



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO

¿CÓMO TRATA ENFERMERÍA LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES, CERRADAS Y LIMPIAS?

AUTORES:

Br. Castro, Azucena
Br. Cota, Viviana
Br. Gutiérrez, Patricia
Br. Méndez, Ana Mari
Br. Osuna, Sabrina
Br. Sapone, Marta

TUTOR:

Lic. Enf. Costabel, Miriam

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1998

Agradecimientos :

A todos nuestros familiares que estuvieron siempre a nuestro lado brindándonos su apoyo incondicional;

A las docentes : Dra. Rosa Espina, Lic. Enf. Claudia Poggi, Lic. Enf. Ana Eguía, Lic. Enf. Isabel Silva, Lic. Enf. Karen Olds, y a todos aquellos que nos brindaron su valioso aporte;

Merece especial mención al personal de los servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Sanatorio CASMU N° 2 "Dr. Constancio Castells" y Hospital Pasteur por su desinteresada colaboración.

Contenido

1-Introducción.....	Pag. 1
2-Definición del Problema.....	Pag. 2
3-Objetivo.....	Pag 2
4-Fundamento del Problema.....	Pag. 3
5-Marco Conceptual.....	Pag. 4
5.1 Conceptos Teóricos.....	Pag. 4
5.2 Definición de Variables.....	Pag. 16
6-Diseño Metodológico.....	Pag. 19
6.1 Tipo de Estudio.....	Pag. 19
6.2 Población de Estudio.....	Pag. 19
6.3 Método y Procedimiento de Recolección de Datos.....	Pag. 19
7-Resultados y Análisis.....	Pag. 20
8-Conclusiones y Sugerencias.....	Pag. 23
Reseña Bibliográfica.....	Pag. 24
Bibliografía.....	Pag 25
Anexos.....	Pag. 27

1- INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado por seis estudiantes de la Generación 91 cursando la carrera Licenciatura en Enfermería en el Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.), ubicado en el 3er. piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" sito en Avda. Italia s/n.

En la selección del tema se sucedieron varias etapas, en una primera instancia seleccionamos el área Médico-Quirúrgica y luego dentro de los temas disponibles en este departamento se nos asignó el tema "Curaciones" y dentro del mismo elegimos el tema "Curación de Herida Quirúrgica Abdominal, Cerrada y Limpia".

Siguiendo esta línea de investigación nuestro propósito fué conocer cómo enfermería trata las heridas quirúrgicas abdominales, cerradas y limpias en los servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Sanatorio CASMU N°2 "Dr. Constancio Castells" y Hospital Pasteur en el período comprendido entre Mayo-Junio de 1998.

Partiendo de la realización de una observación ingenua previa en los servicios anteriormente mencionados, se percibió que este tipo de heridas se tratan realizando una técnica de curación que consiste en la limpieza y asepsia de la herida con Suero Fisiológico y antisépticos como el Iodofón.

Al consultar bibliografía actualizada sobre el tema y mediante la realización de entrevistas a distintos profesionales de la salud acerca de cómo se trataban este tipo de heridas, vemos que no se debe aplicar sobre ellas sustancias de limpieza y/o antisépticas sino que las mismas deben quedar descubiertas a las 24-48 horas del acto quirúrgico y debe realizarse el lavado con agua y jabón ; la razón para ello es que la aplicación de sustancias antisépticas actúan desfavorablemente retardando la cicatrización.

Para cumplir con el objetivo planteado realizamos un estudio de tipo descriptivo, observacional. El instrumento a utilizar fue la observación guiada, en la cuál incluimos las siguientes variables :

- Trata la herida quirúrgica abdominal cerrada y limpia dejándola descubierta y realiza lavado con agua y jabón.
- Realiza limpieza y/o asepsia de la herida quirúrgica abdominal cerrada y limpia; en caso de llevarse a cabo este tratamiento se incluyó la variable:
- Cumplimiento del Procedimiento

Del análisis de éstas variables obtuvimos los datos que nos permitieron conocer cómo enfermería trata la herida quirúrgica estudiada.

2- Definición del Problema :

¿ Cómo se tratan las heridas quirúrgicas abdominales cerradas y limpias por el personal de enfermería en los servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Hospital Pasteur y Sanatorio CASMU N°2 "Dr.Constancio Castells" en el período comprendido entre Mayo - Junio de 1998 ?.

3-Objetivo

Describir cómo el personal de enfermería (Licenciadas y Auxiliares de Enfermería) trata a las las heridas quirúrgicas abdominales cerradas y limpias en los servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Hospital Pasteur y Sanatorio CASMU N°2 "Dr.Constancio Castells" en el período comprendido entre Mayo - Junio de 1998 .

4-Fundamento del Problema

Se nos asignó como área problema el tema "Curaciones" , y dentro del mismo seleccionamos el tema "Curación de Herida Quirúrgica", circunscribiéndolo luego hacia las "Heridas quirúrgicas abdominales, cerradas y limpias". Al recabar información acerca del tema encontramos que en nuestro medio no existen estudios anteriores sobre el mismo.

Al consultar bibliografía sobre el tema se nos planteó la dificultad de encontrar material escrito sobre las últimas tendencias en el tratamiento de este tipo de heridas por lo que recurrimos a diferentes entrevistas con profesionales de la salud (Prof. Agdo. de Cirugía Plástica Dr. Carlos Carriquiri, Lic. Enf. Claudia Poggi, Lic. Enf. Karen Olds, Lic. Enf. Isabel Silva, Lic. Enf. Ana Eguía).

Por otro lado nos planteamos realizar una observación ingenua que nos permitiera detectar si enfermería realizaba algún tratamiento a este tipo de heridas. Para ello concurrimos a los servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas , Hospital Pasteur y Sanatorio CASMU N°2, donde pudimos apreciar que existe una tendencia a realizar la limpieza y asepsia de este tipo de heridas utilizando Suero Fisiológico y/o Iodofón.

Al referirnos a las normas existentes en dichas instituciones acerca del cuidado de este tipo de heridas, encontramos que si bien existen Manuales de Procedimientos en los servicios del Hospital de Clínicas y Sanatorio CASMU N°2, los mismos no especifican los cuidados de las mismas en particular y además dichos manuales no se encuentran actualizados de acuerdo a las últimas tendencias (Ver pág. 15 -Marco Teórico), ya que fueron editados en los años 1989 y 1990 respectivamente.

5- MARCO CONCEPTUAL

5.1- CONCEPTOS TEÓRICOS

LA PIEL : Reseña Anátomo-Fisiológica

La piel es la capa que delimita el cuerpo de su medio ambiente. Es un órgano de vital importancia, con un área que oscila entre 1.5 y 2 metros cuadrados de extensión.

Está compuesta por dos capas de tejido : conectivo y epitelial.

La capa más externa o superficial es la **Epidermis**, que contiene células epiteliales estratificadas. La capa más gruesa y profunda, capa de tejido conectivo, es la **Dermis**.

EPIDERMIS: es la capa más delgada y externa, consta de dos o cuatro zonas de epitelio plano estratificado con cantidades crecientes de una proteína denominada queratina en las capas más externas. Esta disposición disminuye la excesiva pérdida de agua en la superficie de la piel y hace al cuerpo relativamente insensible a lesiones y abrasiones menores.

La epidermis carece de vasos sanguíneos y tiene una distribución limitada de terminaciones nerviosas.

En las zonas donde la piel es más gruesa (ejemplo: palma de las manos y planta de los pies) en la epidermis se pueden distinguir cuatro zonas o estratos, que de la superficie hacia adentro son :

- Estrato Corneo
- Estrato Lúcido
- Estrato Granuloso
- Estrato Germinalivo

En la piel delgada están presentes únicamente los estratos Corneo y Germinalivo.

El estrato **Germinalivo** contiene varias capas de células en proceso mitótico.

En el estrato **Granuloso** las células contienen gránulos burdos de queratohialina; sólo una o dos capas de células planas, fusiformes constituyen ésta zona.

El estrato **Lúcido** es una capa homogénea, angosta con una o dos células de grosor.

El estrato **Corneo** es una amplia zona con varias capas de células epiteliales muertas, y constituye la mayor parte de la epidermis. Estas células deshidratadas, planas, constantemente se descaman y son reemplazadas por células que emigran hacia la superficie desde las capas epidérmicas más profundas. Las células muertas proveen de una cubierta eficaz que protege de las pérdidas de agua y además es una mal conductor del calor.

DERMIS: es una ancha capa de tejido conectivo denso compuesta en su mayor parte de fibras colágenas y algunas elásticas y reticulares; contiene vasos sanguíneos, linfáticos, nervios, partes de glándulas sudoríparas.

La dermis consta de dos zonas : -una capa papilar externa, que tiene más fibras elásticas y reticulares que se interdigitan con la epidermis (papilas dérmicas).

-una capa reticular interna , compacta, compuesta principalmente de fibras colágenas.

GLÁNDULAS DE LA PIEL : Sudoríparas y Sebáceas

Penetran a profundidades variables en la dermis. Se encuentran glándulas sudoríparas en la mayor parte de la superficie corporal y están muy concentradas en la palma de las manos y en la planta de los pies. Ambos tipos de glándulas son estimuladas para actuar por el calor, dolor o las tensiones emocionales.

PELO: sobre la mayor parte del cuerpo, el estrato germinativo se invagina hacia la dermis para formar bolsas epiteliales de células, los folículos pilosos en la base de la capa interna (bulbo piloso) formando el pelo.

TEJIDO SUBCUTÁNEO: constituye la capa de desplazamiento y de unión entre la piel y el tejido subyacente, con tabiques de tejido conjuntivo colágeno y glóbulos de grasa.

La formación del tejido subcutáneo, en especial del panículo adiposo depende de: edad, sexo, región corporal, influencias hormonales, alimentación.

El tejido subcutáneo aísla el interior del cuerpo frente a las influencias térmicas y tiene además una función en el metabolismo de las grasas e hidratos de carbono.

*** FUNCIONES DE LA PIEL.**

Como cubierta ofrece protección al cuerpo; por otro lado sus numerosos receptores sensitivos nos mantienen informados del medio ambiente; su aporte sanguíneo colabora con la regulación de la temperatura corporal.

Las funciones adicionales incluyen la excreción de agua y sales por medio de las glándulas sudoríparas y la producción de vitamina D.

-Protección: la piel actúa como barrera protectora no sólo evitando la invasión de bacterias y cuerpos extraños, sino que también protege a los tejidos subyacentes de las lesiones y de la desecación.

-Sensibilidad: la estimulación de receptores nerviosos nos mantienen informados de los cambios de temperatura, sensaciones dolorosas y táctiles. La sensibilidad está dirigida por el Sistema Nervioso Simpático.

-Excreción : está a cargo de las glándulas sudoríparas que eliminan pequeñas cantidades de productos nitrogenados y cloruro de sodio. Tanto el volumen como la composición del sudor varían de acuerdo con las necesidades del organismo.

-Metabolismo : la síntesis de vitamina D ocurre en la piel en presencia de la luz solar. La radiación ultravioleta convierte un esteroide (7-D Hidrocolesterol) en colecalciferol (Vitamina D). Esta vitamina participa en el metabolismo de calcio y fósforo y es importante en la mielinización del hueso.

La vitamina D es sintetizada en la piel, pero después es transmitida a otras partes del cuerpo. Esta es considerada una hormona activa cuando convierte el calciferol en 1,25 D Hidroxi-Colecalciferol.

-Comunicación : sumada a sus funciones biológica, estructural, funcional y psicológica, la piel humana también funciona como un órgano de comunicación e identificación.

La lesión de la piel puede traer consigo no sólo consecuencias psicológicas y funcionales, también cambia la imagen corporal.

Una cicatriz debido a un trauma o cirugía puede acarrear cambios tales como : evitar exposición al público y una disminución de la autoestima.

Como órgano de comunicación la piel del rostro junto con sus músculos permite la expresión gestual (1).

*** CAUSAS DE LESIÓN DEL TEJIDO :**

Las heridas, es decir la solución de continuidad de la piel y/o mucosas, son el resultado visible de la lesión o muerte de las células y pueden ser clasificadas por la localización, tamaño, profundidad y la causa.

La Herida Quirúrgica es aquella que se realiza mediante corte preciso, con un instrumento filoso y en condiciones de asepsia, y suelen cerrarse con suturas después de ligar meticulosamente todos los vasos sanguíneos seccionados.

Según el "Center of Disease Control and Prevention of U.S.A." las últimas tendencias se refieren a Sitio Quirúrgico como aquella zona que abarca a la incisión quirúrgica y a los tejidos manipulados durante la intervención

Clasificación:

-De acuerdo al grado de contaminación se clasifican en :

Herida Limpia : es aquella herida que no presenta signos de infección, no se han abierto órganos huecos y donde los sistemas respiratorio, digestivo, genital y urinario no están afectados. Comprende heridas a cicatrizar por primera intención; son en principio heridas cerradas.

Herida Limpia-Contaminada: es aquella herida en la que se ha abierto un órgano hueco con mínima diseminación de su contenido o aquella en la que intervienen el sistema respiratorio, digestivo, genital o urinario. Estas heridas no muestran signos de infección, pero pueden considerarse como potencialmente infectadas.

Herida Contaminada: es la herida traumática de menos de 4 horas de duración o aquella que se produce cuando se ha abierto un órgano hueco con diseminación de su contenido, o cuando se pasa a través de una inflamación aguda, pero sin presencia de exudado o material purulento.

Herida Sucia : es la herida traumática de más de 4 horas de duración o cuando se encuentra pus o un órgano hueco perforado durante la intervención.

En el instante en que ocurre el daño se ponen en juego una serie de eventos que en el individuo sano conducen a la reparación tisular y a la eventual formación de cicatriz.

Cicatrización : es el proceso de reparación tisular, es la síntesis de nuevos materiales y el desarrollo de una cicatriz; la misma puede ocurrir por 1ª, 2ª o 3ª intención.

Cicatrización por 1ª intención : es la que se obtiene luego de unir en forma primaria los bordes de una insición de manera aséptica y con aposición exacta .

Sus características son :

- no presenta edema postoperatorio
- no presenta exudado seroso, ni signos de infección local
- no hay separación de los bordes de la herida
- la formación de cicatriz es mínima

Cicatrización por 2ª Intención: este mecanismo de cicatrización puede considerarse como una contracción de la herida que como la unión primaria. Se forma tejido de granulación, que contiene fibroblastos y de esta forma se cierra la herida por contracción, con crecimiento secundario de epitelio.

Las siguientes son sus características :

- hay presencia de infección o de traumatismo considerable y pérdida de tejido y/o amplia separación de los bordes
- la herida se pueda dejar abierta y permitir que la cicatrización ocurra de adentro hacia afuera
- la cicatrización se retarda y se forma una cicatriz muy grande ;por otro lado la cicatrización puede producir una unión débil, lo que puede causar daño por rotura (dehiscencia) más tarde.

Cicatrización por 3ª intención : la sutura se posterga o se hace en forma secundaria con objeto de emparedar una zona de infección burda o cuando se extirpó gran cantidad de tejido, como en el caso de debridamiento o lesiones traumáticas .

En la cicatrización por 3ª intención : -las dos superficies del tejido de granulación se juntan
-suele producirse una cicatriz más profunda y amplia (2).

Etapas del Proceso de Cicatrización :

Fase Proliferativa :

La respuesta inflamatoria es una reacción natural a cualquier trauma agudo o insición quirúrgica.

La inflamación aguda suele durar 24 a 48 hrs. y es seguida por una fase subaguda de aproximadamente dos semanas.

La inflamación es una respuesta vascular y celular que elimina : bacterias, cuerpos extraños y tejido muerto.

Las etapas iniciales de la inflamación están caracterizadas por cambios vasculares.

Luego del sangrado interno de la herida, posterior a la insición quirúrgica, los vasos sanguíneos dañados sufren una vasoconstricción que dura de 5 a 10 minutos. Ésta retarda la pérdida de sangre del área afectada.

Los vasos sanguíneos no dañados se dilatan y se aumenta la permeabilidad capilar como respuesta de distintas sustancias químicas tales como : la histamina (emitida por las células mastoideas) y la prostaglandina (liberada por la membrana de las células dañadas).

Esta vasodilatación dura menos de una hora. La permeabilidad vascular permite que el plasma se traslade al área interna de la herida. Los coágulos de fibrina (componentes del plasma) bloquean el flujo linfático y sellan la herida señalando el lugar de reacción inflamatoria y evitando que se propague la infección. Los leucocitos, eritrocitos y plaquetas se adhieren a las paredes endoteliales dilatadas.

Los polimorfos nucleares son los primeros que migran a la herida y se ocupan de la fagocitosis de los desechos fragmentarios y sustancias extrañas. con esto se evita o elimina la infección.

Una vez muertos los polimorfos nucleares sus enzimas y desechos intracelulares son liberados hacia el área interna de la herida formando parte del exudado o pus de la herida.

Los leucocitos mononucleares y monocitos emigran desde los capilares hacia el interior de la herida se transforman en macrófagos. Estos ingieren los materiales no solubilizados mediante los leucocitos polimorfos nucleares.

A medida que los macrófagos ingieren a los microorganismos, excretan a la vez productos de la digestión (Ac. Ascórbico, Peróxido de Hidrógeno y Ac. Láctico).

El Peróxido de Hidrógeno contribuye a controlar el crecimiento microbiano anaeróbico. El Ac. Ascórbico y el Ac. Láctico señalan la magnitud del daño.

Al acumularse estos ácidos en el sitio de la herida se produce una mayor cantidad de macrófagos para incrementar la fagocitosis.

Los vasos sanguíneos de la periferia de la herida desarrollan corpúsculos que crecen en el área interna de la herida y se unen a otros corpúsculos formando una red capilar.

Esta red llena por completo el lecho de la herida y forma un tejido de granulación. Esta etapa se conoce como neovascularización; en ella el tejido de granulación es muy delicado.

Al llegar esta fase a su fin se produce se produce fibrinolisis, proveniente de los vasos sanguíneos para disolver los coágulos de sangre.

La inflamación es la fase vital de reparación de la herida.

Fase Fibroblástica :

Luego de la fagocitosis producida por los leucocitos continúa la reconstrucción de los tejidos dañados.

El restablecimiento de la epidermis se inicia pocas horas después de producida la lesión.

Las células epiteliales continúan proliferando y migran al interior de la herida.

La epitelización cubre la superficie de la herida para cerrar el defecto epitelial; proporcionando una barrera protectora que evita la pérdida de fluidos y los electrolitos de la herida, y reduce las probabilidades de infección.

Las células epiteliales continúan su proceso y depositan múltiples capas de epitelio debajo del coágulo y luego debajo de la costra.

A medida que se va consumiendo el epitelio, la costra va aflojándose y soltándose de la herida dejando una capa delgada y transparente sobre la piel.

Mientras está ocurriendo la repitelización se inicia el proceso de contracción de la herida. Este proceso se define como el movimiento de los bordes de una herida abierta hacia adentro, como consecuencia de las fuerzas que se generan dentro de la misma. Dicha contracción comienza a los 5 días de haberse originado ésta y alcanza su pico a las 2 semanas.

Si la herida no se ha cerrado después de 2 -3 semanas posteriores a la lesión cesa la contracción.

La contracción de la herida va reduciendo el tamaño y la va reparando mediante la formación de cicatriz.

Los miofibroblastos (con componente de músculos blandos) son las células encargadas de la contracción de la herida. Estas células tienen la capacidad de expandirse y retractarse. Las heridas lineales se contraen con rapidez.

Los miofibroblastos se adhieren a los bordes de la herida y halan a toda la capa epidérmica hacia adentro.

La fase fibroblástica le proporciona esta firmeza a la herida. Las células responsables de esta fase son los fibroblastos. La integridad de la herida depende del tejido colágeno que le brinda fortaleza y firmeza a la herida.

La fuerza tensil proporcionada a la herida está dada por el ligamento cruzado del colágeno (no por la síntesis de colágeno).

Los fibroblastos también sintetizan una sustancia viscosa pulverizada: glicosaminoglicans; que llena los espacios que se encuentran entre las fibras de tejido conectivo. La glicosaminoglicans proporciona lubricación y densidad al tejido conectivo.

El número de fibroblastos que contiene la herida disminuye a medida que se produce suficiente cantidad de colágeno.

Esta disminución de fibroblastos señala el final de la fase fibroblástica y comienzo de la fase de maduración.

Fase de Remodelación :

Esta fase comienza aproximadamente después de 2 semanas.

La cicatriz que se forma durante la fibroplasia es una estructura extensa y densa de fibras de colágeno. Estas fibras están orientadas de manera aleatoria.

En esta fase ocurren cambios de forma, volumen y resistencia de la cicatriz.

Durante el proceso de cicatrización se produce nuevo colágeno, en tanto se desintegra el colágeno anterior .

El tejido físico de la fibra de colágeno es el causante del cierre final de la herida.

La reposición del colágeno en el tejido de la cicatriz es desorganizada y claramente diferente a la del tejido circundante.

La reposición de colágeno permite que el tejido de la cicatriz se ordene siguiendo una orientación lineal y lateral.

Existen dos teorías que explican dicha realineación: ❶ Teoría de la Inducción

❷ Teoría de la Tensión

❶ La cicatriz trata de copiar las características del tejido que ella está curando.

❷ Se refiere a las presiones internas y externas que afectan al área de la herida durante la fase de remodelación.

La cicatriz de color rosado brillante (correspondiente a una herida inmadura de 6-12 semanas) comienza a convertirse en una de color lavanda, más tenue y finalmente una herida con tinte apenas rosáceo.

En general este proceso demora entre 12 -15 meses.

Los lazos capilares se cierran lentamente produciendo pérdida de color a medida que la herida se va aplanando y madurando (1) y (3).

* CONDICIONES QUE AFECTAN LA CICATRIZACIÓN

La cicatrización puede verse afectada por diferentes factores, algunos relacionados con el estado del usuario y otros relacionados con el tipo de herida, su localización ,otros.

A continuación detallaremos los relacionados con el estado general del usuario :

-EDAD: los procesos metabólicos disminuyen con la edad del cuerpo, prolongando la recuperación.

La resistencia a la infección está también debilitada, dado que la competencia inmune se hace menos específica y la inflamación menos efectiva.

La piel en ancianos es menos elástica, con colágeno reducido y una deficiente vascularización, por lo tanto la velocidad de cierre de la herida está disminuida.

-ESTADO NUTRICIONAL: la cicatrización requiere de un aporte adecuado de proteínas y calorías, así como de ciertas vitaminas y oligoelementos, como la vitamina C y el zinc.

Se puede alterar dicho proceso si el aporte es inadecuado (malnutrición o desnutrición), si la absorción es anormal, o si los requerimientos están muy aumentados.

La obesidad dificulta el cierre de la herida y existe mayor riesgo de complicaciones.

En usuarios muy delgados donde la nutrición es inadecuada y el usuario presenta escasas reservas para contrarrestar las demandas metabólicas después de la lesión, es susceptible a infección, anemia y deshidratación.

-MEDICACIÓN: la medicación y el uso puntual de algunos medicamentos puede alterar la actividad química de las células y retrasar la cicatrización. El tabaco y el alcohol tienen también efecto perjudicial.

Fumar reduce la tensión de oxígeno de la sangre y del tejido subcutáneo de las heridas; se ha visto que una baja tensión de oxígeno en los tejidos puede afectar la velocidad de cicatrización.

-PRESENCIA DE PATOLOGÍAS AGUDAS Y/O CRÓNICAS :

-DIABETES: dado que mantiene el equilibrio de glucosa en sangre, la insulina es importante en el proceso de cicatrización de las heridas.

Es importante que el equilibrio glucosa-insulina sea controlado durante el periodo intraoperatorio. Los leucocitos de los usuarios diabéticos se ha comprobado que son menos efectivos que los de los usuarios no diabéticos, conduciendo a una deficiente migración, fagocitosis y acción bactericida. El usuario es de este modo más vulnerable a la infección.

-ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PULMONARES: el oxígeno es imprescindible para la cicatrización. En los usuarios donde la capacidad de transporte de oxígeno no es la adecuada, donde la administración de oxígeno es deficiente se produce un retraso de la cicatrización.

-UREMIA: existe un incremento del riesgo de dehiscencia de la herida en los usuarios urémicos, esto se debe a la reducción de los depósitos de colágeno.

La granulación de las heridas abiertas también se encuentra retrasada en estos casos.

-CAMBIOS HORMONALES : luego de producida la herida las demandas metabólicas se ven aumentadas. El usuario con una tasa metabólica disminuida tiene más probabilidad de presentar una velocidad de cicatrización también disminuida.

-ARTRITIS Y REUMATISMO : los cambios artríticos en las articulaciones en el curso de la artritis reumatoidea reducen la movilidad, causan dolor y requieren un tratamiento antiinflamatorio. Estos factores afectan la capacidad de cicatrización del usuario. En el usuario que presenta esta patología el estado inmunológico alterado entorpece el proceso inflamatorio, lo cuál aumenta la posibilidad de infección y posteriormente retrasa la cicatrización debido al bajo grado inflamatorio.

Por otro lado tenemos que la cicatrización de una herida quirúrgica puede verse afectada por factores externos que incluyen : el estado preoperatorio, la preparación preoperatoria y elementos intraoperatorios .

Se recomienda intentar controlar dichos factores de la siguiente manera:

- ↻ Las infecciones bacterianas deben ser tratadas antes de la cirugía
- ↻ La estadía preoperatoria en el hospital debe ser tan corta como sea posible
- ↻ Los usuarios con malnutrición deben recibir nutrición enteral o parenteral antes de la cirugía, si la misma no es de carácter urgente.
- ↻ Los usuarios coordinados para cirugía deben realizarse un baño completo la noche anterior a la misma.
- ↻ El cabello o vello próximo a la zona operatoria no se debe quitar , a no ser en caso estrictamente necesario, en cuyo caso deberá realizarse en el período de tiempo más próximo a la intervención.
- ↻ Se recomienda el uso de antibióticos preoperatorios en todos aquellos casos donde exista riesgo de infección (4).

Por tratarse de heridas quirúrgicas consideramos necesario realizar una breve referencia al material de sutura utilizado para aproximar los bordes de la herida colocándolos en eversión.

La inserción de suturas causa un trauma adicional, pero menor a los tejidos, ya que dentro de los mismos el material de sutura actúa como un cuerpo extraño y es posible la infección.

Una sutura es una hebra de material utilizado para ligar vasos sanguíneos y para aproximar tejidos.

El cierre de la herida reduce la proliferación tisular necesaria y la formación de tejido cicatrizal.

De esta manera es más fácil que se reconstruya con rapidez una superficie intacta, disminuyendo los riesgos asociados con una herida abierta y que deje una cicatriz lineal.

Los bordes de la herida se pueden aproximar por : - suturas

-cintas adhesivas de sutura

-grapas

Una sutura ideal es la que facilita la cicatrización de los tejidos, dura el tiempo necesario para que éstos recuperen su resistencia normal y luego se absorba totalmente.

Las suturas están hechas de distintos materiales con características diferentes, por ejemplo fuerza, reacción tisular, velocidad de absorción.

Pueden dividirse en dos grupos : ⇨ suturas absorbibles

⇨ suturas no absorbibles (seda, nylon, prolene)

Las suturas absorbibles tienen distintas velocidades de absorción:

Catgut3 semanas

Poliglactina.....6-14 semanas

Polidioxamina.....3-6 meses

Las grapas de metal aproximan los bordes externamente, son fáciles de aplicar y retirar, pero son costosas .

Las heridas limpias necesitan suturas absorbibles ya que el riesgo de infección es bajo.

Las heridas contaminadas con riesgo elevado de infección requerirán suturas no absorbibles como nylon o prolene.

Para suturar se utilizan agujas curvas para colocar los bordes de la herida en eversión con mayor facilidad y para minimizar el riesgo de punción del cirujano durante el procedimiento.

Otras condiciones importantes de las suturas son su uniformidad de calibre, su flexibilidad, facilidad que ofrezca para su manejo y para la ejecución de los nudos que no deben realizarse espontáneamente.

-Tipos de material de sutura :

⇨ Absorbibles a corto plazo de origen animal: Catgut Simple, Catgut Crómico y otros.

⇨ Absorbibles a largo plazo de origen sintético : Ac.Poliglicólico y Poliglactin (910 Vicryl)

El poliglactin 910 (4.0) pierde el 60% de su fuerza tensil a los 18 días y es absorbido completamente a los 90 días.

El Ac. Poliglicólico (4.0) pierde el 80% de su fuerza tensil a los 14 días y es absorbido a los 90 días , necesitando solo de 1.6 libras de fuerza a los 21 días para romperse .

Con las suturas no absorbibles la reacción inflamatoria es mínima.

Según Crickelien y otros autores las suturas de la piel no deben dejarse por más de 14 días después de la intervención (5) y (6) .

TRATAMIENTO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA ABDOMINAL CERRADA Y LIMPIA

El tratamiento de la herida quirúrgica abdominal cerrada y limpia, es decir de aquella que presenta los puntos de sutura intactos y donde no existen drenajes ni secreciones de ningún tipo, consiste en retirar la curación operatoria dentro de las primeras 24 horas después de la cirugía, dado que a las 4-6 horas de transcurrido el acto quirúrgico el tejido produce fibrina que sella los bordes de la herida, por esto ya a las 24 horas pueden quedar descubiertas y realizarse lavado con agua y jabón. Antes transcurrido de este período de tiempo no se deben mojar las suturas, por lo tanto no es necesaria la curación con suero fisiológico; tampoco se recomienda el uso de antisépticos como la yodopovidona (De acuerdo a datos obtenidos en el Estudio Pagnonin, Brasil, 1992).

La limpieza de la herida con agua y jabón se justifica debido a que el jabón generalmente emulsifica la cubierta de lípidos de la piel y la remueve a través de las bacterias residentes y transitorias que se encuentran en la epidermis.

Debe utilizarse un jabón neutro, tendiente a mantener el pH de la piel normal (5.5), ya que si éste varía puede cambiar la resistencia bacteriana.

El jabón tiene también una acción bacteriostática, es decir que es capaz de movilizar la flora microbiana normal, impidiendo la reproducción de bacterias, pero no inhibe ni destruye la flora.

Luego de un baño diario, se requieren 45 minutos para la restauración del pH de la piel (7).

El "Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del Sanatorio IMPASA", de acuerdo a lo establecido en "Normas del Uso de Antisépticos" establece que no es conveniente el uso de antisépticos como el yodo en piel no intacta, ya que el mismo es absorbido por los tejidos y por lo tanto compromete el proceso de cicatrización.

Además tiene efectos irritantes sobre la piel y mucosas, pudiendo producir quemaduras o eritema.

El yodofón es un complejo polímero (Polyvinilpyrrovidine e Iodo) soluble en agua con propiedades antisépticas (1); "Antiséptico es todo aquel compuesto orgánico o inorgánico formulado para ser utilizado sobre tejidos vivos con el fin de inhibir la proliferación de microorganismos" (8).

A pesar de que el yodofón tiene propiedades bactericidas (Sustancia que previene, detiene o inhibe el crecimiento bacteriano) (8), hay estudios clínicos recientes que demuestran que posee toxicidad celular.

Dicha toxicidad interfiere directamente con el proceso de cicatrización de las heridas y pone al usuario en riesgo de desarrollar infección.

Los fibroblastos son las células productoras de colágeno y responsables de la formación de tejido conectivo, que provee la resistencia a la tracción de los tejidos.

Cuando el yodofón se utiliza en el tratamiento de heridas, es tóxico para los fibroblastos y otras células como los leucocitos, inhibiendo de esta forma la resistencia del tejido y retardando el proceso de granulación.

Además se ha determinado que el yodo reduce la viabilidad de células blancas y lleva a la disminución de la eficiencia fagocítica (9) (10) (11) .

Licenciada en Enfermería :

Es una profesional cuyo accionar está dirigido a satisfacer las necesidades del ser humano durante el proceso salud-enfermedad conceptuando al ser humano desde el punto de vista biopsicosocial; desempeñando actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, siendo además la responsable de la administración de los recursos de los servicios de enfermería.

Auxiliar de Enfermería :

Es aquella persona que brinda atención de enfermería al usuario, familia y comunidad en el área asistencial y preventiva bajo la supervisión y responsabilidad de la Licenciada.

5.2 -DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. Trata la Herida Quirúrgica Abdominal Cerrada y Limpia dejándola descubierta y realiza lavado con agua y jabón

La variable se define de esta manera cuando el tratamiento de la herida quirúrgica consiste en dejarla descubierta (sin colocarle apósitos) y realizar el lavado de la misma con agua y jabón a través del baño diario.

Se categorizará a la variable como **Si** cuando a la herida se le aplica dicho tratamiento y como **No** en caso de no realizarse el mismo y realizarse cualquier otro tratamiento.

2. Realiza Limpieza y/o Asepsia de la Herida Quirúrgica Abdominal Cerrada y Limpia

Se define esta variable como la aplicación de sustancias de limpieza y/o antisépticos sobre la herida quirúrgica.

Se categorizará como **Si** a la realización de dicho procedimiento y como **No** a la no realización del mismo.

En caso de realizarse la asepsia y antisepsia de la herida quirúrgica se realizará la medición de las siguiente variable:

3. Cumplimiento del Procedimiento

Consiste en llevar a cabo todas aquellas acciones que implican la técnica de curación de una herida quirúrgica (Ver Anexo 2.1 y 2.2).

La variable se medirá a través de los siguientes indicadores; que se categorizarán como **Si** en caso de cumplirse y como **No** en el caso contrario:

a) Lavado de Manos antes del procedimiento :

El objetivo del lavado de manos es eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora microbiana normal y prevenir la diseminación de microorganismos por esta vía.

Debe realizarse estrictamente pre y post procedimientos, independientemente de las características de los mismos y de la patología del usuario.

b) Valoración de Herida Quirúrgica :

consiste en la observación de la herida quirúrgica, del estado general en que se encuentra la misma, así como también de los puntos de sutura y de la región perihierida (es decir aquella región que rodea a la herida). Se valorará también la presencia de signos y síntomas de infección : rubor, edema, aumento de la temperatura local, dolor, olor desagradable y presencia de exudados ; sensibilidad anormal , estrías en la piel cercana a la incisión.

c) Uso de Guantes y/o Pinzas Estériles:

El objetivo de la utilización de guantes y/o pinzas estériles es evitar la presencia de microorganismos que contaminen la herida quirúrgica durante la realización del procedimiento.

d) Respetar Áreas Limpas y Sucias :

Área Limpia: para realizar cada curación es necesario delimitar un espacio físico destinado al material limpio a utilizar durante el procedimiento y la misma debe ser respetada hasta la finalización del mismo.

Área Sucia : es aquel espacio físico en el cuál se coloca el material sucio y/o contaminado.

e) Mantiene la técnica estéril durante el procedimiento: consideramos importante en éste punto definir los siguientes términos :

Esterilidad : estado que expresa ausencia de microorganismos, tanto en sus formas esporuladas como vegetativas.

Antiseptia: proceso tendiente a inhibir o destruir microorganismos sobre tejidos vivos.

f) Utilización de Soluciones de Limpieza y/ o Antisépticos:

- Suero Fisiológico
- Iodofón
- Otros Antisépticos

6- DISEÑO METODOLÓGICO

6.1-Tipo de Estudio

Realizaremos un estudio de tipo observacional , descriptivo, transversal en el período comprendido entre Mayo - Junio de 1998.

6.2-Población de Estudio : Universo y Muestra

Universo : todo el personal de enfermería (Licenciadas y Auxiliares de Enfermería) que se desempeñan en los servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas " Dr. Manuel Quintela", Sanatorio CASMU Nº2 " Dr. Constancio Castells" y Hospital Pasteur.

Muestra: el personal de enfermería de los servicios quirúrgicos que brindan atención a los usuarios que presentan heridas abdominales cerradas y limpias.

Seleccionamos los servicios Quirúrgicos del Hospital de Clínicas "Dr.Manuel Quintela" pisos 7,9 y 10 , del Sanatorio CASMU Nº2 " Dr.Constancio Castells" pisos 1 y 2 y Hospital Pasteur piso 2 dado que en los mismos se encuentran internados usuarios que presentan este tipo de herida.

Se solicitó autorización por escrito a los Departamentos de Enfermería de los distintos servicios para la realización del estudio, informando acerca de en qué consistía dicho estudio , pero no se les proporcionó la guía de observación para evitar o reducir los cambios de conducta que podrían ocurrir en caso de conocer las pautas de observación.

El observado fue informado de la realización del estudio, desconociendo las pautas de observación.

Por otro lado solicitamos autorización de los usuarios para nuestra presencia durante el tratamiento de su herida quirúrgica.

6.3 -Método y procedimiento de recolección de datos :

El instrumento que utilizamos fué una observación estructurada acerca de cómo el personal de enfermería realiza los cuidados de la herida quirúrgica abdominal cerrada y limpia durante el transcurso del postoperatorio mediato (Es decir luego de las 24-48 hrs. de realizado el acto quirúrgico) , para ello elaboramos una guía de observación que incluye las variables detalladas en el Marco Conceptual pag. 16 (Formato de la Guía de Observación Anexo 1).

Cada observación se realizó por parte de 2 integrantes del grupo investigador 3 días a la semana durante 2 semanas consecutivas en los meses de Mayo- Junio de 1998, en el turno matutino (6:00 - 12:00 hrs.) .

12/06/98
10 de los
100%

7- Resultados y Análisis

Tabla N°1 Muestra Obtenida en los Servicios Quirúrgicos Seleccionados

Servicio	n
Hospital de Clínicas	19
Sanatorio CASMU N°2	15
Hospital Pasteur	16
TOTAL	50

- La muestra obtenida para la realización de este estudio fue un total de 50 observaciones; la misma se distribuye de la siguiente manera: 19 observaciones en el Hospital de Clínicas, 15 observaciones en el Sanatorio CASMU N°2 y 16 observaciones en el Hospital Pasteur.

TABLA Nº 2 Tratamiento de la Herida Quirúrgica Abdominal Cerrada y Limpia

TRATAMIENTO	SI		NO	
	Fa	%	Fa	%
Herida descubierta y Lavado con agua y jabón	0	0	50	100
Realiza limpieza y asepsia de Herida Quirúrgica	50	100	0	0

Al analizar los datos obtenidos acerca del tratamiento que se le aplica a las heridas quirúrgicas abdominales cerradas y limpias en los servicios seleccionados observamos que en el 100% de los casos se realiza la limpieza y asepsia de la herida mediante una técnica de curación.

En ningún caso se dejó la herida al descubierto ni se realizó el lavado de la misma con agua y jabón luego de retirada la primera curación ; debemos aclarar que si bien se encontraron durante la realización del estudio heridas de este tipo descubiertas las mismas no se tomaron en cuenta para esta investigación ya que quedaban descubiertas luego de haberseles realizado anteriormente la limpieza y asepsia ..

Tabla N° 3 *Cumplimiento del Procedimiento*

	SI		NO	
	Fa	%	Fa	%
Lavado de manos antes del procedimiento	25	50	25	50
Valoración de herida quirúrgica	49	98	1	2
Uso de guantes o pinzas estériles	50	100	0	0
Respeto Areas Limpias y Sucias durante el procedimiento	42	84	8	16
Mantiene técnica estéril durante el procedimiento	41	82	9	18
Utiliza Suero Fisiológico en la limpieza de la herida	31	62	19	38
Utiliza Iodofón para la asepsia de la herida	40	80	10	20
Utiliza Otros Antisépticos en la asepsia de la herida	5	10	45	90

Al analizar los resultados obtenidos acerca del Cumplimiento del Procedimiento podemos ver que el Lavado de Manos antes del Procedimiento se realizó en el 50% de los casos.

Acercas de la Valoración de la Herida previa a la realización del procedimiento, la misma se constató en casi la totalidad de las observaciones (98%).

En lo que concierne al Uso de Guantes o Pinzas Estériles durante el desarrollo del procedimiento observamos que la misma se cumplió en el 100% de los casos.

Al referirnos al Respeto de las Áreas Limpias y Sucias encontramos que se mantuvo en el 84% de los casos.

En lo pertinente al Mantenimiento de la Esterilidad durante el procedimiento la misma se mantuvo en el 82% de los casos.

Al analizar las sustancias utilizadas en la limpieza y asepsia de la herida quirúrgica observamos que : en el 62% de los casos se utiliza Suero Fisiológico para la limpieza de la herida, en tanto que en el 80% de los casos se utiliza Iodofón y el 10% utiliza otros antisépticos para llevar a cabo la asepsia de la herida.

8-Conclusiones y Sugerencias

En lo que se refiere a cómo enfermería trata las heridas quirúrgicas abdominales cerradas y limpias uno de los hallazgos que sorprende en este estudio es que en la totalidad de los casos observados se realiza la limpieza y asepsia de este tipo de heridas.

Al analizar el Cumplimiento del Procedimiento: observamos que no se realiza adecuadamente dado que el 50% no realiza el Lavado de Manos antes del mismo; si bien en la totalidad de los casos se utiliza guantes o pinzas estériles, esto no implica que luego durante el mismo se mantenga la esterilidad, por otro lado vemos que tampoco se respetan las áreas limpias y sucias en la totalidad de los casos.

En relación a la utilización de sustancias de limpieza y antisepsia se destaca el alto número de casos en que se utiliza Iodofón como antiséptico aplicado sobre estas heridas.

Debido a esto nos planteamos :

- si enfermería tiene conocimiento acerca del tratamiento actual que se realiza en este tipo de heridas;
- si enfermería tiene acceso a los manuales de procedimientos;
- si enfermería conoce los efectos del Iodofón sobre las heridas quirúrgicas;
- que los manuales de procedimientos de los servicios no se encuentran actualizados, ni tratan acerca del tratamiento específico para cada tipo de herida.

De acuerdo a esto como sugerencias planteamos:

- nuestra investigación pretende ser el punto de partida para futuras investigaciones sobre este tema,
- la actualización de los manuales de procedimientos y su distribución en cada unidad de enfermería ,
- la realización de cursos de actualización teórico-prácticos en el que se brinde al personal de enfermería de los servicios quirúrgicos información acerca de las últimas tendencias en el tratamiento de las heridas estudiadas en ésta investigación y la evaluación de dicho curso en la práctica diaria.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

1. BRYANT R. A. " *Acute and Chronic Wounds: Nursing Management*". Ed. MOSBY Year Book 1992, U.S.A.
2. SMELTZER S. C. & BARE. B. G. " *Enfermería Médico Quirúrgica* " Volumen 1, 7ª Edición. Ed. Interamericana MacGraw-Hill, U.S.A ,1994.
3. PREM. P. G. " *Ostomy Wounds Management: Biología de la Curación de la Herida*", Volumen 1, Nº 1, U.S.A., 1994.
4. DAVID J. A. " *Cuidado de las Heridas* ", Ed. DOYMA, Barcelona, 1988.
5. FALGUERA. N. & JORDI J. " *The Wound Programme*" Produced in the Centre for Medical Education The University of Dundee, Scotland, 1994.
6. TORRES. R. " *Tratado de Cirugía*". Ed. Interamericana- O.P.S., 1994.
7. MAKLEBUST J. & SIEGGREEN M. " *Pressure Ulcers -Guidelines for prevention and nursing management*". Ed. Springhouse,U.S.A., 1996.
8. COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS & DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL SANATORIO IMPASA. " *Normas de Uso de Antisépticos*", Montevideo, 1998.
9. WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY AM. ASSOCIATION OF ET. NURSES. " *Standars of care patient with dermal wound pressure ulcers*". U.S.A., 1996.
10. US DEPARTMENT OF HEALTHS AND HUMAN SERVICES PUBLIC HEALT SERVICES AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. " *Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline*". Maryland, 1994.
11. COOPER D. et al. " *Guide to wound care*". Laboratorio Hollister. U.S.A, 1983.

BIBLIOGRAFÍA

- BRYANT R. A. " *Acute and Chronic Wounds: Nursing Management*". Ed. MOSBY Year Book 1992, U.S.A.
- CANALES F. et al. " *Metodología de la Investigación*". 2ª Edición. Ed. O.P.S, U.S.A., 1994.
- COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS & DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL SANATORIO IMPASA. " *Normas de Uso de Antisépticos*", Montevideo, 1998.
- COOPER D. et al. " *Guide to wound care*". Laboratorio Hollister. U.S.A, 1983.
- DAY R. " *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*". Publicación Científica 526. O.P.S, Washington D.C., 1990.
- DAVID J. A. " *Cuidado de las Heridas* ", Ed. DOYMA, Barcelona, 1988.
- FALGUERA N. & JORDI J. " *The Wound Programme*" Produced in the Centre for Medical Education The University of Dundee, Scotland, 1994.
- MAKLEBUST J. & SIEGGREEN M. " *Pressure Ulcers -Guidelines for prevention and nursing management*" Ed. Springhouse, U.S.A., 1996.
- POLIT D. & HUNGLER B. " *Investigación científica en ciencias de la salud*". 5ª Edición. Ed. Interamericana -McGraw Hill, México, 1997.
- PREM. P. G. " *Ostomy Wounds Management: Biología de la Curación de la Herida*" Volumen 1, Nº 1, U.S.A., 1994.
- SMELTZER S. C. & BARE. B. G. " *Enfermería Médico Quirúrgica* " Volumen 1, 7ª Edición. Ed. Interamericana MacGraw-Hill, U.S.A ,1994.
- TORRES. R. " *Tretado de Cirugía*". Ed. Interamericana- O.P.S., 1994.

- US DEPARTMENT OF HEALTHS AND HUMAN SERVICES PUBLIC HEALTH SERVICE
AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. *"Treatment of pressure ulcers.
Clinical Practice Guideline"*. Maryland, 1994.

- WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY AM. ASSOCIATION OF ET.
NURSES. *"Standars of care patient with dermal wound pressure ulcers"*. U.S.A., 1996.

ANEXO 1

Universidad de la República
Instituto Nacional de Enfermería

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN

Fecha:/...../.....

Servicio:

Trata la herida quirúrgica descubierta con agua y jabón (Baño diario) : SI NO

Realiza limpieza y/o asepsia de la herida quirúrgica : SI NO

En caso de que se realice la limpieza y/o asepsia de la herida quirúrgica:

PROCEDIMIENTO :

-Lavado de Manos del operador antes del procedimiento : SI NO

-Valoración de la herida quirúrgica : SI NO

-Uso de guantes o pinzas estériles : SI NO

-Respeta Áreas Limpias y Sucias durante el procedimiento: SI NO

-Mantiene Técnica Estéril durante el procedimiento: SI NO

-Utiliza Suero Fisiológico en la limpieza de la herida quirúrgica : SI NO

-Utiliza Iodofón en la asepsia de la herida: SI NO

-Utiliza Otros antisépticos en la asepsia de la herida : SI NO

ANEXO 2

ANEXO 2.1

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
COMITE DE EDUCACION
COMITE DE PROCEDIMIENTOS

67

XIII - CURACIONES

CURACIONES SIMPLES DE HERIDAS QUIRURGICAS

PROPOSITO

Aplicar sustancias antisépticas en una solución de continuidad de la piel para favorecer su proceso de cicatrización.

RRHH

Dos operadores: - Operador No. 1: realiza la curación.
- Operador No. 2: instrumentación del carro.

RRMM

Carro de curaciones con:

- bocal con clamps sumergido en solución antiséptica con nitrilo de amonio.
- cilindro con torundas.
- cilindro con gasa doblada.
- cilindro con apósitos.
- piceta con disán.
- piceta con éter.
- piceta con agua oxigenada.
- piceta con solución yodófora en envase oscuro.
- tijera estéril.
- tijera limpia.
- 1 pinza americana estéril.
- 1 pinza de disección estéril.
- balde forrado con bolsa de nylon.
- tela adhesiva.
- rifón descartable.
- tubos estériles para tomas de exudados.
- drenajes de látex de guantes.
- 2 bolsas de nylon.

Blombo.

PROCEDIMIENTO:

- Lea las indicaciones médicas.
- Explique el procedimiento y coloque al paciente en la posición adecuada para la curación.
- Mantenga la privacidad del paciente, si es necesario coloque el blombo.
- Lleve el carro a la unidad.
- Lávense las manos ambos operadores (según procedimiento).
- Coloque sobre la cama la bolsa de nylon abierta para recibir residuos.

Operador No. 1: - Suelte las telas adhesivas con una torunda embebida en éter.
- Retire el apósito y observe las características de las secreciones, si las presenta.
- Si el apósito está adherido mójelo con agua oxigenada.
- Doble el apósito de manera que la parte que ha estado en contacto con la herida quede hacia adentro, coloque este material en la bolsa de nylon.
- Valore las condiciones de la herida, si presenta secreciones realice la toma de exudado.

Operador No. 2: - Alcance el paquete abierto con las pinzas americana y de disección.
- Alcance una torunda.

Operador No. 1: - Recibe la pinza.
- Recibe la torunda.

Operador No. 2: - Vierta éter sobre la torunda.

Operador No. 1: - Pase la torunda quitando los restos del adhesivo que quedaron en la piel.

Operador No. 2: - Alcance otra torunda al operador No. 1 y viértale el antiséptico seleccionado.

Operador No. 1: - Pase la torunda sobre la herida una sola vez y en forma unidireccional.
- Pase una segunda y tercera torunda en el área circundante.
- Pase una cuarta torunda en solución yodófora sobre la herida y la zona circundante.

Operador No. 2: - Alcance gasa doblada de a una.

Operador No. 1: - Cubra la curación con la gasa y fíjela con cinta adhesiva.
- Coloque la pinza usada en una bolsa de nylon.
- Cierre la bolsa de residuos con doble nudo y deposítela en el balde.
- Ordene la cama del paciente y póngalo en posición cómoda.

Operador No. 2: - Lava y acondicione el carro para su nuevo uso.
- Lávese las manos.

Operador No. 1: - Lávese las manos.
- Registre en historia el tipo de curación realizada, condiciones de la herida, firma.

OBSERVACIONES:

- Si alguno de los operadores está resfriado, usar tapa boca.
- Si al destapar la herida observa exudado o fetidez, envíe muestra para examen bacteriológico, prevo al uso de antiséptico.
- Trate de realizar la curación alejada de las horas de ingesta.
- Si la herida tiene drenaje de lámina y éste sale adherido a la curación, consulte al médico antes de colocarlo nuevamente.
- En el plan diario de curaciones comenzarlo con las curaciones limpias.

EXTRACCION DE PUNTOS DE SUTURA

Igual procedimiento de curación simple de herida quirúrgica, con el agregado de:

- después de la limpieza y desinfección:

Operador No. 2: - Alcance el paquete abierto con la tijera estéril.

Operador No. 1:

- Tome el punto por su extremo con la pinza de disección.
- Introduzca la punta más fina de la tijera, entre el punto y la piel, cortándole uno de sus extremos emergentes.
- Retire el punto, asegurándose que salga en su totalidad.
- Deseche los puntos retirados.
- Pase una torunda embebida en solución yodófora sobre la herida.
- Finalice el procedimiento como en todas las heridas limpias.

ANEXO 2.2

HOSPITAL DE CLINICAS
"Dr.Manuel Quintela"
División Enfermería

CURACIONES

Propósito.

Aplicar sustancias de acción bactericida y bacteriostática sobre la herida para favorecer el proceso de cicatrización.

Valorar la evolución de la herida.

Recursos humanos.

Uno o dos operadores.

Recursos materiales.

Biombo.

Carro de curaciones con:

- Bocal con pinza estéril en alcohol al 70%.
- Cilindro con torundas.
- Cilindro con gasa doblada.
- Riñón o bolsita de papel con torundas de algodón.
- Piceta con éter.
- Piceta con disán.
- Piceta con yodoformas.
- Piceta con agua oxigenada.
- 2 tijeras - 1 estéril - 1 no estéril.
- 1 pinza Kocher.
- Cinta adhesiva.
- Bolsa de nylon o papel.
- 1 balde forrado.
- 1 recipiente con distintos tipos de drenaje.
- tubos para toma de exudado.
- 1 riñón grande.

Procedimiento.

- Lea las indicaciones médicas.
- Lleve el carro a la unidad del paciente.
- Coloque biombo si la curación la va a realizar en la sala.
- Lávese las manos.
- Explique el procedimiento al paciente y colóquelo en la posición correcta que corresponda al tipo de curación y retire la ropa de cama hasta donde sea necesario.
- Afloje la cinta adhesiva con una torunda humedecida en éter.
- Retire el apósito en forma tal que la parte que ha estado en contacto con la herida quede hacia adentro y colóquelo en la bolsa de nylon.
- Coloque un riñón sobre la cama del paciente debajo de la herida.
- Observe las condiciones de la herida.
- Tome con la pinza Kocher una torunda y humedézcala en una solución yodófora sobre un riñón.
- Desinfecte la piel desde adentro hacia afuera.
- Descarte la torunda en la bolsa de papel.
- Abra el cilindro colocando la tapa hacia arriba, retire una nueva torunda con el clamps, cierre el cilindro, tome la torunda con la pinza Kocher y coloque el clamps en el bocal.
- Humedézcala en solución yodófora y repita la desinfección de la herida.
- Coloque gasa plana sobre la herida y fíjela con cinta adhesiva realizando curación cerrada.
- Coloque la pinza Kocher con el riñón.
- Coloque al paciente en posición cómoda y ordene la cama.
- Retire el equipo y acondiciónelo.
- Lávese las manos.
- Registre en la historia clínica:
 - curación realizada
 - Condiciones de la herida

OBSERVACIONES:

- Si la curación estuviera adherida con sangre humedezca el apósito con agua oxigenada y retírelo cuando se desprenda fácilmente para evitar dolor y tracción de la herida.
- Si al destapar la herida observa la presencia de exudado, realice toma para investigación de gérmenes previo a la aplicación de antisépticos.

/emds

VI.90 - N° 1.003