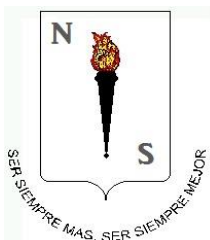


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS
**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE HERIDA
QUIRÚRGICA POR CESÁREA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

ALUMNA:

ITZAYANA GONZÁLEZ RIVERA

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2018



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.

Dedicatoria

Hay momentos en la vida en que nos vemos obligados a salir de nuestros hogares, apartándonos de lo que más amamos, para por fin ya no solo ver nuestras alas, sino abrirlas y emprender el vuelo a lo que tal vez sea desconocido, pero que siempre nos llevara a descubrir las capacidades que tenemos y las satisfacciones que podemos alcanzar, dedico la realización de esta investigación en especial a mis padres Fidelmar González Bernal y Lorena Rivera Salazar por el apoyo que con esfuerzo y alegría me han brindado durante la realización de mi carrera, alentándome y guiando mis pasos para lograr mis metas, así mismo a mis hermanos Jessica, Uriel y Fernando que me han acompañado en este largo caminar.

A los profesores que con su sabiduría, consejos y regaños, ayudaron a mi crecimiento académico y personal, a quienes espero no defraudar mientras recorro el camino que me espera poniendo en práctica los conocimientos que me han dejado.

A la escuela que me vio crecer y que ahora me ve salir como una Licenciada en Enfermería y Obstetricia puesto que de ella obtuve cosas buenas y malas que no solo me servirán en mi carrera sino para toda la vida.

Agradecimientos

Primero que nada agradezco a Dios que me ha dado vida para llegar hasta este momento, a mis padres por haberme dado la oportunidad de realizar mi sueño, apoyándome día a día para que lo lograra y no me rindiera ante cualquier situación por difícil que fuera.

A mis amigas Daysi Figueroa López, Mara patricia Serna Soto y Ana Laura Hernández González, que estuvieron siempre conmigo apoyándome en todo y dándome ánimos para cada vez ser mejor.

Con afecto y cariño agradezco a mis docentes y a mi asesor de tesis Yanitzia Álvarez Reyes, por su participación en mi formación académica profesional durante estos cuatro años orientándome a la realización de mi carrera y compartiendo sus conocimientos a lo largo de ella.

Índice

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 6 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 7 |
| VARIABLES | 8 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES | 8 |
| OBJETIVOS..... | 9 |
| OBJETIVO GENERAL | 9 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 9 |
| HIPÓTESIS..... | 9 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 10 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 12 |
| TIPO DE ESTUDIO | 12 |
| POBLACIÓN..... | 12 |
| MUESTRA | 13 |
| MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 13 |
| CONFIABILIDAD Y VALIDEZ..... | 14 |
| TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS | 14 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 14 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 15 |
| CRITERIOS DE ELIMINACIÓN | 15 |
| LÍMITES | 15 |
| ESPACIO Y TIEMPO | 15 |
| LUGAR | 15 |
| CAPÍTULO I INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | 16 |
| 1.1 ¿QUÉ SON LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA?..... | 18 |
| 1.1.1METODOLOGÍA ENFERMERA..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 1.1.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | 21 |
| 1.2 BASES TEÓRICAS | 23 |
| 1.2.1 MODELO TEÓRICO: VIRGINIA HENDERSON; EL CUIDADO..... | 23 |
| 1.3 ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA? | 25 |
| 1.4 LAVADO DE MANOS..... | 26 |
| 1.4.1 OBJETIVOS..... | 27 |
| 1.4.2 LOS CINCO MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS | 28 |
| 1.4.3 FLORA BACTERIANA EN LAS MANOS | 30 |
| 1.4.4 TIPOS DE FLORA BACTERIANA PRESENTES EN LA PIEL DE LAS MANOS | 30 |
| 1.5 MÉTODOS DE BARRERA | 31 |
| 1.6 CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA..... | 35 |
| 1.6.1 MEDIDAS GENERALES | 36 |
| 1.6.2 VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO | 37 |
| 1.7 TÉCNICA DE LA CURACIÓN QUIRÚRGICA | 37 |
| CAPITULO II HERIDAS QUIRÚRGICAS POR CESÁREA..... | 40 |
| 2.1 ESTRUCTURA | 43 |
| 2.1.2 FUNCIONES | 46 |
| 2.2 HERIDAS QUIRÚRGICAS..... | 48 |
| 2.2.1 TIPOS DE CESÁREA..... | 49 |
| 2.2.2 INCISIONES ABDOMINALES PARA CESÁREA..... | 50 |
| 2.2.3 MANEJO DE LA PACIENTE POST CESÁREA | 50 |
| 2.2.4 FACTORES DE RIESGO DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA | 51 |
| 2.2.5 COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA | 53 |
| 2.3 CICATRIZACIÓN..... | 55 |
| 2.3.1 TIPOS DE CICATRIZACIÓN..... | 56 |
| 2.3.2 CICATRIZACIÓN PATOLÓGICA..... | 57 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.3 FASES DE CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA..... | 59 |
| 2.3.4 FACTORES PARA UNA BUENA CICATRIZACIÓN..... | 61 |
| 2.4 LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA | 62 |
| 2.4.1 UTILIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS. | 63 |
| 2.4.2 ASEPSIA | 65 |
| 2.5.3 ANTISEPSIA..... | 66 |
| CAPITULO III. INSTRUMENTACION ESTADÍSTICA | 69 |
| CAPITULO IV ÉTICA DE ESTUDIO..... | 83 |
| 4.1 CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA | 84 |
| 4.2 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA..... | 88 |
| 4.3 LEY GENERAL DE SALUD | 89 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 90 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 93 |
| CONCLUSIONES | 94 |
| ANEXOS..... | 97 |
| ANEXO I GUIÓN METODOLÓGICO | 98 |
| ANEXO II LISTA DE COTEJO | 99 |
| GLOSARIO..... | 103 |
| BIBLIOGRAFÍA | 105 |

Introducción

La presente investigación, trata de la intervención de la enfermera en los cuidados de heridas quirúrgicas por cesárea, puesto que como la paciente se encuentra en una unidad nosocomial hay ciertos factores de riesgo para que contraiga alguna infección en la herida quirúrgica.

La enfermería como área ciencia de la salud, ha venido desarrollando un conjunto de procedimientos, técnicas y métodos para satisfacer las necesidades de las usuarias, y sobre todo a aquellas pacientes que fueron intervenidas en la unidad de gineco-obstetricia, en vista de que están propensas a contraer infecciones de carácter hospitalarias, las cuales normalmente se dan por impericia, falta de plan de cuidados y de una supervisión en el control de los factores que contribuyen en el surgimiento de infecciones. El rol asistencial educativo de la enfermería, siempre se enmarca dentro de la concepción de apoyo y ayuda, pues su principal objetivo es conservar la salud mediante la aplicación de todos los recursos disponibles, en función de la paciente, las intervenciones y cuidados tratan de evitar el surgimiento de infecciones que comprometen la salud de la paciente y hasta su vida.

La enfermera(o) es la persona que más guarda contacto con las usuarias y por tanto es quien corre mayor peligro de ser contaminada, de adquirir una infección producto de la misma praxis profesional, en tal sentido, debe asumir medidas de tipo preventivas para evitar los riesgos, considerando que el factor conocimiento es fundamental en las acciones de intervención de usuarias de post cesárea.

En esta investigación se pretende detectar aquellas acciones que realiza la enfermera para disminuir los factores de riesgos de este padecimiento, detectando de manera oportuna algunas alteraciones que se pueda presentar, identificando el grado de conocimiento de las enfermeras sobre las infecciones, complicaciones y el estilo de vida que ponen en riesgo de desarrollar alguna infección o complicación de una herida quirúrgica.

Planteamiento del problema

Hoy en día entre las dos modalidades de atención de parto, la cesárea ha venido a construir en la actualidad la de mayor preferencia por parte de las embarazadas esto se debe en gran medida a evitar las complicaciones que son normales en el parto vaginal y por otra parte al miedo que se experimenta del mismo proceso del parto.

En esta investigación se pretende detectar aquellas acciones que realiza la enfermera para disminuir los factores de riesgos de este padecimiento, detectando de manera oportuna algunas alteraciones que se pueda presentar, identificando el conocimiento de las enfermeras sobre las infecciones, complicaciones y el estilo de vida que ponen en riesgo de desarrollar alguna infección o complicación de una herida quirúrgica. Como se puede evidenciar la cesárea trae consigo una serie de complicaciones que se pueden prevenir con la ayuda del proceso de atención de enfermería, puesto que el propósito es disminuir los riesgos en la zona o herida quirúrgica, dado que si no se atiende de una manera adecuada pueden surgir los abscesos de pared o las infecciones.

Una vez que se hizo el procedimiento quirúrgico hay mayor frecuencia de que se registre alguna infección, puesto que el traumatismo en si aumenta las complicaciones, las cuales generalmente están causadas por una mezcla de agentes infecciosos que se encuentran en el medio ambiente hospitalario. Es aquí en esta parte donde el personal de enfermería debe llevar a cabo su plan de acción de promoción de educación para la salud en las pacientes con diagnóstico de puerperio quirúrgico tanto en el nivel pre y post operatorio.

Ahora bien en la unidad de Gineco-obstetricia del Hospital de Nuestra Señora de la salud se atiende un promedio de 30 partos por mes de los cuales un 90% son por intervención de cesárea. Es de suma importancia señalar que la mayor parte de cesáreas realizadas son a adolescentes, y aunado a esto en muchas ocasiones las pacientes no tiene el ingreso económico para pagar sala privada y van a sala general donde tienen que compartir todo el espacio, solo las separa una cortina y

es aquí donde se evidencia un hacinamiento en la unidad, y hay ocasiones donde hay más de siete pacientes en el área de obstetricia general. Y es por eso que se deben de tomar las medidas necesarias para realizar los cuidados, donde la enfermera tiene la responsabilidad de aplicar las medidas de asepsia y antisepsia para prevenir cualquier infección nosocomial que afecte a nuestra paciente.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea?

Variables:

- Intervenciones de enfermería
- Heridas quirúrgicas por cesárea

Definición de variables

Intervenciones: Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

- Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (Actualización de enfermería 2013)

- Herida quirúrgica: una incisión es un corte a través de la piel que se hace durante una cirugía. (Lucy Jo Atkinson 1994).

Objetivos

Objetivo general:

Determinar el grado de conocimiento que tienen las estudiantes de enfermería y las intervenciones que realiza el personal de Enfermería sobre el cuidado de una herida postquirúrgica.

Objetivos específicos:

- Identificar el proceso de atención que utiliza el personal de enfermería en el manejo de la herida.
- Identificar los factores de riesgos y las complicaciones de una herida postquirúrgica.

Hipótesis

Las intervenciones de enfermería en los cuidados de las heridas quirúrgicas van de la particular a lo general y estas se aplican de acuerdo al tipo de paciente y de la incisión abdominal de la herida (incisión abdominal transversa supra púbrica pfeannenstiel y la incisión abdominal longitudinal infrapubica), lo hacen con la finalidad de evitar las infecciones, ayudar a la cicatrización de la herida, y con esto evolucionen adecuadamente, con los cuidados se busca:

- Proteger la herida de los microbios.
- Reducir el riesgo de infección.
- Cubrir la herida para que las suturas no se enreden en la ropa.
- Proteger la zona mientras sana.
- Absorber cualquier líquido que se filtre de la herida.
- Darle a conocer a la paciente cuales son los factores de riesgo más frecuentes para que se infecte la herida quirúrgica.
- Que cuidados tiene que hacer la paciente cuando se encuentre fuera de la institución hospitalaria.

Justificación

El paciente sometido a una intervención quirúrgica va a requerir un tratamiento postquirúrgico integral, prestado por un equipo multidisciplinar, atendiendo a todas sus necesidades para favorecer el adecuado cuidado y cicatrización de sus heridas, considerándose el cuidado como un factor determinante de su evolución y la aparición de complicaciones, como serían la infección y el retraso de la cicatrización entre otras.

El fin de este trabajo de investigación es saber cuáles son las Intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea en el Hospital de Nuestra Señora de la salud, en el servicio de Obstetricia privada y Obstetricia general para conocer si lo están realizando de una forma correcta y ver las técnicas de asepsia y antisepsia que utilizan con cada paciente, y si no lo están haciendo de una forma adecuada poder ayudar a corregir sus fallas y saber en qué están mal, esto nos servirá para corregir los errores y detectar donde se encuentran las deficiencias y poder trabajar en ello, explicando a todo el personal cual es la forma correcta de hacerlo y que tiempo se deben de realizar, él para que de esta investigación es disminuir y evitar las infecciones de heridas quirúrgicas por cesárea dentro y fuera del hospital, y con esto se ayudara tanto a la paciente como al hospital a que inviertan en un gasto innecesario, puesto que es algo que se puede prevenir si se da una explicación a las usuarias en cómo se deben de atender en casa, para que se auto realicen las curaciones de una forma correcta después del baño y también explicarles que antisépticos deben de utilizar y cuáles son los más recomendados.

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, el resultado permitir es encontrar soluciones concretas a los problemas de las pacientes de cesáreas, para que las enfermeras en sus actividades asistenciales, realicen los cuidados de enfermería en forma adecuada y temprana, previniendo así la frecuencia de complicaciones, por tal motivo con los resultados que se obtengan de dicha investigación, se espera mejorar la calidad de atención de Enfermería en pacientes

de cesáreas ayudándolas en su recuperación, a fin de que esta tenga menos estancia hospitalaria, menos costo para el paciente y para la institución como también realzar la imagen del Hospital mediante la Educación, Orientación, Información y prevención de complicaciones.

Metodología de la Investigación

Tipo de Estudio.

Este estudio, se enmarca dentro de una investigación descriptiva de tipo transversal, debido al hecho de que la información a obtener sobre las interrogantes y el sistema de variable que permiten el logro de los objetivos, se efectúa de manera simultánea y en un momento específico.

El estudio se realiza siguiendo las recomendaciones de la investigación descriptiva, la misma tiene como propósito realizar un análisis, registro y descripción de las características dominante y significativa en el fenómeno en investigado y las cuales están presentes, en este sentido, Sabino, C (2000), señala que la investigación descriptiva es aquella que: Su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con las de otras fuentes.

Como se puede observar, la investigación descriptiva, trata de sistematizar procedimientos de la investigación, a fin de dar cuenta de todas las relaciones existentes en un problema determinado, para ello es necesario realizar un diagnóstico que oriente el análisis de los indicadores con el propósito de establecer conclusiones dominantes.

Población.

La población, es también conocida como la totalidad de una comunidad que presenta características similares, y en este sentido, es susceptible de ser estudiada y analizada con la aplicación de instrumentos que identifiquen rasgos propios del comportamiento de los actores o unidades investigadas, de tal manera, Tamayo, M (2.000), la considera como: La totalidad del fenómeno a estudiar en donde las

unidades de población poseen una características común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

De acuerdo a los objetivos de este estudio, la población objeto de la investigación, está conformada por 20 enfermeras que laboran en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Muestra.

La muestra consiste en una parte significativa de la población y que reúne las mismas características de la totalidad, Sabino, C (2.000), la considera como: Una muestra, en un sentido amplio, no es más que una parte de ese todo que llamamos universo y que sirve para representarlo

Para este estudio, la muestra está significada por la totalidad de la población, es decir, el 100% de enfermeras, en vista que la población es pequeña y de carácter finita y por ello se hace manejable a propósito de los objetivos de investigación, en este sentido, la muestra es de 20 enfermeras que laboran en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Método y Técnica de Recolección de Datos.

El método para realizar la investigación es a través de la entrevista donde se aplicara la técnica de cuestionario y lista de observación directa.

Este procedimiento es de gran utilidad a los fines de la investigación y así lo señala Polit, D y Hungler, B (1997), al indicar que permite recabar información muy heterogénea, en vista que en un fenómeno, se presentan una variedad de consideraciones especiales que deben ser analizadas de acuerdo a su contexto. La lista de observación directa hace posible interpretar los múltiples indicadores del problema de forma objetiva, en cuanto todos los elementos están presentes en la realidad inmediata.

El instrumento que se aplicar a las 20 enfermeras para lo cual se utilizara un cuestionario que sirve de gua de observación, para la recolección de los datos, con

una escala de tipo dicotómica: sí, no y a veces. El propósito es identificar la veracidad de las respuestas emitidas por las enfermeras en el cuestionario. La observación, permite dar respuesta a las interrogantes de la investigación, su importancia es indicada por Pineda, E Alvarado, E y Canales, F (1997), al definirla como El registro visual de lo que ocurre en una situación real. La determinación de lo que se va a observar, estará determinado por lo que se está investigando, con este procedimiento se limita netamente al interés de atención, sin perder el objetivo primordial.

Confiabilidad y validez.

Técnica aleatoria simple.

El instrumento usado se valida mediante el pilotaje previo y con una confiabilidad basada en diferentes teoría utilizadas en el marco teórico.

Tabulación y Análisis de los Datos.

El proceso de tabulación de los datos, se realizara de forma manual, mediante una distribución absoluta y porcentual, en tablas de representación simple, donde se establece la frecuencia de respuesta y su representación porcentual, de las dimensiones, los indicadores y sub indicadores, luego se globaliza el porcentaje final para elaborar el histograma de representación gráfica.

El análisis de los datos, se realizara de manera cuantitativa y cualitativa de cada indicador y sub indicadores, para as determinar el comportamiento real de las variables, luego se efectuara un conjunto de inferencias entre los aspectos ideales de las actividades de enfermera y lo que en la práctica se evidencia.

Criterios de inclusión

- La paciente de puerperio quirúrgico
- Las enfermeras únicamente del turno matutino
- Las estudiantes de enfermería de octavo semestre de la EENSS

Criterios de exclusión

- Adscrito en Gineco-obstetricia
- Médico residente
- Familiares de la paciente
- El recién nacido
- Pacientes de puerperio fisiológico

Criterios de eliminación

- Todo cuestionario que no se haya contestado en su totalidad
- Más de dos respuestas tachadas no se tomaran en cuenta
- Respuestas en blanco se descartaran

Límites:

Morelia, Michoacán.

Espacio y tiempo:

La presente investigación se llevara a cabo en Morelia Michoacán, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se llevara a cabo el 25 julio del 2016 y terminara el 31 de Mayo del 2017.

Lugar:

Se realizara en el servicio de Gineco- obstetricia privada y general del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Capítulo I Intervenciones de enfermería



1.1 ¿Qué son las intervenciones de enfermería?

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones. (Metodología Enfermera 2016)

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. (Metodología Enfermera 2016)

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo. Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (Actualización de enfermería 2016)

1.1.1 Metodología Enfermera

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. (Metodología Enfermera 2016)

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio.

Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados.

Metodología de elaboración del PAE

La tendencia universal en la Atención de Enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidado al objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen.

Tipos de planes de cuidado:

Individualizados: son los que se centran en que cada persona es un ser único.

Estandarizados: se centran en que ante problemas comunes existen respuestas similares.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente:

- Valoración
- Diagnósticos (NANDA)
- Criterios de Resultados (Objetivos) (NOC)
- Intervenciones (Actividades) (NIC)
- Evaluación

Valoración: La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.

Diagnóstico: Siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas.

Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas.

Para los profesionales de la enfermería, la utilización de la taxonomía NANDA es imprescindible en la práctica habitual de su profesión.

Entre las ventajas del uso de la Taxonomía NANDA, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo.
- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud

Criterios de resultado NOC (Nursing Outcomes Classification); Es el objetivo o el resultado esperado en un proyecto de salud.

Uno de los objetivos de los NOC es el de identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad.

Los datos, una vez cuantificados, pueden utilizarse para gestionar los resultados, para proporcionar información en la investigación sobre efectividad y eficacia y en la administración de los cuidados.

El NOC mide la situación de un paciente en cualquier momento y permite seguir los cambios del resultado en todo el espacio de tiempo y permiten así mismo evaluar los cuidados enfermeros ofrecidos, ya que son cambios positivos o negativos en el estado de salud potencial o real del paciente.

Intervenciones del NIC: Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones

necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

N.I.C. (Nursing Interventions Classification)

C.I.E. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

Definición de Intervenciones:

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

- Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.
- Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.
- Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (Proceso de Atención de Enfermería 2016)

1.1.2 Intervenciones de Enfermería

El objetivo primordial de la enfermera (o) es brindar a través de acciones que correspondan a minimizar los riesgos de infecciones en el usuario, resulta en un método sistemático y racional de planificar con el propósito de ofrecer cuidados, además, asumir el mismo comportamiento de las personas para el logro del proceso de rehabilitación. (NANDA 1990)

Señala Kossier, Ever y Bufalino (1994), que Las intervenciones de enfermería son las pautas de estrategias enumeradas en un plan de cuidado de enfermera.

La autora indica que las acciones de enfermera están basadas en la identificación de necesidades y actúan con conocimientos y principios éticos en beneficio del enfermo con la finalidad de acortar la estada hospitalaria.

Según Livene Myra (1.998). Señala: La enfermera participa activamente en ambiente de pacientes para facilitar la adaptación mediante intervenciones terapéuticas influyendo favorablemente en la salud, promoviendo u optimizando el bienestar del paciente.

Lo que indica que en la práctica es importante conservar los principios relativos control de infecciones, el enfermo acude a un hospital por una razón específica, y la forma como el personal realiza los procedimientos afecta a este directamente o indirectamente. De allí la importancia de indagar sobre la práctica de la enfermera(o) en la prestación de los cuidados a las usuarias post operadas de cesárea.

La participación de enfermera para prevenir las infecciones debe estar fundamentadas en la prestación de ayuda con cierto factor de calidad.

Escobar, L (1995), infiere que: Una de las responsabilidades más importantes que tiene el profesional de enfermera es de controlar y prevenir las infecciones hospitalarias, ya sea en los pacientes internados o así misma. Es necesario actuar con conciencia en el manipulación de materiales y equipos que se utilizan en distintos procedimientos ya que pueden ser potenciales portadores de agentes infecciosos y además tomar todas las precauciones de barrera en el tratamiento de los pacientes y el manejo con ellos utilizados, como así también el material orgánico que provenga de los pacientes (sangre, orina), etc.

Con base a lo anterior, el profesional de enfermera juega un papel fundamental para la prevención de las infecciones en las heridas por cesárea, por cuanto son quienes propician los cuidados y las atenciones al ingresar a la unidad. En este caso, el área de puerperio las medidas de asepsia y antisepsia son importantes haciendo particular énfasis en el lavado de manos antes y después de manipular a cada

paciente, utilizando guantes para realizar las curaciones, cada vez que se atienda a las pacientes de cada habitación y realizar la limpieza de cada turno. Por otra parte, se distingue que el profesional de enfermera debe aplicar, las técnicas adecuadas para el cuidado de la herida. De igual forma, se debe orientar a la paciente post operada por cesárea para su autocuidado con el fin de prevenir las infecciones post operatoria.

1.2 Bases teóricas

La enfermera, como profesión avanza en la prestación de servicios sigue pauta de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud en todo proceso de la vida. En todas las acciones es necesario considerar al hombre como ente biopsicosocial para ello se deben respetar las normas establecidas en la atención del individuo que deben estar fundamentadas en la prevención y cumplir funciones específicas al respecto.

Brunner y Suddarth (1989) refiere que: La función de las enfermeras en el ejercicio de la profesión incluye acciones que llevan a cabo cuando asumen una responsabilidad que consiste principalmente en la satisfacción de necesidades de servicios asistenciales generales y de enfermera de los pacientes, sus familiares y amigos.

Lo mencionado por los autores señala que las enfermeras (os) deben desarrollar sus actividades en un marco de responsabilidad, capacidad, seguridad y motivación, pues de ello depende la recuperación de las personas que presentan problemas de salud, y los cuales logran depositar en el profesional una amplia confianza.

1.2.1 Modelo Teórico: Virginia Henderson; El cuidado

De acuerdo con Virginia Henderson, los receptores de los cuidados de enfermería son seres humanos que comparten necesidades fundamentales. Desde su punto de vista, la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación, o a la muerte

pacífica; ayudarle en aquellas acciones que el propio paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Bajo esta perspectiva, las necesidades básicas de los individuos en las cuales tienen su base la práctica de enfermería son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de manera adecuada.
- Eliminar los residuos corporales.
- Moverse y mantener una postura conveniente.
- Dormir y descansar.
- Seleccionar ropa apropiada, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales.
- Mantener el cuerpo limpio: higiene y piel.
- Evitar peligros ambientales.
- Comunicarse con otros.
- Rendir culto de acuerdo con la propia fe.
- Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

Este Modelo define la función Propia de Enfermería como:

La función de la Enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo.

La enfermera promueve, conserva y restablece el equilibrio entre el individuo y el medio ambiente.

El Consejo Internacional de Enfermería adoptó esta definición. Para Virginia Henderson la profesión de Enfermería es una profesión Independiente con funciones independientes.

Define una serie de elementos para su Modelo de Cuidados:

- Estado de Salud: Es el que da mayor nivel de independencia al ser humano, aumenta la calidad de vida respecto a su salud y le permite trabajar con la máxima efectividad.
- Entorno: Es el conjunto de condiciones externas que influyen en el estado de salud y en el desarrollo del individuo.
- Rol Profesional: La enfermera suple o ayuda al individuo a realizar las actividades necesarias para conseguir su salud como:
 - Suplencia: En enfermedad grave, inconsciencia, recién nacidos etc.
 - Ayuda: para tratamientos cuidados hospitalarios y domiciliarios. Etc. (Balderas 7ma edición)

1.3 ¿Qué son los cuidados de Enfermería?

Uno de los papeles centrales de la enfermera es proveer atención holística a los pacientes y sus familias, tanto de manera independiente como por medio de la colaboración con otros profesionales de la atención de la salud.

La profesión de Enfermería reconoce el carácter y la necesidad transdisciplinar de intervención para la solución de los problemas de salud de la población, más aun en los tiempos actuales de globalización económico-social y de reforma sectorial en la que se requiere de la acción humana corporativa y en equipo. La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental

en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser. (Enfermería ciencia y arte 2006)

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo. (Pérez Porto y Ana Gardey. 2012).

1.4 Lavado de manos

Constituye una de las principales medidas de prevención de infecciones, ya que se considera que es uno de los métodos más importantes para disminuir la transmisión de patógenos infecciosos y deberá convertirse en una actividad obligatoria en la función asistencial de la enfermera, en este sentido, Silva Jaime, Hernández Libardo y Malagón Gustavo (1999), señalan que:

Los procedimientos quirúrgicos requieren el mayor grado de antisepsia de las manos, pues pueden ser de larga duración y tanto la flora resistente como la transitoria introducida en las heridas por las manos del personal pueden provocar infecciones en los enfermos.

Cortez Valenzuela Elizabeth (2016) enfermera docente menciona que el lavado de manos clínico es: Es la técnica básica utilizada para prevenir la transmisión de infecciones por vía contacto manual, eliminando arrastre los microorganismos que quedan en ellas.

Lo que indica, que el lavado de manos constituye en una barrera protectora a favor de la salud del usuario, a la vez que es una medida de prevención que busca disminuir los focos infecciosos. Debido a las dificultades que se presentan en el

manejo y tratamiento, la prevención del lavado de las manos ocupa un papel preponderante, no solo en beneficio del usuario con el fin de minimizar los costos hospitalarios.

Por otra parte, se recomienda como estrategia el adecuado lavado de las manos cuando se va a intervenir a un usuario ya que de esta manera se disminuyen los riesgos de transmitirle una infección que complique su estado de salud.

El profesional de Enfermera en la ejecución de sus actividades asistenciales debe cumplir una serie de principios de asepsia y procedimientos específicos al realizar el lavado de manos.

En este sentido, Kozier, Ever, Oliviere (1993) afirma: Las manos del personal son vehículo importante de transmisión de microorganismos. Lo que indica que el personal de enfermera debe realizar regularmente práctica de higiene con la finalidad de eliminar microorganismos utilizando barreras que ayude a romper la cadena epidemiológica.

Sostiene Dugas (1.986). Al lavarse las manos después del contacto con un paciente la enfermera reduce al mínimo la diseminación de microorganismos a otra persona en particular paciente.

Como lo expresa la autora, el lavado de manos constituye el fundamental procedimiento en el cumplimiento de normas de asepsia en salud, con el propósito de evita las infecciones cruzadas, también ayuda a disminuir las infecciones que están dentro del ambiente hospitalario, además se recomienda que el personal de enfermera debe realizarlo cuantas veces sea necesario, puesto representa una técnica eficaz para el control de infecciones.

1.4.1 Objetivos:

La Organización Mundial de la Salud (2005) refiere que:

1. Evitar diseminación de gérmenes: evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra.

2. protegerse así mismo (evitando contaminarse con los usuarios).

3. evitar la contaminación de material limpio.

4. Eliminar la flora transitoria de la piel.

1.4.2 Los cinco momentos de la higiene de manos.

- Antes del contacto con el paciente

Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos.

- Antes de realizar una tarea aséptica

Protege al paciente de los microorganismos patógenos que pudiesen introducirse en su organismo.

- Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos

Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria, de los microorganismos patógenos que pudiera tener el paciente.

- Después del contacto con el paciente

Para protegerse de los microorganismos patógenos que pueda tener el paciente.

- Después del contacto con el entorno del paciente

Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que puede tener el paciente.

Equipo:

- Idealmente llave grifo o a pedal
- Solución jabonosa
- Toalla desechable

Procedimiento.

- Subir las mangas de la ropa sobre los codos, y retirar reloj y todas las joyas.
- Adoptar posición cómoda frente a la lava manos.
- Abrir la llave del agua y mojar manos y muñeca.
- Jabonar ambas manos hasta cuatro dedos sobre el pliegue e la muñeca.
- Friccionar con movimientos de rotación, las manos para obtener espuma, haciendo énfasis en espacios interdigitales y uñas y reborde cubital.
- Las manos se mantienen más arriba que los codos para evitar contaminación desde antebrazos.
- El jabón debe permanecer en las manos de 15 a 30 segundos.
- Enjuagar las manos con abundante agua corriente, por dos veces.
- Secar las manos, terminando en las muñecas con toalla deseable de un solo uso.
- Cerrar la llave con toalla desechable sin tocar la perilla.
- Desechar toalla.

Esta técnica deberá realizarse al inicio y término de cada procedimiento y las veces que sea necesario.

En caso de tener lesiones o manos agrietadas, se recomienda el uso permanente de guantes durante la jornada laboral.

La OMS en 2005 lanza el primer reto mundial “Una atención limpia es una atención más segura”, el cual esté encaminado a que todos los profesionales de la salud realicen higiene de las manos durante los procesos de atención a la salud, como una medida primordial para disminuir las infecciones relacionadas con la atención de la salud. México en el año 2008 y como parte del Programa de Seguridad del Paciente, se une a éste reto, a través de la Campaña Sectorial “Está en tus manos”, tomando en cuenta los lineamientos propuestos por la OMS, que consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico), en los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud.

1.4.3 Flora bacteriana en las manos.

Muchas de estas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada. Los microorganismos que adquieren en sus manos los profesionales sanitarios durante el contacto directo con los pacientes o con los objetos que rodean a estos, son conocidos como la flora transitoria de la piel de las manos. Está probado que la higiene de manos es el método más simple y más efectivo para reducir la IAAS (infecciones asociadas con la atención sanitaria).

OSAKIDETZA COMISIÓN INOZ (2009) La guía de higiene de manos para profesionales sanitarios refiere que: Existen estudios de alta calidad de evidencia en la literatura científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente. La realidad es que se lavan las manos menos de la mitad que lo que deberían. Entre las causas de este pobre cumplimiento están: el desconocimiento de este problema, el exceso trabajo, la escasa disponibilidad de puntos de lavado, la no apariencia (o no conciencia) de manos sucias, irritaciones de la piel producidas por los productos de lavado, etc.

1.4.4 Tipos de flora bacteriana presentes en la piel de las manos

OSAKIDETZA COMISIÓN INOZ (2009) La guía de higiene de manos para profesionales sanitarios refiere que: La piel humana está colonizada por bacterias con diferentes recuentos según el lugar de la anatomía. Así, en las manos de una persona, podemos encontrar dos tipos de flora:

- Transitoria.

Constituida por microorganismos que contaminan la piel accidentalmente, no encontrándose en ella de forma habitual. Se localiza en capas superficiales de la piel. Se adquiere por contacto y suele ser responsable de la IAAS.

José Ángel Álava Menica (2009) “La Flora Transitoria se adquiere por contacto con personas y objetos y suele ser la responsable de la transmisión de una infección asociada a la asistencia sanitaria.”

- Residente.

La forman los microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel de la mayoría de las personas. Se localiza en capas profundas de la piel.

Una correcta higiene de las manos es el método más simple y efectivo para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. (Cardoso, Guilhermetti. 2007)

1.5 Métodos de barrera

Las barreras protectoras, son en esencia las medidas de prevención que se asumen para proteger al usuario hospitalizado. Básicamente, se aplican como defensa del enfermo, quien estando en estado hospitalario es susceptible de ser atacado por diferentes focos infecciosos, en vista que su misma situación de salud está comprometida y por tanto las enfermedades oportunistas pueden perjudicar de forma significativa el cuadro clínico del usuario.

Las barreras protectoras que son recomendadas para usuarias post operadas de cesárea consisten en mantener normas de asepsia y antisepsia y que son de alta prioridad en el control de infecciones, en tal sentido, el personal de salud, entre ellos la enfermera (o) estén llamados a mantener como normas permanentes, estas son: cuidado de la piel, control en el lavado de las manos, gorro, mascarilla buco nasal y la utilización de material médico quirúrgico estéril.

El uso de barreras protectoras, se recomiendan a fin de reducir las infecciones cruzadas y también la protección del personal de salud y del paciente, en vista que la enfermera en sus labores asistenciales debe brindar atención a diferentes usuarias con distintos problemas de salud y los cuales están propensos a ser atacados por las infecciones hospitalarias.

En este sentido, Reeder, S, Martn, L y Koniak, D (1.995), señalan que: El uso de barreras protectoras reduce el riesgo de exposición de la piel o membranas mucosas de los trabajadores al cuidado de la salud a materiales infecciosos. Como precaución universal, las barreras protectoras reducen el riesgo de exposición de sangre y líquidos del cuerpo que contengan sangre visible y a otros líquidos a los cuales se apliquen las precauciones universales.

Como se puede observar, los procedimientos van dirigidos a proteger la salud del profesional de la salud, pero también consiste en disminuir las incidencias de infecciones en pacientes, ya que una vez que la enfermera es portadora de una infección el enfermo corre un riesgo evidente por la misma relación de asistencia. Además, es importante conservar normas de higiene cada vez que se practica las acciones de enfermera.

Las barreras protectoras de mayor uso en enfermera, son las que a continuación se señalan:

Mascarilla Bucal Nasal.

La función principal de las mascarillas buco nasal es la de cubrir la nariz y la boca para evitar la filtración de microorganismos que sean expulsados por el usuario. Atkinson, L y Kohn, M (1995), señalan las normas para el uso de la mascarilla, a saber:

- Debe estar cubriendo completamente nariz y boca.
- Se deben manipular solo las cintas para conservar limpia el área facial.
- Las cintas se anudan con fuerza para fijarla.
- Anudar las cintas superiores detrás de la cabeza y las inferiores detrás del cuello.

Además de estas recomendaciones, es importante destacar que la enfermera (o) debe ir eliminando prácticas que constituyen malos hábitos en el desarrollo de la labor asistencial, ya que muchas veces usa una misma mascarilla para realizar

varios procedimientos de tratamientos, lo que implica tocarlos con las manos corriendo el riesgo de adquirir infecciones, y muchas veces se observa que los cubrebocas los llevan colgados en el cuello.

Uso de Guantes.

La enfermera (o) debe usar guantes y cambiarlos cada vez que va a tratar a un usuario, ya que como sostienen Reeder, S, Martn, L y Koniak, D (1.995), los guantes reducen la incidencia de contaminación de las manos, aunque no previenen las lesiones penetrantes por agujas y otros instrumentos filosos. Esto sucede debido a que la piel de las manos no puede esterilizarse de la misma manera que los instrumentos, por tal razón las manos de las enfermeras (os) y médicos son un vehículo para transportar diferentes infecciones.

Debido a que la enfermera (o) está en constante contacto con los enfermos, es efectivamente, son las que tienen un mayor riesgo de contaminarse a través de la piel de las manos durante las labores asistenciales.

Kozier, B (1995), establece los pasos que se deben seguir en el uso de guantes. A esta técnica la denomina abierta o cerrada de acuerdo el caso.

La técnica abierta se realiza a través de la siguiente secuencia de pasos:

- Con la mano izquierda, tome el dobléz del puño del guante derecho.
- Introduzca la mano derecha en el guante y tire dejando el puño colocado sobre la mano.
- Introduzca la mano Izquierda en el guante izquierdo.

Los guantes estériles fueron introducidos por el Dr. William Halsted de manera casual cuando se vio precisado a imponer guantes a una enfermera de su sala de operaciones, porque esta era particularmente susceptible al antiséptico fenólico utilizado en aquel tiempo. Desde entonces se emplean guantes ahora para evitar la contaminación manual de la herida.

Uso de Batas

El Manual de Normas Para la Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias (1998), señala que: Las batas protectoras deben ser usadas obligatoriamente cuando se entra en los servicios de cuidados intensivos, de prematuros y de habitaciones de aislamiento. Lo que indica que las prendas de vestir como la bata deben estar limpias. El mismo manual, establece los tipos de batas que se deben usar, en este sentido, señala que:

- Todas las batas deben ser largas, tener mangas largas y puños elásticos.
- Para entrar en las habitaciones de aislamiento como protector se recomienda el uso de batas estériles.
- En casos de cambios de vendajes a pacientes con quemaduras extensas o con heridas extensas infectadas se recomienda el uso de batas desechables.

Uso del Gorro.

El cabello constituye un foco contaminante, especialmente los predisponente que se encuentran en la cabeza ya que los hay en mayor cantidad. Autores como Akinson (1.995) Dice que: El cabello es fuente principal de staphilucocus debido a la perenne exposición de ellos, ya que están al aire libre. Como barrera protectora se emplea el uso del gorro.

La recomendación que realiza Brunner, L (1998) al respecto, consiste en que El gorro debe cubrir por completo el cabello, y debe evitar que caigan, ganchos, sujetadores, partículas de caspa o polvo en el campo estéril. Esto constituye en una medida de protección al usuario.

1.6 Cuidados de la herida quirúrgica

Manual de Procedimientos de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra, (2011). Se define cura de heridas, como el conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades. Más concretamente y atendiendo al tema que concierne en este caso, La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) define “cuidados del sitio de incisión” como limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Así como la valoración de las heridas y los procedimientos de tratamiento de las mismas se han ido transformando a lo largo de los últimos años, los objetivos del tratamiento se mantienen de manera independiente de las medidas utilizadas para ello. Estos son:

- Favorecer la cicatrización de la herida.
- Prevenir, controlar o eliminar la infección.
- Proteger la herida de daños adicionales.
- Proteger la piel circundante de infecciones y traumatismos.
- Aportar la mayor comodidad posible al paciente.

Kulaylat MN, Dayton MT. (2012) Puede ser necesario limpiar y cambiar el apósito de su herida quirúrgica regularmente. Usted puede aprender a hacerlo por sí mismo o el personal de enfermería puede hacerlo por usted. Si lo hace por sí mismo, usted:

- Retirá el vendaje y los apósitos viejos. Puede ducharse para mojar la herida, lo que permite que el vendaje sea más fácil de retirar.
- Limpiará la herida.
- Colocará un nuevo material limpio de relleno y colocará un vendaje nuevo.

- Para ayudar a algunas heridas quirúrgicas a sanar, pueden colocarle un apósito de cierre asistido por vacío (VAC, por sus siglas en inglés). Esto aumenta el flujo sanguíneo a la herida y ayuda con la recuperación.
- Este es un apósito de presión negativa (vacío)
- Hay una bomba de vacío, una pieza de espuma que encaja en la herida y un tubo de vacío.
- Se fija un vendaje transparente con cinta encima.
- El apósito debe de cambiarse diario
- Puede tardar días, semanas o incluso meses que la herida esté limpia, libre de infección y que finalmente sane.

1.6.1 Medidas generales

En la realización de la cura de heridas quirúrgicas se deben tomar una serie de precauciones, entre las que cabe destacar el importante mantenimiento de la esterilidad, cuya finalidad es evitar al máximo cualquier contaminación de la herida, mientras que donde ya está presente, su fin es evitar que se extienda a otras zonas de la lesión, a otros pacientes o incluso al personal. Para evitar la infección se debe conocer que las principales vías de contagio son la vía aérea, la infección cruzada desde heridas de otro paciente o desde otras heridas en distinta localización del mismo paciente mediante material contaminado.

Además de esta medida, existen otras que en ocasiones por obvias se pasan por alto, como son:

- Tener las heridas expuestas el menor tiempo posible, usar guantes limpios y estériles para cada cura y preparar el campo estéril de forma adecuada, ordenada, no pasar sobre éste los apósitos contaminados y en caso de humedecerse con alguna solución, pasar a considerarlo no estéril.
- El uso de guantes estériles se especifica en procedimientos que requieren técnica estéril.

- La técnica más aséptica para la realización de curaciones es mediante el uso de charolas individuales que contengan el material necesario para cada paciente, algo poco frecuente y que es sustituido por el uso de carros de curaciones, por lo que éstos deben estar siempre limpios, desinfectados y secos, bien organizados y con un perfecto control del material que en él se dispone, en cuanto a empaquetado y sellado del material estéril, tiempo transcurrido desde la apertura de antisépticos, cremas y demás fungibles que puedan llegar a convertirse en un medio de cultivo.

1.6.2 Valoración y seguimiento

Según; Smith S, Duell D, Martin B. (2009). El cuidado de una herida es responsabilidad del personal de enfermería, así como su valoración y la aplicación del tratamiento adecuado. La observación de signos tales como la aparición de hemorragias, exudado, dolor en la zona de la herida, mal olor o irritación de la zona circundante, indicarán los requerimientos específicos para curar cada herida y la forma en que el tratamiento debe ser aplicado, así como la necesidad de derivar esa curación para ser valorada por el profesional de medicina.

1.7 Técnica de la curación quirúrgica

Definición; Conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida cerrada mediante suturas o grapas, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades.

Objetivos;

- Favorecer el proceso de cicatrización.
- Prevenir la infección, disminuyendo el riesgo relacionado con la manipulación de la herida. Detectar precozmente la aparición de complicaciones.

- Estandarizar normas de cuidado en el manejo de este tipo de heridas.
- Promover el bienestar del paciente.

Precauciones;

- Lavarse las manos antes y después de cada curación.
- Usar equipo por paciente.
- Pasar solo una vez la torunda sobre el área.
- Hacer la limpieza de la lesión del centro a la periferia en dirección de la herida.
- Realizar primero las curaciones de herida limpia y después las infectadas.

Equipo: Carro de curaciones contenido.

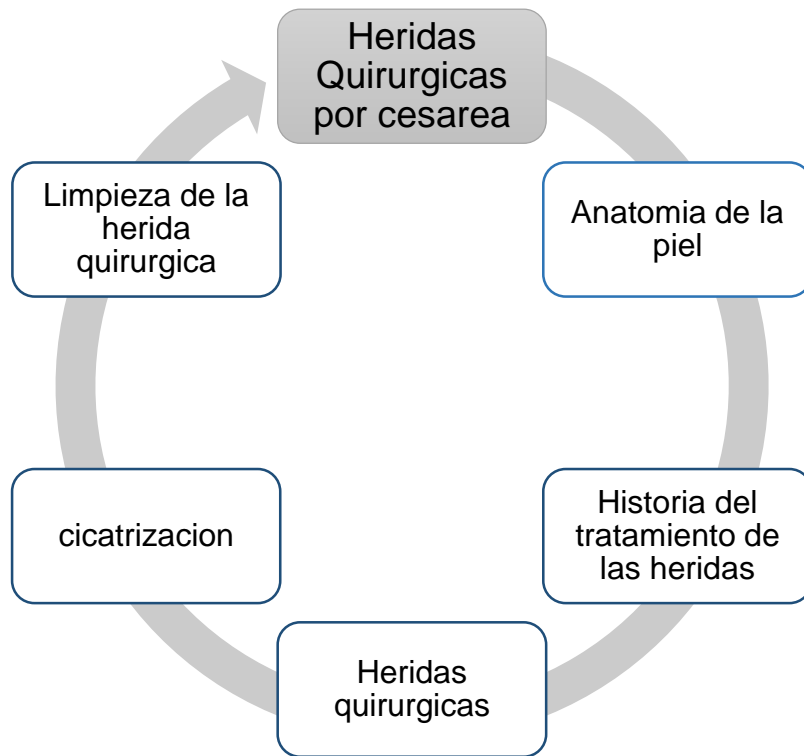
- Riñón o palangana estéril, pinza (para colocar el antiséptico y solución para irrigación).
- Guantes desechables y estériles.
- Apósitos de gasa.
- Solución antiséptica.
- Solución estéril para irrigación.
- Cubrebocas,
- Pinza Forester.
- Equipo de curación
- Bolsa para residuos biológicos (NOM 087-ECOL-1995).
- Apósitos de gasa impregnada de hidrogel a base de Aloe Vera.
- Cinta adhesiva de medida adecuada (esparadrapo antialérgico).

Procedimiento:

- Verificar la orden escrita en el expediente e identificar al paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a practicar.

- Colocar al paciente en la posición cómoda, en la cual quede expuesta la herida. Además de asegurar su privacidad (correr las cortinas o cerrar la puerta del cuarto).
- Proteger la ropa de cama, colocar un plástico y toalla limpios sobre la superficie de la cama a nivel donde se va a efectuar la curación.
- Colocar la bolsa para desechos en forma accesible (a cierta distancia del campo estéril, de manera que no dificulte el desarrollo de la técnica).
- Realizar el lavado de manos en forma exhaustiva, emplear un antiséptico que asegure la desinfección, de amplio espectro antimicrobiano, con acción rápida y prolongada.
- Colocarse el cubrebocas.
- Calcular el material y seleccionarlo (tipo, cantidad y medida de los apósitos). Asimismo, cortar las tiras de cinta adhesiva que se va a requerir (curación realizada por una persona).
- Colocar un campo estéril, disponer del equipo y material estéril que se va a utilizar en la curación de la herida.
- Colocarse los guantes desechables (no estériles).
- Despegar el apósito con una gasa humedecida con antiséptico o solución para irrigación, para facilitar su desprendimiento (traccionar con suavidad).
- Retirar él o los apósitos de la herida con cuidado de no desconectar el drenaje, y depositarlos en la bolsa para desecho (de acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995).
- Examinar la herida: Color, consistencia, presencia de secreciones y características de las mismas, cantidad, olor, etc.
- Quitarse los guantes y desecharlos (de acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995).

Capitulo II Heridas quirúrgicas por cesárea



2. Anatomía de la piel

El sistema tegumentario ayuda a mantener la temperatura corporal constante, protege al organismo y proporciona información sensitiva al medio circundante. De todos los órganos corporales, ninguno puede inspeccionarse con mayor facilidad ni está más expuesto a la infección, la enfermedad, y la lesión que la piel.

Aunque su localización lo hace más vulnerable a la lesión secundaria a traumatismos, luz solar, microorganismos y contaminantes ambientales, las cualidades protectoras de la piel la protegen de esas noxas. Debido a esta exposición, la piel refleja nuestras emociones (ceño fruncido, rubor facial) y algunos aspectos de la fisiología normal (como el sudor). Los cambios del color de la piel también podrían indicar desequilibrios homeostáticos corporales. Por ejemplo el color azulado de la piel asociado con hipoxia (deficiencia de oxígeno a nivel tisular) es uno de los signos de la insuficiencia cardíaca y de otros trastornos. Las erupciones anormales en la piel o los exantemas cutáneos como la varicela, el herpes oral o el sarampión podrían revelar infecciones sistémicas o enfermedades en los órganos internos, mientras que otros trastornos como verrugas, maculas seniles o acné comprometen solo la piel. Tan importante es la piel para la imagen personal que muchas personas gastan mucho tiempo y dinero para recuperar un aspecto más normal o juvenil.

De todos los órganos corporales, ninguno puede inspeccionarse con mayor facilidad ni está más expuesto a la infección, la enfermedad y la lesión que la piel. Aunque su localización lo hace más vulnerable a la lesión secundaria a traumatismos, luz solar, microorganismos y contaminantes ambientales, las cualidades protectoras de la piel protegen de estas noxas. Debido a esta exposición la piel refleja nuestras emociones (ceño fruncido, rubor facial), y algunos aspectos de la fisiología normal (como el sudor). Los cambios del color de la piel también podrían indicar desequilibrios homeostáticos corporales. Por ejemplo el color azulado de la piel asociado con hipoxia (deficiencia de oxígeno a nivel tisular) es uno de los signos

de la insuficiencia cardiaca y de otros trastornos. Las erupciones anormales en la piel o los exantemas cutáneos como la varicela, el herpes oral o el sarampión podrían revelar infecciones sistémicas o enfermedades en los órganos internos, mientras que otros trastornos como verrugas, maculas seniles o acné comprometen solo a la piel.

La piel, parte constituyente del sistema tegumentario, está formada por diferentes tejidos para realizar funciones específicas. Desde el punto de vista estructural, la piel consta de dos partes principales. La superficial y más delgada está compuesta de tejido epitelial y se denomina epidermis. La profunda y más gruesa, de tejido conectivo, es la dermis. Debajo de ésta se encuentra el tejido subcutáneo, aunque no forma parte de ella, también denominado hipodermis, la cual consiste en tejido adiposo en su mayoría. Las fibras que provienen de la dermis fijan la piel al tejido subcutáneo, el cual a su vez se une a los tejidos y los órganos subyacentes

Debajo de la dermis está el tejido subcutáneo, que no forma parte de la piel. Esta capa también se llama hipodermis (hypó = debajo) y está constituida por los tejidos areolar y adiposo. Las fibras que se extienden desde la dermis fijan la piel al tejido subcutáneo, el cual a su vez se adhiere a la fascia subyacente, que está compuesta por tejido conectivo que rodea los músculos y los huesos. El tejido subcutáneo almacena grasa y contiene vasos sanguíneos grandes que irrigan la piel. Esta región (y en ocasiones la dermis) también contiene terminaciones nerviosas denominadas corpúsculos de Pacini (lamelares). (Tortora, Bryan Derrickson. 13ª edición)

2.1 Estructura

Epidermis

Está compuesta por un epitelio pavimentoso estratificado queratinizado. Contiene cuatro tipos principales de células: queratinocitos, melanocitos, células de Langerhans y células de Merkel. Alrededor del 90 % de las células epidérmicas son

queratinocitos (kerat =córneo y kyto = célula), que están distribuidos en cuatro o cinco capas y producen la proteína queratina.

Células de la epidermis:

Además de los queratinocitos contiene melanocitos que producen el pigmento melanina, células de Langerhans que participan en la respuesta inmunitaria y células de Merkel que intervienen en la sensibilidad táctil.

Células de Langerhans:

También denominadas células dendríticas epidérmicas, se originan en la médula ósea y migran a la epidermis donde constituyen una pequeña fracción de las células epidérmicas. Participan en la respuesta inmunitaria contra los microorganismos que invaden la piel y son muy sensibles a la luz UV. Su función es la respuesta inmunitaria consiste en ayudar a otras células del sistema inmunitario a reconocer a microorganismos invasores y destruirlos.

Las células de Merkel:

Son las menos numerosas de la epidermis. Están localizadas en la capa más profunda de la epidermis, donde entran en contacto con prolongaciones aplanadas de las neuronas sensitivas (células nerviosas) denominadas discos (táctiles) de Merkel. Las células y los discos de Merkel perciben las sensaciones táctiles.

La epidermis está formada por varias capas de queratinocitos en distintos estadios del desarrollo. En la mayor parte del organismo la epidermis tiene cuatro capas o estratos: basal, espinoso, granuloso, y un estrato córneo delgado. Esta es la llamada piel delgada.

- Estrato basa.

La capa más profunda de la epidermis es el estrato basal (basal = relativo a la base), compuesto por una sola hilera de queratinocitos cúbicos o cilíndricos, que contienen filamentos intermedios de queratina (tenofilamentos) dispersos; las células madre

se dividen para producir nuevos queratinocitos; los melanocitos y las células de Merkel están dispersos entre los queratinocitos.

- Estrato espinoso

Ocho a diez hileras de queratinocitos multifacetados con haces de filamentos intermedios de queratina; contienen las proyecciones de los melanocitos y las células de Langerhans.

- Estrato granuloso

Tres a cinco hileras de queratinocitos aplanados, con orgánulos que comienzan a degenerar; las células contienen la proteína queratohialina (que convierte a los filamentos intermedios de queratina en queratina), y gránulos lamelares, que liberan una secreción rica en lípidos impermeable al agua.

- Estrato lucido

Solo presente en la piel de los pulpejos de los dedos, las palmas y las plantas; consta de cuatro a seis hileras de queratinocitos muertos, que son planos y transparentes, con grandes cantidades de queratina.

- Estrato corneo

Contiene de veinticinco a treinta hileras de queratinocitos muertos aplanados que contienen sobre todo queratina.

Dermis

La segunda porción de la piel y la más profunda, denominada dermis, está formada sobre todo por tejido conectivo denso irregular con colágeno y fibras elásticas. Esta red entrelazada de fibras posee gran resistencia a la tensión. La dermis también puede estirarse y recuperarse con facilidad. Es mucho más profunda que la epidermis y su espesor varía entre las distintas regiones corporales, alcanzando su máximo espesor en las palmas y plantas. El cuerpo, que se usa para construir cinturones, zapatos, guantes de béisbol, y balones de baloncesto, es la dermis deshidratada y tratada de ciertos animales.

La región papilar representa alrededor de la quinta parte del espesor total de la capa, y consiste en fibras delgadas de colágeno y elastina. Su superficie se incrementa en gran medida debido a la presencia de pequeñas estructuras mamilares llamadas papilas dérmicas que se proyectan hacia la superficie inferior de la dermis. Todas las papilas dérmicas contienen asas capilares (vasos sanguíneos) y algunas también presentan receptores táctiles llamados corpúsculos de Meissner o corpúsculos táctiles, que son terminaciones nerviosas sensibles al tacto. Otras papilas dérmicas contienen terminaciones nerviosas libres, que son dendritas sin ninguna especialización estructural aparente. Las diferentes terminaciones nerviosas libres envían señales que dan origen a sensaciones como el calor, frío, dolor, cosquilleo y prurito. (Tortora, Bryan Derrickson. 13ª edición)

2.1.2 Funciones

- Termorregulación:

Es la regulación homeostática de la temperatura corporal. La piel contribuye a ella mediante dos mecanismos; a través de la liberación de sudor en superficie y de la regulación del flujo sanguíneo de la dermis. En respuesta a altas temperaturas ambientales o al calor producido por ejercicio, aumenta la producción de sudor en las glándulas sudoríparas ecrinas. Su evaporación de la superficie de la piel ayuda a disminuir la temperatura corporal. Asimismo, los vasos sanguíneos de la dermis se dilatan, lo que aumenta el flujo sanguíneo hacia la dermis y, a su vez incrementa la pérdida de calor del organismo. En respuesta a temperaturas ambientales bajas, la producción de sudor en las glándulas sudoríparas ecrinas disminuye, lo que ayuda a conservar el calor.

- Reservorio de sangre:

La dermis alberga una extensa red de vasos sanguíneos que transportan del 8 al 10 % de flujo sanguíneo total de un adulto en reposo. Debido a esta razón, la piel actúa como reservorio de sangre.

- Protección:

La queratina defiende a los tejidos subyacentes de microorganismos, abrasiones, calor, y compuestos químicos y los queratinocitos unidos en forma estrecha resisten la invasión de microorganismos. Los lípidos liberados por los gránulos lamelares inhiben la evaporación de agua desde la superficie de la piel, y, por lo tanto evitan la deshidratación, además de retrasar la entrada de agua a través de la superficie de la piel durante una ducha y mientras el individuo nada. El sebo oleoso de las glándulas sebáceas evita la deshidratación de la piel y el pelo contiene agentes químicos bactericidas. El pH ácido de la perspiración retarda el crecimiento de algunas bacterias. El pigmento melanina ayuda a proteger al organismo de los efectos nocivos de la luz ultravioleta. Dos tipos de células llevan a cabo funciones protectoras de naturaleza inmunológica.

- Sensibilidad cutánea

La sensibilidad cutánea incluye las sensaciones que se originan en la piel como por ejemplo las táctiles, la presión, la vibración, y el cosquilleo, y también las sensaciones térmicas como calor y frío. Otra sensación cutánea, el dolor, suele señalar un daño tisular inminente o actual. Hay una amplia variedad de terminaciones nerviosas y receptores distribuidos en la piel, como los discos táctiles de la epidermis, los corpúsculos del tacto en la dermis y los plexos de la raíz pilosa alrededor de cada folículo piloso.

- Excreción y absorción

En condiciones normales, la piel cumple cierto papel en la excreción, o sea la eliminación de sustancias del organismo, y la absorción, que es el ingreso de sustancias del medio externo a las células. A pesar de la impermeabilidad al del estrato corneo, se evaporan alrededor de 400mL de agua por día a través de ella. Una persona sedentaria pierde 200mL adicionales de agua por día como sudor y una persona que realiza actividad física pierde mucho más líquido.

La excreción de sustancias hidrosolubles a través de la piel es mínima, pero ciertas sustancias liposolubles atraviesan la piel, como las vitaminas A, D, E, K, ciertos fármacos y los gases oxígeno, dióxido de carbono.

- Síntesis de vitamina D

La síntesis de vitamina D requiere la activación de un precursor en la piel por los rayos ultravioleta presentes en la luz solar. Luego, las enzimas hepáticas y renales modifican la molécula activa para producir calcitriol, la forma más activa de la vitamina D. el calcitriol es una hormona que participa en la absorción del calcio en los alimentos del tubo digestivo hacia la sangre. Solo se requiere una exposición a pequeñas cantidades de luz UV (de 10 y 15 minutos por lo menos dos veces por semana) para que el organismo sintetice la vitamina D. La mayoría de las células del sistema inmunitario tiene receptores de vitamina D y las células activan a la vitamina D en presencia de una infección, en especial las de vías respiratorias, como gripe. (Tortora 13ª edición).

2.2 Heridas quirúrgicas

Una herida es una lesión, sea intencional o accidental, que interrumpe la continuidad de los tejidos corporales con o sin pérdida de tejido: las heridas pueden ser quirúrgicas, traumáticas o crónicas.

El término herida se define como una solución de continuidad de un tejido, generalmente la piel, producida por un agente traumático. Como consecuencia de la agresión de este tejido existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes como músculos, nervios y/o vasos sanguíneos. Las heridas pueden ser graves en función de una o varias de estas características: profundidad, extensión, localización, grado de contaminación y presencia de cuerpos extraños. (Lucy Jo Atkinson 1994).

2.2.1 Tipos de cesárea

Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Según indicaciones.

- Urgente: es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
- Cesárea Kerr: Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca

probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

- Cesárea kronig: se realiza en el segmento uterino de forma longitudinal, esta incisión tiene mayor riesgo de todas las complicaciones, se reserva para casos especiales, existe mayor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. (cesárea segura 2002).

2.2.2 incisiones abdominales para cesárea

Incisión abdominal longitudinal media infraumbilical.

Es la más común a nivel institucional por ser la más sencilla y rápida con extracción pronta del feto, sin embargo es la menos estética, dado que tiene mayores probabilidades de dejar cicatriz queloide, este tipo de incisión ofrece menos sangrados y hay menor riesgo de infección , esta incisión debe usarse solo en caso de urgencia.

Incisión abdominal transversa supra púbica. Pfeannenstiel.

Es una incisión semicircular supra púbica que es muy laboriosa para realizarla y por lo tanto tardan más tiempo en extraer al feto, tiene mayor riesgo de infección, de hemorragia, sangrados, hematomas, sin embargo es la más estética y si la realizan muy abajo del pubis ocasionara una pubitis.

Esta incisión también la pueden utilizar en otras cirugías obstétricas como: histerectomías, miomectomias, etc. No es exclusiva de la cesárea. (Cesárea segura 2002).

2.2.3 Manejo de la paciente post cesárea

- Signos vitales por turno
- Ayuno por 6 horas (para evitar el íleo adinámico)
- Vigilar sangrado transvaginal

- Cambio de apósito frecuente
- Sonda Foley a permanencia
- Posición en semifowler
- Vendaje abdominal y de miembros inferiores
- Vigilar características de orina
- Control de líquidos
- Aplicar bolsa de hielo en hipogastrio
- Solución Hartman-glucosa 1000ml para 8 horas.
- Medicamentos: plidan compuesto I.V 1x3
Ceftriaxona 1gr I.V 1x1x2

2.2.4 Factores de riesgo de la infección de la herida quirúrgica

La causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, que es el principal contaminante de la herida operatoria y del sitio quirúrgico, o la flora de las mucosas o vísceras huecas del paciente, según el tipo de cirugía; pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumentos y personal.

El principal factor de riesgo es el grado de contaminación durante el procedimiento que, en gran medida, depende de la duración de la operación y del estado general del paciente, así como de la penetración en el tracto digestivo, urinario o respiratorio. Otros factores comprenden la calidad de la técnica quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, incluso tubos de drenaje, la virulencia de los microorganismos, la infección concomitante en otros sitios, la práctica de afeitar al paciente antes de la operación y la experiencia del equipo quirúrgico.

Por otra parte, se sabe que el riesgo de infección del sitio quirúrgico está directamente relacionado con la cantidad de bacterias contaminantes: a mayor cantidad de bacterias, mayor es el riesgo de infección; también depende de la agresividad del germen y del estado de las defensas del paciente: en un paciente

joven y sano, con sus defensas bien constituidas, el riesgo de infección es menor. Además, existen una serie de factores que pueden participar como coadyuvantes en la génesis de las infecciones del sitio quirúrgico.

Algunos de ellos forman parte o son propios del paciente y otros, por el contrario, tienen más que ver con el entorno que le rodea.

Factores intrínsecos o propios del paciente:

- Edades extremas de la vida
- Patologías y condiciones asociadas:

Diabetes Mellitus: glucemias mal controladas alteran la curación de las heridas ya que interfieren en todas las fases de la respuesta inflamatoria.

Obesidad: disminuye el flujo sanguíneo y aumenta el tamaño de la herida, de modo que la cirugía se hace más dificultosa y aumenta el riesgo de infección.

Tabaquismo: la nicotina entorpece el proceso de cicatrización, lo que favorece el desarrollo de infección del sitio quirúrgico.

Malnutrición: carencias de calorías, proteínas, vitaminas y minerales retrasa o incluso inhibe la cicatrización.

Recepción de productos sanguíneos: el hecho de transfundir previamente sangre total o algunos de sus componentes favorecería las infecciones del sitio quirúrgico, pero esto no se ha comprobado.

- Factores extrínsecos o ambientales: relacionados con la sala en la que se encuentra el paciente, influidos por parámetros como la temperatura o la humedad, como de la propia técnica quirúrgica y los cuidados de la zona operatoria antes, durante y después de la intervención.

La lucha contra la infección pasa necesariamente por abordajes interdisciplinarios en los que el énfasis en la limpieza y desinfección de manos, el mantenimiento de

la esterilidad del instrumental y la correcta realización de técnicas y procedimientos, ayudados a una buena condición de salud por parte del paciente, constituyen las piedras angulares de la prevención. (Atkinson 1994).

2.2.5 Complicaciones de la herida quirúrgica.

La indicación de la cesárea se ha incrementado a niveles injustificados por parte del personal médico, con resultados negativos económicos y en la salud. Las cuatro indicaciones más comunes para las cesáreas son: cesárea anterior, distocia o falta de progresión del trabajo de parto, presentación pélvica y el estado fetal no tranquilizador.

Aunque la llegada de la cesárea tiene ventajas innegables, cuando la indicación es correcta, la cirugía presenta los siguientes riesgos o desventajas: más largo período de recuperación; mayor morbilidad materna, incluyendo un mayor riesgo de un paro cardíaco después de la cirugía; hematoma de incisión; histerectomía; infección puerperal y complicaciones anestésicas, mayor riesgo de problemas respiratorios neonatales (síndrome de la angustia respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido).

La infección puerperal se define como una infección bacteriana del tracto genital de la mujer en el puerperio reciente. Mientras que la infección quirúrgica, como es el caso del absceso de la pared producido después de la cesárea, se define como cualquier proceso infeccioso inflamatorio de la herida o de la cavidad operada para drenar el pus, con o sin cultivo positivo. La infección puede estar limitada a la incisión quirúrgica o involucrar las estructuras adyacentes a la herida, es decir, los otros tejidos que han sido expuestas o manipulados durante la cirugía.

La infección de la pared abdominal pertenece a la lista de las infecciones nosocomiales y ocurre en 3 a 16% de las operaciones cesáreas. La incidencia de infección de la herida quirúrgica después de cesárea es de 3 a 15%.

La Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) se produce dentro de los 30 días después del procedimiento y hasta un año desde la fecha quirúrgica de implantación de prótesis y de acuerdo con el tipo de ISQ, podemos clasificar los siguientes criterios diagnósticos: Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Superficial, Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Profunda; Infección del órgano o cavidad.

Incluso con los avances tecnológicos en los centros quirúrgicos y con un conocimiento más amplio acerca de los factores de riesgo de infección hospitalaria, sin embargo, la tasa de infección sigue aumentando.

Causas.

- Mala técnica quirúrgica
- Demasiado tiempo quirúrgico
- Exceso de manipulación del tejido
- Maltrato del tejido
- Uso de electrocauterio
- Mala asepsia y antisepsia
- Contaminación quirúrgica
- Trabajo de parto prolongado
- Bajo nivel socioeconómico
- Mala nutrición
- Cirugías previas
- Cirugías previas
- Fibrosis
- No usar antibióticos profilácticos
- Material y suturas caducados
- Falta de higiene personal en la herida

La herida operatoria debe ser revisada diariamente y con mucho cuidado, en busca de señales de ceroma, hematoma e infección. En estos casos, se hace la abertura de los puntos y el drenaje de la secreción serosa o purulenta con la observación

cuidadosa en el área de eritema o la aparición de necrosis. Deberían hacerse apósitos diarios, utilizándose antibióticos cuando exista área de celulitis o señales de infección. (Enfermería, Global. vol.12 no.29 Murcia. 2013).

2.3 Cicatrización

La cicatrización es un fenómeno espontáneo que se produce con independencia del cirujano. Aunque los procesos básicos se conocen desde hace muchos años, todavía se desconocen todos los factores que inician y controlan el proceso. El modelo de cicatrización de la herida puede verse afectado por la manipulación endocrinológica o farmacológica del ambiente de la herida.

Algunas heridas cicatrizan por completo sin intervención quirúrgica. Entre estas se encuentran las lesiones pequeñas y algunas heridas de mayor tamaño producidas, por ejemplo, por el drenaje de un absceso o por la extirpación de una fístula pilonidal. Incluso si, como ocurre con frecuencia, estas heridas presentan una importante contaminación por bacterias que desaconseja el cierre primario, suelen cerrarse de manera sorprendente rápida. No obstante, en las heridas abiertas es muy importante su tratamiento local. (Jiménez 2008).

Como lo menciona Vázquez (1995) La cicatrización de las heridas en los sujetos normales consiste en una sucesión ordenada (proceso dinámico y cambiante) de acontecimientos celulares, humorales y bioquímicos, que comienzan con una reacción inflamatoria de carácter agudo y culminan con la síntesis y formación de fibras colágenas, producidas por unas células especializadas, los fibroblastos, que colonizan la propia herida y hasta sus alrededores.

El objetivo básico del proceso reparador cicatrización es reintegrar un tejido lesionado a su normalidad funcional. Cuando la lesión cursa con una solución de continuidad, como acontece en las heridas, debe obtenerse también su

reconstrucción anatómica, sin la que no es posible el ejercicio de una función normal.

El proceso de cicatrización o reparación hística adquiere así una nueva dimensión, pues de su exacto conocimiento podrán partir métodos científicos dirigidos a controlar la producción del tejido cicatrización.

Es evidente que la cirugía es posible porque las heridas cicatrizan; las peculiaridades de este proceso han sido tema de investigación permanente. El cuidado de las heridas y los métodos para obtener los mejores resultados han sido preocupaciones médicas en toda la historia de la humanidad. La sutura de las heridas, ciertos apósitos y algunas colas adhesivas se desarrollaron en la civilización del antiguo Egipto. La medicina hipocrática reconocía las diferencias que existían entre la cicatrización por primera intención y por segunda intención.

2.3.1 Tipos de cicatrización

A pesar de que los componentes elementales del proceso cicatrización son siempre los mismos, sus proporciones y magnitudes varían según se consideren distintos tipos de heridas. Se muestra la evolución clínica del proceso de reparación.

Vázquez (1995) El desarrollo de un tejido de granulación sumado a la regeneración epitelial y a la contracción de la herida, son, realmente, los procesos responsables de la correcta restauración de la lesión. Cuando en una herida reciente se han aproximado sus bordes lo más exactamente posible mediante suturas, como en la herida quirúrgica, la cicatrización subsiguiente se ha convenido llamarla cicatrización por primera intención; Para las heridas agudas podemos enunciar tres maneras de cicatrización, según la contaminación y el momento de la consulta:

- Cicatrización primaria o por primera intención.

Es la ideal para cualquier cirujano. Los tejidos cicatrizan por unión primaria, cumpliendo así las siguientes características: mínimo edema, sin secreción local,

en un tiempo breve, sin separación de los bordes de la herida y con mínima formación de cicatriz.

- Cicatrización secundaria o por segunda intención.

Cuando la herida no se afronta por falta de una atención oportuna o por indicación médica (heridas muy sucias), se lleva a cabo un proceso de cicatrización más prolongado y más complicado. La herida cicatriza desde las capas profundas y desde sus bordes. El proceso de cicatrización es lento y generalmente deja una cicatriz poco estética.

- Cicatrización terciaria o por tercera intención (cierre primario diferido).

Este es un método seguro de reparación en heridas muy contaminadas o en tejidos muy traumatizados. El cirujano realiza un aseo prolijo de la lesión y difiere el cierre para un período que va desde el tercer al séptimo día de producida la herida, de acuerdo a la evolución local, asegurando así un cierre sin complicaciones. (Vázquez 1995).

2.3.2 Cicatrización patológica

- Cicatriz hipertrófica:

Es una lesión fibrosa, eritematosa, levantada y pruriginosa que se forma dentro de los bordes iniciales de una herida, habitualmente en un área de tensión. Suelen tener un patrón de regresión espontánea, aunque sea parcial y tiene poca tendencia a la recidiva post extirpación quirúrgica.

- Cicatriz queloide:

Es una lesión con aspecto tumoral, color rojo-rosado o púrpura y a veces hiperpigmentada. Los contornos están bien demarcados, pero son irregulares, sobrepasando los márgenes iniciales de la herida. El epitelio sobre la lesión es delgado y puede presentar áreas focales de ulceración. Puede presentar prurito y

dolor. Raramente desaparece en forma espontánea y la recidiva es muy frecuente post extirpación quirúrgica.

- Retracción patológica:

La contracción de la herida es un proceso normal mediante el cual la lesión disminuye de tamaño, pero en esta situación causa “contractura” en piel de articulaciones flexoras, en el cuello, las manos, especialmente secundario a quemaduras.

- Cicatrización insuficiente:

La cicatrización puede ser mínima o inestable e incluso ausente, constituyendo una herida crónica.

- Ceroma:

Es una acumulación de líquido seroso en una herida quirúrgica, sobre todo cuando se seccionan vasos linfáticos, como en la mastectomía y en intervenciones de las axilas y la ingle.

- Hematoma:

Es el acúmulo hemorrágico en la herida, con frecuencia por hemostasia inadecuada, en especial con pacientes portadores de anomalías de la coagulación.

- Dehiscencia de la herida:

Implica la rotura del cierre fascial de una herida quirúrgica, anunciándose por lo general por un drenaje seroso o serosanguinolento local, precedido a menudo por una sensación de chasquido o rotura que experimenta el paciente.

- Evisceración:

Se produce cuando la dehiscencia con apertura de la piel permite la salida del contenido abdominal.

- Herniación de la herida:

Constituye un fallo de la cicatrización normal, que con frecuencia hay que reintervenir quirúrgicamente. (Carrico 1984).

2.3.3 Fases de cicatrización de la herida quirúrgica

La cicatrización puede dividirse en tres fases bien delimitadas.

- Inflamación (preparación).

En esta fase tienen lugar las reacciones celulares iniciales a la lesión. Como su nombre implica, se trata de respuestas que preparan el foco de la lesión para la reparación y son similares a las respuestas de los tejidos a la inflamación aguda por cualquier causa.

Comienza inmediatamente después de una lesión y dura 2-5 días. Después de sufrir un daño, los vasos sanguíneos de pequeño calibre se dilatan, volviéndose más permeables y se trasvasa líquido seroso hacia el tejido dañado como consecuencia de la liberación de histamina y prostaglandinas.

- Reparación.

Consiste en la recuperación de la integridad estructural. Esto no suele significar la regeneración de las células funcionales, sino que consiste en el depósito de colágeno y en la migración de células al epitelio para cerrar un defecto.

Comienza entre 2 y 3 días después de la lesión y finaliza 14-24 días después. A lo largo de la fase de granulación, las células epiteliales proliferan con rapidez para generar una cubierta protectora para la herida. El tejido de granulación se forma por reconstrucción de la red capilar vascular y el tejido conjuntivo. El tejido cicatrizal de la herida es muy frágil y vulnerable a nuevas lesiones. Después de 6 semanas, la cicatriz tan sólo presenta el 10% de la fuerza de tensión de la piel normal.

- Consolidación.

Cuando el tejido se mantiene unido por el colágeno, esta sustancia presenta cambios como la reorientación y la contracción para acabar formando una cicatriz madura y relativamente inactiva.

Estas fases no son independientes, sino que se solapan a la perfección.

Inflamación; las lesiones de los tejidos y células provocan.

- Hemorragia seguida de coagulación y, a continuación, lisis del coagulo.
- Liberación de citosinas inflamatorias con edema celular, aumento de la permeabilidad capilar, edema intercelular y migración de los leucocitos a la zona lesionada.
- Fagocitosis por los macrófagos de las células muertas y otros residuos.

La maduración es de tres días, aproximadamente. Cualquier factor que interfiera con la progresión de esta cascada puede interrumpir o retrasar la cicatrización.

Reparación; a partir de los tres días se producen los siguientes fenómenos.

- Se forman nuevas asas capilares en la zona lesionada para garantizar el suministro de sangre para los sucesos siguientes.
- Aparición de nuevas células (fibroblastos) capaces de producir fibras de colágeno, cuyo origen es incierto pero pueden proceder del manguito pericapilar o de los macrófagos circulantes.
- Depósito de colágeno extracelular; al principio de la forma provisional y aparentemente desordenada pero gradualmente de forma orientada a lo largo de líneas de tensión presentes en la herida.
- La masa de capilares, fibroblastos y colágeno (denominada en conjunto tejido de granulación por su apariencia visual en una herida abierta) comienza a contraerse, probablemente por la acción de miofibroblastos especializados.

Consolidación; Al finalizar el depósito de colágeno, la vascularización de la herida disminuye de forma gradual y la cicatriz palidece. Aunque el recambio de colágeno

no se detiene nunca por completo, la herida se vuelve relativamente inactiva. La cantidad de colágeno que se forma finalmente, la cicatriz definitiva, depende del volumen inicial de granulación. En una herida abierta con un hueco epitelial, esta puede ser grande y, aunque el tamaño disminuye por la contracción, la cicatriz puede ser considerable o empeorar por la lentitud con que la herida se cubre por la penetración epitelial. Por lo contrario, una actividad celular epitelial demasiado intensa no resulta conveniente para un buen resultado estético. (Elles B. 1995)

2.3.4 Factores para una buena cicatrización

Junto al cuidado adecuado de la herida quirúrgica y una buena salud física, existen determinados factores que pueden favorecer o ralentizar la cicatrización de la herida. Algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta son los siguientes;

- Nutrición:

Las concentraciones séricas bajas de albúmina ralentizan la difusión de oxígeno y reducen la capacidad de destrucción bacteriana de los neutrófilos. La presencia de concentraciones bajas de oxígeno en los capilares afecta negativamente a la proliferación de tejido sano de granulación. La carencia de zinc puede ralentizar la velocidad de epitelización y dar lugar a un descenso de la fuerza de tensión de la herida y del colágeno. Los pacientes han de contar con niveles adecuados de vitaminas A y C, así como de hierro y cobre, para que la síntesis de colágeno sea eficaz. La cicatrización de las heridas requiere unas cantidades de proteína e hidratos de carbono que duplican a las habituales en un sujeto de edad avanzada. Se debe aumentar la ingesta de vitamina C, hierro y zinc para que la cicatriz presente una fuerza de tensión adecuada. En heridas que requieren de un período de convalecencia más prolongado estaría aconsejado aumentar la ingesta calórica a 30- 35 kcal/kg/día.

- Salud física general:

Las infecciones suponen el principal obstáculo para la cicatrización de las heridas. Las heridas infectadas presentan tejido friable, sangran con facilidad y la cicatrización está diferida. La cicatrización no procede del modo habitual cuando la glucemia se mantiene de manera constante por encima de 200 mg/dL o la concentración de hemoglobina es inferior a 10 g/dL. Cualquier trastorno que reduzca la forma de leucocitos funcionales, en especial de macrófagos, afecta negativamente al proceso de cicatrización. Entre estas afecciones figuran la diabetes mellitus, la anemia, la uremia, el cáncer, la aterosclerosis, la infección y la desnutrición. Los pacientes ancianos, los fumadores o los obesos, al igual que los sometidos a radioterapia, son también susceptibles de una cicatrización diferida.

- Tratamientos farmacológicos:

Cualquier medicamento que reduzca la respuesta inflamatoria, como los esteroides y los fármacos no esteroides empleados frente a la artritis o diversas afecciones respiratorias, alteran la reparación de la herida. Los compuestos antiinflamatorios reducen la epitelización y la contracción de la herida, además de poder influir en la proliferación de los fibroblastos y la síntesis de colágeno. Los esteroides reducen la fuerza de tensión de una herida cerrada y originan la deposición inadecuada de colágeno. La administración de vitamina A puede invertir los procesos derivados de la utilización de esteroides. (Jiménez 2008)

2.4 Limpieza de la herida quirúrgica

Como lo menciona García (2010) Se entiende por limpieza de la herida quirúrgica el uso de fluidos o soluciones no tóxicas para el tejido con el objetivo de eliminar detritus, exudado, desechos metabólicos y tejido necrótico poco adherido de la superficie de la misma. Todos estos elementos son un caldo de cultivo potencial

para el desarrollo de los microorganismos por lo que se recomienda limpiar la herida al principio del tratamiento y en cada curación.

El proceso de limpieza implica seleccionar una solución limpiadora y unos medios mecánicos para aportar dicha solución a la herida que se trata. No obstante, los beneficios de conseguir una herida limpia deben sopesarse frente al potencial traumatismo del lecho de ésta como consecuencia de dicha limpieza.

La solución salina estéril o suero fisiológico (0,9%) es la solución para la limpieza de heridas preferida debido a que es una solución isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización normal, no daña los tejidos, no causa sensibilidad o alergias y no altera la flora de la piel, lo que podría permitir el crecimiento de microorganismos más virulentos. También podría ser utilizada agua corriente potable por ser eficaz y efectiva en función de los costos, a la vez que accesible. (García 2010).

2.4.1 Utilización de antisépticos.

La Guía Práctica de la Utilización de Antisépticos en el Cuidado de las Heridas quirúrgicas, (2002), pretende ser una revisión sobre el estado de conocimiento acerca de la utilización de antisépticos en heridas y sistematizarlos con el objetivo de que los profesionales que día a día las tratan o dispensan antisépticos tengan la información suficiente para tomar decisiones al respecto.

Un antiséptico es un producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tienen actividad selectiva ya que eliminan todo tipo de gérmenes. En el mercado existen diferentes tipos de productos antisépticos con propiedades y mecanismos de acción muy diferenciados, por lo que no todos tienen la misma efectividad.

Para ser considerados eficaces y efectivos, los antisépticos deben cumplir una serie de características o condiciones.

Se considera que un antiséptico es eficaz cuando tras su aplicación se observa (según las normas AFNOR de estandarización y normalización francesas):

- Disminución del número de microorganismos (menos de 100.000 colonias).
- En 5 minutos.
- En al menos cuatro tipos de cepas bacterianas de referencia.

La actividad de determinados antisépticos se puede inhibir en presencia de ciertas materias orgánicas (sangre, restos de tejidos).

Las soluciones antisépticas pueden ser contaminadas por microorganismos que se transmiten por el aire, por las manos e instrumental y por el material de curas.

En el caso de los pacientes post-operados con heridas cerradas y con riesgo de infección, se aconseja su utilización en cada cura de forma continuada para evitar infecciones nosocomiales, aunque no haya signos clínicos evidentes de infección, hasta el momento del alta. Esta medida incluye el lavado de la herida quirúrgica con solución fisiológica y la aplicación de un antiséptico local cada vez que se cambie el apósito. Cuando se trate de pacientes de atención primaria con heridas abiertas se aconseja la utilización de antisépticos las primeras 24 - 48 horas, hasta la aparición de tejido de granulación. (La Guía Práctica de la Utilización de Antisépticos en el Cuidado de las Heridas quirúrgicas, 2002).

2.4.2 Asepsia

Concepto: son los métodos por los cuales se suprimen o inhiben los microorganismos. (Asepsia del griego a = sin y sepsis = putrefacción)

Clasificación:

- Asepsia medica; son todos los procedimientos que permiten reducir al máximo la transmisión de microorganismos patógenos.
- Asepsia quirúrgica; son los métodos que nos permiten la supresión total de microorganismos patógenos.

La práctica de la asepsia es importante para la enfermera, porque de lo contrario trae consigo los problemas que a continuación se mencionan:

En el paciente.

- Se prolonga más su estancia en el hospital.
- Puede tener muy serias consecuencias por infecciones ocasionadas.
- Su estado psicológico estará deprimido.
- Su familia y el estará inseguros.
- El paciente no va a aceptar muy fácilmente su tratamiento.

La enfermera.

- No estará aplicando sus principios (proteger al paciente de causas externas)
- No está protegiendo al paciente, ni ella misma ni a los demás, ya ella sirve como un medio de transmisión.
- No se siente satisfecha de ella misma.

La asepsia medica nos da a entender que existen muchas prácticas que ayudan a dominar la diseminación de agentes patógenos, su aplicación principal es que el personal de enfermería esté consciente de que observando estas prácticas se protegen ellos y al mismo tiempo el demás personal y al paciente.

Existen prácticas de asepsia médica de tipo individual y colectivo.

En el primero, está el lavado de manos como ya se mencionaba anteriormente, de las personas que tratan a los pacientes y principalmente cuando van a manejar alimentos, comer, aplicación de medicamentos y preparación de los mismos entre otras actividades. (Manual de fundamentos de Enfermería 1997).

2.5.3 Antisepsia

Concepto: Destrucción y prevención de gérmenes para evitar la infección, inhibiendo el crecimiento y la reproducción de los microorganismos. Es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo de antisépticos.

Antisépticos: Agente germicida usado sobre la piel y tejido vivo para inhibir o eliminar los microorganismos.

- Povidona yodada (7,5% - 8%)

Compuesto de yodo soluble en agua que permite una liberación gradual. Efecto residual de 4 horas y se inactiva en presencia de materia orgánica.

- Clorhexidina (2% - 4%)

Reduce la flora microbiana a los 15. Efecto residual de 6 horas, no se inactiva en presencia de materia orgánica. Tóxico para oídos y ojos.

- Alcohol (70%)

Compuesto de efecto rápido y casi sin efectos adversos.

Características de un Buen Antiséptico.

- Gran poder germicida.
- Amplio espectro antimicrobiano.
- Acción rápida.
- Efecto acumulativo.
- Baja inactivación en presencia de materia orgánica.
- Largo efecto residual. Baja toxicidad.
- Costo razonable.

Desinfección; proceso físico o químico que permite destruir microorganismos, no esporas de un objeto inanimado.

Desinfección de Alto nivel:

- Empleo de un procedimiento químico con el que se consigue destruir todos los microorganismos, excepto algunas esporas bacterianas.
- Este procedimiento se deja exclusivamente para aquel material semicrítico termosensible que no puede ser esterilizado en los métodos tradicionales, como los endoscopios.

Los más utilizados son:

- Yodóforos
- Formaldehído.
- Glutaraldehído

Desinfección Nivel Intermedio:

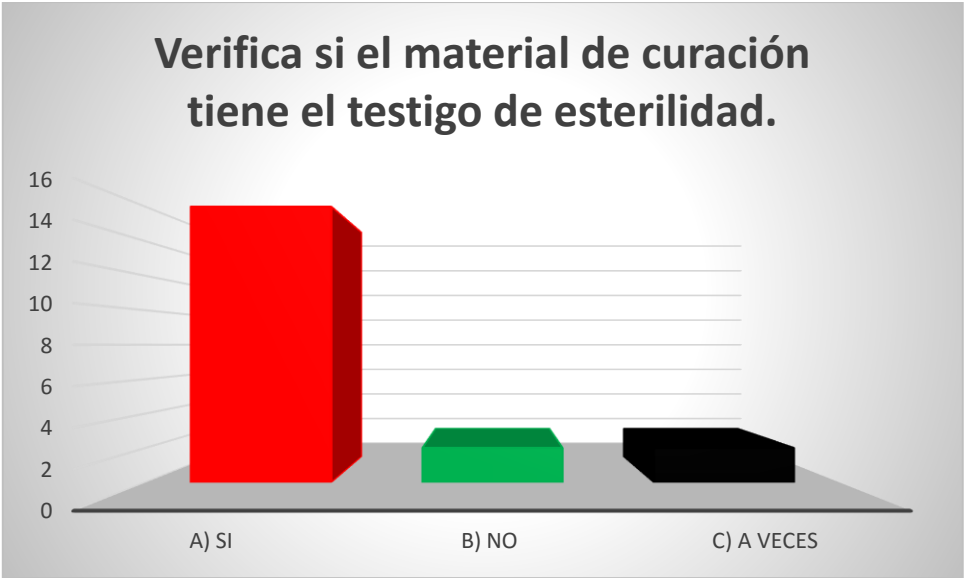
- Empleo de un procedimiento químico con el que se consigue inactivar todas las formas bacterianas vegetativas, el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, así como la mayoría de los virus y hongos, pero que no asegura necesariamente la destrucción de esporas bacterianas.

Desinfección de Bajo Nivel:

- Empleo de un procedimiento químico con el que se pueden destruir la mayor parte de las formas vegetativas bacterianas, algunos virus y hongos, pero no el *Mycobacterium tuberculosis* ni las esporas bacterianas.

Esterilización: Proceso físico o químico que permite destruir microorganismos, incluidas las esporas y micro-bacterias. Ofrece el máximo nivel de seguridad. (Manual de fundamentos de Enfermería 1997).

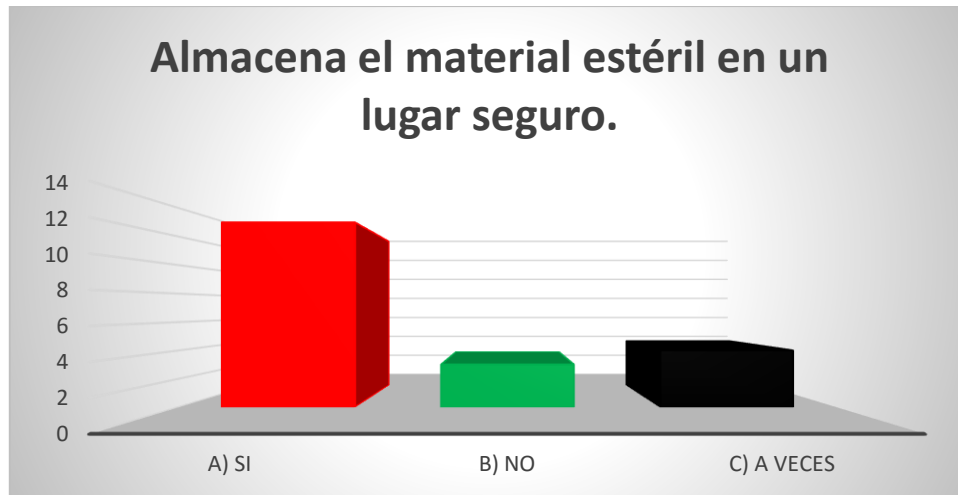
CAPITULO III. INSTRUMENTACION ESTADÍSTICA



En la verificación del testigo del equipo de curación estéril se puede observar que el 80% de las enfermeras si comprueban la integridad del paquete, un 10% a veces y 10% no lo revisan nunca.



En cuanto a la verificación de la fecha de esterilidad el 80% de las enfermeras si lo revisan mientras que el 10% no lo hacen y 10% menciona que lo revisan a veces.

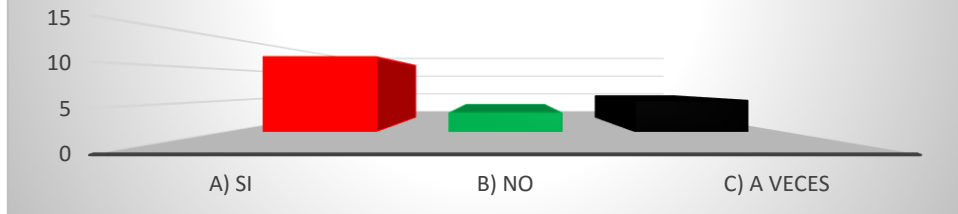


En referencia al almacenamiento en la gráfica se puede observar que el 65% de las enfermeras siempre lo resguardan en un lugar seguro, un 15% no lo resguardan en un lugar seguro y un 20% a veces.

El procedimiento de esterilización está dispuesto especialmente para barrer cualquier infección que pueda estar presente en el material quirúrgico, por ello siempre se recomienda que sea un aspecto fundamental en la atención a pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica.

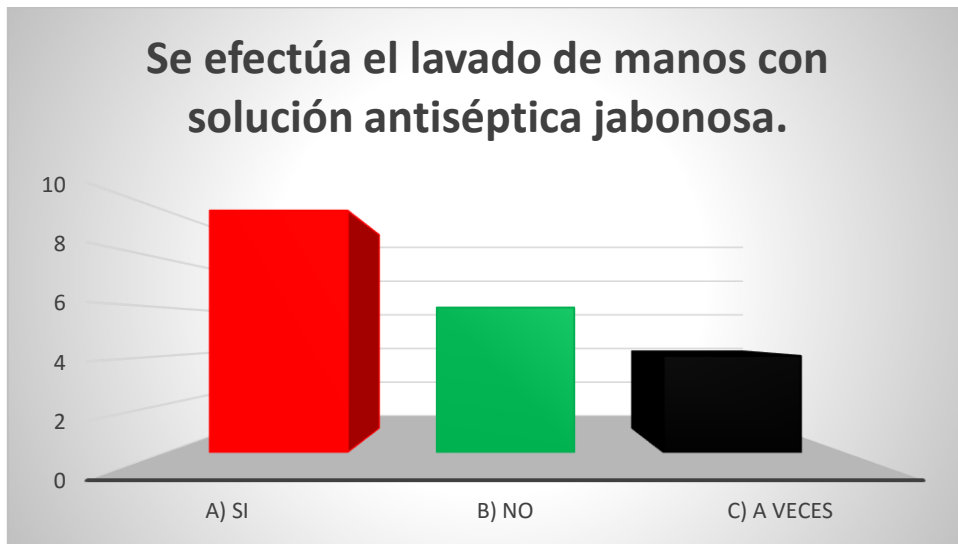
En efecto, en la observación realizada a las enfermeras se evidencio que los aspectos relacionados con la esterilización y el cuidado específico del material quirúrgico se conservan con criterio aceptable para evitar el surgimiento de infecciones hospitalarias. El material quirúrgico es de vital importancia en los cuidados de curaciones, por ello debe de estar en las mejores condiciones, para aplicar las técnicas de asepsia en las pacientes post operadas de cesárea.

Efectúa usted un adecuado lavado de manos antes de realizar una curación a las pacientes de puerperio quirúrgico.

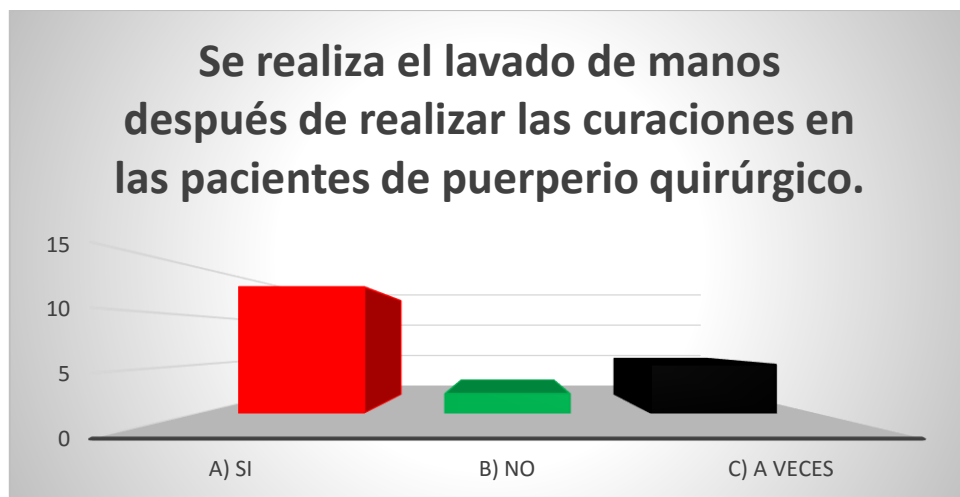


Los resultados observados sobre el procedimiento de lavado de manos, indican que el 60% de las enfermeras se efectúan el lavado de manos antes de realizar una curación de herida quirúrgica por cesárea, 15% no se realiza el lavado de manos y un 25% a veces.

Se efectúa el lavado de manos con solución antiséptica jabonosa.



Un 50% de enfermeras si se realizan el lavado de manos con solución jabonosa, 30% no se realizan el lavado de manos con jabón solo utilizan agua y 20% a veces.



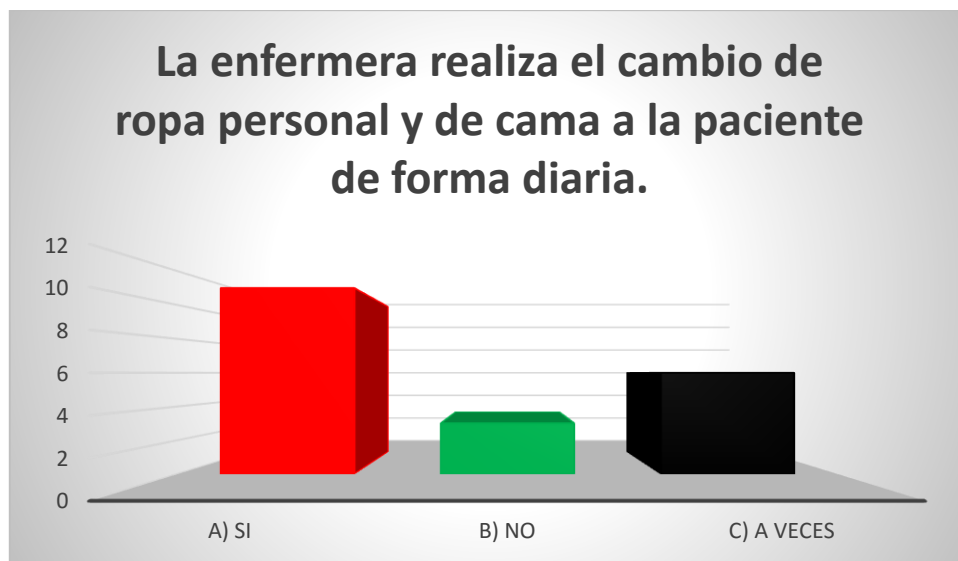
En cuanto al lavado de manos después de realizar los procedimientos de curación, la observación reveló que 65% de las enfermeras siempre se lavan las manos después del procedimiento, 10% no lo hacen y 25% a veces.

Normalmente, la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia se aplican cuando se le brinda atención asistencial a pacientes, especialmente, el lavado de manos está dentro de las precauciones universales, en cuanto sirven de barreras protectoras para prevenir el traslado de infecciones de una paciente a otra, además disminuye la posibilidad de que los gérmenes, bacterias o virus que portan los pacientes afecten la salud de la enfermera.

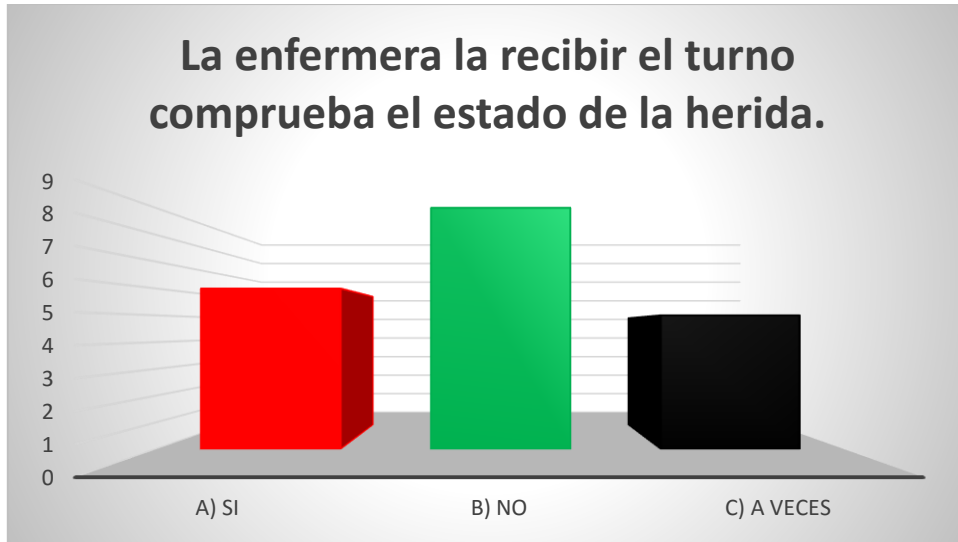
Es importante destacar que la enfermera cuando realiza una curación, debe efectuarse un lavado de manos antes y después de que lo realiza, dado que sirve a la vez en protección de la paciente y de la enfermera también pues evita que se deteriore su estado de salud.



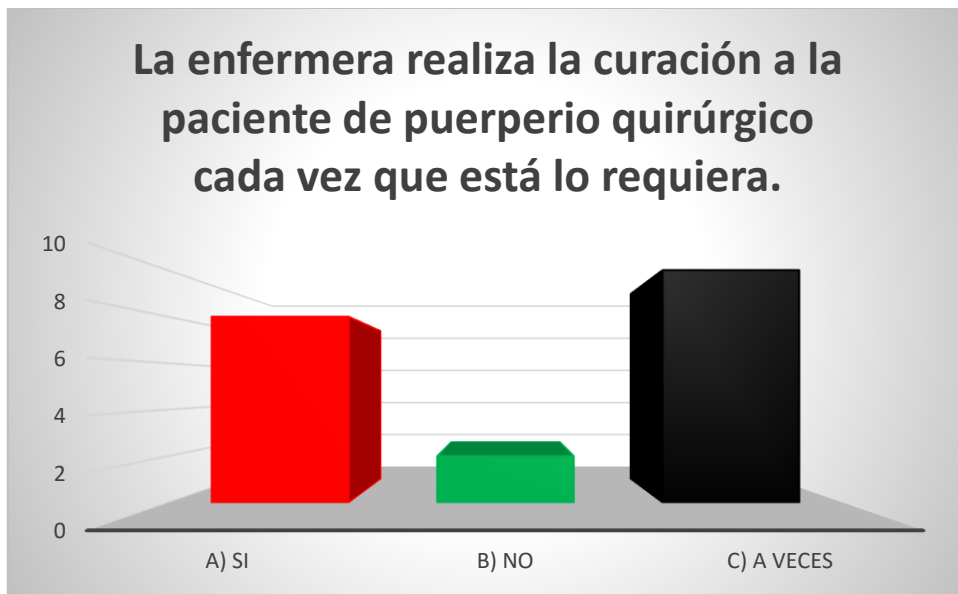
Los resultados obtenidos de la observación, evidencian que sobre los indicadores de información básica de higiene personal, el 75% enfermería siempre le indica a la paciente post operada de cesárea que debe practicarse el baño diario y 25% a veces le da la indicación.



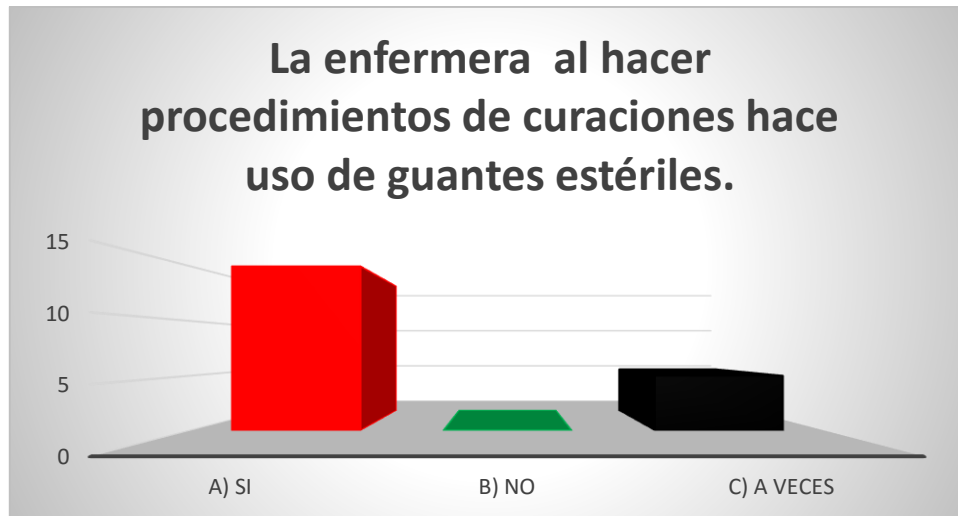
En cuanto al cambio de unidad 55% si le cambian la ropa de la cama y del paciente de forma diaria, 15% no la cambia diario y 30% de las enfermeras respondieron que a veces.



La enfermera al recibir el turno comprueba el estado de la herida, se pudo observar que 30% si lo revisa siempre al entrar el turno, 45% no revisa la herida al recibir el turno y 25% a veces lo hace.



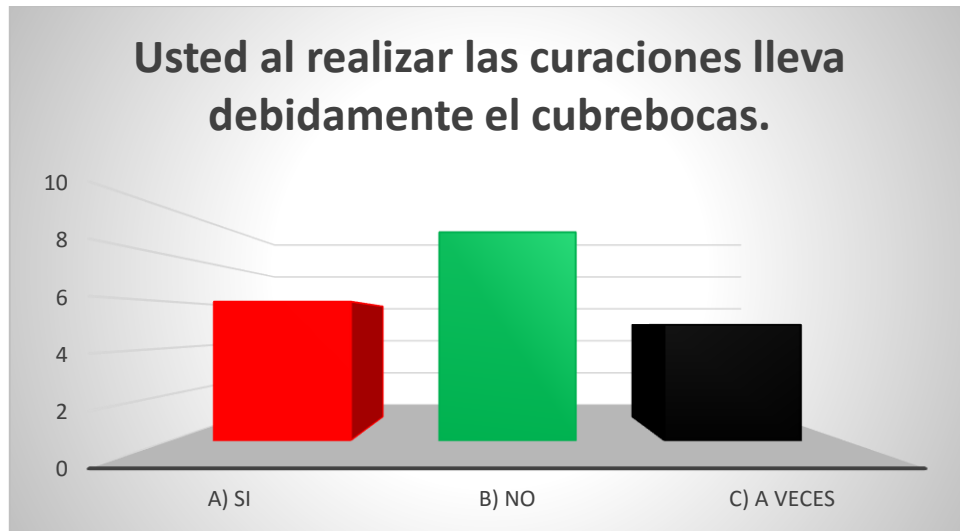
Con respecto a realizar la curación las veces que la paciente lo requiera 40% respondieron que si lo hacen, 10% de las estudiantes respondieron que no lo hacen y una frecuencia de 50% mencionó que lo hacen a veces.



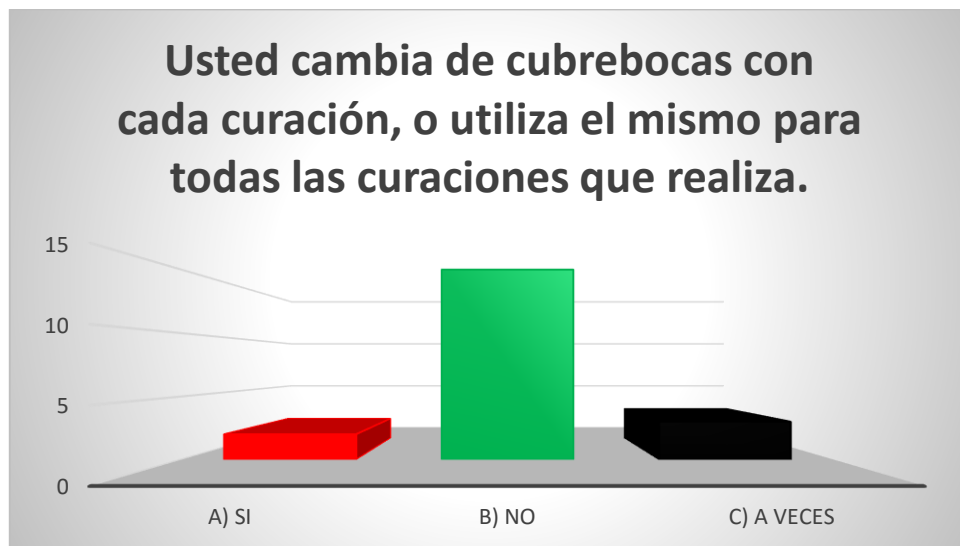
Con el uso de los guantes durante la realización del procedimiento 75% de las enfermeras si los utilizan para realizar el procedimiento de curación de heridas quirúrgicas, y 25% refiere que a veces los utiliza.

Los resultados permiten inferir que en la función asistencial de enfermería que se basa en aspectos puntuales de higiene, poco le da importancia, en vista que supone que son normas que ya la paciente debe poseer. También se registra una deficiencia en los cuidados específicos de la atención en cuanto a los procedimientos de curación dentro de las veces que sea conveniente, puesto que en el hospital de nuestra señora de la salud las curación solo se realizan un vez al día, en los turnos subsecuentes solo se cambia el apósito sin la aplicación de soluciones antisépticas.

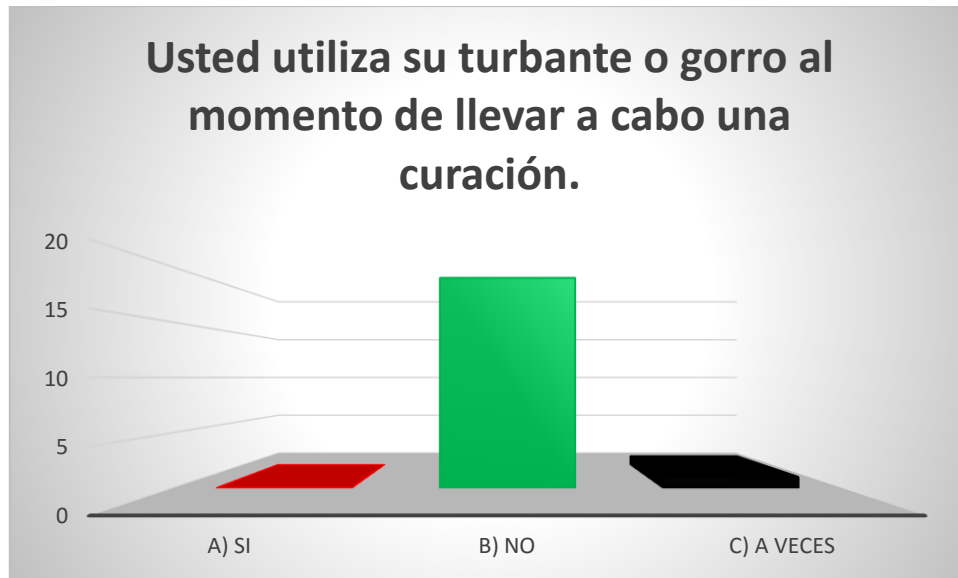
El proceso de intervención de enfermería, indica que cada vez que la enfermera llegue a la unida, debe hacer una evaluación del estado de las pacientes, con el propósito de evidenciar sus necesidades de atención, pues con ello se promoció el bienestar a la paciente en la medida que evita la presencia de infecciones y la cadena de complicaciones.



Se puede observar que 30% de las enfermeras si lleva debidamente el cubrebocas, 45% no lo utiliza de una manera adecuada y 25% respondió que a veces.

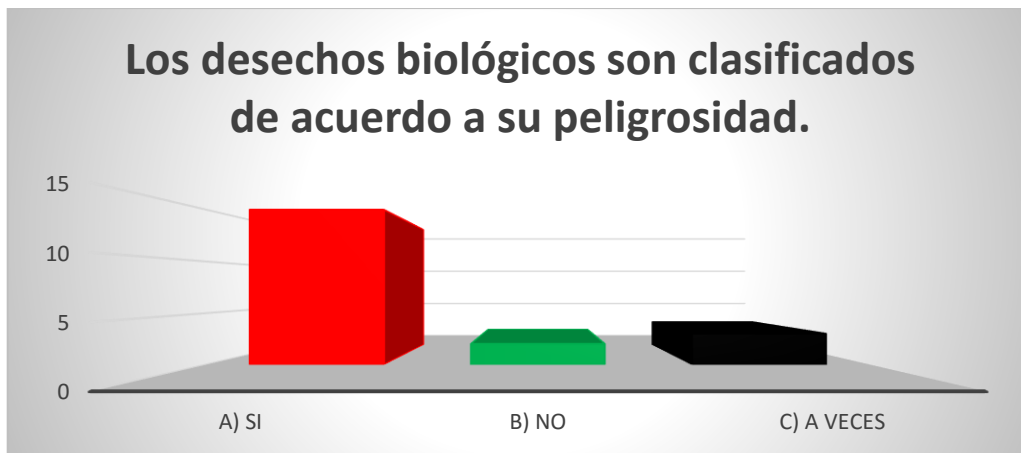


En cuanto al cambio de cubrebocas para realizar las curaciones 10% si se cambia el cubrebocas al realizar las curaciones de las pacientes, 75% responde que no se cambia el cubrebocas con cada paciente y 15% refiere que a veces se lo cambia.

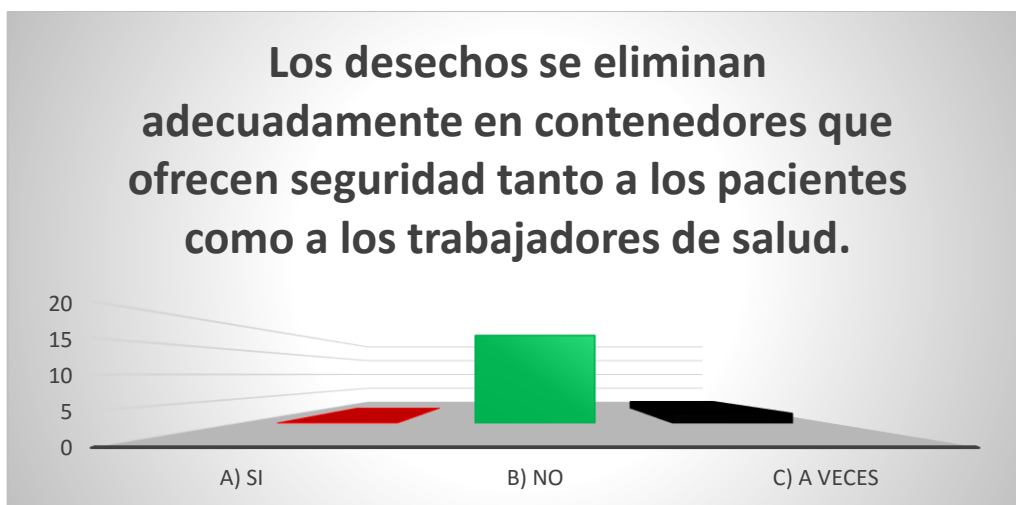


Con referencia al uso de turbante o gorro 95% de las enfermeras no utiliza este barrera para realizar el procedimiento de curación de herida quirúrgica, 5% refiere que a veces lo utiliza, aquí se puede observar que nadie menciona que utiliza el gorro de manera diaria y constante.

El uso de guantes, cubrebocas y gorro o turbante, hace posible que se disminuya la incidencia de que se infecte la herida, de igual forma con estos métodos de barrera se protege al personal de salud que en este caso son las enfermeras quienes llevan a cabo las curaciones en las pacientes post operada, por otra parte garantiza una atención dentro de los parámetros de calidad que exigen las normas de asepsia y antisepsia.



Se puede observar que 75% de las enfermeras si clasifican los desechos biológicos de acuerdo a su peligrosidad, mientras el, 15% a veces lo hacen y 10% no los clasifican.

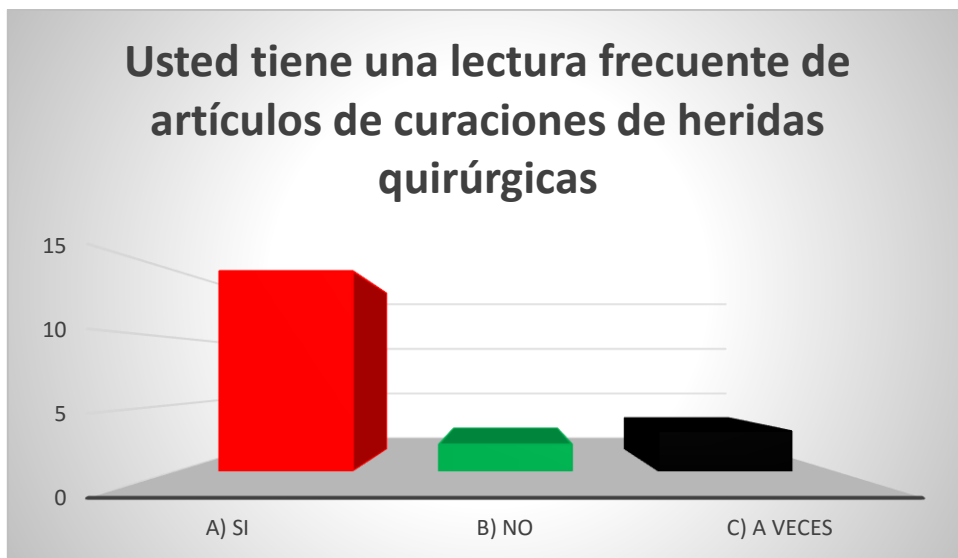


Se puede observar que en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud los desechos no se eliminan adecuadamente puesto que 90% de las enfermeras respondieron que no se eliminan adecuadamente en los contenedores específicos para ofrecer seguridad a los pacientes y a los trabajadores, 10% de las estudiantes respondieron que solo a veces los eliminan adecuadamente.

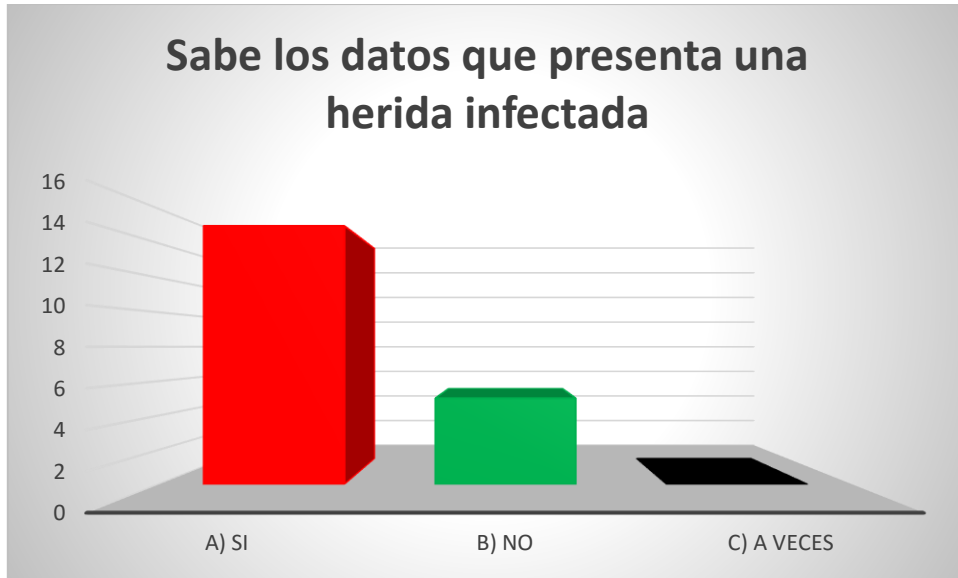
En materia de control de desechos en lo que refiere a su clasificación y eliminación la observación pudo determinar que no se realiza de acuerdo a las normas de seguridad hospitalaria.



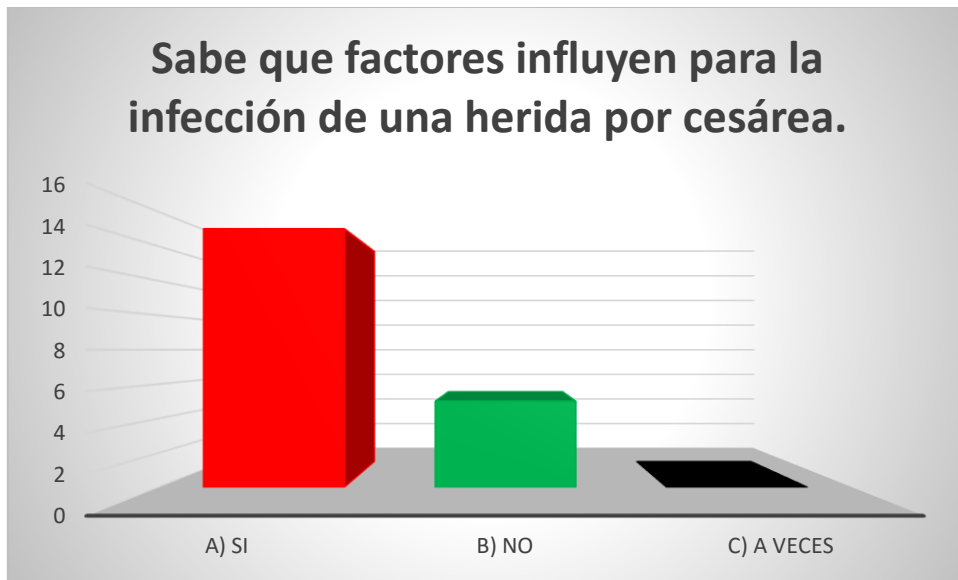
El 100% de las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sabe que es una herida quirúrgica.



En cuanto si las enfermeras tienen una lectura frecuente sobre artículos de curación de heridas quirúrgicas 75% respondieron que si lo hacen, 10% dijo que no tiene una lectura frecuente y 15% contestó que a veces lo hace.

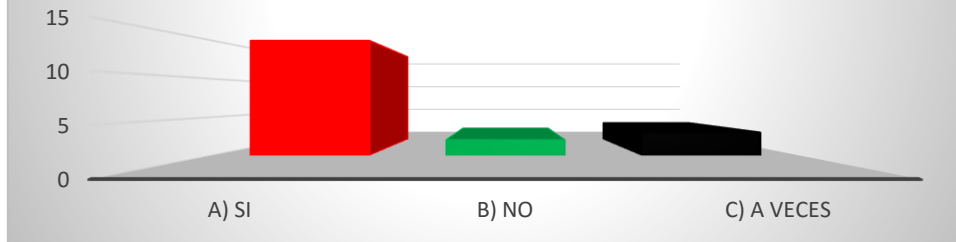


Se puede observar que el 75% de las enfermeras sabe los datos que presenta una herida infectada, por otra parte, 25% no sabe los datos presenta la herida que se encuentra infectada.



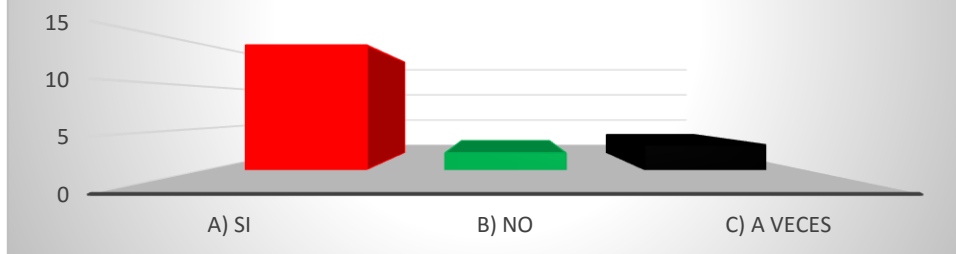
El 75% de las enfermeras si saben los factores que influyen para la infección de una herida por cesárea, 25% no sabe qué factores influyen.

**Le explica a su paciente lo
procedimientos que se le harán,
durante la realización de curación de
herida quirúrgica.**



Se observa que 75% de las enfermeras le explican a su paciente los procedimientos que se le realizarán durante la curación de su herida quirúrgica, el 15% solo le explica a veces y 10% no le explica a su paciente lo que le está haciendo.

**Cuando su paciente se va de alta le
explica que cuidados se deben
realizar cuando este en casa para...**



En cuanto el paciente está dado de alta 75% de las enfermeras respondieron que si le explican que cuidados se deben de realizar cuando estén en casa para prevenir una infección, 15% le explica a veces y 10% de las estudiantes no le explica al paciente los cuidados que debe realizar.

CAPITULO IV ÉTICA DE ESTUDIO

4.1 Código de ética para enfermería

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

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

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

4.2 Decálogo del código de ética

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

4.3 Ley general de salud

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

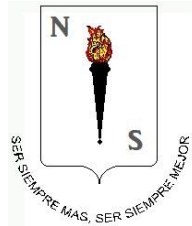
III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud¹

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TEMA: Intervenciones de enfermería en los cuidados de heridas quirúrgicas por cesárea.

Responsable: Itzayana González Rivera

Asesora: Lic. En Enf. María de la Luz Balderas Pedrero

En la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud se está realizando un estudio sobre las intervenciones de enfermería en el cuidado de heridas quirúrgicas por cesárea, cuyo objetivo es; Determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de Enfermería y el paciente sobre el cuidado de una herida postquirúrgica.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán.

Nombre y firma de la participante
Responsable

Nombre y firma de la

Testigo

Testigo

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

A QUIEN CORRESPONDA

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Facultad de Enfermería se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “Intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea” para lo cual se requiere información sobre el número total de 30 pacientes. Este estudio se llevará a cabo por los alumnos: de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, del 7mo y 8vo. Semestre asesorados por la Lic. En Enf. María de la Luz Balderas Pedrero.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

Lic. Martha Alcaraz Ortega

Directora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

| ACTIVIDADES. | SEP. | OCT. | NOV. | DIC. | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Elaboración del protocolo. | * | * | | | | | | | | |
| Elaboración del marco teórico | * | * | * | | | | | | | |
| Elaboración de instrumentos | | | | * | | | | | | |
| Prueba del instrumento | | | | | * | * | | | | |
| Recopilación de información | | | | | | | * | | | |
| Análisis y ordenación de datos. | | | | | | | | * | | |
| Elaboración del informe final | | | | | | | | | * | |
| Exposición de los trabajos y datos. | | | | | | | | | | * |
| Publicación del artículo. | | | | | | | | | | * |

Conclusiones:

Para finalizar esta tesis puedo mencionar que se respondió la pregunta que se hizo al inicio de la investigación la cual fue: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea? se responde de la siguiente manera, la enfermera realiza adecuadamente las actividades sobre el cuidado de heridas quirúrgicas post cesárea, sabe en qué momento debe llevarla a cabo y los métodos de barrera que debe utilizar para realizar una curación de acuerdo a las norma de asepsia y antisepsia, además de que le proporcionan información adecuada al paciente y familia sobre los cuidados que debe de realizarse en casa, para evitar una complicación que puede llegar a una infección de la herida.

El objetivo general es el siguiente: Determinar el grado de conocimiento que tienen las estudiantes de enfermería y las intervenciones que realiza el personal de Enfermería sobre el cuidado de una herida postquirúrgica. Este objetivo se logró con la medición de la variable de intervenciones de enfermería, se determinó que el profesional de enfermería realiza actividades orientada a la prevención de complicaciones en las pacientes de post cesárea mediante la verificación de material quirúrgico antes de utilizarlo, donde los resultados arrojaron que más del 85% de las enfermeras si lo revisan antes de emplearlo con el paciente.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Identificar el proceso de atención que utiliza el personal de enfermería en el manejo de la herida.
- Identificar los factores de riesgos y las complicaciones de una herida postquirúrgica.

Los cuales se lograron mediante la aplicación de un cuestionario que se aplicó a las estudiantes de enfermería, se observó que emplean de una forma adecuada el proceso atención de enfermería en sus cinco etapas. Lo que confiere al segundo objetivo se encuentran ciertas deficiencias debido a que las alumnas no se realizan de una manera frecuente el lavado de manos al realizar la curación de heridas

quirúrgicas, y con respecto a los métodos de barrera no los utilizan todos de acuerdo a las normas establecidas.

La hipótesis mencionada al inicio de la investigación se acepta y esta fue la siguiente: Las intervenciones de enfermería en los cuidados de las heridas quirúrgicas van de la particular a lo general y estas se aplican de acuerdo al tipo de paciente y de la incisión abdominal de la herida (incisión umbilical transversa supra púbrica pfeannenstiel y la incisión umbilical longitudinal infrapubica), lo hacen con la finalidad de evitar las infecciones, ayudar a la cicatrización de la herida, y con esto evolucionen adecuadamente.

Los profesionales de salud se enfrentan a diferentes tipos de situaciones relacionadas con las heridas quirúrgicas, pudiendo intervenir en la prevención de complicaciones, algunas de ellas importantes como la infección del sitio quirúrgico y en el tratamiento de las mismas. No cabe duda de que enfermería, es la máxima responsable de la cura de las heridas quirúrgicas post cesárea de la cual dependerá en parte su estado y evolución, por lo que debe conocer y basar su práctica clínica y la prestación de cuidados, teniendo siempre presente el máximo beneficio para el paciente y, en donde, una herramienta importante de trabajo es la protocolización de esta técnica.

En general los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento que se aplicó, mostro que las Enfermeras del Hospital De Nuestra señora de la salud, emplean un buen cuidado en la atención de las pacientes de post cesárea y les brindan una atención de calidad, puesto que no solo se basan en los cuidados de la herida, profundizan un poco más, le proporcionan información a la paciente de lo que es una herida quirúrgica, de los riesgos que esta puede tener si no lleva de una forma adecuada las indicaciones que la enfermera o el médico le proporcionara. En cuanto a todos los métodos que se emplean se encuentran ciertas deficiencias en los conocimientos de las enfermeras, puesto que no se cumple del todo en las normas de asepsia y antisepsia que sirven como métodos de barrera para prevenir las infecciones en las pacientes de post cesárea, notándose que en los

procedimientos de curación no se siguen con las condiciones específicas recomendadas para evitar los riesgos de surgimiento de infección.

A tales efectos se recomienda la elaboración de un manual de procedimientos orientados para las intervenciones directas en la atención a la paciente de post cesárea, de igual manera, diseñar un programa de capacitación al personal de enfermería sobre las técnicas y métodos de asepsia y antisepsia.

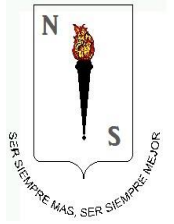
ANEXOS

Anexo I Guion Metodológico

| TEMA | PREGUNTA | VARIABLES | DEFINICION DE VARIABLES | OBJETIVOS | HIPOTESIS |
|---|--|---|--|---|---|
| Intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea | ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea? | Intervenciones de enfermería Heridas quirúrgicas pos-cesárea | <p>a) Definición de Intervenciones: Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".</p> <p>Herida quirúrgica: una incisión es un corte a través de la piel que se hace durante una cirugía.</p> | <p>Objetivo general: Determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de Enfermería y el paciente sobre el cuidado de una herida postquirúrgica.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Identificar el proceso de atención que utiliza el personal en el manejo de la herida. b) Identificar los factores de riesgos y las complicaciones de una herida postquirúrgica.</p> | <p>Las intervenciones de enfermería en los cuidados de las heridas quirúrgicas van de la particular a lo general y estas se aplican de acuerdo al tipo de paciente y de la incisión abdominal de la herida (incisión umbilical transversa supra púbrica pfeannenstiel y la incisión umbilical longitudinal infrapubica), lo hacen con la finalidad de evitar las infecciones, ayudar a la cicatrización de la herida, y con esto evolucionen adecuadamente, con los cuidados se busca:</p> <p>Proteger la herida de los microbios.</p> <p>Reducir el riesgo de infección.</p> <p>Cubrir la herida para que las suturas no se enreden en la ropa.</p> <p>Proteger la zona mientras sana.</p> <p>Absorber cualquier líquido que se filtre de la herida.</p> |



Anexo II Lista de cotejo



Estudiantes de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud.

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud
Incorporada a la

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de tesis”

“Intervenciones de enfermería en los cuidados de herida quirúrgica por cesárea”

Objetivo: Determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre el cuidado de una herida postquirúrgica.

Instrucciones: Sea tan amable de marcar con una x la respuesta correcta de la pregunta correspondiente.

| Pregunta | Si | No | A veces |
|---|----|----|---------|
| 1. Verifica si el material de curación tiene el testigo de esterilidad. | | | |
| 2. Verifica la fecha de esterilidad del equipo de curación. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 3. Almacena el material estéril en un lugar seguro. | | | |
| 4. Efectúa usted un adecuado lavado de manos antes de realizar una curación a las pacientes de puerperio quirúrgico. | | | |
| 5. Se efectúa el lavado de manos con solución antiséptica jabonosa. | | | |
| 6. Se realiza el lavado de manos después de realizar las curaciones en las pacientes de puerperio quirúrgico. | | | |
| 7. usted cumple con el procedimiento de lavado de manos con duración de 15 segundos. | | | |
| 8. Usted se realiza el secado de manos de acuerdo a las normas asépticas. | | | |
| 9. Usted le indica a la paciente que debe practicarse el baño diario. | | | |
| 10. La enfermera realiza el cambio de ropa personal y de cama a la paciente de forma diaria. | | | |
| 11. La enfermera al recibir el turno comprueba el estado de la herida. | | | |
| 12. La enfermera realiza la curación a la paciente de puerperio quirúrgico cada vez que está lo requiera. | | | |
| 13. La enfermera al hacer procedimientos de curaciones hace uso de guantes estériles. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 14. Usted al realizar las curaciones lleva debidamente el cubrebocas. | | | |
| 15. Usted cambia de cubrebocas con cada curación, o utiliza el mismo para todas las curaciones que realiza. | | | |
| 16. Usted utiliza su turbante o gorro al momento de llevar a cabo una curación. | | | |
| 17. Los desechos biológicos son clasificados de acuerdo a su peligrosidad. | | | |
| 18. Los desechos se eliminan adecuadamente en contenedores que ofrecen seguridad tanto a los pacientes como a los trabajadores de salud. | | | |
| 19. Sabe usted, ¿qué es una herida quirúrgica? | | | |
| 20. Usted tiene una lectura frecuente de artículos de curaciones de heridas quirúrgicas | | | |
| 21. Sabe los datos que presenta una herida infectada | | | |
| 22. Sabe que factores influyen para la infección de una herida por cesárea. | | | |
| 23. Sabe usted como diagnosticar cuando una herida está infectada. | | | |
| 24. Sabe que métodos de barrera deben utilizar al realizar una curación de herida quirúrgica. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 25. Le explica a su paciente lo procedimientos que se le harán, durante la realización de curación de herida quirúrgica. | | | |
| 26. cuando su paciente se va de alta le explica que cuidados se deben realizar cuando este en casa para prevenir una infección. | | | |

“Gracias por su colaboración”

Nombre de Aplicador: -

Lugar y fecha:

Glosario.

- Adherencias: son bandas de tejido similar al tejido cicatricial que se forman entre dos superficies dentro del organismo y hacen que éstas se peguen.
- Antisepsia: Prevención de las enfermedades infecciosas por destrucción de los gérmenes que las producen.
- Asepsia: Ausencia de gérmenes que puedan provocar una infección.
- Ceroma: es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente.
- C.I.E.: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- Dehiscencia: Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica. Afecta solo a la piel.
- Eventración: es una protuberancia en la pared abdominal, a menudo en la parte media. Afecta piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis.
- Evisceración: Salida hacia el exterior de una parte de las vísceras abdominales causada, en la mayoría de los casos, por un traumatismo o una herida quirúrgica.
- Feto macrosómico: es aquel cuyo peso es generalmente superior a 4000 gramos.
- Fibrosis: Formación patológica de tejido fibroso en un órgano del cuerpo.
- Hematoma: Es una zona de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y sus contenidos se filtran dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel.
- Hidrocefalia: Aumento anormal de la cantidad de líquido cefalorraquídeo en las cavidades del cerebro.
- Histerorrafia: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.
- Intervenciones: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.
- Iterativa: Que se repite o se ha repetido muchas veces.

- Mielomeningocele: Es un defecto del tubo neural en el cual los huesos de la columna no se forman totalmente. Esto provoca un conducto raquídeo incompleto. La médula espinal y las meninges (los tejidos que cubren la médula espinal) protruyen (sobresalgan) del dorso del niño.
- Miomatosis: Formación o presencia de tumores múltiples benignos.
- N.I.C. Nursing Interventions Classification
- Post-mortem: después o a continuación de la muerte.
- Purulento: Que tiene pus.

Bibliografía

Alkinson, L y Kohm, M. Técnicas de Quirófano. Sexta Edición. Editorial Mc. Graw Hill. México. (1995).

Aller, T. Complicaciones en la Post cesárea. Editorial Mc Graw Hill México. 1998.

Archundia GA. Educación Quirúrgica. Manejo de la Herida quirúrgica. Editorial Editores Méndez, México. 1992.

Barbara C. Long / Wilma J.Philips / Virginia L. Cassmeyer. Un enfoque del proceso enfermería. Boston – Buenos Aires- Bogotá – Caracas – Madrid – México. 1985

Basozabal Zamakona Begoña. Durán Díaz de Real M^a Angeles. Manual de Enfermería Quirúrgica. Noviembre. Asongraf S.L. Ed.: Bulkograf S.A. 2003

Berry Kohn J. Estrategia efectiva para el Lavado de Manos. Organización Mundial de la Salud. Washington. USA. 1997.

Brunner, L. Suddarth. Enfermera Médico Quirúrgica. Sexta Edición. Editorial Interamericana. México.1998

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

Bulechek M. Gloria. Howard K. McCloskey Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería. 5ta Edición.; 2009.

De la Fuente Ramos Mercedes. Enfermería Medico quirúrgica. Tomo I. Editorial DAE: 2015.

Eldrige L. Eliason / Dr. L. Kraeer Ferguson Lilian A Sholtis. Primera edición en español, Enfermería Quirúrgica, México, D.F. Ed. Nueva editorial interamericana, S.A. de C.V. 1958.

Eleason Latshaw Sutton. Enfermería Quirúrgica. México. Ed. Interamericana. 1958

Enfermería Global vol.29.Mord.infeccion de herida quirúrgica operatoria tras cesárea. 2013.

González, A. Infecciones Hospitalarias Riesgos y Consecuencias. Editorial Interamericana. México. 1997.

Hernández, L, Contreras, N, Prieto, C y Otros. Infección Intrahospitalaria: Factores de Riesgo y Condicionantes. Editorial Médica Panamericana. II edición. Bogotá. 1999.

John E. Skandalakis/ Panajiotis N. Skandalakis/ Lee John Skandalakis. Anatomía y técnicas quirúrgicas. Estados unidos de América. Ed. McGraw – Hill interamericana. 2003.

koizier D. L/ Price A. / Ferguson Eleason. Manual de fundamentos de Enfermería. Por la prensa médica mexicana, paseo de las facultades México. D.F. Ed. Fournier, S.A. Arquitectura 29, Copilco-Universidad, México, 20, D.F. 1958.

León Román Carlos Agustín. Enfermería Ciencia y Arte del cuidado. Revista cubana de Enfermería Aprobado 17 de noviembre de 2006. Cuba

Michael M. Henry / Jeremy N. Thompson. Cirugía Clínica 2005 Masson. Barcelona (España) Ed. Grafos - zona franca, sector, calle D, 36 – Barcelona. 2005.

Muñoz Rodríguez A. Ballesteros Úbeda M. Díaz Ramírez C. González Sánchez. J. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas. Salud Madrid. Ed. hospital universitario de Móstoles imprime: fercop 10 s.c. 2011

Osakidetza comisión inoz. Guia de higiene de manos para profesionales sanitarios. Estados unidos de América. Ed. McGraw – Hill interamericana. Abril 2009

Ponce de León S. Infecciones Intrahospitalarias. Editorial Interamericana, México 1996.

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección en Herida Quirúrgica Post cesárea en los Tres Niveles de Atención. México: Secretaría de Salud. 2011.

Rodríguez Rozalén Ma. Ángeles. Plata quintanilla Rosa Ma. Guia de intervención rápida en Enfermería Obstétrica. Editorial. DAE. Impreso: 2011.

Ronan O´Rahilly. Anatomía de Gardner. Cedro 512, colonia Atlampa, 06450 mexico, D. F. Ed. Nueva editorial interamericana, S.A. de. C.V. 1989.

Sabino, C El proceso de investigación. Editorial Panapo. Caracas Venezuela. 2000

Smith S, Duell D, Martin B. Cuidado de la herida y apósitos. En: Smith S, Duell D, Martin B. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. 7ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009.

Tamayo, M. El proceso de la investigación científica. Editorial Limusa. Bogota Colombia. 2000.

Tortora Derrickson. Principios de Anatomía y fisiología 13. ° Edición Buenos Aires – Bogotá – caracas – Madrid – México. Ed. Panamericano.

Fuentes electrónicas:

Actualización de enfermería NANDA, NOC, NIC, METODOLOGIA ENFERMERA (2013). Intervenciones de enfermería. Recuperado 28 de marzo del 2017 <http://enfermeriaactual.com/nic/>

Brunner y Suddarth. Enfermería Medico Quirúrgica. 12. a edición. Heridas quirúrgicas. Recuperado 15 de Marzo del 2017.
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/TEMAS%20PARA%20TESIS/brunner_enfermeria_12a_ed.pdf

Cesárea segura, lineamiento técnico (2002). Tipos de cesárea. Recuperado 20 de abril del 2017
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

Hablemos de Enfermería entre profesionales, docentes y estudiantes.. (2015). Proceso de Atención de Enfermería. Recuperado 04 de mayo 2017.
<http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/p/principios-y-terminos-de-uso.html>

Isla J. Cura de heridas quirúrgicas. Recuperado 25 de Marzo del 2017
<http://aragonpsicodermatologia.org/app/download/5784840660/CURA+DE+HERIDAS+QUIRURGICAS.pdf>.

Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. 2010. Recuperado 15 de Enero del 2017.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica 2ª Edición. 2002. Recuperado 22 de Marzo del 2017. http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf.