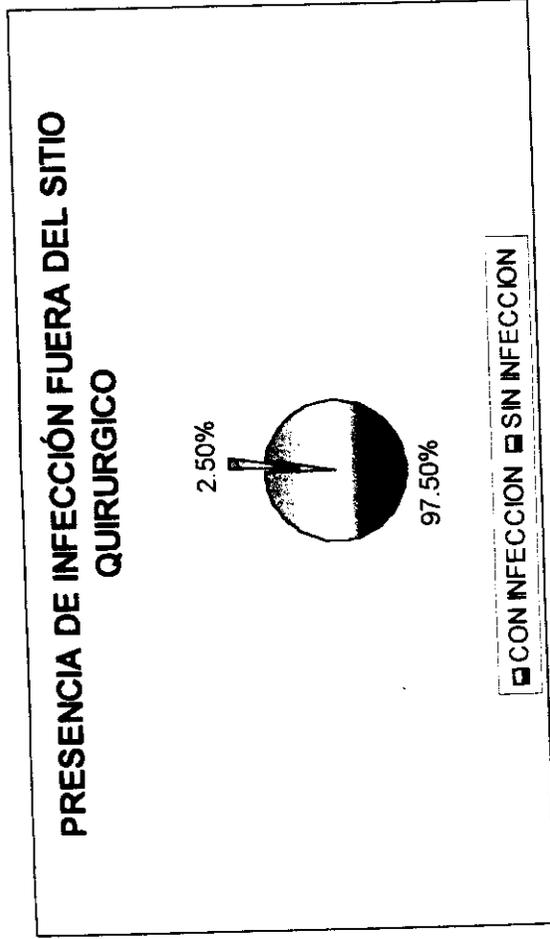
CUADRO N° 17

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN
RELACION CON LA PRESENCIA DE INFECCIÓN FUERA DEL
SITIO QUIRÚRGICO**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| CON INFECCIÓN | 2 | 2.5 % |
| SIN INFECCIÓN | 78 | 97.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 17



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

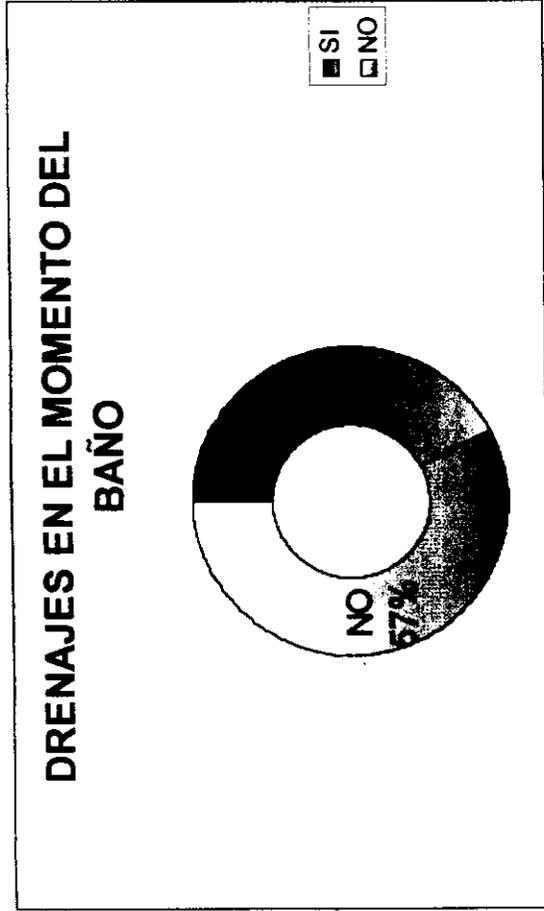
CUADRO N° 18

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN
RELACION CON LOS DRENAJES EN EL MOMENTO DEL BAÑO.**

| INDICADOR | SI | NO | TOTAL |
|-------------------|-----------|-----------|--------------|
| DRENAJE | 34 | 46 | 80 |
| PORCENTAJE | 42.5 % | 57.5 % | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 18



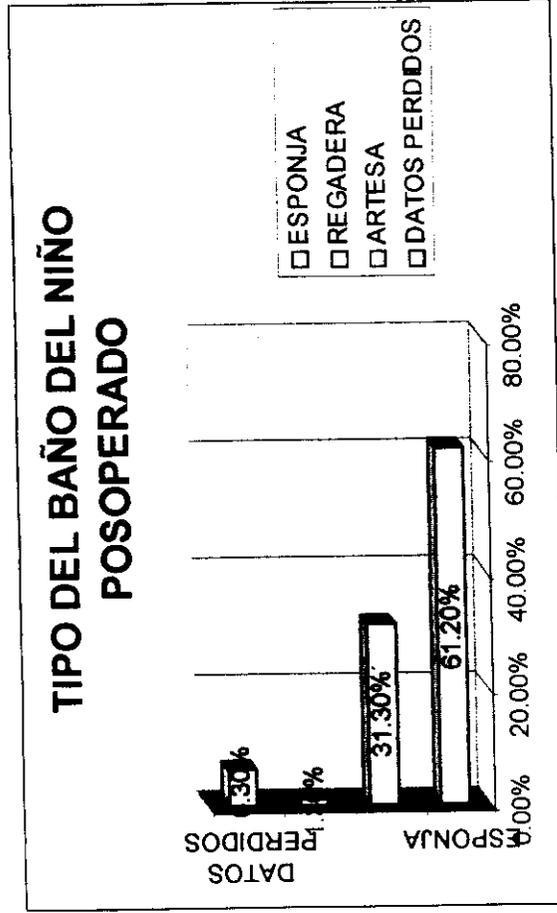
FUENTE : IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO N°19
HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN EL TIPO
DE BAÑO DEL NIÑO POSOPERADO.

| BAÑO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| ESPONJA | 49 | 61.2 % |
| REGADERA | 25 | 31.3 % |
| DATOS PERDIDOS | 5 | 6.3 % |
| ARTESA | 1 | 1.3 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 19



FUENTE : IBIDEM Gráfica No. 1

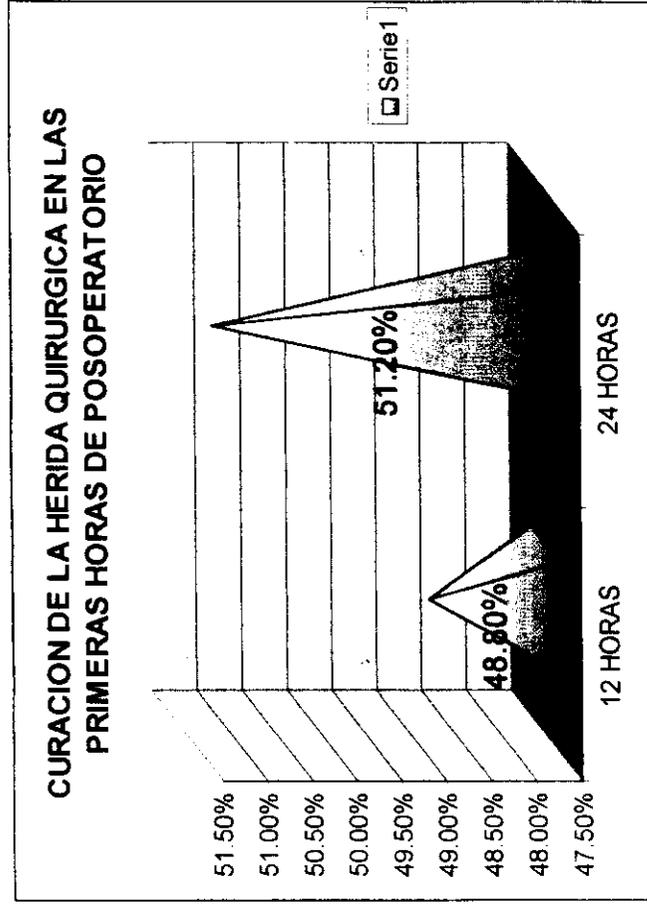
CUADRO N° 20

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN LA
CURACIÓN DE HERIDAS QUIRURGICAS EN TIEMPO.**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| 12 HORAS | 39 | 48.8 % |
| 24 HORAS | 41 | 51.2 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 20



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

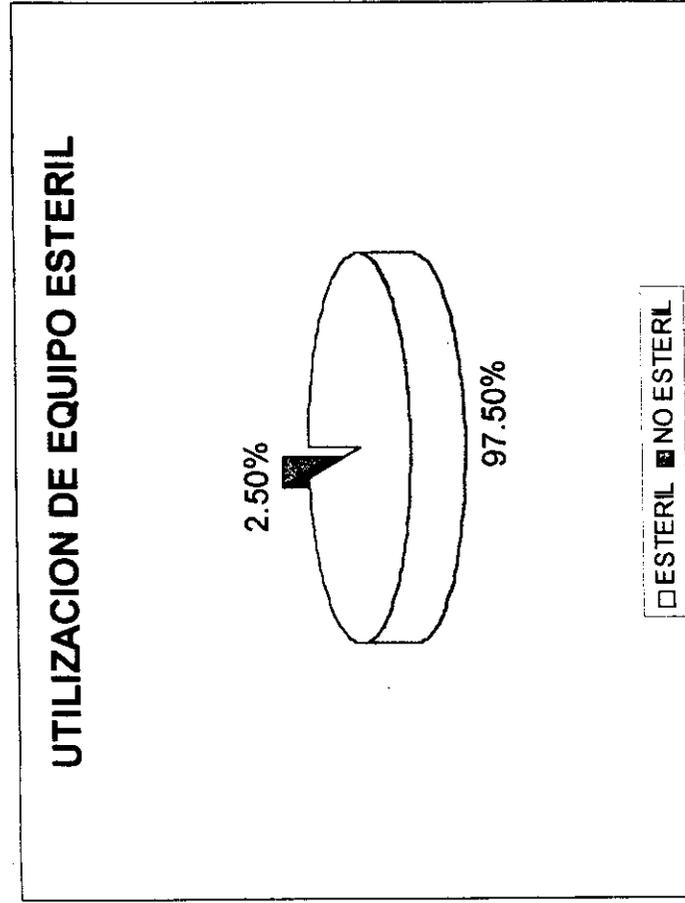
CUADRO N° 21

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN
RELACION CON LA UTILIZACION DE EQUIPO ESTERIL.**

| EQUIPO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| ESTERIL | 78 | 97.5 % |
| NO ESTERIL | 2 | 2.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBÍDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 21



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

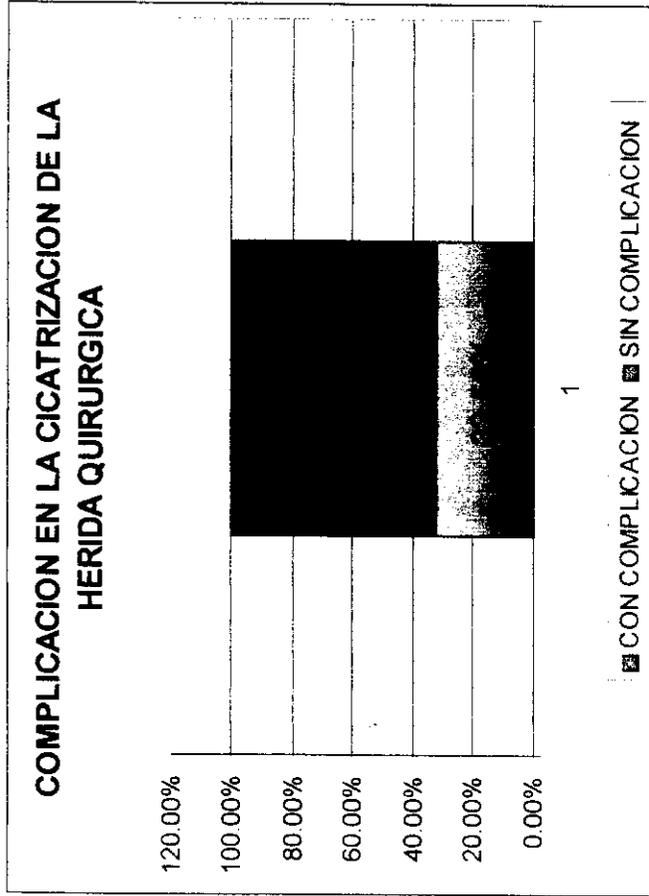
CUADRO N° 22

COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| CON COMPLICACIÓN | 26 | 32.5 % |
| SIN COMPLICACIÓN | 54 | 67.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM cuadro N° 1

GRAFICA No. 22



FUENTE: IBIDEM Gráfica No. 1

CUADRO N° 23

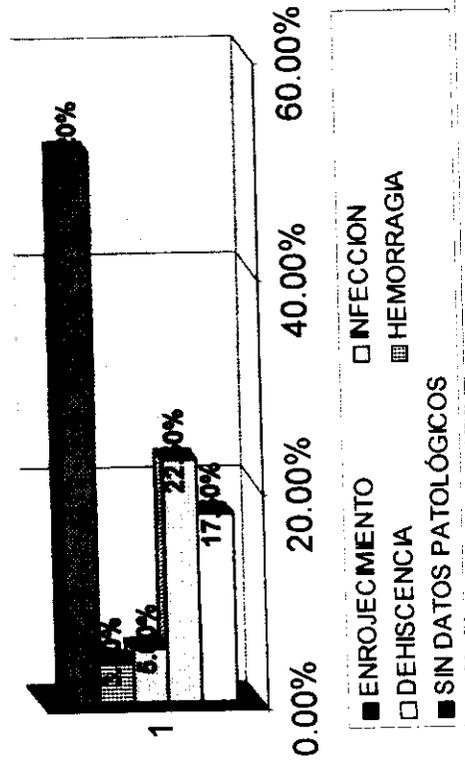
HALLAZGOS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

| CARACTERIATICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| ENROJECIMIENTO | 14 | 17.5% |
| INFECCIÓN | 18 | 22.5% |
| DEHISENCIA | 4 | 5% |
| HEMORRAGIA | 3 | 3.8 % |
| SIN DATOS PATOLOGICOS | 41 | 51.2% |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 23

**HALLAZGOS DE LAS
CARACTERISTICAS DE LA HERIDA
QUIRÚRGICA**



FUENTE : IBIDEM Gráfica No. 1

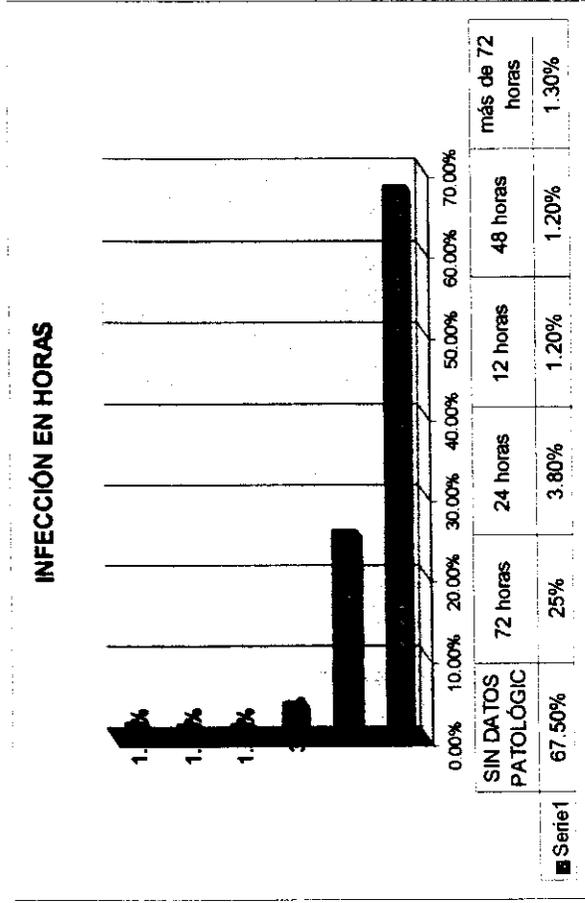
CUADRO N° 24

**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN LA
PRESENCIA DE INFECCIÓN EN HORAS.**

| HORAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| 12 HORAS | 1 | 1.2 % |
| 24 HORAS | 3 | 3.8 % |
| 48 HORAS | 1 | 1.2 % |
| 72 HORAS | 20 | 25% |
| MAS DE 72 HORAS | 1 | 1.3 % |
| SIN DATOS PATOLOGICOS | 54 | 67.5% |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No 24



FUENTE: IBIDEM Cuadro No. 1

CUADRO N° 25

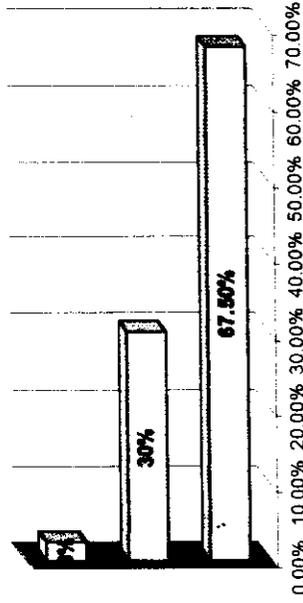
**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN LAS
MEDIDAS TOMADAS EN INFECCIONES DE HERIDAS
QUIRURGICAS.**

| INDICADOR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| CURACION, ANTIBIÓTICOS Y CULTIVOS | 24 | 30% |
| SIN TOMA DE CULTIVO | 2 | 2.5% |
| SIN DATOS DE INFECCIÓN | 54 | 67.5% |
| TOTAL | 80 | 100% |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No 25

MEDIDAS TOMADAS EN INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS



0.00% 10.00% 20.00% 30.00% 40.00% 50.00% 60.00% 70.00%

| SIN DATOS DE INFECCIÓN | CURACION, ANTIBIOTICOS Y SIN TOMA CULTIVOS | SIN TOMA CULTIVOS |
|------------------------|--|-------------------|
| 67.50% | 30% | 3% |

□ Serie1

FUENTE: IBIDEM Cuadro No. 1

CUADRO N° 26

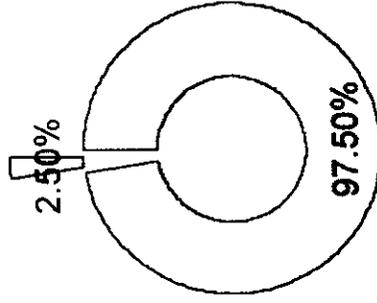
**HALLAZGOS EN LA VALORACION DE ENFERMERIA EN EL
REINGRESO DEL PACIENTE.**

| REINGRESO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|-------------------|-------------------|
| SI | 2 | 2.5 % |
| NO | 78 | 97.5 % |
| TOTAL | 80 | 100 % |

FUENTE: IBIDEM Cuadro N° 1

GRAFICA No. 26

REIGRESOS DE PACIENTES A LA INSTITUCION.



NO SI

FUENTE : IBIDEM Gráfica No. I

PRUEBA DE CHI – CUADRADA

Cuadro No. 1

**COMPLICACION DE LA
HERIDA QUIRÚRGICA**

**USO DE SI NO TOTAL
DRENAJE**

S

SI 21 22 43

NO 5 32 37

TOTAL 26 54 80

RESULTADOS DE LA PRUEBA=

11.28

Cuadro No. 2

**COMPLICACION DE LA
HERIDA QUIRÚRGICA**

| ANTIBIO- TICOS TRANS- OPERATO -RIOS | SI | NO | TOTAL |
|---|----|----|-------|
| SI | 16 | 26 | 42 |
| NO | 10 | 28 | 38 |
| TOTAL | 26 | 54 | 80 |

RESULTADOS DE LA PRUEBA=

5.49

Cuadro No. 3

| COMPLICACION DE LA HERIDA QUIRÚRGICA | | | |
|---|----|----|-------|
| CAMBIO DE GUANTES | SI | NO | TOTAL |
| SI | 19 | 35 | 54 |
| NO | 7 | 19 | 26 |
| TOTAL | 26 | 54 | 80 |

RESULTADOS DE LA PRUEBA=
23.91

12.1 HALLAZGOS CUALITATIVOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

PROPUESTA DE PROTOCOLO

Esté ejercicio de aproximación en la aplicación del método enfermero como eje de investigación clínica, permitió a través de la metodología, la valoración, la definición de diagnóstico y de planear intervenciones específicas de atención de enfermería a los pacientes pediátricos con heridas quirúrgicas, de esta manera se a podido establecer un protocolo que adquiera las condiciones de institucional y que puede ser la base de una profundización y aplicación del conocimiento en enfermería pediátrica quirúrgica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PROPUESTA DE PROTOCOLO)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE HIDRATACIÓN.

PATRON DE INTERCAMBIO

- Déficit del volumen de líquidos relacionado con deshidratación por pérdida de líquidos en los espacios intravasculares, intersticial o intracelular manifestado por pérdida de peso, ojos hundidos, mucosas secas y piel seca.
- Estado de hidratación íntegro relacionado por el equilibrio homeostático de líquidos corporales manifestado por piel turgente, mucosas húmedas y llanto con lágrimas.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Valorar y documentar la calidad, color y características de vómitos o drenajes de la herida o sonda.2. Valorar los signos vitales, peso turgencia y humedad de la piel así como la coloración de las mucosas.3. Administrar las soluciones parenterales prescritas para evitar mayores pérdidas de fluidos.4. Favorecer la ingesta de líquidos según este permitido.5. Determinar la densidad de la orina de acuerdo al estado del paciente. | <ul style="list-style-type: none">• Una valoración precisa permite a la enfermera a desarrollar planes apropiados para una terapia de reposición de fluidos.• El administrar soluciones o medicamentos que permitan la reposición de líquidos nos permitirá mantener un equilibrio hídrico.• De acuerdo a la tolerancia del paciente.• Una orina oscura, concentrada y una densidad específica elevada son indicadores de un déficit de líquidos con aumento de la osmolaridad de los fluidos orgánicos, que libera hormona antidiurética. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LA COLORACIÓN DE TEGUMENTOS.

PATRON DE INTERCAMBIO

- Alteración de la perfusión tisular (periférica) relacionado con alteración de la perfusión manifestada por palidez aceptable llenado capilar y cianosis unguial y peribucal leve.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Verificar perfusión tisular por medio de la absorción y administración de oxígeno en caso necesario.2. Tomar los productos para observar la concentración de hemoglobina en sangre.3. Toma de signos vitales sobre todo la tensión arterial para detectar signos y síntomas de hipotensión. | <ul style="list-style-type: none">• Una buena oxigenación favorece el intercambio de bióxido de carbono por oxígeno.• La hemoglobina favorece la buena transportación de oxígeno.• Una reducción del fluido sanguíneo y arterial provoca palidez. |

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE NUTRICIÓN.

PATRON DE INTERCAMBIO

- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con escaso consumo de nutrientes manifestado por peso inferior al esperado más del 40% del peso normal. (desnutrición grado III)
- Riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionado con múltiples carencias alimenticias, económicas, culturales, social y sanitaria manifestado por hábitos deficientes en la alimentación y peso inferior del 10% al 24% menos de lo normal. (desnutrición grado I)
- Estado de desnutrición equilibrada relacionado con una alimentación balanceada manifestado por el peso y talla esperados para la edad de crecimiento y desarrollo.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Orientar a la familia del niño para que le proporcionen la dieta adecuada para su edad.2. Ofrecerle al niño los alimentos necesarios para su recuperación.3. Motivar al familiar del niño dentro de la institución.4. Revisar la ingesta de alimentos que consume el niño y las horas de comida. | <ul style="list-style-type: none">• Favorece al paciente para que reciba un buen aporte de nutrientes.• La vigilancia de la ingesta de los alimentos nos permite llevar un registro de los nutrientes que recibe el niño y así poder contribuir a que sea resuelto el problema de desnutrición que presenta el paciente. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA.

PATRON DE MOVIMIENTO

- Déficit de higiene relacionado con la práctica deficiente de hábitos de limpieza manifestado por olor desagradable suciedad corporal.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Proporcionar baño .2. De acuerdo a la edad del niño se le explicara el procedimiento del baño ya sea regadera, artesa o esponja, según este indicado, de acuerdo al estado actual del paciente.3. Obtener datos de gasto de energía y tolerancia a la actividad, valorando las constantes vitales y signos de fatiga o desánimo.4. De acuerdo a la edad del niño y a sus familiares se les explicaran los cuidados específicos de la piel. | <ul style="list-style-type: none">• El arrastre mecánico de microorganismos por medio del baño proporciona bienestar y confort al paciente disminuyendo el número de bacterias.• El informar al paciente crea un ambiente de seguridad que le permite colaborar con el personal.• Los datos adversos de los signos vitales nos proporcionan información de que hay una sobre carga de gasto de energía y cambios hemodinamicos.• El conocimiento puede aumentar la utilización de medidas de problemas o complicaciones. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN EL TIPO DE CIRUGÍA EFECTUADA.

ESTADO DE SALUD

- Perdida a la homeostasis corporal en la conservación del estado de salud relacionado con falla hemodinamica del organismo manifestado por inestabilidad de los signos vitales, estado de deshidratación y deficiente perfusión tisular.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| 1. Toma de signos vitales para detectar posibles alteraciones. 2. Valoración constante del estado de hidratación para realizar la correcciones necesarias. 3. Proporcionar oxigenación adecuada por medio de posición y administración de oxigeno en caso necesario. | • Los signos vitales nos proporcionan parámetros para poder realizar acciones específicas. • La valoración del estado de hidratación que guarda un paciente nos proporciona un diagnóstico adecuado para su corrección. • Una posición adecuada favorece la respiración y el oxigeno facilita la perfusión periférica. |

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL
LAVADO DE CAVIDAD.**

- Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con los procedimientos de asepsia y antisepsia en el transoperatorio.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. El personal de enfermería aplicara los procedimientos de lavado de cavidad con asepsia.2. Tibiar previamente la solución que se utiliza para el lavado de cavidad. | <ul style="list-style-type: none">• El corroborar y proporcionar la solución para el lavado de cavidad favorecerá la limpieza de la misma.• Al ingresar una solución a la cavidad esta debe encontrarse a la temperatura corporal del paciente para evitar complicaciones como por ejemplo; Falta de movilidad intestinal, quemaduras. |

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DURANTE EL CAMBIO DE
GUANTES AL TÉRMINO DEL TIEMPO SÉPTICO.**

- Alto riesgo de lesión relacionado con la falta de cambio de guantes al término del tiempo séptico manifestado por la negación de aceptar sugerencias por mejorar la práctica de asepsia.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| 1. Que la enfermera conozca los tiempos quirúrgicos. 2. Proporcionar al médico y al equipo los guantes al término del tiempo séptico. | • Favorecer el procedimiento quirúrgico. • Esto permitirá disminuir el riesgo de infección de la herida quirúrgica. |

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL TIPO DE HERIDA.

PATRON DE CONOCIMIENTO

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica de limpia a limpia contaminada manifestado por escasa secreción sero hemática y signos de color, rubor, tumefacción, secreción purulenta y dolor.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con la contaminación de la herida quirúrgica, manifestado por hipertermia, color, rubor, tumefacción, purulento y dolor.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| 1. El personal de enfermería deberá observar detenidamente el tipo de herida y registrarlo. | • Esto nos permite percatarnos de los riesgos de infección de la herida quirúrgica y tener mayor precaución. |

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE LAS CONDICIONES DEL
PACIENTE EN EL TRANSOPERATORIO.**

- Hemostasia relacionada con el funcionamiento adecuado de los diferentes órganos y síntomas según la etapa de crecimiento y desarrollo del niño manifestado por signos vitales durante el transoperatorio.
- Riesgo de la pérdida de la hemostasia relacionado con el estado de salud del niño que requiere procedimientos quirúrgicos manifestado inestabilidad de signos vitales.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| 1. La enfermera deberá observar el estado de salud del paciente durante el transoperatorio y llevar un registro de signos vitales. | • Este registro nos proporciona datos para valorar el estado del paciente durante la cirugía y así proporcionar los cuidados necesarios para su pronto restablecimiento. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL USO DE ANTIBIOTICOS DURANTE EL TRANSOPERATORIO.

PATRON DE ELECCIÓN

- Manejo efectivo del régimen terapéutico (profilaxis) relacionado con la susceptibilidad percibida de infección en el transoperatorio manifestado por desaceleración de los de los síntomas de infección de las misma y prevención de complicaciones.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. La enfermera debe proporcionar el antibiótico correcto.2. Debe verificar que el niño no sea alérgico a ningún antibiótico. | <ul style="list-style-type: none">• Esto favorece al paciente y disminuye riesgos en la aplicación del antibiótico.• La administración errónea del medicamento aumenta el riesgo de complicaciones. |

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE LAS CONDICIONES
DE SALUD DEL PERSONAL INVOLUCRADO CON EL
PACIENTE.**

PATRON DE INTERCAMBIO

- Riesgo de lesión relacionado con afección respiratoria del 16.2% del personal de salud involucrado en el área de quirófano manifestado por rinorrea, lagrimeo, decaimiento general y cambio constante de cubre bocas.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. La enfermera que tenga esta afección se le cambie de área o actividad de manera que no se encuentre demasiado tiempo cerca del paciente.2. Uso de cubre bocas todo el tiempo que se encuentre en el área. | <ul style="list-style-type: none">• Evitar contagio y contaminación del campo estéril.• El uso del cubre bocas, es una barrera para evitar esparcimiento de gotas de secreción. |

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA CIRUGÍA.

PATRON DE CONOCIMIENTO

- Riesgo de infección relacionado con la prolongación del tiempo quirúrgico.
- Déficit de conocimiento relacionado con la prolongación del tiempo quirúrgico en la misma manifestación por la realización inadecuada de los tiempos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LOS DRENAJES EN EL MOMENTO DEL BAÑO.

PATRON DE CONOCIMIENTO

- Riesgo de infección relacionado con el baño de regadera cuando el paciente tenía penrose manifestado por falta de precaución de las medidas de barrera apropiadas.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| 1. No dar baño de regadera al niño que tenga drenajes sin antes cubrirlo. | • Los drenajes son ser una vía de entrada de microorganismos patógenos y favorecer las infecciones si no es cubierto adecuadamente. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CON EL TIPO DE BAÑO DEL NIÑO POSOPERADO.

PATRON DE ELECCIÓN

- Potencial de mejora relacionado con el baño de esponja a las 12 horas posteriores a la cirugía manifestado por una práctica de higiene adecuada por el niño.

| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| 1. Dar baño de esponja al niño posterior a las primeras 12 horas de posoperado. | • El baño de esponja produce una sensación de bienestar en el niño al igual que de limpieza. |

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA CURACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN TIEMPO.

PATRON DE ELECCIÓN

- Potencial de mejoría relacionado con la curación de la herida quirúrgica en las 24 horas de posoperado el niño manifestado por una práctica de asepsia y antisepsia correcta y fundamentada.
- Riesgo de lesión relacionado con la curación de la herida quirúrgica en las 12 horas de posoperado el niño manifestado por dolor y una posible introducción de microorganismos a la herida por la práctica ineficiente de la curación.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Curación de la herida en las primeras 24 horas de posoperado el niño.2. Aplicación de los principios de asepsia y antisepsia.3. Observar signos y síntomas de infección de la herida quirúrgica. | <ul style="list-style-type: none">• El arrastre mecánico de las bacterias provoca una cicatrización más rápida.• La aplicación de los principios de asepsia y antisepsia evita la presencia de infección.• La detección oportuna de signos de infección evita una diseminación de microorganismos. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN DE EQUIPO ESTÉRIL.

PATRON DE CONOCIMIENTO

- Adecuado conocimiento relacionado con el uso de equipo y material estéril en el transoperatorio y el posoperatorio manifestado por la ausencia de infección de la herida quirúrgica.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. El personal debe conocer los principios de asepsia y antisepsia de la herida.2. Utilización del equipo estéril. | <ul style="list-style-type: none">• Esto favorece al paciente y reduce el riesgo de infección de la herida quirúrgica. |

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA
COMPLICACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA Y SUS
CARACTERÍSTICAS.**

PATRON DE CONOCIMIENTO

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con proceso infeccioso y dehiscencia de la herida quirúrgica manifestado por dolor, color, rubor y salida de liquido sero hemático así como rechazo del organismo a suturas.
- Infección relacionada con un aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos manifestado por primaria y su inadecuada.

| INTERVENCIONES | FUNDAMETACIÓN |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar los signos y síntomas de infección de la herida quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de inflamación y enrojecimiento. • Separación de la herida. • Drenaje aumentado o purulento. • Temperatura corporal por debajo de lo normal o temperatura significativamente alta. 2. Controlar la cicatrización de la herida observando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de bordes de la herida intactos y aproximados. (primera intención) • Evidencia del tejido de granulación. (segunda y tercera intención) 3. Enseñar al paciente y al familiar acerca de los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida. <ul style="list-style-type: none"> • Dehiscencia del tejido de la herida. • Infección de la herida. • Inadecuada nutrición y deshidratación. • Aporte de sangre comprometido. | <ul style="list-style-type: none"> • Los tejidos responden a la inflamación de patógenos con aumento del flujo de sangre y linfa y epitelización reducida. Los patógenos circulantes desencadenan que el hipotálamo eleve la temperatura corporal; ciertos patógenos no pueden sobrevivir a ciertas temperaturas. • Una herida quirúrgica con bordes aproximados por las suturas generalmente cicatrizan por primera intención. El tejido de granulación no es visible y la formación de una cicatriz más clara. Una herida reestructurada cicatriza por tercera intención y da como resultado una cicatriz más ancha y más profunda. • Los estudios informan que la migración epitelial se obstaculiza bajo una costra seca, el movimiento es tres veces más rápido sobre un tejido húmedo. • El exudado de una herida infectada afecta a la epitelización y cierre de la herida. • El aporte de sangre en el tejido debe ser adecuado para transportar leucocitos. |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS MEDIDAS TOMADAS EN INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICA.

PATRON DE ELECCIÓN

- Manejo efectivo del tratamiento con antibióticoterapia basada en los resultados del cultivo de la herida quirúrgica y antibiograma manifestado por la desaparición de signos y síntomas de infección.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Aplicación con horario de medicamentos seleccionados según resultados de antibiograma.2. Controlar los signos y síntomas de infección de la herida quirúrgica. | <ul style="list-style-type: none">• El organismo responde a la aplicación de antibióticos a las primeras 6 horas posteriores a la aplicación por lo que resulta importante no interrumpir el horario y dosis indicada.• Los tejidos responden a la infiltración de patógenos con aumento de fluido de sangre y linfa. Los patógenos circulantes desencadenan que el hipotálamo eleve la temperatura corporal y esto constituye que ciertos microorganismos puedan sobrevivir a temperaturas elevadas. |

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se tomaron en cuenta pacientes que ingresaron a cirugía de abdomen, el total la población captada fue de 80 pacientes, de los cuales se analizaron las siguientes variables.

En la variable denominada sexo, la mayor frecuencia es para el sexo masculino con 46 pacientes y un 57.5%, a diferencia del sexo femenino siendo esta de 34 pacientes con 42.5% de la población total. Cabe señalar que la literatura no reporta que los pacientes del sexo masculino presenten factores condicionantes para ser intervenidos quirúrgicamente, pero si se sabe que es más labil el sexo masculino para la sobre vivencia en general.

En la variable edad encontramos que en el grupo de 0 a 6 meses hay una frecuencia de 12 niños con un 15%, al igual que en el grupo de 4 a 5 años. En el grupo de 7 meses a 1 año se encontró una frecuencia de 10 niños con un 12.5%, en los niños de 2 a 3 años con una frecuencia de 9 que equivale a un 11.3%, al igual que en los grupos de 6 a 7, 10 a 11 y de 12 a 13 años, en los dos grupos restantes que corresponden a las edades de 8 a 9 años hay una frecuencia de 7 niños con un 8.7% y por ultimo los niños de 14 a 16 años con una menor frecuencia de 3 que equivale a un 3.7%.

La literatura reporta que los niños presentan una mayor capacidad de reparación tisular que los adultos, pero carecen de reservas necesarias para contrarrestar la lesión, así como inmadurez anatómica, fisiológica y psicológica que influye para la plena recuperación del niño.

Tomando en cuenta otros factores que influyen en el proceso de cicatrización se valoro la variable del estado de hidratación de los cuales 56 pacientes ingresan a cirugía hidratados con un 70%, la población restante de 24 pacientes se encontraron deshidratados al ingreso a cirugía con un 30% de la población total. Considerando que el aporte de líquidos y electrolitos favorece la migración epitelial, ya que en un tejido húmedo se agiliza esta función.

Dentro de estos factores se tomo en cuenta la coloración de tegumentos en la que se encontró que el índice más alto lo ocupa la palidez de tegumentos de 65 pacientes con un 81.3%, seguido de la coloración rosado de 13 pacientes con un 16.2% y por ultimo con un índice muy bajo de 2 pacientes la presencia de cianosis con un 2.5% de la población total, cave señalar que la palidez de tegumentos nos indica que la hemoglobina del niño se encuentra baja y hay que tomar en cuenta que cursa por un proceso agudo de enfermedad.

En la variable estado de nutrición se obtuvieron los siguientes resultados con 47.5%, se encontró desnutrición de grado I, seguido con el buen estado de nutrición 46.3% y con índice bajo desnutrición de grado II y III de 5% y 1.2% respectivamente. Es importante señalar que la buena nutrición juega un papel importante en el proceso de cicatrización a diferencia de la desnutrición que afecta la buena cicatrización ya que prolonga la fase exudativa e inhibe la síntesis de colágeno.

Con los resultados obtenidos señalamos que el estudio fue realizado en un hospital de tercer nivel y brinda atención a pacientes sin protección social y de bajos recursos económicos, los resultados del proceso cicatrizal dependen en parte de que haya reserva nutricional adecuada.

La mal nutrición retarda el proceso de cicatrización lo cual ocasiona que la herida no sane en forma adecuada y completa.

En la preparación previa a la cirugía se obtuvo un 53.8% de pacientes a los que no se les realizó ninguna preparación, seguida con la realización del baño previo a la cirugía con un 45% y únicamente con el 1.2% la realización de tricotomía, es importante señalar que los niños que ingresan para ser intervenidos quirúrgicamente de urgencia en ocasiones no es posible realizarle alguno de estos dos procedimientos y en otros no es necesario.

La variable cirugía efectuada nos arroja los siguientes datos las cirugías programadas tiene una frecuencia de 32 pacientes con un porcentaje 40%, y las de cirugías urgentes fue con una frecuencia de 48 pacientes que nos da un porcentaje de 60%. Con estos resultados obtenidos que nos muestra el mayor índice lo constituye la cirugía de urgencia se considera que es un factor que interviene en la mala evolución del paciente ya que la mayoría ingresa en malas condiciones hemodinámica y de higiene.

En la realización del lavado de cavidad encontramos que las soluciones más empleadas son la solución salina e isodine solución y en algunos casos no se utiliza ninguna, la frecuencia de estas en las cirugías es que en 31 pacientes se utilizó solución salina que equivale al 38.7% e isodine solución se utilizó en 7 pacientes que es igual al 8.8% y ninguna solución en 42 pacientes que equivalen al 52.5%.

Con estos resultados se concluye que la práctica del lavado de cavidad con isodine solución o solución salina es correcta de acuerdo al tipo de cirugía efectuada, al igual que los hallazgos encontrados por lo que no constituye un factor de riesgo para la infección de la herida quirúrgica.

Durante el transoperatorio los hallazgos quirúrgicos relacionados con infección se encontró que un 51.3 % de la población total no presentan

infección, resto de la población presenta algún tipo de hallazgo relacionado con infección que corresponde a un 48.7 %, en el cuadro numero 9.1 se observa de acuerdo a los diagnósticos establecidos durante la cirugía, debemos considerar la importancia que tiene el encontrar infección dentro de la cavidad abdominal ya que esto nos favorece un medio óptimo para las bacterias que proliferan de manera muy rápida invadiendo el área afectada por lo que es muy importante la toma de precauciones necesarias para evitar tales complicaciones.

El cambio de guantes en el término del tiempo séptico lo realizan en la práctica tanto el cirujano, ayudante e instrumentista con un 67.5%, el resto no lleva la práctica correctamente que corresponde a un 32.5%, no deja de alarmar el porcentaje de los casos en donde no se hace adecuadamente este cambio sobre todo los cirujanos y ayudantes al igual que para el momento de cerrar la herida quirúrgica, esto predispone a la infección de la herida; destacando que el personal de enfermería tiene la obligación de cumplir con las técnicas quirúrgicas adecuadamente.

El tipo de la herida en el transoperatorio lo ocupa la herida quirúrgica limpia con un porcentaje de 72.5% y la herida limpia contaminada con un porcentaje de 22.5% precedidas de la contaminada con un índice muy bajo del 5%. Cabe señalar que las heridas limpias no presentan ningún signo de infección, a diferencia de las limpias contaminadas en las que se penetra alguno de los tractos contaminados como el respiratorio, genital o urinario, aun cuando no muestre signos evidentes de infección.

Los datos que nos proporcionan la variable del estado del paciente durante el transoperatorio encontramos una frecuencia de 59 pacientes estables con un 73.8%, delicados 19 pacientes que es igual a un porcentaje de 23.7% y muy delicados solamente a 2 pacientes que es igual a un 2.5% del total de la población. Con estos resultados concluimos que los pacientes entran a la sala quirúrgica en condiciones estables para ser intervenidos quirúrgicamente, esto les proporciona una estabilidad hemodinámica misma que repercutirá en el período posoperatorio. A diferencia de los que se intervienen con un reporte de salud delicado y muy delicado.

La colocación de algún tipo de drenaje en el sitio de la herida quirúrgica se encontró que el mayor porcentaje que corresponde al 46.3% no se instala ninguno, seguido de la instalación de penrose que equivale a un 42.5% y el resto de la población se le instalaron otros tipos de drenajes menos frecuentes en la cirugía de abdomen.

El uso de antibióticos durante el transoperatorio presentó una frecuencia de 42 pacientes a los cuales se les aplicó algún tipo de antibiótico que equivale al

52.2%, con una frecuencia de 38 pacientes a los que no se les aplicó que equivale a una frecuencia de 47.5%. La profilaxis con antibióticos previene las infecciones de las heridas quirúrgicas, su efecto influyó positivamente en la evolución de la cirugía moderna. La literatura nos proporciona indicadores de profilaxis con antibióticos, sobre todo en pacientes con alteraciones en su sistema de respuesta inmunitaria en donde cualquier infección puede volverse sistemática y por lo tanto fatal.

Se valoraron las condiciones del personal involucrado con el paciente durante la cirugía y se encontró que en 13 cirugías hubo personal con infección de vías respiratorias que equivale al 16.2%, con ninguna infección en 67 cirugías con un 83.8%. Con el resultado se infiere que el personal involucrado con la atención directa del paciente, presentó infección de vías respiratorias mismo que puede ser un factor de contaminación de la herida, si no se llevan las precauciones necesarias para la diseminación de microorganismos. Así como el tiempo de duración de la cirugía que corresponde de 1 a 2 hrs, con un 80% de la población total, seguido de 3 a 4 hrs, y por último con un 17.5% último el rango de más de 5 hrs, fue de un 2.5%. Podemos inferir que a menor tiempo de la duración de la cirugía es menor el riesgo de infección en la herida quirúrgica, aunque cabe señalar que de acuerdo al diagnóstico del paciente es el riesgo de infección que tiene el paciente.

La presencia de infección fuera del sitio de la herida quirúrgica presentó una frecuencia de 2 pacientes sin procesos infecciosos igual al 2.5%, por el contrario la mayor frecuencia que no presenta infección en un porcentaje de 97.5% de la población total. Estos resultados indican que los pacientes incluidos en el protocolo entraron a cirugía sin infección fuera del sitio quirúrgico por lo que no se considera como un factor condicionante.

El índice mayor de los pacientes que recibieron baño sin la presencia de drenajes con un total de 46 pacientes con un 57.5%, seguida del que recibió baño con drenaje, principalmente penrose con una población de 34 niños y un 42.5% mismo que resulta alarmante ya que es un factor condicionante para la presencia de infección de heridas quirúrgicas por lo que se pudo observar que se bañan sin cubrir el drenaje para evitar que se introduzca agua.

Con respecto al baño, a 49 niños se les realizó baño de esponja, seguido del baño de regadera a 25 pacientes y de artesa a 1 niño, con estos resultados podemos inferir que el tipo de baño a los pacientes posoperados en las primeras horas posteriores a la cirugía es el de esponja mismo que es el indicado dadas las condiciones del niño, a los que se les realizó otro tipo de baño cabe señalar que se encontraban en piso con más de 24 horas del postoperatorio.

En la curación de heridas quirúrgicas que se realizó, a las primeras horas del posoperatorio encontramos que con un total de 39 pacientes que corresponden a un 48.8 % la curación se realiza a las 12 hrs posteriores a la cirugía y con 41 pacientes con un porcentaje de 51.2% de la curación a las primeras 24 hrs del posoperatorio. La literatura revisada menciona que la curación debe efectuarse hasta las 25 hrs del posoperatorio y únicamente se debe realizar curación en las primeras 12 hrs si la herida presenta sangrado abundante salida de cualquier otro líquido; pero no es el caso del total de la muestra de los pacientes estudiados en este protocolo.

La utilización de equipo estéril para la realización de la curación de la herida quirúrgica es el ideal ya que tenemos un porcentaje de 97.5 % contra un 2.5% en que no se utilizo.

La complicación en la cicatrización de la herida quirúrgica que se observo durante el posoperatorio se encontró con el mayor índice a los pacientes que no presentaron complicaciones correspondiendo a un 67.5 % precedido de las que presentaron complicaciones de cicatrización con el porcentaje de 32.5 % correspondiendo a 26 pacientes del total de la población estudiada este ultimo dato observamos que es un número importante de pacientes que cursan con un proceso que altera la cicatrización de la herida quirúrgica y que puede terminar en un proceso infeccioso de la misma.

Observamos en 39 pacientes las siguientes características en las heridas quirúrgicas que influyeron sobre el proceso de cicatrización tales como: infección localizada en un 18%, enrojecimiento con un 17.5%, dehiscencia de la herida con un 5% y hemorragia con solo 3.8%, lo que nos orienta a pensar que la frecuencia de infección es una de los principales factores que se presentan en las heridas quirúrgicas seguido de los signos ya descritos, mismo que resultan preocupantes ya que no deberían de presentarse la cantidad encontrada de infecciones y sin datos patológicos 41 pacientes que equivale al 51.2% de nuestra población estudiada.

En la presencia de infección que se codificaron en tiempo tenemos con el índice mayor las que se presentaron en las primeras 72 horas con un 25% seguidas de las presentadas en las primeras 24 horas con un 3.8% y en las primeras 12 horas, 48 y de mas de 72 horas encontramos un porcentaje de 1.2% en cada una de ellas, notando que estas complicaciones se presentan en un tiempo considerado como periodo critico y de respuesta del organismo ante agentes infecciosos por lo que resulta importante tomar en cuenta la edad del paciente, nutrición y estado inmunológico. el resto de nuestra población que son 54 pacientes no presentaron datos patológicos y esto equivale al 67.5% de la población.

De la población estudiada que presento infección en total son 26 pacientes a los cuales se les realizo curación, cultivo y administración de antibióticos a solo 24 pacientes a 2 de ellos no se les tomo cultivo y 54 pacientes sin datos de infección, estos datos están acordes a lo que la literatura indica en caso de existir infección.

Los motivos de reingreso por los cuales solo dos pacientes ameritan el regreso a la institución uno de ellos por presentar un absceso de pared y el otro dehiscencia de herida quirúrgica así mismo los dos casos fueron solucionados con las medidas pertinentes.

BIBLIOGRAFIA

1. BEAVER, Belinda M, Cooper Diane M. Clínicas de Enfermería de Norteamericana. Traumatismo/ Cicatrización de heridas. Vol.1 Edit. Interamericana México 1990 P. 283
2. PONCE DE LEÓN Samuel y Col. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Fascículo cinco Glavo – México 1990. P. 37
3. MIER Juan, Robledo Felipe, Avila Alejandro, Gallo Roberto. Vigilancia de la evolución de 6030 heridas quirúrgicas. *Gaceta Medica Mexicana.* 1993. 129(2): 161- 163
4. ORTEGA León Luis, Vargas Domínguez Armando, López López Jorge, Rodríguez Báez Alejandro, Almaza Iturbe Rolando, Hernandez Teresa. Es útil la vigilancia epidemiológica de heridas quirúrgicas para disminuir la incidencia de infección?. *Cir Ciruj* 1998. 6(6): 215 – 218
5. CARRILLO Alcántara Vicente. Estudios sobre infecciones en cirugía pediátrica. *Bol Med Hospt Inf Méx.* 1982 39 (5): 355 - 360
6. REILLY JS. The effec of surveillance on surgical wuond infection rates. *J Tissue Vibility.* 1999. 9 (2): 57 – 60
7. FIELDS CL. Outocome of a potsdischanger system for surgical site infecciones al a Midwestern regional referral center hospital. *Am J Infect Control.* 1999 27 (2): 158 – 164
8. PADILLA Barión G, Guiscafré Gallardo H, Martínez García MC, Vargas de la rosa R, Palacios Treviño J, Muñoz Hernandez O. Epidemiología de las infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico. *Salud Pública. México.* 1986. 28: 599 – 610
9. NORIEGA AR. Aguado JM. Infecciones nosocomiales en cirugía: Infección de las heridas quirúrgicas (cap. 5). *J Infetion nosocomial.* Barcelona Doyma, 1993 P. 47 – 58
10. FRANCO Orozco Magdalena. El proceso de enfermería como método para la práctica profesional. Ponencia Hosp Inf de Méx.

11. LYER W. Patricia y Col. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª edición. España 1999 P 453
12. HERNANDEZ Conesa Dra., Esteban Albert Dr., Fundamentos de enfermería: Teorías y Métodos. 1999 p 131 – 140
13. POTTER Patrice y Anne Griffith Parry. Fundamentos de enfermería. Teoría práctica. Madrid. Mosby – Doma. 1996
14. LEON. Ramírez A., Cashat Cruz M, Avila Figueroa C. Y Col. Infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico. Salud Pública. México 1986. 28: 616 – 622
15. KOZIER G. Y Col. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Vol. 2 Mac – Graw Hill Interamericana p 1424 – 1463
16. KIDD Pamela y Col. Manual de urgencias en enfermería. 2ª ed. Edit. Horcourt. Barcelona – España 1998 p 606
17. BAILY Raffensperger Ellen y Col. Enciclopedia de la enfermera. Vol. 1 Edit. Océano – Centrum España. 1999 p 192
18. Servicio de enfermería Cirugía Gral. Manual de procedimientos para la curación de heridas del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.
19. ROPER Nancy. Diccionario de enfermería. Editorial Interamericana. México D.F. 1991 P. 449
20. VALENZUELA Luengas M. Manual de pediatría Valenzuela. 11ª edición. Editorial Mac - GrawHill. Interamericana México 1993.
21. WOLFF, Lewis Luverne y Kuhu, Timdy Bárbara. Fundamentos de enfermería. 4ª edición. Editorial Harla. México 1992. P 1108
22. RIO Pelle Lise, Grondin Louise, Phaneuf Margot. Cuidados de enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial Interamericana. España – Madrid 1993. P 352

ANEXO No. 1

INSTRUMENTO DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HERIDAS QUIRÚRGICAS.

"FACTORES PREDISPONENTES PARA LAS INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS"

Nombre: _____ No de registro: _____

Edad: _____ Fecha de ingreso: _____

Peso: _____

Sexo: _____ Fecha de egreso: _____

Diagnostico de ingreso: _____

VALORACIÓN DE ENFERMERIA DE LAS CONDICIONES DEL PACIENTE EN
EL PREOPERATORIO.

1. Estado de hidratación

Pálido SI NO
Deshidratado SI NO

2. Coloración de tegumentos

Hidratado SI NO
Rosado SI NO

3. Estado de nutrición

Desnutrición Grado I SI NO
Desnutrición Grado II SI NO
Desnutrición Grado III SI NO

4. Preparación previa a la cirugía:

Baño SI NO
Tricotomía SI NO

5. La cirugía efectuada fue:

Urgente SI NO
Programada SI NO

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL TRANSOPERATORIO

6. Hallazgos quirúrgicos relacionados con inflamación, infección o contaminación

SI NO

Otra preparación

7. Lavado de cavidad de herida con:

SI NO

Isodine solución
Solución fisiológica
Agua estéril
Otros _____

8. Cambio de guantes al terminar el tiempo séptico:

a) Cirujano SI NO
b) Instrumentista SI NO
c) Ayudante SI NO
d) Para cerrar SI NO

9. Tipo de herida

Limpia
Limpia - Contaminada
Contaminada
Sucia

10. Condiciones del paciente en el transoperatorio:

Estable Delicado Muy delicado

11. Instalación de drenajes:

Penrose Sondas Otros _____

12. Uso de antibióticos en el transoperatorio:

SI NO

Especifica cuales: _____

13. Condiciones de salud del personal involucrado con el paciente:

Infecciones de vías respiratorias SI NO
Infecciones gastrointestinales SI NO
Infecciones de la piel SI NO
Otras SI NO

14. Tiempo de la duración de la cirugía:

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL POSOPERATORIO

15. Que tipo de baño recibe el paciente después de operado:

Regadera

Esponja

Artesa

16. El paciente tiene un drenaje en el momento del baño:

SI

NO

17. La frecuencia del baño es:

Diario

Cada tercer día

No se baña

18. La curación de la herida quirúrgica se realiza después de:

12 horas

24 horas

36 horas

19. Utiliza de equipo estéril:

SI

NO

20. Observa alguna complicación en la cicatrización de la herida quirúrgica:

SI

NO

21. La herida quirúrgica presenta:

Enrojecimiento

Hemorragia

Infección

Dehiscencia

Otros

22. Cuantas horas después de la cirugía se presenta infección:

23. En caso de existir infección de herida quirúrgica. cuales son las medidas tomadas:

Curación

Cultivo

Antibióticos

23. Existe ataque al estado general del paciente que amerita su reingreso:

SI

NO

CUALES _____