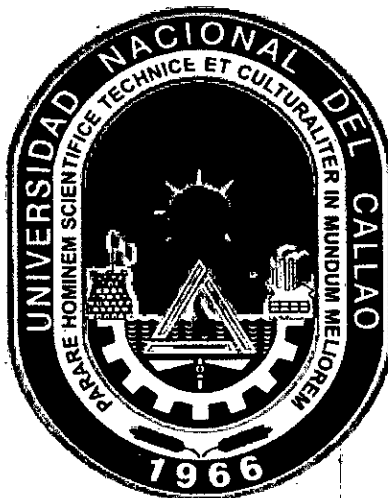


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUIRÚRGICOS
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA
OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

LEONIDAS PEREGRINA CÉSPEDES REVELO

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ MG. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTE |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURU | VOCAL |

ASESORA: Mg, LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 014

Fecha de Aprobación de tesis: 29 de Noviembre del 2016

Resolución Decanato N° 1569-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 02 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 04 |
| 1.1 Descripción de la situación problemática | 04 |
| 1.2 Objetivo | 10 |
| 1.3 Justificación | 10 |
| II. MARCO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 Antecedentes | 12 |
| 2.2 Marco Conceptual | 16 |
| 2.3 Definición de Términos | 54 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 55 |
| 3.1 Recolección de datos: | 55 |
| 3.2 Experiencia profesional | 56 |
| 3.3 Procesos realizados en el tema del informe | 58 |
| IV. RESULTADOS | 72 |
| V. CONCLUSIONES | 86 |
| VI. RECOMENDACIONES | 87 |
| VII. REFERENCIALES | 88 |
| ANEXOS | 93 |

INTRODUCCIÓN

Dentro de las actividades de los enfermeros merece especial consideración las relacionadas con la atención a pacientes quirúrgicos. La Cirugía Plástica, es una especialidad quirúrgica que comprende una parte estética y otra reconstructiva. Esta clase de procedimientos modifica la calidad de vida de los pacientes, en el aspecto psicológico, físico, social y económico, disminuyendo el número de secuelas ocasionadas por diferentes mecanismos, permitiendo que el paciente pueda seguir con su estilo de vida, y brindándole una nueva oportunidad de satisfacer sus sueños y cumplir sus metas.

Los pacientes expuestos a estas cirugías plásticas reconstructivas necesitan cuidados específicos en el pre intra y pos operatorio. La falta de conocimiento en la ejecución de actividades propias de enfermería, ocasiona en algunos casos el fracaso de la reconstrucción, de forma parcial o total, originando múltiples problemas físicos, sociales, económicos y culturales en el paciente. Es por ello que se realiza el presente informe de experiencia profesional para optar el título de especialista en cuidados quirúrgicos con el objetivo de: Describir los cuidados de enfermería a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2016.

Consta en CAPITULO I: Planteamiento del problema, donde se describe la situación problemática, objetivo y justificación del trabajo. CAPITULO II: Marco teórico, con los antecedentes, marco conceptual y definición de términos. CAPITULO III: experiencia profesional, donde se describe la recolección de datos, experiencia profesional y los procesos realizados en el tema del informe. CAPITULO IV: Resultados, CAPITULO V: conclusiones, CAPITULO VI: Recomendaciones, Capitulo VII: Referenciales y finalmente los anexos, que muestran evidencia de los cuidados de enfermería en el servicio de cirugía plástica y reparadora 8B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

A lo largo de los años, la imagen corporal siempre ha sido una preocupación constante. El descontento con la propia imagen es un mal de la época, este malestar es aún más pronunciado cuanto más fácil es la capacidad de intervenir a los cuerpos y modificarlos. Según la American Society of Plastic Surgeons (ASPS), reporta que entre 2005 a 2012 se incrementó el uso de la cirugía plástica reparadora y estética en Estados Unidos en un 203 %, siendo las mujeres las mayores consumidoras de esta tecnología (91%). Por otro lado, la encuesta ISAPS Global Survey publicada en 2011 realizada por la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) expone a los 25 países con mayor número de intervenciones quirúrgicas estéticas realizadas, esto solo a través de cirujanos certificados. Los países son, por orden de cantidad mayoritaria de cirugías: Estados Unidos, China, Brasil, India, México.¹

Desde el instante en que se produce una lesión sobre el organismo, cualquiera sea este el órgano o sistema afectado, se gatillará un proceso de reparación tisular llamado cicatrización, el que en la mayoría de los casos logrará un resultado anatómico y funcional adecuado (cicatrización normal). Sin embargo, en ciertas ocasiones este proceso será incapaz de lograr un cierre primario, ya sea por el tamaño de la lesión o su profundidad, o por la exposición de tejido óseo o materiales protésicos. Es

en estos casos en los que el cirujano deberá utilizar métodos quirúrgicos de cobertura de la lesión con injertos, de acuerdo a las características de cada una de ellas. ²

El departamento de cirugía plástica y reparadora del Hospital del trabajador en Chile nos habla sobre el beneficio de los autoinjertos en las lesiones de origen traumático, el tiempo de granulación de cierre por segunda intención con autoinjerto fue en promedio 72,7% más rápido y las úlceras por insuficiencia venosa se recuperaron un 70,6% más rápido, las lesiones de pie diabético la recuperación supuso un 58,3% de promedio. El tiempo de evolución se redujo en un 64,7% de promedio con respecto al grupo de pacientes no tratados con autoinjertos. ³

Los injertos también son utilizados en las úlceras venosas de miembros inferiores que son un problema importante de salud. Estudios europeos hablan de una prevalencia de úlceras venosas activas en 9.48 personas por cada 1,000 habitantes. Se considera que de 2 a 3% de la población tiene una úlcera abierta de origen venoso en este momento, lo que representa 70% de todas las úlceras. Una cifra mayor encontramos en el pie diabético, representa 4 a 5% en adultos mayores. La ulceración de la piel en la porción distal de la pierna y el pie tiene múltiples causas. La insuficiencia venosa, enfermedad arterial y diabetes mellitus ocupan casi 90% de las úlceras en las extremidades inferiores. Ante ello el Injerto de

piel ha sido usado satisfactoriamente para el tratamiento de las úlceras crónicas con un porcentaje de curación mayor a 75%.³

Otro problema tratado por la cirugía plástica y reparadora con altos índices de incidencia es la reconstrucción mamaria posmastectomía, que se considera actualmente parte integral del tratamiento multidisciplinario del carcinoma de la mama. (Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, debe ser ofrecida a todas las pacientes con cáncer de mama). El impacto psicológico causado por la cirugía de la mama afecta la percepción de la propia imagen, alterando el aspecto físico de las pacientes y produciéndoles importantes secuelas psicológicas. Por esa razón, la reconstrucción mamaria debe considerarse parte esencial del tratamiento en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.⁴

La Organización Mundial de la Salud, a través de su Agencia Internacional en el Estudio del Cáncer (IARC), estimó una incidencia mundial de 1.676.632 casos de cáncer de mama en 2012, con una mortalidad de 12,9 por 100.000 mujeres. En el análisis por región, se observaron 499.555 nuevos casos en Europa y 408.266 en América y el Caribe. Según el mismo estudio, Chile presentó un total de 4.081 nuevos casos. Por otra parte, registros nacionales del MINSAL al año 2011 muestran una tasa de mortalidad de 15,46 por 100.000 mujeres. Respecto

al estadio, sólo el 10% de los casos se diagnosticó en estadio 0 y el 16,7% en estadio I; la mayoría (42%) de los casos fueron diagnosticados en estadio II2. ⁵

Autores como Sellick y Edwardson (2007) hallaron que el 22.6 % de las 773 pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama, presentaban niveles patológicos de ansiedad, junto a un 5.3 % que manifestaron niveles patológicos de depresión. Si bien el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha migrado en las últimas décadas hacia técnicas que conservan el tejido mamario, la mastectomía continúa siendo un procedimiento frecuente. Sin embargo, la reconstrucción mamaria aún no constituye un tratamiento al alcance de la gran mayoría de las pacientes mastectomizadas. Estudios realizados en los centros designados por el Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU muestran que menos del 50% de las pacientes mastectomizadas son reconstruidas. ⁶

Respecto del tiempo de reconstrucción, un estudio basado en el programa de registros del Instituto Nacional del Cáncer Americano (SEER: Surveillance, Epidemiology, and End Results) describe que del total de pacientes que completaron el seguimiento del estudio, el 24,8% fueron reconstruidas de forma inmediata y el 16,8% de forma diferida. En relación a la técnica de reconstrucción, de un total de 91.655 reconstrucciones reportadas en 2012 por la Sociedad Americana de

Cirujanos Plásticos, un 8,1% fueron realizados utilizando sólo implantes; un 70,5% con la técnica de expansor prótesis; un 6,6% con colgajo TRAM; y un 7,1% con colgajo DIEP. ⁶

En los últimos años la cirugía plástica y reparadora también viene tratando las secuelas de la obesidad mórbida, considerada como una enfermedad que involucra un exceso en la cantidad de grasa corporal, siendo un problema de salud pública que presenta tasas aceleradas de crecimiento en los últimos años. La obesidad ha alcanzado proporciones elevadas que convierten esta enfermedad en una epidemia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2008), mueren al año como mínimo en todo el mundo, 2,6 millones de personas a causa de enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso. El pronóstico de esta entidad sugiere que para el año 2015 habría aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones de adultos con obesidad. ⁷

Otra causa que dilata la piel del abdomen y produce flacidez de los músculos abdominales (rectos y oblicuos), cutánea y estrías en la piel, que molestan desde el punto de vista estético, son los embarazos repetidos, que provoca manifestaciones diversas que van desde las dificultades para los movimientos hasta sentimiento de inferioridad y son causa de solicitud de cirugía plástica. ⁷

Así ante lo expuesto, existen más personas que se someten diariamente a regímenes de dietas, ejercicios y mejoran sus estilos de vida saludable para obtener una imagen corporal deseable según los estándares sociales, quedando efectos residuales en su cuerpo como consecuencia de haber sufrido grandes pérdidas ponderales de peso. Contribuyendo la cirugía estética en la obtención de beneficios psicológicos como el aumento de la autoestima, de la seguridad y la confianza. Siendo la dermolipectomia abdominal, diseñada para corregir los efectos abdominales (se elimina la piel sobrante en el abdomen y se repara la musculatura) de los embarazos, y las secuelas producidas por la obesidad en pacientes que han superado y han alcanzado un peso óptimo. Que ha cobrado un aumento significativo promedio por año.⁸

En el Servicio de Cirugía Plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se brindan cuidados en el pre y post operatorio a pacientes sometidos a: injertos de piel, reconstrucción mamaria y dermolipectomia. Requiriendo cuidados especializados de enfermería para evitar complicaciones, acelerar su proceso de recuperación, mejorar su autoestima y su pronto reinserción social. Por tal motivo surgió la inquietud de realizar el presente informe de experiencia profesional, cuidado de enfermería a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2016".

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2016.

1.3 Justificación del problema

- **Justificación teórica:** Nuestra imagen corporal es dinámica. Se encuentra en constante cambio y redefinición. Es influenciada por los cánones sociales y culturales, las situaciones personales y afectivas de la persona, los eventos traumáticos y/o quirúrgicos previos de la misma, etc. Por ello el presente informe de experiencia profesional es importante porque permitirá que los enfermeros especialistas en cuidados quirúrgicos mejoren sus cuidados e intervenciones de enfermería basados en evidencia científica disminuyendo los costes hospitalarios post quirúrgicos y mejorando la calidad de vida del paciente. Siendo los principales beneficiarios los pacientes del servicio de cirugía plástica y reparadora que con cuidados de calidad obtendrán una pronta recuperación en su salud y podrán reinsertarse en menor tiempo a la sociedad.
- **Justificación social:** La cirugía plástica, ya sea en su versión reparadora como en su versión estética tiene un rol fundamental en la sociedad. Hoy en día la imagen corporal y la autoestima están de la mano, y es

innegable que el hecho de sentirse bien con uno mismo implica sentirse bien con su aspecto físico y mental. Aumentado la incidencia de los pacientes sometidos a cirugía plástica y reparadora.⁹

- **Justificación práctica:** La labor de los profesionales de enfermería requieren virtuosidad a favor del paciente, con un alto sentido de humanismo y responsabilidad que harán de la enfermera un ser humano más sensible y más capaz de enfrentarse a todas las adversidades y dificultades que se presenten durante su camino como profesional. Además con el resultado de este estudio se brinda un aporte a las institución de salud, para que tome medidas potencializadoras o correctivas, para que pueda implementar programas de capacitación, guías, protocolos talleres sobre los cuidados de enfermería en post operados mediatos del servicio de cirugía plástica y reparadora del HNERM.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

a) **RINCÓN FERNÁNDEZ María, PÉREZ SAN GREGORIO Ángeles y otros (España) (2011)**. En su investigación titulada "Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama España - 2011". Tuvo como objetivo comprobar si el nivel de satisfacción con el resultado estético, así como la autoestima o la imagen corporal de estas pacientes difería según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria), se estudiaron un total de 72 pacientes. Para ello, se empleó una encuesta Psicosocial, la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC y el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal. Se llegaron a las siguientes conclusiones: Las pacientes reconstruidas presentaron una satisfacción significativamente mayor con el resultado estético de la intervención quirúrgica ($p < 0.05$), frente a las mujeres mastectomizadas, las pacientes con reconstrucción mamaria mostraron un nivel de autoestima significativamente mayor ($p < 0.01$) que las mujeres mastectomizadas. ⁽¹⁰⁾

b) **MOYA ROSA Enrique, GAZMURI GONZÁLEZ, Orlando y otros (Cuba) (2011)**. En su investigación titulada "Dermolipectomía abdominal en el servicio de cirugía plástica del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech Cuba 2008 - 2011". Tuvo como objetivo conocer los

grupos de edades que con más frecuencia solicitan tratamiento quirúrgico para corregir los defectos estéticos de la pared abdominal, técnicas más empleadas y complicaciones. Método de estudio tipo descriptivo con una muestra de 130 pacientes mujeres, llegó a las siguientes conclusiones: Encuentran un promedio de edad de 39.5 años en mujeres que solicitaron realizarse la dermolipectomía abdominal. Las complicaciones encontradas con mayor frecuencia fueron la dehiscencia de las suturas en ocho pacientes (6.15%), seguida por el serohematoma en siete pacientes (5.38 %) y la necrosis cutánea encontrada en cuatro pacientes (3.07 %). En 111 pacientes se obtuvo un buen resultado (85.38 %), en 15 pacientes un resultado regular (11.54 %) y solamente en cuatro pacientes un resultado malo (3.08 %).⁽¹¹⁾

c) SÁNCHEZ WALIS Lenia, MESTRE FERNÁNDEZ Braulio y otros (Cuba) (2012). En su investigación titulada "Reconstrucción mamaria posmastectomía en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba (2008-2012)". Tuvo como objetivo caracterizar experiencias en la reconstrucción mamaria posmastectomía. Basada en un método de estudio descriptivo y prospectivo para caracterizar la experiencia de la reconstrucción mamaria posmastectomía en pacientes con mastectomía radical o modificada, que fueron atendidas entre enero de 2008 y diciembre de 2012 en el Servicio de Cirugía Reconstructiva del INOR. La muestra quedó conformada por 96 pacientes. Llegaron a las siguientes conclusiones: Las pacientes que predominaron en la reconstrucción

tenían entre 40 y 49 años (47,9 % de la muestra estudiada). La mama más afectada fue la izquierda (48,6 %) y 4 pacientes requirieron reconstrucción bilateral. Recibió quimioterapia adyuvante el 74 % de la muestra y radioterapia previa a la reconstrucción el 64,5 % de las pacientes. El tipo de mastectomía que más se realizó fue la que conserva los dos músculos pectorales (74 %). El momento de la reconstrucción que predominó fue la forma diferida (71 pacientes, 74 %). La reconstrucción del pezón se realizó por colgajos en el 16 % de los casos, y por injerto contralateral en el 7,5 % de la muestra. ⁽¹²⁾

d) CELIO MANCERA José, ZANATTA MONROY Jorge y otros (México)

(2012). En su investigación titulada “Influencia del factor tabaquismo en complicaciones en post operados de dermolipectomía abdominal Mayo – Agosto 2012 México”. Tuvo como objetivo establecer la influencia del tabaquismo en las complicaciones en post- operados de dermolipectomía abdominal. Basada en un método de estudio tipo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Con una muestra de 30 pacientes, llegaron a las siguientes conclusiones: El papel que juega el tabaquismo en pacientes a los que se les realizó dermmolipectomía abdominal, encontrando que el rango de problemas en la herida quirúrgica como infección, necrosis grasa y dehiscencia de la herida quirúrgica se presentaba en 47.9% de los pacientes fumadores, contra 14.8% de los no fumadores. Siendo la complicación más frecuentes es el seroma, presente en 38% de los pacientes. Las complicaciones en la herida quirúrgica se observaron en el 64% de hombres y en el 15.3% de las mujeres. ⁽¹³⁾

e) BACA ESCOBAR Bayron (Ecuador) (2013). En su investigación titulada "Cambios respiratorios post- dermolipsectomía abdominal en pacientes tributarias de la Seguridad Social 2013, residentes en Quito (Ecuador). Tuvo como objetivo describir los cambios respiratorios post dermmolipsectomía abdominal. Basada en un método de estudio descriptivo, evaluamos 18 pacientes de sexo femenino sin antecedentes de problemas respiratorios, no fumadoras a las que se les realizó dermolipsectomía abdominal clásica en todos los casos. Llegaron a las siguientes conclusiones la presión intraabdominal preoperatoria fue de (4.46%), mientras que la presión postoperatoria fue de (14.56%) este aumento de la presión intrabdominal hace subir el nivel del diafragma, causando una disminución en la capacidad vital pulmonar estadísticamente significativa. Estos con capacidad vital preoperatoria media de 2,88 (97%) en el postoperatorio inmediato de 2,52 (77.5%) y a los quince días de 2.73 (86.6%). Estos resultados nos ayudan a conocer las implicaciones que tiene la dermolipsectomía como procedimiento quirúrgico sobre la fisiología pulmonar de nuestros pacientes, ya que debemos tener cuidado en la selección de los mismos para evitar problemas graves. ⁽¹⁴⁾

f) GÜNTHER MANGELSDORFF Nicolás (Ecuador) (2013). En su investigación titulada "Eficacia de los Injertos en reconstrucción de la región calcáneo lateral". Tuvo como objetivo describir la eficacia del uso de injertos en reconstrucción de la región calcáneo lateral. Basada en un método de estudio descriptivo y prospectivo, se evaluaron a diez

pacientes que presentaron defectos de cobertura de la herida operatoria, los defectos se clasificaron en pequeños (< 2 cm), medianos (2-5 cm) y grandes (> 5 cm). Se realizaron 11 injertos en 10 pacientes. Seis pacientes presentaron un defecto pequeño y fueron tratados mediante injertos locales; cuatro casos de defectos medianos se resolvieron mediante tres injertos perforantes de arteria peronea de tipo propeller y un injerto sural. Todos los defectos de la zona dadora, tanto en el injerto sural como en los injertos propeller, fueron cerrados de manera primaria. En todos los casos se proporcionó una cobertura estable que no requirió revisiones. ⁽¹⁵⁾

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Cuidado de enfermería

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*.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente, supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un

paciente que demandan de su intervención mediante un proceso de enfermería con base científica.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos, tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica. Roger en 1967 planteó: «Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional»¹⁶

➤ **Teorías de enfermería**

- **Modelo de Virginia Henderson**

Henderson cuya base teórica es un modelo de suplencia o ayuda parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow. El ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos y cultura. La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal

manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

Independencia será, por tanto, la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Ésta se puede ver alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos.

El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible, basándose en los cuidados de enfermería, que son actividades con base científica que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud. ¹⁶

- **Modelo de Callista Roy**

Con su teoría de la adaptación refiere que el ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta

interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

Área fisiológica: Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

Área de autoimagen: La imagen que uno tiene de sí mismo.

Área de dominio del rol: Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.

Área de independencia: Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el «continuum» (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

Estímulos focales: Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente.

Estímulos contextuales: Todos aquellos que están presentes en el proceso.

Estímulos residuales: Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente.

El objetivo para Callista Roy es promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería haciendo que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación.¹⁶

2.2.2 Cirugía plástica

Es la especialidad médica que tiene por objeto la corrección y/o mejoramiento de anomalías de origen congénito, adquirido, tumoral o involutiva que requieran reparación o reposición de la forma corporal y su función. La finalidad es que el paciente que ha nacido con un defecto congénito, o que ha sufrido un accidente con pérdida de la función alcance la mayor normalidad tanto en su aspecto como en la función de su cuerpo. También, se incluye a todos aquellos individuos sanos y emocionalmente estables que desean cambiar su aspecto ante

inconformidad con su apariencia. La cirugía plástica se ha dividido desde un punto de vista práctico en dos campos de acción.¹⁷

➤ **Cirugía reconstructiva o reparadora:** Incluye a la microcirugía, está enfocada en disimular y reconstruir los efectos destructivos de un accidente o trauma, los defectos de una malformación congénita y de una resección tumoral u oncológica. La cirugía reconstructiva o reparadora hace uso de distintas técnicas: de osteosíntesis, de traslado de tejidos mediante colgajos y trasplantes autólogos de partes del cuerpo sanas a las afectadas, etc. Campos de influencia de la cirugía reconstructiva:

- Fracturas complicadas del esqueleto craneofacial.
- Malformaciones congénitas del esqueleto craneofacial y de la cara (cirugía de labio y paladar hendido).
- Reconstrucción de la piel y estructuras nerviosas de la cara.
- Cirugía oncoplástica o cirugía plástica oncológica: reconstrucción después de cirugía de extirpación tumoral. Especialmente en mama y cabeza y cuello.
- Úlceras por presión.
- Úlceras varicosas.
- Quemaduras por fuego directo, escaldadura, electricidad, químicas, por congelamiento.
- Reconstrucción de tejidos blandos asociados a fracturas previa o durante la Cirugía ortopédica.

- Cirugía de mano: reconstrucción postraumática, reimplantes, trasplantes
- Corrección de defectos congénitos y por enfermedades degenerativas como la artritis reumatoide.¹⁷

➤ **Cirugía estética o cosmética:** Es realizada con la finalidad de modificar aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias para el paciente. En muchos casos, sin embargo, hay razones médicas (por ejemplo, mamoplastia de reducción cuando hay problemas ortopédicos en la columna lumbar, o la blefaroplastia en casos graves de dermatocalasia que incluso impiden la vista). Campos de influencia de la cirugía estética:

- Abdominoplastia: remodelación y reafirmación del abdomen.
- Blefaroplastia: cirugía de rejuvenecimiento de párpados, resección de piel y bolsas de grasa.
- Ginecomastia: reducción de mamas en los hombres.
- Implantes de busto o mamoplastia de aumento: cirugía en la que mediante prótesis o implantes (de solución salina o gel de silicona) se aumenta el tamaño y la forma de los senos.
- Mamoplastia reductiva.
- Rinoplastia: tiene la finalidad de mejorar estéticamente la nariz.
- Otoplastia: corrección de los defectos congénitos o adquiridos de las orejas.

- Queiloplastia: corrección de los defectos congénitos o adquiridos de los labios.
- Lipoescultura o Liposucción: la meta es retirar las adiposidades localizadas en distintas partes del cuerpo o cara; con la finalidad de mejorar la forma del cuerpo del paciente.
- implante malar: cirugía que pretende corregir la hipoplasia malar mediante la colocación de un implante de silicona especialmente diseñado.¹⁷

2.2.3 Injerto de piel

Se define como un segmento de tejido (único o combinación de varios) que ha sido privado totalmente de su aporte sanguíneo y del punto de unión a la zona donante antes de ser transferido a la zona receptora.¹⁸

➤ Anatomía cutánea

Un aspecto fundamental para poder entender la totalidad de los procedimientos quirúrgicos, y en particular las características generales de los injertos y colgajos, es conocer la anatomía, en este caso, cutánea, sus capas, anexos y vascularización. La piel es el órgano más grande del ser humano, con una extensión de 1,5 a 2 m. Cumple la función de barrera y protección, regulador de temperatura, producción de melanina y cicatrización. Tiene tres capas:

- **Epidermis:** Es el estrato más superficial de la piel. Originada del ectodermo, carente de vasos cutáneos, se irriga desde la dermis. Su grosor es variable dependiendo del segmento corporal (mayor en palmas y plantas). Constituye el 5 % del total de la piel. Está dividida en 5 estratos o capas que desde profundo a superficial son: basal, espinoso, granuloso, lúcido y córneo.

- **Dermis:** Es la capa inmediatamente bajo la epidermis, separada de ésta por una membrana basal de tejido conectivo, derivada del mesodermo.
Corresponde al 95 % del grosor de la piel, incluye vasos sanguíneos y linfáticos, receptores nerviosos y anexos cutáneos.

- **Hipodermis:** Corresponde al estrato celular subcutáneo, capa más interna de la piel, compuesta de adipocitos, separados por tabiques fibrosos.¹⁹

➤ **Injertos de Piel Parcial (IPP)**

- Descritos por Ollier - Thersch, 1872-1886.
- Contienen epidermis y porciones variables, pero no totales de dermis.
- Se subdividen en finos, medios y gruesos, según la cantidad de dermis incluida en el injerto (0.2-0.45 mm).

➤ **Injertos de Piel Total (IPT)**

- Descritos por Wolfe - Krause, 1893.
- Contiene toda la dermis y la epidermis.
- Contienen en grado variable glándulas sudoríparas, sebáceas y folículos pilosos.

➤ **Según los agentes dadores y receptores**

- **Autoinjerto** (proviene del mismo individuo).
- **Isoinjerto** (proviene de individuos genéticamente idénticos).
- **Alloinjerto u homoinjerto** (proviene de individuos de la misma especie).
- **Xenoinjerto o heteroinjerto** (proviene de individuos de distinta especie).

➤ **Indicaciones**

- Zonas donde ha habido infección que causó una gran cantidad de pérdida de piel.
- Úlceras venosas, úlceras de decúbito o úlceras diabéticas que no sanan. (en el caso de las úlceras, está indicado utilizar el injerto cutáneo en lesiones en las que mediante tratamiento previo se ha conseguido un tejido de granulación de buena calidad).
- Heridas muy grandes.
- Razones estéticas o cirugías reconstructivas donde ha habido daño de la piel o pérdida de esta.

- Cirugía para cáncer de piel.
- Cirugías que necesitan injertos de piel para sanar.
- Una herida que el cirujano no ha sido capaz de cerrar apropiadamente.
- Quemaduras.

➤ **El proceso de injertar**

- **Zona receptora:** Bien irrigada, sin tejido necrótico, cuerpos extraños y sin hemorragia. No son buenas zonas receptoras los nervios, tendones y cartílagos (a no ser que, estos últimos, preserven el paratenon y pericondrio respectivamente). Son buenas zonas receptoras el músculo, grasa, fascia, duramadre y periostio.
- **Zona Dadora:** Los sitios donantes para injertos se escogen con base en qué tanto coincide la piel con el área de la herida, qué tan visible será la cicatriz del sitio donante, qué tan cerca está el sitio donante de la herida. Con frecuencia, el sitio donante puede presentar más dolor después de la cirugía que la herida, debido a las terminaciones nerviosas recién expuestas.
- **Injerto de piel total:** párpados, retroauricular, preauricular, supraclavicular, antecubital (codo), muñeca, hipotenar, inguinal, subglúteo. Para la selección del área dadora se buscará la piel más parecida en sus características de color, grosor y textura. Una vez

seleccionada el área se dibuja la elipse de piel a retirar, se infiltra la anestesia, y se incide la piel en profundidad hasta el tejido subcutáneo.

Injerto de piel parcial: Cara interna de brazo, glúteos, muslos, abdomen, dorso, cara anterior de tórax, cuero cabelludo, pierna (último recurso, porque cicatrizan mal). Para obtener este tipo de injerto es necesario utilizar unos determinados instrumentos, como el dermatomo manual, el eléctrico o cuchillas especiales, que permiten la retirada de láminas de piel de grosor variable.²⁰

➤ **Prendimiento de un injerto de piel**

El prendimiento es el proceso mediante el cual el injerto es incorporado al lecho receptor y su éxito depende básicamente de la rapidez con que se restituya la irrigación de este tejido parásito isquémico. Este proceso se puede aplicar a cualquier tipo de injerto. Tiene en 3 fases:

a. Inhibición plasmática:

- Normalmente dura entre 24 y 48 horas.
- Se forma una capa de fibrina entre el injerto y la zona receptora que mantiene la adherencia.
- El injerto absorbe nutrientes y O₂ que difunden desde el lecho dador.

b. Inoculación:

- Los capilares de la zona dadora y receptora se alinean.

c. Revascularización. Existen 3 teorías que tratan de explicar este fenómeno:

- Anastomosis entre vasos del injerto pre-existentes y los vasos del lecho dador.
- Nuevos vasos desde la zona dadora invaden el injerto.
- Combinación de vasos nuevos y viejos. ²¹

➤ **Cuidados con los injertos de piel**

- Un vendaje en las heridas cumple con varias funciones como: Proteger la herida de microbios y reducir el riesgo de infección, proteger el área mientras sana, absorber cualquier líquido que se filtre de la herida. El tipo de vendaje depende del tipo de la herida y dónde está, mantenerlo limpio y libre de suciedad o sudor. No deje que el vendaje se moje.
- Descansar por varios días después de la cirugía mientras la herida sana.
- Administrar mediación analgésica y antibiótica. No tomar ningún medicamento que tenga aspirina o anticoagulantes.
- Evite cualquier movimiento que pudiera estirar o lesionar el colgajo o el injerto. Evite golpear o chocar el área.

- Puede necesitar baños de esponja durante 2 a 3 semanas mientras las heridas estén en las etapas iniciales de la cicatrización.
- Asegúrese de proteger los vendajes mientras se baña para mantenerlos secos. El médico puede sugerirle que se cubra la herida con una bolsa de plástico para mantenerla seca.
- No use jabones, lociones, polvos, cosméticos ni cualquier otro producto para el cuidado de la piel en la herida, a no ser que así lo indique el médico.
- Poner compresas de hielo en el área donadora durante los primeros tres días después de la cirugía.
- Si el área del injerto o donadora está en un brazo o pierna, mantenga la extremidad elevada por arriba del nivel del corazón.²¹

➤ **Inmovilización y curación del injerto**

Punto muy importante para permitir que el injerto se revascularice. Se han descrito innumerables métodos: suturados, fijados con corchetes o tela adhesiva, espumas hidrofílicas, hidrocoloides, apósitos transparentes y VAC.

- **Curación abierta:** Cubrir con apósitos y curar al día siguiente. Indicada excepcionalmente con inmovilizaciones especiales. Requiere colaboración por parte del paciente y enfermera.

- **Curación cerrada:** Dejar cubierta por 4 a 5 días con reposo absoluto. Se descubre y deja con curación tradicional protectora. Es la más usada.
- **Curación zona de injertos:** cuyo objetivo es favorecer la cicatrización de la zona injertada a través de la adherencia y viabilidad del injerto. Controlar y prevenir la infección. Acciones:
 - .Revisar al 4° ó 5° día post injerto.
 - .Retirar vendajes (tegaderm, jelonet más moltoprén)
 - .Realizar aseo por arrastre mecánico con suero fisiológico en forma suave, drenar las bulas.
 - .Revisar el injerto en cuanto a adherencia, presencia de exudado y signos de infección.
 - .Secar con apósito estéril y colocar nueva cobertura. Si está seco y adherido: jelonet (tull) + gasa antiadherente + moltoprén de baja intensidad. Si está suelto, con exudado o con signos de infección: bactigras o fucidín intertull + gasa antiadherente.
 - .Vendajes: venda moltoprén para fijar, inmovilizar e iniciar compresión suave.
 - .Revisar al 8° ó 10° día nuevamente, realizando todas las acciones de la curación.
 - .Retirar puntos si existen, dejar expuesto, iniciar compresión y rehabilitación precoz.

➤ **Causas de falla de un injerto de piel**

- **Locales:** Hematoma (1º causa), infección (2º causa), seroma (3º causa), mala inmovilización, exceso de presión sobre el injerto, injerto traumatizado, zona receptora isquémica o sucia.
- **Generales:** Anemia, desnutrición, enfermedades del mesénquima, diabetes, isquemia crónica.

➤ **Complicaciones**

- Sangrado
- Dolor crónico (en muy pocas ocasiones)
- Infección.
- La pérdida de piel injertada (injerto que no sana o injerto que sana lentamente).
- Reducción, pérdida o aumento de la sensibilidad cutánea.
- Cicatrización: queloide.
- Cambio de color de la piel.
- Superficie de piel desigual. ²²

2.2.4 Reconstrucción de mama

La reconstrucción de mama postmastectomía es parte del tratamiento contra el cáncer de mama. Tiene como objetivo devolver la feminidad de la mujer, potenciando su autoestima y recobrando su esquema corporal. Las opciones de reconstrucción de mama dependerán y se adaptarán a la

cirugía y tratamiento contra el cáncer de mama. Se puede comenzar a realizar en el mismo acto quirúrgico de la mastectomía (reconstrucción inmediata) o semanas, meses o incluso años después de la misma (reconstrucción diferida). Una mujer con el seno reconstruido puede recibir tratamiento con quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal. La reconstrucción de mama no interfiere en el control, diagnóstico o seguimiento del cáncer de mama.²³

➤ **Anatomía de la mama**

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.

Está compuesta de conductos y glándulas mamarias y está rodeada de tejido adiposo que le brinda forma y textura. El músculo pectoral (músculo pectoral mayor) está ubicado debajo de la mama.

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios interlobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se

dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforman la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos lactíferos.

La estructura de la glándula mamaria varía con la edad y es influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad, la mama posee unos pocos conductos rudimentarios cubiertos en su interior epitelio plano y envuelto en tejido conectivo. Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, especialmente los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, esféricas, de células poliédricas, que constituirán los alveolos. Después de la menopausia la glándula mamaria se atrofia y los elementos celulares de los alveolos y conductos degeneran, y disminuyen en número.

Existen 3 opciones quirúrgicas para reconstruir el pecho.

a. Reconstrucción con implantes y expansores mamarios

La reconstrucción de mama con implantes es la más realizada, requiere de dos tiempos quirúrgicos. En el primer tiempo se coloca un expansor. Al haberse eliminado en la mastectomía, la piel junto a la glándula mamaria, no es posible colocar directamente una prótesis mamaria porque el tejido que se conserva no tiene el suficiente volumen y la suficiente elasticidad. El expansor es un implante mamario temporal, que se va rellorando con suero salino en consulta de forma ambulatoria hasta que la piel alcanza un volumen suficiente para poder poner la prótesis mamaria. Cualquier tipo de implante puede necesitar ser reemplazado en algún momento si tiene fugas o rupturas.

La sustitución del expansor por la prótesis definitiva (segundo tiempo) se lleva a cabo aproximadamente dos meses tras la finalización de la expansión. La incisión cutánea se realiza en el mismo lugar que sirvió de abordaje para colocar el expansor por lo que no se crean cicatrices adicionales.

b. DIEP (perforador epigástrico inferior profundo)

La técnica con colgajo DIEP se basa en la utilización de tejido abdominal (piel y grasa) que se trasladan desde el abdomen al pecho. Se utiliza una combinación de anestesia general y epidural. A pesar de ser una cirugía de larga duración, los niveles de dolor intraoperatorio son muy

moderados, ya que es una intervención poco agresiva, por ello precisa una anestesia suave. Este traslado requiere de microcirugía permite conservar los nervios y el músculo recto abdominal en su totalidad. Esta técnica tiene la ventaja adicional de que permite remodelar el abdomen. La reconstrucción mamaria mediante microcirugía, es una excelente opción en aquellas pacientes con cirugías radicales o tratamiento con radioterapia. El uso de tejido propio de la paciente crea una mama de aspecto y consistencia muy naturales. El DIEP permite una reconstrucción mamaria de gran calidad que durante tanto tiempo se ha intentado alcanzar sin éxito con otras técnicas. El resultado es natural y definitivo. La nueva mama tiene el mismo tacto, forma y evolución que la natural, lo que contribuye a recuperar el equilibrio físico y psíquico que desafortunadamente conlleva la mastectomía como tratamiento del cáncer de mama.

c. Reconstrucción con dorsal ancho (reconstrucción mixta)

El empleo del músculo dorsal ancho de la espalda, resulta indispensable en algunas reconstrucciones mamarias en las que falta el músculo pectoral mayor en la región de la mastectomía o en casos de importante radiodermatitis después de haber seguido tratamiento radioterápico. Además del colgajo con el músculo dorsal ancho es habitual es tener que implantar un expansor o una prótesis de gel de silicona bajo este colgajo muscular para poder obtener así una buena simetría mamaria. Pese a

emplear un músculo de la espalda para poder reconstruir la nueva mama, no se producen secuelas funcionales en el lado intervenido (la mujer puede practicar deporte o cualquier otra actividad), quedando únicamente una cicatriz debajo de la escápula.

➤ **Reconstrucción del pezón:** Se suele realizar en un procedimiento ambulatorio separado, después de finalizada la primera cirugía de reconstrucción. Como en la mastectomía se suelen extirpar el pezón y la areola junto con el tejido mamario, muchas veces se reconstruye el pezón mediante un injerto de piel de otra zona del cuerpo o de la mama opuesta. También se puede tatuar el área para lograr un color que se asemeje más al del otro pezón.²⁴

➤ **Complicaciones:**

- **Riesgo de infección:** Una infección puede presentarse con cualquier cirugía, con más frecuencia en las primeras dos semanas después de la operación. Si se colocó un implante, puede que sea necesario retirarlo hasta que la infección pase. Un nuevo implante puede colocarse posteriormente.
- **Riesgos de contractura capsular:** Es el problema más común con los implantes de seno. Se puede formar una cicatriz (o cápsula) alrededor del implante blando. A medida que se tensa, puede empezar a apretar el implante, haciendo que el seno se sienta muy rígido. La contractura capsular puede ser tratada.

Algunas veces la cirugía puede extirpar el tejido cicatricial, o bien puede extraer o reemplazar el implante.

- **Riesgos adicionales para fumadoras:** El consumo de tabaco causa que los vasos sanguíneos se opriman (constricción) y reduce el suministro de nutrientes y oxígeno a los tejidos. Como en cualquier cirugía, el fumar puede retrasar el proceso de sanación. Esto puede causar que las cicatrices se noten más y resultar en un periodo de recuperación más prolongado. Estas complicaciones son a veces tan graves que requieren otra operación para corregirlas.

➤ **Cuidados post reconstrucción mamaria:**

- Se recomienda una semana de reposo relativo con la precaución de no hacer esfuerzos físicos. Es beneficioso reanudar progresivamente las actividades cotidianas sin realizar tareas domésticas hasta que no pasen como mínimo tres semanas. Es muy importante mantener una buena nutrición para conseguir una rápida curación.
- Podrá ducharse a partir del tercer día de la intervención manteniendo bien secas e hidratadas las zonas manipuladas en la cirugía.
- Al principio deberá llevar las heridas de la mama reconstruida y de la región del abdomen tapadas con apósitos. No aplicará

sustancias calientes en las zonas intervenidas, ya que al haber disminuido temporalmente la sensibilidad podría provocarse quemaduras.

- Debido a la inflamación, es posible que el nuevo pecho aumente de tamaño y que note cierta tensión abdominal. Ambas reacciones son normales e irán disminuyendo con el paso de los días hasta desaparecer. Deberá transcurrir un mes aproximadamente hasta que pueda practicar ejercicio. Durante ese tiempo, utilizará un sujetador sin aros ni costuras y abierto por la parte posterior -tipo deporte- y una faja abdominal.

En caso de cualquier cambio tanto en el pecho reconstruido (modificación de color, temperatura, dolor, tensión) como en el abdomen, deberá comunicarlo de inmediato.²⁵

2.2.5 Dermolipectomía abdominal:

La dermolipectomía abdominal, abdominoplastia o cirugía plástica de abdomen es un procedimiento quirúrgico electivo, cuya finalidad es conseguir un abdomen más plano, más firme y una cintura más estrecha. Mediante la dermolipectomía abdominal se retira grasa y piel del abdomen reforzando el sistema muscular tanto central como lateral lo que permite no sólo tener un abdomen cóncavo sino también una buena definición de la cintura.

➤ **Indicaciones:**

- Mujeres que han tenido uno o más embarazos. En los embarazos se forma piel extra por la expansión que hay sobre todo en los últimos tres meses en los que el bebé crece más y que después del parto se ve floja, y hace ver el abdomen abultado; esta expansión de la piel del abdomen también provoca la aparición estrías. Es deseable que las mujeres candidatas a esta cirugía no se embarazen nuevamente y usen un método anticonceptivo. Sin embargo, en caso de nuevo embarazo, la deformidad puede volver a producirse.
- En casos de flacidez después de obesidad, frecuentemente en casos de obesidad mórbida en que es necesario hacer dermolipectomía abdominal como parte de la terapia, médica o quirúrgica.
- Cicatrices deformantes de la pared abdominal, secuelas de quemaduras, defectos cicatriciales postcirugías, hernias abdominales, reconstrucción después de grandes pérdidas de la pared (como ablación post cáncer, deformidades congénitas), dolencias cutáneas (cutis laxa, pseudo xantoma elástico).²⁶

➤ **Contraindicaciones**

- La obesidad, es necesario someter a los pacientes a un plan de adelgazamiento bajo supervisión del especialista en nutrición, para intentar operarlas con un peso adecuado.
- Una historia de dolencia cardiopulmonar, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad metabólica, diabetes mal controlada, inmunodeficiencia, episodio tromboembólico previo, son motivos para evitar la dermolipectomía abdominal.
- Expectativas irreales, antecedentes de defectos de cicatrización deben ser muy bien analizados con el propio paciente antes de operarlo.
- No debe realizarse una dermolipectomía abdominal asociada a una cirugía contaminada como histerectomía por vía vaginal, colecistectomía en colecistitis aguda, quistes o alteraciones cutáneas potencialmente contaminadas.
- La intervención está contraindicada en pacientes fumadores, ya que existe un riesgo importante de necrosis del colgajo cutáneo abdominal.

➤ **Técnica quirúrgica:**

- Con el paciente de pie, el cirujano marca la línea de incisión en el pliegue cutáneo del hemiabdomen inferior.
- La intervención se lleva a cabo bajo anestesia general o regional dura aproximadamente de tres a cuatro horas (en función del caso puede prolongarse a cinco o seis)

- Se inicia con una incisión horizontal suprapúbica extendida a ambos lados hasta la cresta ilíaca anterosuperior. Se despliega el colgajo de piel y de tejido celular subcutáneo de la pared abdominal anterior.
- Se traccionan en sentido inferior los colgajos de piel y tejido subcutáneo, y se extirpa el tejido sobrante.
- Se realiza una pequeña incisión en la línea media a través de la cual se puede liberar el ombligo (neoumbilicoplastia), luego se sutura el ombligo en su lugar.
- La incisión abdominal se cierra en dos planos con suturas reabsorbibles, previa colocación de drenajes.
- Después de la operación, el paciente se coloca en posición de semi-fowler para reducir la tensión sobre el abdomen.
- Luego de operado, el paciente pasa a la sala de recuperación y posteriormente a su piso de hospitalización, quedando bajo el cuidado de la enfermera de turno.

➤ **Descripción de las técnicas utilizadas**

- **Técnica de Shepelmann (vertical):** La operación comienza previa antisepsia con una incisión periumbilical sobre líneas precisamente trazadas y una incisión desde la proximidad de la apófisis xifoidea hasta la sínfisis del pubis, a ambos lados de la línea media, el ángulo xifoideo debe ser bien amplio (obtusos), para evitar o

disminuir la prominencia grasa en el epigastrio. Se reseca todo el tejido comprendido dentro de estas marcas hasta la aponeurosis, respetando el ombligo in situ dejando TSCS alrededor del mismo, se realiza hemostasia, se hace plicatura de la fascia de Dacron 1-0 ó 2-0 y se dan puntos de catgut para aproximar los bordes y disminuir tensión, la sutura de piel se realiza con Nylon 2-0 y 3-0 a puntos intradérmicos, punto de Mayo en sitio de mayor tensión y el ombligo con Nylon 4-0, dejando drenaje de penrose que sale por hipogastrio.

- **Técnica de Kelly (horizontal):** Similar al procedimiento anterior, solo que transversal, los límites laterales no deben sobrepasar las crestas ilíacas anterosuperiores, después de la liberación del ombligo, la incisión horizontal hasta la aponeurosis, el tejido dermograso desprende y levantan hasta la altura de las costillas, se reseca el tejido dermograso en exceso, se reimplanta el ombligo, se realiza la plicatura de la fascia, la piel se sutura de igual forma a la técnica anterior.
- **Técnica combinada (vertical y horizontal):** Es la asociación de ambas técnicas ya descritas. ¹¹

➤ Seguimiento postoperatorio

- Los drenajes se retirarán entre uno y cuatro días posteriores a la operación dependiendo de cada caso. El objetivo de los drenajes es disminuir el riesgo de formación de seroma (esto es, que se junte líquido entre la capa muscular y el pliegue de piel). Un seroma puede ser el origen de una infección. Los drenajes que se colocan luego de la dermolipectomía abdominal proporcionan un punto de salida para este líquido, lo que reduce el riesgo de sufrir complicaciones después de la cirugía.
- Al paciente se después de la cirugía y se le recomendará un reposo relativo boca arriba y en una posición semiflexionada (cabecera elevada unos 40 grados aprox.).
- Se recomienda la deambulación temprana. Durante unos cuantos días tendrá una sensación de tirantez en el abdomen y deberá caminar encogido. Un ejercicio suave después de la operación mejora la desinflamación y acorta el periodo de recuperación.
- Uso de la faja postoperatoria es válida hasta el segundo mes, así también se recomiendan masaje o terapia con ultrasonido terapéutico en los primeros 5-10 días del postoperatorio. El objetivo de las terapias con ultrasonido son la de acelerar el proceso desinflamatorio, mejorando la hinchazón y aliviando las áreas tratadas mas tempranamente. Algunos pacientes se

incorporan a su trabajo de oficina dos a cuatro semanas después del procedimiento, los ejercicios se deben posponer hasta los primeros 2 meses después de la cirugía, iniciando con caminatas y ejercicios para tonificar los brazos. El proceso inflamatorio en sentido general tiene un pico máximo a los tres meses empezando a disminuir paulatinamente hasta desaparecer.

- Las suturas se retiraran entre los diez y los catorce días pero la cicatriz no estará del todo normal hasta que no hayan pasado un mínimo de seis meses.

➤ **Complicaciones y su prevención**

- **Respiratorias:** Se producen por secreciones bronquiales que pueden provocar atelectasias por falta de expansión pulmonar. Por ello la función pulmonar previa debe ser óptima, debe hacerse prevención kinésica instruyendo antes de la operación al paciente, instándolo a participar activamente en esta ejercitación.
- **Tromboembolismo:** Es una complicación que debe ser prevenida obligatoriamente en esta operación, es de baja incidencia, sin embargo muy grave. Se debe operar al paciente con medias antiembólicas, o sistema venoso compresivo automático constante durante la operación, y es necesario evitar el apoyarse

involuntariamente sobre la zona inguinal del paciente por alguno de los integrantes del equipo quirúrgico ya que sería causa de formación y liberación de émbolos. El paciente permanece con las medias antiembólicas unos cuatro días. El uso de anticoagulantes se inicia seis horas después del término de la operación y se usa durante unos cuatro días, el paciente comienza a deambular a las 24 horas como otra medida para evitar tromboembolismo.

- **Dehiscencia de sutura de la herida:** Puede ser por distensión o tracción. Para su prevención es necesario colocar una sonda Foley al paciente para evitar globo vesical en el postoperatorio y mantenerlo fajado y en posición semisentado durante la primera semana de operado. Se deben evitar la tos y el estreñimiento. La actividad física debe ser limitada, recomendándosele caminar un poco encorvada en este período.
- **Necrosis localizada:** Por alteración vascular del colgajo o del ombligo. Para su prevención, a los fumadores se les debe suspender el cigarrillo 15 días antes de operarse, por el poderoso efecto vasoconstrictor de la nicotina. Evitar una excesiva tensión del colgajo y extremar los cuidados en presencia de cicatrices medias o paramedianas.

- **Infección de herida operatoria:** La técnica aséptica debe ser muy rigurosa y la profilaxis antibiótica de regla. Lavado prequirúrgico del área con antisépticos, cambio de guantes frecuente durante la operación.
- **Reacción al material de sutura:** La prevención está en utilizar el material de reconocida calidad ya probado como Ethilon, Vicril, Monocril, Prolene y una buena historia clínica sobre posibles reacciones previas.
- **Colección serohemática:** Generalmente se genera en forma tardía, es decir siete a 10 días después de la cirugía, y es difícil predecir qué paciente tendrá formación de un seroma. La prevención se hace utilizando de regla drenajes por contrabertura, los cuales se mantienen hasta que dejan de extraer uno 20 cc. de líquido, lo que es habitual al 4º día. Sin embargo, el seroma es posterior de tal forma que se han ideado varios métodos para prevenir seromas como: la utilización de bolsas de arena sobre el abdomen, el uso de una cobertura de yeso sobre gasas a modo de moldura y se difunde la idea de aplicar puntos separados de material absorbible desde el tejido graso hacia la aponeurosis para lograr mayor adherencia del colgajo. Sin embargo, igual puede

formarse un seroma, siendo necesario evacuarlo por punciones transcutáneas seriadas.

- **Adiposidad residual en los extremos de la herida:** La prevención radica en tratar acuciosamente estos extremos durante la operación, extremar el cuidadoso retiro de excesos de tejido graso en estas zonas. Sin embargo, si la paciente baja de peso en el post operatorio puede quedar un exceso de piel inelástica que habrá que retirar como un "retoque". Esto debe ser explicado previamente al paciente ya que no puede ser evitado.²⁷

2.2.6 Obesidad:

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo.

La OMS define como obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m². También se considera

signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.

La obesidad forma parte del síndrome metabólico, y es un factor de riesgo conocido, es una indicación de la predisposición a varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus y osteoartritis, así como para algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales.

Según el origen de la obesidad, esta se clasifica en los siguientes tipos:

Obesidad exógena: La obesidad debida a un régimen alimenticio inadecuado en conjunción con una escasa actividad física.

Obesidad endógena: La que tiene por causa alteraciones metabólicas. Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (obesidad hipotiroidea) o por deficiencia de hormonas sexuales como es el caso de la obesidad gonadal.²⁸

➤ **Causas**

- **Estilo de vida:** La combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad. La actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad.
- **Herencia y genética:** El desbalance calórico que resulta en obesidad frecuentemente se desarrolla a partir de la combinación de factores genéticos y ambientales. El polimorfismo en varios genes que controlan el apetito, el metabolismo y la integración de adipoquina, predisponen a la obesidad, pero la condición requiere la disponibilidad de suficientes calorías y posiblemente otros factores para desarrollarse completamente. Varias condiciones genéticas que tienen como rasgo la obesidad, han sido identificadas (tales como el síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Bardet-Biedl, síndrome MOMO, mutaciones en los receptores de leptina y melanocortina), pero mutaciones sencillas en locus solo han sido encontradas en el 5 % de los individuos obesos.
- **Enfermedades médicas:** Aproximadamente de un 2 % a un 3 % de las causas de obesidad son enfermedades endocrinas como el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, lesiones hipotalámicas o deficiencia de la hormona de crecimiento. También ciertas enfermedades mentales pueden predisponer a la obesidad

o incrementar el riesgo de obesidad como los trastornos alimentarios tales como bulimia nerviosa y el consumo compulsivo de comida o la adicción a los alimentos. Dejar de fumar es una causa conocida de ganancia de peso moderada, pues la nicotina suprime el apetito. Ciertos tratamientos médicos con (esteroides, antipsicóticos atípicos y algunas drogas para la fertilidad) pueden causar ganancia de peso.

- **Menopausia:** La menopausia produce cambios en la distribución de la grasa corporal y en la oxidación del tejido adiposo. El aumento de masa grasa abdominal y visceral de la postmenopausia se acompaña con aumento de la capacidad antioxidante a causa del cambio hormonal mientras que la edad no tiene influencia. Sin embargo, la capacidad antioxidante tiene una correlación lineal con la edad, pero no con la masa grasa troncular.

29

➤ **Efectos sobre la salud**

- **Cardiovascular:** Insuficiencia cardíaca congestiva, corazón aumentado de tamaño y las arritmias y mareos asociados, cor pulmonar, várices y embolismo pulmonar.
- **Endocrino:** Síndrome de ovario poliquístico, desórdenes menstruales e infertilidad.

- **Gastrointestinal:** Enfermedad de reflujo gastro-esofágico, hígado graso, colelitiasis, hernia y cáncer colorectal.
- **Renal y génito-urinario:** Disfunción eréctil, incontinencia urinaria, insuficiencia renal crónica, hipogonadismo (hombres), cáncer mamario (mujeres), cáncer uterino (mujeres),
- **Obstétrico:** Sufrimiento fetal agudo con muerte fetal intrauterina.
- **Tegumentos (piel y apéndices):** Estrías, acantosis nigricans, linfedema, celulitis, forúnculos, intertrigo.
- **Músculo esquelético:** Hiperuricemia (que predispone a la gota), pérdida de la movilidad, osteoartritis, dolor de espalda.
- **Neurológico:** Accidente cerebrovascular, meralgia parestésica, dolores de cabeza, síndrome del túnel del carpo; deterioro cognitivo, demencia y depresión; hipertensión intracraneal idiopática.
- **Respiratorio:** Disnea, apnea obstructiva del sueño o síndrome de Pickwick, y asma.
- **Psicológico:** Depresión, baja autoestima, desorden de cuerpo dismórfico, estigmatización social.

➤ **Prevención**

- Llevar una dieta sana y equilibrada, junto con la práctica regular de ejercicio físico son claves para la prevención de la obesidad.

- Consumir un mínimo de cinco ingestas de alimentos al día en raciones reducidas, así como seguir un patrón alimentario, bajo en grasas y rico en frutas y verduras.
- En cuanto al deporte, la recomendación es practicarlo de forma habitual al menos tres veces por semana durante 45 minutos. La intensidad debe adecuarse a las necesidades y al estado físico de la persona.³⁰

2.2.7 Escalas de valoración del dolor

La Asociación Internacional del Dolor ha definido a esta entidad como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial. El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los

dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

➤ **Consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor:**

- Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta para facilitar toma de decisiones terapéuticas.
- Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar.
- Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.
- Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).

➤ **EVA (Escala visual analógica):** Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma que llevan escrito en las leyendas "No dolor" y "El peor dolor imaginable" en cada extremo. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

El tratamiento analgésico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. De manera que en los dolores con EVA ≥ 7 se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible.³¹

2.3 Definición de términos

- **Cirugía bariátrica:** Es el conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos.
- **Emergencia:** Aquel caso en el que la falta de asistencia conducirá a la muerte en minutos, aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.
- **Imagen corporal:** Consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que te ves y te imaginas a ti mismo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas que permitieron recolectar información y ordenarla sistemáticamente. Se recolectaron los datos de forma planificada teniendo en cuenta el objetivo del presente informe laboral. Una adecuada recolección de datos nos permitió sustentar el conocimiento en los cuidados de enfermería a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora. Se recolectaron directamente del servicio de cirugía plástica y reparadora (8B) de:

- Cuaderno de registro de ingresos y egresos.
 - Cuaderno de programación de sala de operaciones
 - Cuaderno de programación de cirugías suspendidas
 - Cuaderno de programación de citas.
 - Manual de organización de funciones del servicio.
 - Formatos utilizados en la atención diaria del paciente.
 - Fotografías.
- Para el marco teórico y base científica se recolectaron datos de:
- Libros de texto
 - Revistas científicas

- Tesis
- Artículos de revistas
- Enciclopedias
- Internet

3.2 Experiencia profesional

En el año de 1982 ingrese a trabajar al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, dependiendo directamente del departamento de enfermería, durante dos años estuve bajo la modalidad de reten (servicios de medicina, cirugía, emergencia) donde pude adquirir mayores habilidades, destrezas, fortalecer mi formación de enfermera, desempeño y conocer la metodología de trabajo de diferentes servicios, rote por diferentes especialidades según necesidad de personal cumpliendo la función asistencial y administrativa de enfermería: a través de la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación del proceso de atención de enfermería. Basados en conocimientos científicos que me permitió hacer una valoración del estado de salud integral del paciente. Estos conocimientos adquiridos durante el retén me permitieron desarrollar mi capacidad hacia la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones para el cuidado y pronta recuperación del paciente.

En 1984 ingrese al servicio de cirugía 6B donde trabaje durante 10 años. Se encontraban las especialidades de estómago, páncreas, vías biliares. Brindando cuidados de enfermería en el pre y post operatorio. Gane

experiencia en el área administrativa lo que me permitió planear, organizar, dirigir, coordinar las actividades en el servicio. Proporcionado un cuidado integral, participando en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente. Ejecutando el proceso de enfermería. Además de participar de forma activa en la vigilancia epidemiológica de la institución, para mejorar los indicadores de calidad.

En 1994 pase al servicio de medicina del 6C, durante un periodo de 3 años. Se atendía medicina general y reumatología. Realizando actividades de docencia e investigación, valorando las necesidades de aprendizaje con relación a la salud de los cuidados de los pacientes, coordinando programas de educación continua para el personal. Brindando educación sanitaria al paciente y familia para acelerar el proceso de recuperación de los pacientes. Además participe en la actualización e implementación de directivas, normas, guías de atención y protocolos de cuidados al paciente.

En 1997 estuve en el servicio de medicina general del 9C por un periodo de 12 años, desarrollándome en el área asistencial, administrativa, docente y de investigación. Participo en el planeamiento y ejecución de actividades educativas dirigidas al paciente y familia del servicio, para conocimientos y cuidados en el hogar tras el alta. En el programa de educación continua y capacitación permanente para el personal.

En el 2009 tras la división por subespecialidades ingreso al área de cirugía de hígado y vías biliares por un periodo de 3 años, brindando

cuidados de enfermería en el pre y post operatorio; en el 2012 el servicio sufrió una reubicación, convirtiéndose en el 8B donde se atienden a pacientes de cirugía plástica y reparadora donde me desempeño actualmente. Cumpliendo funciones área asistencial, administrativa, docente y de investigación en el paciente quirúrgico, coordinando con sala de operaciones y el equipo multidisciplinario garantizando un cuidado de calidad a los pacientes mediante el proceso de enfermería.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

El servicio de cirugía plástica y reparadora del 8B, donde me desempeño actualmente, es un servicio que brinda cuidados de enfermería en el pre operatorio inmediato y el post operatorio mediato. Contando con 01 enfermera jefa, 01 coordinadora, 07 enfermeras, 05 técnicas y 01 asistente de curaciones. Se brinda cuidados a pacientes quirúrgicos que requieren injertos (ulceras varicosas, úlceras de presión, heridas post traumáticas), pacientes para remodelación y reconstrucción de mama (postmastectomía), pacientes que serán sometidos a abdominoplastia (post pérdida masiva de peso, múltiples embarazos) y todo tipo de pacientes con cáncer epidermoide. El servicio cuenta con una capacidad total de 24 camas; el lado A con habitaciones unipersonales con 10 camas, el lado B con habitaciones bipersonales con 14 camas. Además cuenta con jefatura de enfermería, start de enfermería, tópico de enfermeros, sala de exámenes, almacén y ropería. **(ANEXO 1)**.

➤ **Registros de enfermería utilizados en la atención del paciente quirúrgico del servicio de cirugía plástica y reparadora del 8B:**
(ANEXO 2)

- Hoja de programación diaria donde se registra: Ayunas para análisis, sala de operaciones, exámenes especiales, tomas de muestras, altas ingresos, transferencias y pendientes.
- Hoja de actividades de enfermería.
- Hoja de insulino terapia.
- Hoja de balance hídrico.
- Kárdex de enfermería.
- Hoja de encuesta.

➤ **Cuidados de enfermería en el pre operatorio inmediato:**

Al ingresar el paciente quirúrgico al servicio de cirugía plástica y reparadora, se realiza la admisión del paciente, se le muestra el ambiente que ocupara mientras dure su estancia hospitalaria, las instalaciones del servicio y las reglas. Además se brinda educación mediante trípticos sobre los derechos y deberes de los asegurados, cuidados con el injerto de piel y prevención de úlceras por presión.

a. Valoración del paciente.

- Toma de funciones vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.)
- Pesar y tallar al paciente.

- Revisar la historia clínica, para evidenciar patologías de base que puedan influir en la recuperación del paciente: Diabetes, hipertensión e hipotensión, desnutrición, alteraciones en los factores de coagulación. Durante el preoperatorio, se tomaran medidas para controlar y prevenir el riesgo durante la cirugía.
- Registrar todas las actividades que se realicen al paciente.
- Educar sobre el tratamiento, y las intervención que se van a realizar.
- Enseñarle la sala y la habitación explicándole dónde puede encontrar las cosas que necesite.
- Mantener un dialogo empático y reflexivo. El paciente se mostrara motivado, hacia la intervención quirúrgica.
- Brindarle seguridad al paciente.
- Aplicar técnicas de relajación así el paciente disminuirá el nivel de ansiedad durante el preoperatorio.
- Mantener contacto visual con el paciente.
- Instruir al paciente para mantener una respiración lenta, profunda.

b. Preparación de la piel:

- Un día antes que el paciente entre a sala de operaciones se inicia la preparación de la piel, sobre todo en pacientes que serán sometidos a injertos. La piel debe ser lavada y pintada desde la noche anterior para lograr un efecto antiséptico previo a la

remoción del vello. La finalidad del cuidado preoperatorio de la piel es hacer que quede en lo posible libre de microorganismos

- Se realiza solo en casos especiales donde abunda el vello. Si se realiza el rasurado se hará lo más cerca al acto quirúrgico, limitándolo al sitio de la incisión y al área de curación.

c. Colocación de enema evacuante:

- Si la cirugía compromete el aparato gastrointestinal se coloca enema evacuante. El enema se coloca la noche anterior al acto quirúrgico. El intestino vacío reduce el riesgo de lesión y reduce al mínimo la contaminación de la herida operatoria en caso de apertura de un asa.

d. Verificar que paciente quede en NPO:

- Desde la noche anterior a la cirugía se debe indicar al personal técnico la colocación del cartel de NPO, y verificar su cumplimiento. El paciente no debe ingerir nada por boca desde la noche anterior a la cirugía. El ayuno será de 6 a 8 hs. para sólidos y 4 hs. para líquidos. Teniendo un especial cuidado con los pacientes diabéticos, a quienes se les realiza un monitoreo del control de glucosa la noche anterior de la cirugía y el mismo día del acto quirúrgico. Reduciendo el riesgo de vómitos y/o aspiración de alimentos.

e. Baño del paciente:

- Todos los pacientes sometidos al acto quirúrgico el día de la operación a primeras horas se realizan el baño en ducha con jabón. Siempre con el apoyo del personal del turno o familiares para evitar accidentes. Se les educa sobre la importancia de poner especial cuidado en la higiene del cabello, pliegues, ombligo, manos y pies. El baño en ducha por arrastre elimina microorganismos, reduciendo así la incidencia de infecciones.
- Además se verifica que las uñas de pies y manos deben estar cortas y sin esmalte. El esmalte impedirá observar la aparición de cianosis durante el acto quirúrgico.

f. Control de signos vitales y registros:

- Desde que el paciente ingresa al servicio se le inicia una hoja de monitoreo de funciones vitales. Durante mi experiencia en la atención a los pacientes en el preoperatorio, la función que se altera con más frecuencia es la presión arterial, debido al estrés pre quirúrgico. Siendo necesario intervenir inmediatamente para evitar la suspensión de la cirugía.
- Muchas veces una cirugía debe posponerse por alguna alteración en éstos parámetros, por ejemplo fiebre, hipertensión arterial. Es necesario informar si hay presencia de anomalías antes de remitir al paciente al quirófano.

g. Colocación Venoclisis periférica:

- Dos horas previas a la cirugía. Se canaliza una vena periférica con un catéter 18 que será luego utilizado por el anestesista, se coloca cloruro de sodio, dextrosa según indicación.
- Conservar un registro detallado de líquidos administrados y eliminados, para verificar que el paciente presente un balance positivo para corregir la deshidratación de la preparación operatoria.

h. Verificación de historia clínica:

- La noche anterior a la cirugía se realiza una revisión minuciosa de la historia clínica, verificando que se encuentren los consentimientos firmados (anestesiología, cirugía), riesgo quirúrgico, exámenes complementarios y se realizan si hubiera indicaciones específicas de anestesiología o cirugía.

i. Realización de Check List preoperatorio:

- Formato establecido por el servicio con ítems para marcar antes de llevar al paciente a sala de operaciones. Se verifica:
- Historia clínica (consentimientos firmados, riesgo quirúrgico, exámenes auxiliares).
- Vestimenta del paciente con bata y gorra.
- Profilaxis antibiótica dentro de las dos horas antes de ingresar a sala de operación.

- Medicación preoperatoria: Se administra a algunos pacientes según indicación enoxaparina sódica 20 mg S.C. antes que el paciente vaya al quirófano, 7.5 mg de midazolam por vía oral treinta minutos antes del acto quirúrgico.
- Retiro de prótesis odontológicas.
- Se retirará las joyas: Las que serán entregadas a la familia. (se anota nombre y parentesco del familiar).
- Colocación de vendas elásticas, para prevenir la formación de coágulos que migren al cerebro o pulmón.
- Se anota las placas radiográficas, tomografías que se hayan solicitado desde quirófano y se colocan en un sobre.
- En pacientes diabéticos se verificara el control de glucosa.
- Verificar depósitos de sangre si fueran solicitado.
- Al final la lista de chequeo pre quirúrgico será firmada y sellada por la enfermera encargada de realizarla.

➤ **Cuidados de enfermería en el traslado al quirófano:**

El paciente tiene programado día y hora de cirugía, el horario es referencial porque se espera la llamada de la enfermera de sala de operaciones para el traslado del paciente. La cirugía se puede adelantar o retrasar según se realicen las cirugías o incluso reprogramar por alguna eventualidad aunque se da en mínimos casos como veremos en las estadísticas. Es por ello que se debe tener todo listo y correctamente verificado para evitar contratiempos y afectar al paciente en esperas innecesarias.

- **Educación:**

Cuando el paciente se encuentre en la camilla, se le explica que por su seguridad no debe sacar los brazos fuera de la baranda de la camilla durante el traslado a sala de operaciones. Explicarle que cuando despierte estará en una unidad de recuperación post anestésica donde estará hasta que sea conveniente. Que luego de ese periodo será trasladado a su habitación y que lo estaremos esperando junto con su familia.

- **Verificar:**

- Llevar la historia clínica de forma completa.
- La hoja de la lista de chequeo debidamente firmada y sellada por la enfermera que traslada al paciente a sala de operaciones.
- Llevar el sobre con radiografía, estudios especiales y los elementos que se le solicitó para el acto quirúrgico.

➤ **Cuidados de enfermería en el trans operatorio:**

Mientras se realiza el acto quirúrgico la enfermera conjuntamente con el personal técnico preparará la cama postoperatoria y la unidad del paciente con los equipos y elementos necesarios para la atención posquirúrgica mediata. En caso de pacientes sometidos a injertos se llevara arcos protectores a la unidad del paciente. No debe olvidarse en este período el apoyo psicológico a la familia del paciente.

➤ **Cuidados de enfermería en el post operatorio mediato:**

Inmediatamente recibida la llamada de la enfermera del área de recuperación se comunica al personal técnico de enfermería para alistar la camilla para recoger al paciente. Se verifica que la unidad este lista (cama operatoria, arcos). Al salir de la unidad se les informa a los familiares que el paciente será recogido para trasladarlo a su unidad.

a. Recoger al paciente de recuperación, evaluar:

- Nivel de conciencia: Paciente lúcido, totalmente despierto orientado en tiempo y espacio.
- Signos vitales estables y/o compatibles con los niveles preoperatorios.
- La glucemia se mantienen dentro de los valores normales o levemente elevada. (sobre todo en pacientes diabéticos).
- Abdomen blando, depresible.
- Ruidos hidroaéreos presentes y eliminación de gases, que indican recuperación del tránsito intestinal.
- Ausencia de náuseas y/o vómito.
- El aporte líquido (venoclisis o administración por vía oral) y la eliminación de orina son adecuados (diuresis mayor a 30 ml/h).
- Comunicar al paciente el resultado de su intervención quirúrgica, disminuyendo el estado de ansiedad y estará en capacidad de tomar decisiones en torno a su auto cuidado,
- Proporcionar información objetiva.

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Practicar técnicas de reflexión para la expresión de sus preocupaciones.
- Facilitar la presencia de un familiar que le brinde tranquilidad al paciente
- Determinar las necesidades de favorecer las visitas de familiares y amigos que puedan brindar tranquilidad al paciente.
- Mantener las barandas de la camilla elevadas.
- Se debe poner el timbre de aviso, cerca al paciente.

b. Valoración de la evolución en la recuperación del paciente:

- Valorar la permeabilidad de los drenajes en cada turno y registrar en gráfica el contenido de los mismos en el turno de mañana especificando cantidad y características. La cantidad debe ser medida y controlada para considerarla en la reposición de líquidos y electrolitos.
- Valorar el dolor: A través de la escala de Eva (de 0 a 10), intensidad, características, localización, duración y frecuencia del dolor. Identificar los signos no verbales de dolor. Administrar analgésicos según prescripción. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos. Registrar las respuestas al analgésico y cualquier efecto adverso. Evaluar la eficacia de la analgesia. Otras medidas para aliviar el dolor son el apoyo psicológico, la información, las técnicas de relajación y respiración controlada.

- Valorar signos de presión: Evitar la presión en la zona del injerto de piel o herida operatoria. Realizar cambios de posición, sin que esto afecte la circulación del injerto de piel.
- Valorar sangrado y/o hematoma: Se debe observar en los apósitos la cantidad de superficie manchada, se delimita con un rotulador. Si aumentase en exceso y en poco tiempo, se considera un signo de alarma y se debe avisar al cirujano plástico. Reforzar con compresas quirúrgicas y venda elástica.

c. Deambulaci3n:

- Supervisar a los pacientes sometidos a injertos que guarden reposo absoluto durante los 5 primeros d1as, se educara al paciente sobre la importancia de estar en reposo con el arco protector.
- En pacientes sometidos a dermolipectomia y reconstrucci3n de mama se iniciara la deambulaci3n lo m1s pronto posible para evitar complicaciones, siempre con un vendaje compresivo. Un vendaje compresivo inmoviliza la regi3n que cubre, reduce el edema y el dolor.

d. Cuidado y curaci3n de las heridas quirúrgicas:

- Implementar el coche de curaciones (equipo de curaci3n, gasas, apósitos, guantes, apósitos hidrocoloides, yovisol soluci3n, yovisol espuma, cloruro de sodio, jeringas, recipientes para el desecho de material contaminado, etc.). El carro de curaciones permite centralizar

el material a utilizar en las curaciones de las heridas en especial cuando el volumen de procedimientos es numeroso.

- Lavarse las manos.
- Informar al paciente el procedimiento a fin de obtener su consentimiento y al mismo tiempo evitar toda ansiedad innecesaria.
- Las curas se harán en condiciones de asepsia con guantes e instrumental estéril.
- observar cuidadosamente ciertas características de la lesión y de las secreciones que produce. Así se observará: La presencia o no de signos de inflamación, la aproximación de los bordes de la herida secreción (si la hubiere), volumen y características.
- Si hubiera un drenaje se debe curar primero la herida y luego el drenaje.
- Si hubiera que tomar muestras para cultivo se hará antes de realizar la curación.
- Los injertos cutáneos no se deben destapar hasta el 5° o 6° día postoperatorio para no desprender el injerto. (El injerto debe estar rosado así se puede hablar de un injerto prendido).
- Bañar al paciente para poder soltar los apósitos y vendajes. Las zonas de injertos se cubren con jelonet los primeros días.

e. Valorar complicaciones en las heridas:

Se debe observar en las curaciones los signos que nos refieran alguna complicación post cirugía buscar signos de:

- **Infección:** Evaluar hallazgos locales, como son: edema, eritema, dolor local progresivo y presencia de secreciones.
- **Dehiscencia de la sutura:** Observar si existe desintegración total de la unión mecánica de la herida, febrícula sin causa aparente que se presenta después del 3º o 4º día, taquicardia, hipotensión, dolor creciente o intenso en la incisión quirúrgica 3 o 4 días después de la operación, salida por la herida de un chorro peritoneal serosanguíneo.
- **Necrosis:** El exceso de tensión en las suturas o el déficit irrigatorio puede provocar necrosis de los bordes de la herida.

Hemorragias: Es necesario vigilar los apósitos a intervalos en busca de hemorragias en particular durante las primeras 24 horas postoperatorias.

f. Educación para el alta del paciente:

- Realizar educación sobre los cuidados que debe tener con la herida. El paciente aumentara los conocimientos sobre el proceso de la enfermedad.
- Instruir sobre signos de alarma como: Dolor, sangrado, dehiscencia de los puntos, prurito, signos de infección, (rubor, calor, tumefacción).

- Usar un vendaje de 1 a 2 semanas, mantenga el vendaje y el área a su alrededor limpia y libre de suciedad o sudor.
- Explicarle que presentara prurito en la herida quirúrgica como proceso normal de cicatrización, que debe evitar rascarse.
- Dar recomendaciones nutricionales, consumir alimentos con elevada fuente proteica para acelerar el proceso de cicatrización.
- Informar sobre la importancia de asistir a controles o interconsultas.
- Realizar entrega de recetas médicas.
- Educar como debe de administrarse los medicamentos para qué son y la hora.
- Recomendar no fumar ni beber bebidas excitantes para evitar la vasoconstricción venosa que producen la nicotina y la cafeína
- Fomentar la participación activa del paciente y familia.

IV. RESULTADOS

**TABLA N° 4.1:
NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2013**

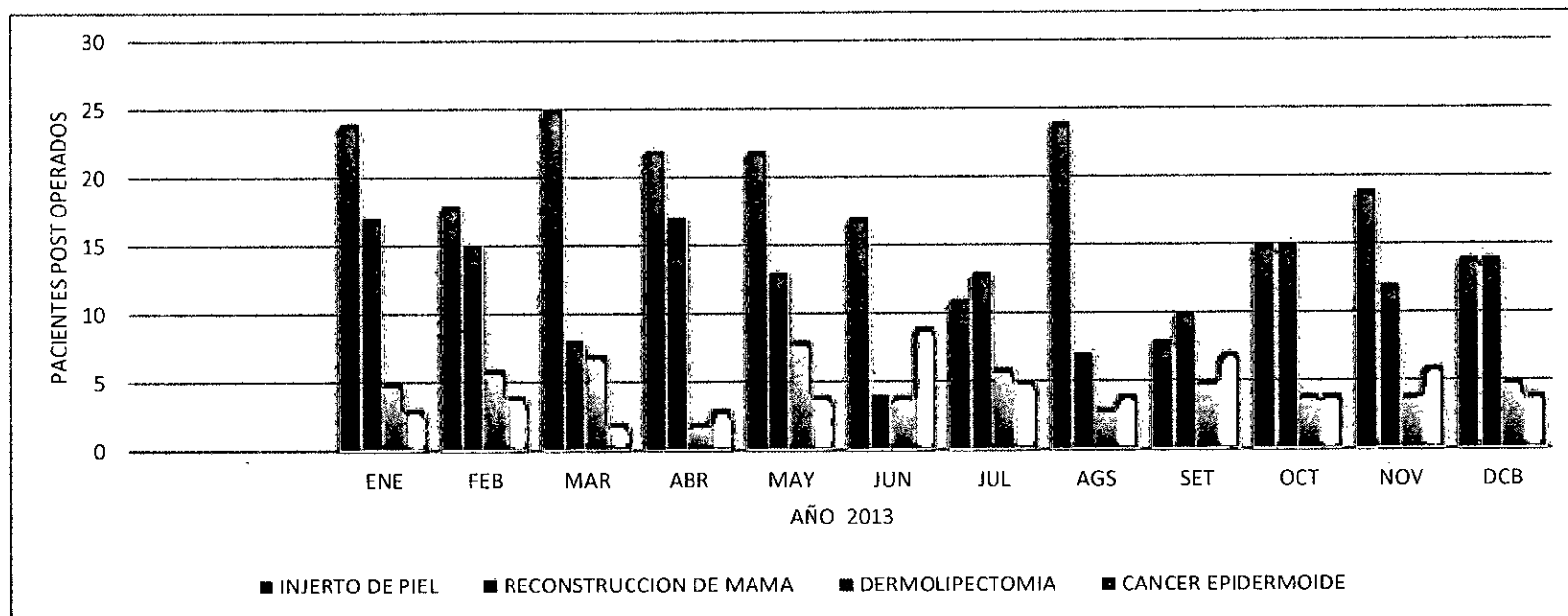
| NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGT | SET | OCT | NOV | DCB | TOTAL |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| INJERTO DE PIEL | 24 | 18 | 25 | 22 | 22 | 17 | 11 | 24 | 8 | 15 | 19 | 14 | 219 |
| RECONSTRUCCIÓN DE MAMA | 17 | 15 | 8 | 17 | 13 | 4 | 13 | 7 | 10 | 15 | 12 | 14 | 145 |
| DERMOLIPECTOMIA | 5 | 6 | 7 | 2 | 8 | 4 | 6 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 59 |
| CÁNCER EPIDERMOIDE | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 9 | 5 | 4 | 7 | 4 | 6 | 4 | 55 |
| TOTAL | 49 | 43 | 42 | 44 | 48 | 34 | 35 | 38 | 30 | 38 | 41 | 37 | 479 |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2013

En la tabla se observa que la atención a pacientes por injerto de piel en el servicio de cirugía plástica y reparadora ocupa en todos los meses el primer lugar, y que en el mes de marzo se realizó la mayor atención a 25 pacientes con respecto a injertos de piel. Además se observa que ocupa un segundo lugar las atenciones a pacientes de reconstrucción de mama.

GRAFICA N° 4.1:

**NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2013**



FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2013

TABLA N° 4.2:

NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2014

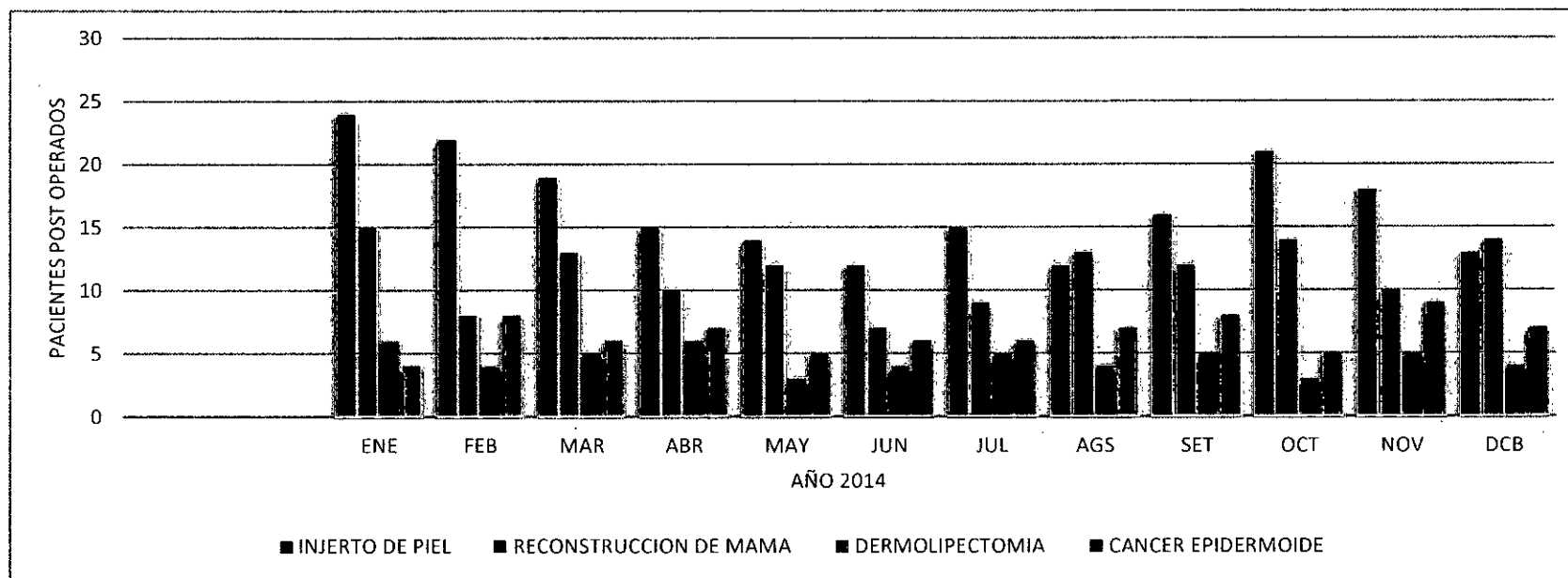
| NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGS | SET | OCT | NOV | DCB | TOTAL |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| INJERTO DE PIEL | 24 | 22 | 19 | 15 | 14 | 12 | 15 | 12 | 16 | 21 | 18 | 13 | 201 |
| RECONSTRUCCIÓN DE MAMA | 15 | 8 | 13 | 10 | 12 | 7 | 9 | 13 | 12 | 14 | 10 | 14 | 137 |
| DERMOLIPECTOMIA | 6 | 4 | 5 | 6 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 54 |
| CÁNCER EPIDERMOIDE | 4 | 8 | 6 | 7 | 5 | 6 | 6 | 7 | 8 | 5 | 9 | 7 | 78 |
| TOTAL | 49 | 42 | 43 | 38 | 34 | 29 | 35 | 36 | 41 | 43 | 42 | 38 | 470 |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2014

En la tabla se observa que la atención a pacientes por injerto de piel en el servicio de cirugía plástica y reparadora ocupa en todos los meses el primer lugar, y que en el mes de enero se realizó la mayor atención a 24 pacientes con respecto a injertos de piel. Además se observa que ocupa un segundo lugar las atenciones a pacientes de reconstrucción de mama, con un mayor número de cirugías 15, en el mes de Enero.

GRAFICA N° 4.2:

NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2014



FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014

TABLA N° 4.3:

NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2015

| NUMERÓ DE PACIENTES POST OPERADOS | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGS | SET | OCT | NOV | DCB | TOTAL |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| INJERTO DE PIEL | 14 | 16 | 22 | 16 | 12 | 17 | 14 | 13 | 15 | 16 | 17 | 13 | 185 |
| RECONSTRUCCIÓN DE MAMA | 7 | 10 | 13 | 10 | 15 | 14 | 15 | 12 | 7 | 12 | 9 | 11 | 135 |
| DERMOLIPECTOMIA | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 43 |
| CÁNCER EPIDERMOIDE | 6 | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 5 | 4 | 6 | 5 | 7 | 73 |
| TOTAL | 31 | 37 | 47 | 35 | 39 | 41 | 38 | 33 | 30 | 36 | 34 | 35 | 436 |

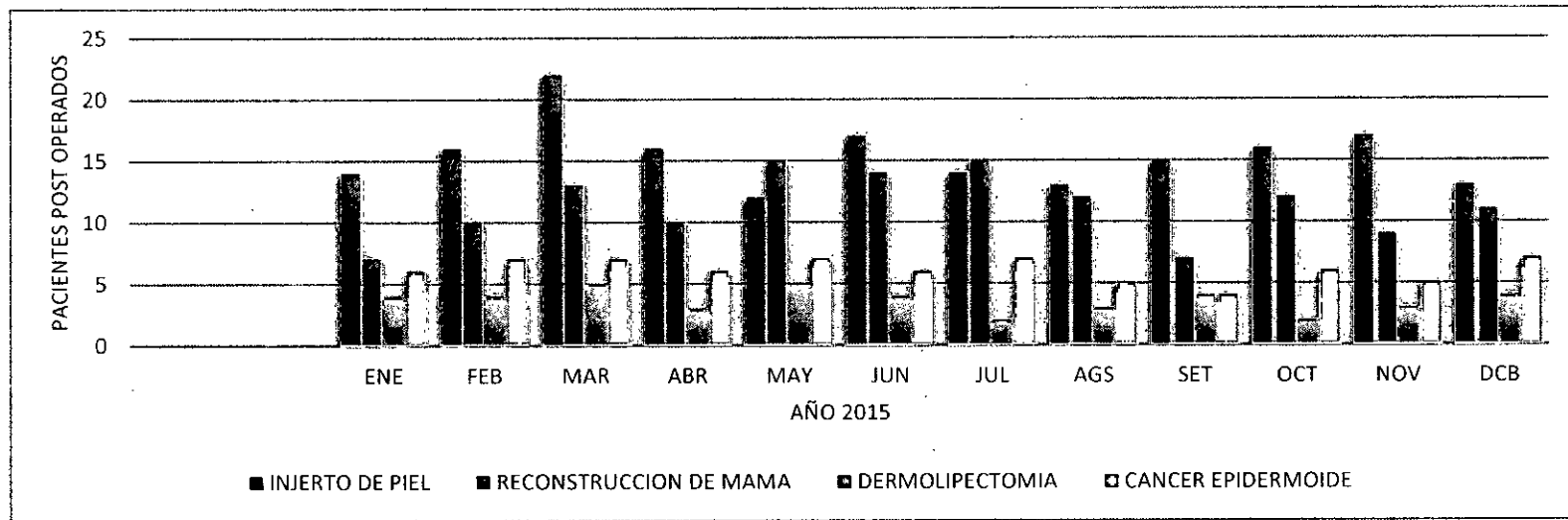
FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015

En la gráfica se observa que la atención a pacientes por injerto de piel en el servicio de cirugía plástica y reparadora ocupa en todos los meses el primer lugar, y que en el mes de Marzo se realizó la mayor atención a 22 pacientes con respecto a injertos de piel. Además se observa que ocupa un segundo lugar la reconstrucción de mama, seguidos de dermoliplectomia.

GRAFICA N° 4.3:

NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

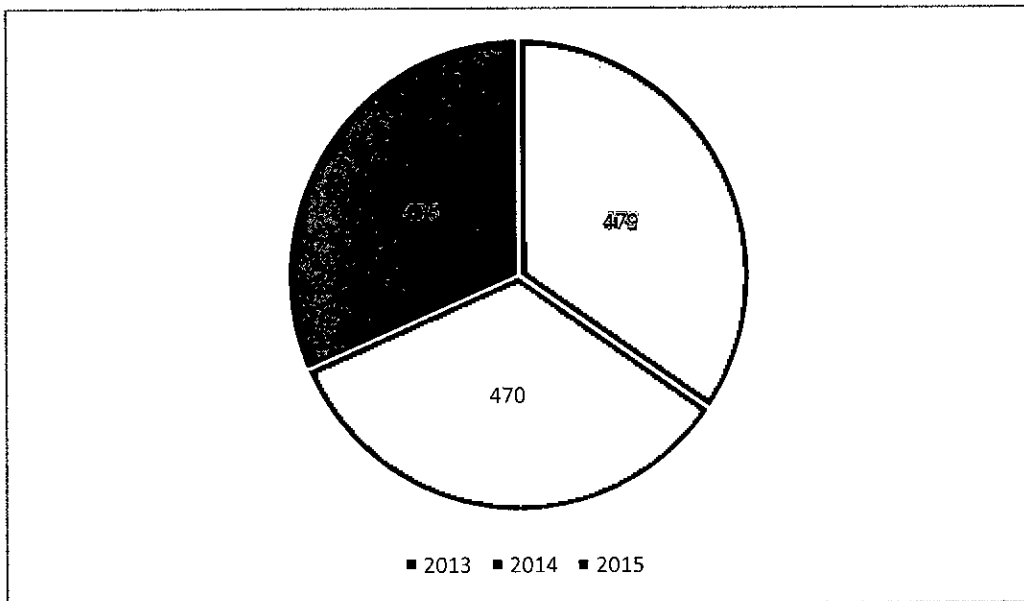
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2015



FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2015

GRAFICA N° 4.4:

**NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA
PLÁSTICA Y REPARADORA HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS- 2013, 2014, 2015**



FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins - 2015

TABLA N° 4.4:

**NÚMERO DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS, REALIZADAS Y SUSPENDIDAS
PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS- 2013, 2014 Y 2015**

| Cirugías | Programadas | Realizadas | Suspendidas |
|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Año 2013 | 514 | 479 | 35 |
| Año 2014 | 494 | 470 | 24 |
| Año 2015 | 456 | 436 | 17 |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2013, 2014 y 2015.

En la tabla del año 2013 se observa que el número de cirugías programadas a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora fue de 514, cirugías realizadas 479 y cirugías suspendidas 35.

En la tabla del año 2014 se observa que el número de cirugías programadas a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora fue de 494, cirugías realizadas 470 y cirugías suspendidas 24.

En la tabla del año 2015 se observa que el número de cirugías programadas a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía plástica y reparadora fue de 456, cirugías realizadas 436 y cirugías suspendidas 17.

Observándose que el número de cirugías programas y suspendidas ha sufrido una disminución en los últimos dos años.

TABLA N° 4.5:

MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS EN PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2013

| OPERACIONES SUSPENDIDAS | MOTIVOS | N° | % |
|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--------------|
| AÑO 2013 | Cirugía anterior prolongada | 8 | 22.9% |
| | Falta de insumos quirúrgicos | 4 | 11.4% |
| | Falta de equipos biomédicos | 4 | 11.4% |
| | Falta de camas en recuperación | 7 | 20% |
| | Incidentes en el preoperatorio | 12 | 34.3% |
| TOTAL | | 35 | 100% |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2013

En la tabla se observa que en el año 2013 el principal motivo de suspensión de cirugía a pacientes quirúrgicos del área de cirugía plástica y reparadora fue incidentes en el preoperatorio con un 34.3%, seguida de cirugía anterior prolongada con un 22.9%.

TABLA N° 4.6:

MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS EN PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- 2014

| OPERACIONES SUSPENDIDAS | MOTIVOS | N° | % |
|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--------------|
| AÑO 2014 | Cirugía anterior prolongada | 7 | 29.2% |
| | Falta de insumos quirúrgicos | 2 | 8.3% |
| | Falta de equipos biomédicos | 4 | 16.7% |
| | Falta de camas en recuperación | 6 | 25% |
| | Incidentes en el preoperatorio | 5 | 20.8% |
| TOTAL | | 24 | 100% |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2014

En la tabla se observa que en el año 2014 el principal motivo de suspensión de cirugía a pacientes quirúrgicos del área de cirugía plástica y reparadora fue cirugía anterior prolongada con un 29.2%, seguida de faltas de cama en recuperación con un 25%.

TABLA N° 4.7:

MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS EN PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - 2015

| OPERACIONES SUSPENDIDAS | MOTIVOS | N° | % |
|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--------------|
| AÑO 2015 | Cirugía anterior prolongada | 5 | 29.4% |
| | Falta de insumos quirúrgicos | 3 | 17.6% |
| | Falta de equipos biomédicos | 3 | 17.6% |
| | Falta de camas en recuperación | 2 | 11.8 |
| | Incidentes en el preoperatorio | 4 | 23.5% |
| TOTAL | | 17 | 100% |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2015

En la tabla se observa que en el año 2015 el principal motivo de suspensión de cirugía a pacientes quirúrgicos del área de cirugía plástica y reparadora fue cirugía anterior prolongada con un 29.4%, seguida de incidentes en el preoperatorio con un 23.5%.

TABLA N° 4.8:

COMPLICACIONES EN LA HERIDA QUIRÚRGICA PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2013

| COMPLICACIONES | HERIDA | N° | % |
|---------------------------------|---------------|-----------|--------------|
| QUIRÚRGICA | | | |
| Infección | | 6 | 37.5% |
| Dehiscencia de la sutura | | 4 | 25% |
| Necrosis | | 2 | 12.5% |
| Hemorragias | | 4 | 25% |
| TOTAL | | 16 | 100% |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2013

En la tabla se observa que en el año 2013 la principal complicación en la herida quirúrgica en pacientes de cirugía plástica y reparadora fue la infección con un 37.5%, seguidas de las hemorragias con un 25% y la dehiscencia de la sutura con el mismo porcentaje.

TABLA N° 4.9:

COMPLICACIONES EN LA HERIDA QUIRÚRGICA PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014

| COMPLICACIONES QUIRÚRGICA | HERIDA | N° | % |
|----------------------------------|---------------|-----------|--------------|
| Infeción | | 8 | 44.4% |
| Dehiscencia de la sutura | | 4 | 22.2% |
| Necrosis | | 3 | 16.7% |
| Hemorragias | | 3 | 16.7% |
| TOTAL | | 18 | 100% |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.

En la tabla se observa que en el año 2014 la principal complicación en la herida quirúrgica en pacientes de cirugía plástica y reparadora fue la infección con un 44.4%, seguidas por la dehiscencia de la sutura con un 22.2%.

TABLA N° 4.10:

COMPLICACIONES EN LA HERIDA QUIRÚRGICA PACIENTES POST OPERADOS SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2015

| COMPLICACIONES | HERIDA | N° | % |
|---------------------------------|---------------|-----------|--------------|
| QUIRÚRGICA | | | |
| Infección | | 5 | 35.7% |
| Dehiscencia de la sutura | | 4 | 28.6% |
| Necrosis | | 2 | 14.3% |
| Hemorragias | | 3 | 21.4% |
| TOTAL | | 14 | 100% |

FUENTE: Libro de registro del servicio de cirugía plástica y reparadora del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015.

En la tabla se observa que en el año 2015 la principal complicación en la herida quirúrgica en pacientes de cirugía plástica y reparadora fue la infección con un 35.7%, seguidas de las dehiscencia de la sutura con un 28.6%, ocupando el último lugar la necrosis con un 14.3%.

V. CONCLUSIONES

- a. Se concluye que en el servicio de cirugía plástica y reparadora en los últimos tres años, los pacientes quirúrgicos a los que se brindan cuidados de enfermería son en primer lugar los sometidos a injertos de piel, seguidos, reconstrucción mamaria y dermolipectomía.

- b. En cuanto a la suspensión de las cirugías se ha observado una disminución en los últimos tres años, disminuyendo el porcentaje en los indicadores de falta de insumos y equipos biomédicos, a pesar de ello los incidentes en el pre operatorio aun ocupa en el año 2015 un 23.5 %.

- c. En las complicaciones de la herida operatoria, en los últimos tres años son las infecciones las que ocupan el primer lugar seguidas de la dehiscencia de la sutura.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Elaborar y actualizar guías, protocolos de atención de enfermería en el pre y post operatorio en la atención de pacientes sometidos a injertos de piel, reconstrucción de mama y dermolipsectomia. Brindando así una atención de calidad a nuestros pacientes contribuyendo a su rápida mejoría y evitando complicaciones.

- b. Analizar en las reuniones técnicas del servicio de cirugía plástica y reparadora los principales indicadores de suspensión de cirugía, implementando acciones de mejora y concientizando al personal sobre la importancia del uso del check list pre operatorio, siendo el mayor beneficiario el paciente.

- c. Evaluar los factores para disminuir el índice de infecciones de la herida quirúrgica. Elaborar una guía de curación de heridas operatorias y verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, lavado de manos indicadores de esterilidad en la curación de heridas.

VII. REFERENCIALES

1. Levano FM. El uso de la cirugía estética: Un acercamiento a la (re) construcción del cuerpo y la subjetividad femenina. Universidad autónoma de Barcelona. 2012; 03(7): 01- 59.
2. Leniz P, Roa R y otros. Nuevas alternativas de cobertura cutánea. Cirugía Plástica. Santiago, Sociedad de Cirujanos de Chile. 2006; 70(9): 7463 - 753.
3. Fierro H. Injertos Cutáneos. Cirugía Plástica. Sociedad de Cirujanos de Chile Santiago. 2008; 04(9): 146 - 153.
4. Salaberria KR. Percepción de la imagen corporal. Pontificie Universidad Católica del Perú. Facultad de letras y ciencias humanas. 2011; 17(4): 116- 134.
5. Escudero FJ, Oroz J, y otros. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009; 20(7): 60 – 69.
6. Begoña Oiz G. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2005; 2(28): 19-26.
7. Aragonés GA. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad Exógena. Percepción de la imagen corporal. México. 2012; 5(2): 25- 34.

8. Drmoina.com. Indicaciones dermoliplectomia [Internet]. España: Drmoina; 2016 [actualizado 5 May 2016; citado 06 Agt 2016]. Disponible en: <http://www.drmoina.com.ar/dermoliplectomia.html>
9. Sánchez RJ. Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama post tratamiento quirúrgico. Universidad Pontificia Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. 2015; 3(20): 73-85.
10. Rincón FM, María Pérez SG y otros. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España. 2011; 76(3): 70-98.
11. Moya RE, Gazmúry G, Orlando y otros. Dermoliplectomía abdominal en el servicio de cirugía plástica del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech- Cuba. Medigraphic. 2011; 16(2): 98-108.
12. Sánchez WL, Mestre FB y otros. Reconstrucción mamaria posmastectomía en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Revista Cubana de Cirugía 2012; 53(1): 60-68.
13. Celio MJ, Zanatta MJ. Influencia del factor tabaquismo en complicaciones en post operados de dermoliplectomía abdominal – México. Cir.plást. iberolatinoam. 2012; 33(1): 69- 72.

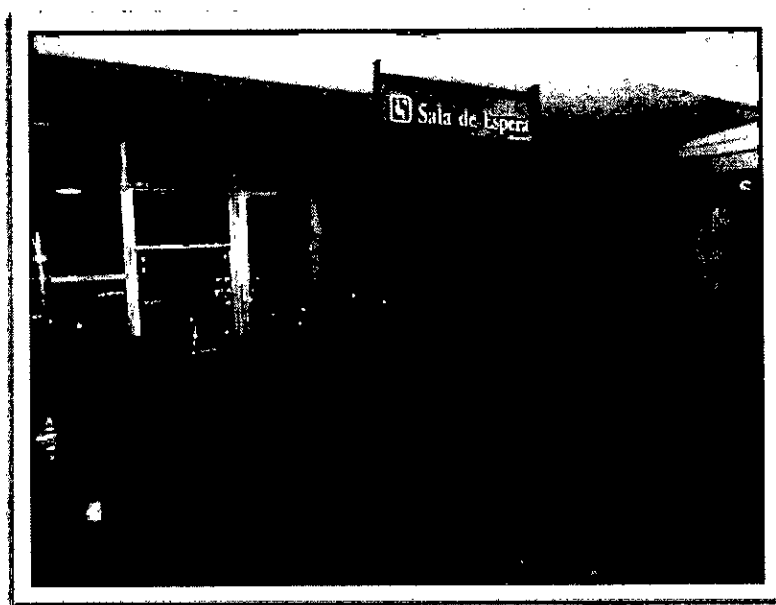
14. Baca EB. Cambios respiratorios post- dermolipectomía abdominal en pacientes tributarias de la Seguridad Social residentes en Quito. 2013. Cir.plást. iberolatinoam.2012; 9(3): 112- 125.
15. Günther MG, Nicolás P. Colgajos en reconstrucción de la región calcánea lateral. Departamento de Cirugía Plástica y Quemados Hospital del Trabajador. 2013; 67 (4): 378-385.
16. Loncharich VN. Enfermería Ciencia y Arte del Cuidado. Rev Cubana. 2011; 36(3): 12- 25.
17. Casada C. Cirugía plástica y reparadora. Ministerio de sanidad y consumo. Consejo nacional de Especialidades médicas. España. 2009; 6(3): 150- 155.
18. Andrade P, Sepúlveda S y otros. Injertos: apuntes de cirugía plástica. Universidad de Navarra. España. 2011; 04(7): 43 - 60.
19. Valenzuela MR. Bases de la medicina clínica: injertos y colgajos. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile. 2009; 08(4): 09 - 23.
20. Andrade P, Sepúlveda S. Injertos en cirugía plástica esencial. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2005; 01(1): 25- 37.
21. Salem MJ. Cirugía plástica reconstructiva y estética. Barcelona-España. Masson-Salvat. 2004; 01(4): 359-384.

22. Azocar DC. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. Una visión global para el médico general. 2007; (11): 88-98.
23. Sandra D. Impacto de las complicaciones post reconstrucción mamaria en el tratamiento sistémico del cáncer de mama. Revista cubana de cancerología. 2014; 185(3):120 – 127.
24. Morales OJ, Rodríguez SA y otros. Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes post mastectomía por cáncer de mama. Cirugía Plástica. 2010; 2(20): 73-85.
25. Calderón O. Reconstrucción mamaria inmediata post mastectomía por cáncer. Revista cirugía reparadora Chile. 1997; 3 (7): 552-558.
26. Gazmuri GO, Cebrián RM y otros. Dermolipectomía abdominal: Análisis de 130 pacientes. Revista Archivo Médico De Camagüey; 2006 8(6), 71-80.
27. Nogueira D. Muertes en Cirugía Estética: Riesgos de la Abdominoplastia (reducción de abdomen). Cirugía Estética en Madrid y Valencia. Retrieved. 2014; 18(7): 36 - 59.
28. Gorbacho AG y otros. Guía de atención clínica en obesidad. Servicio de Endocrino del Hospital Peset de Valencia. 2010; (3): 203 - 209.
29. Gutiérrez Fisac JL. Aumento de la prevalencia de obesidad en España. Nutrición y Obesidad. 1998; (1): 203 - 209.

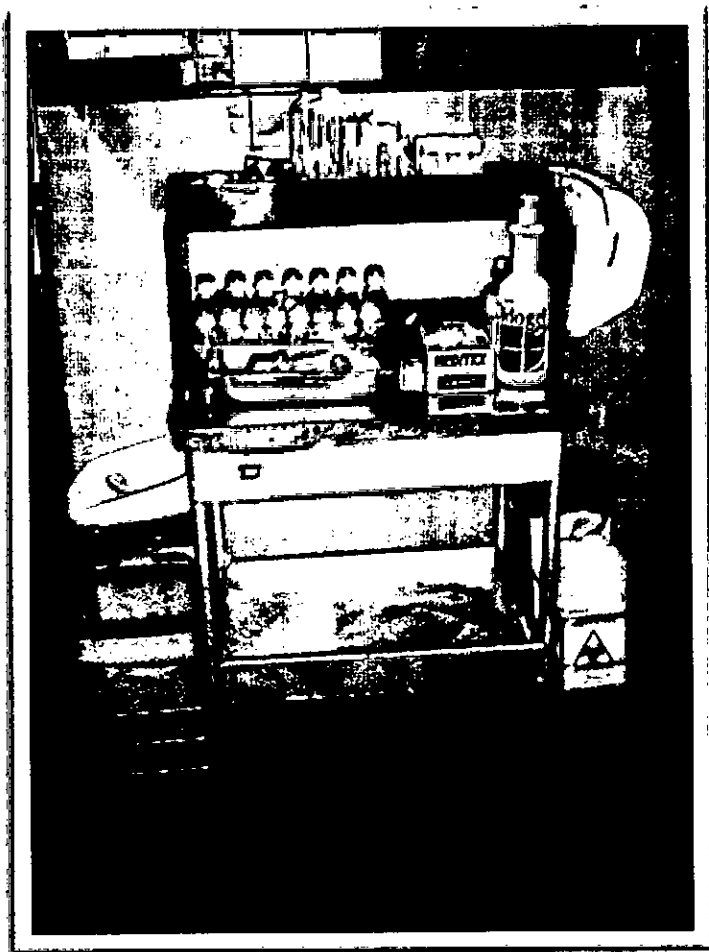
30. Dongo VP. Adherencia al tratamiento, personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica en pacientes obesos. Pontificie Universidad Católica del Perú. Facultad de letras y ciencias humanas. 2013; 28(8): 69- 87.
31. Martín C. Escalas de evaluación de dolor. Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. 2012; 3(20): 39-55.

ANEXOS

**ANEXO 1: ÁREAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
REPARADORA 8B - HNERM**

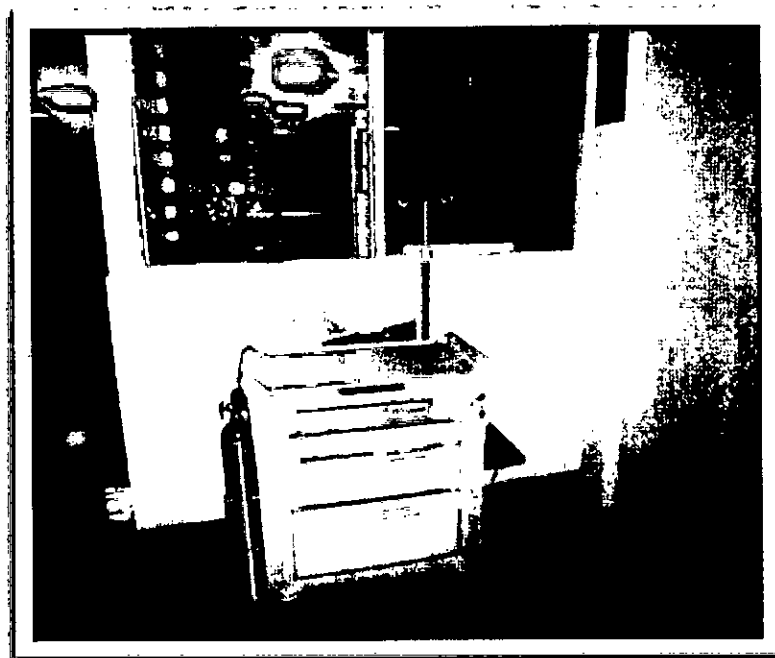


SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y
REPARADORA



COCHE DE ADMINISTRACIÓN
DE MEDICAMENTOS SERVICIO
DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
REPARADORA

COCHE DE PARO DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y
REPARADORA



**ANEXO 2: REGISTROS UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
PLÁSTICA Y REPARADORA**

PROGRAMACIÓN DIARIA

PROGRAMACION DIARIA

FECHA: _____

AYUNAS PARA ANALISIS:

SALA DE OPERACIONES:

EXAMENES ESPECIALES:

TOMA DE MUESTRAS:

ALTAS

INGRESOS

TRANSFERENCIA

PENDIENTES

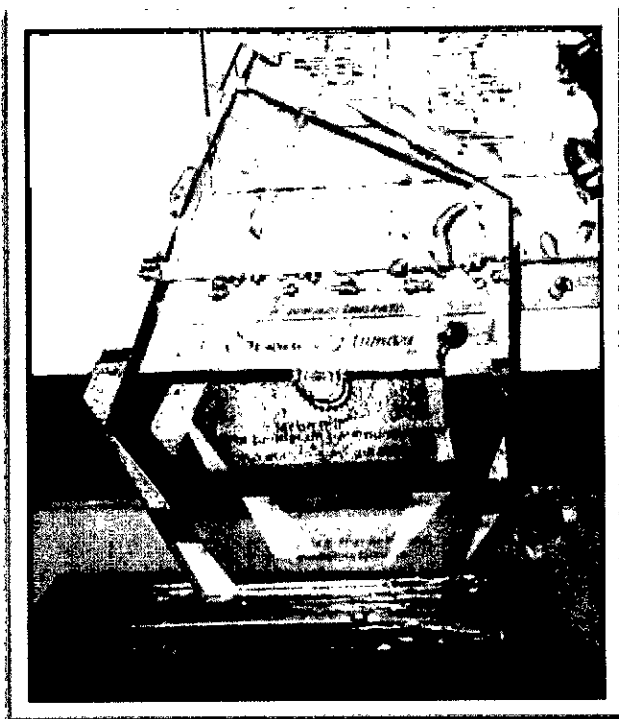
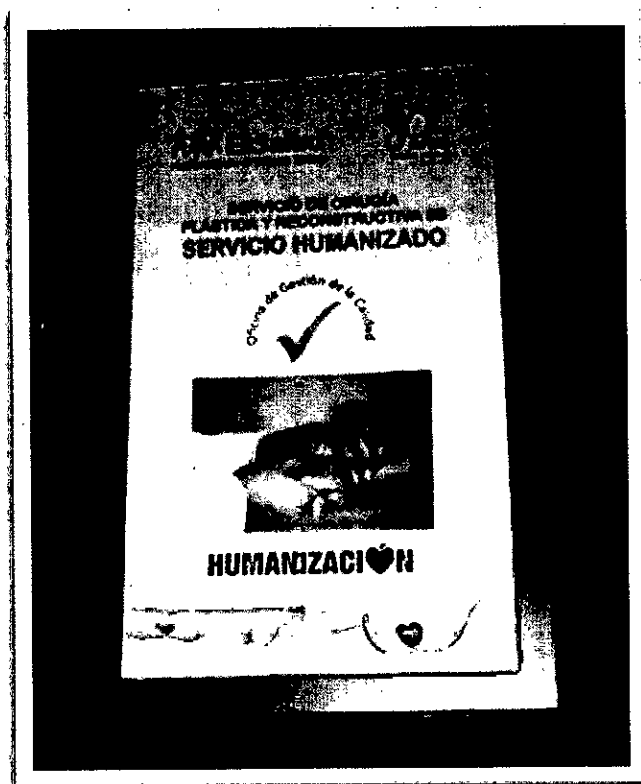
HOJA DE BALANCE HÍDRICO



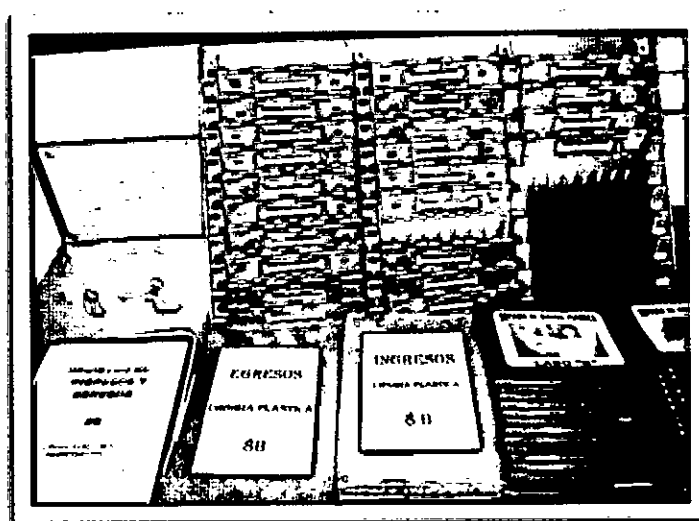
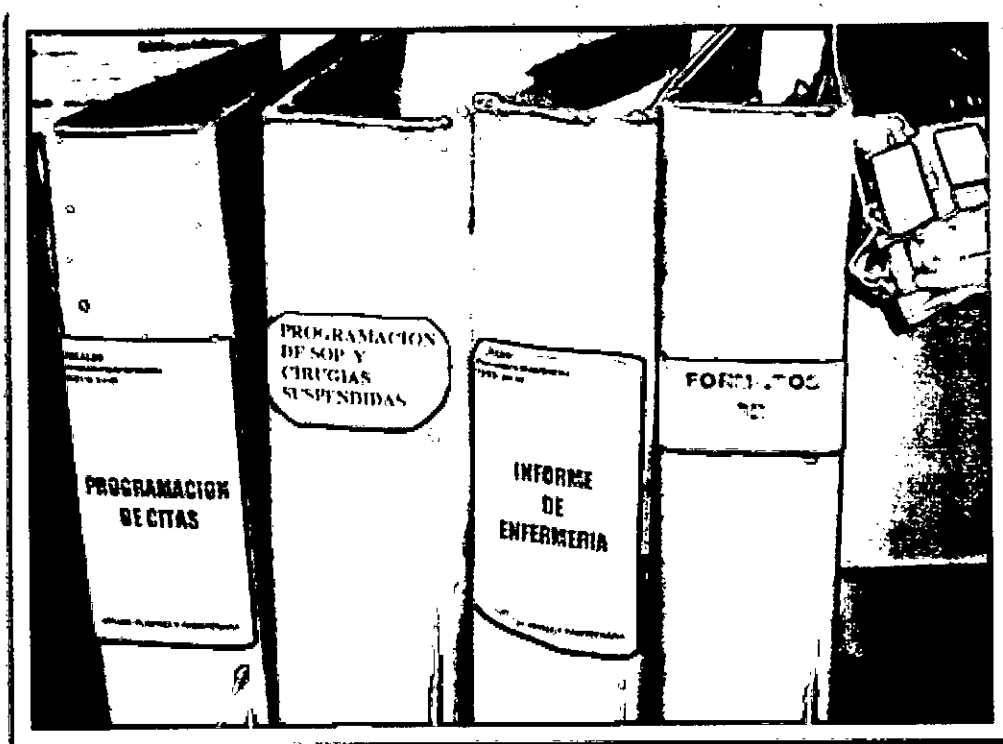
BALANCE HÍDRICO

| | 7-1 | 1-7 | 7-7 | Total 24 horas | |
|------------------------|------------|-----|-----|-------------------|--|
| Ingestión Excreción | Oral | | | | CUARTO Fecha: GRAN TOTAL Ingestión: Eliminación: BALANCE: DENSIDAD DE LA ORINA: |
| | Parenteral | | | | |
| | Sangre | | | | |
| | Orina | | | | |
| | Succión | | | | |
| | Drenaje | | | | |
| | Vómitos | | | | |
| | P. Inven. | | | | |
| | | | | | |
| Ingestión Excreción | Oral | | | | Fecha: GRAN TOTAL Ingestión: Eliminación: BALANCE: DENSIDAD DE LA ORINA: |
| | Parenteral | | | | |
| | Sangre | | | | |
| | Orina | | | | |
| | Succión | | | | |
| | Drenaje | | | | |
| | Vómitos | | | | |
| | P. Inven. | | | | |
| | | | | | |
| Ingestión Excreción | Oral | | | | Fecha: GRAN TOTAL Ingestión: Eliminación: BALANCE: DENSIDAD DE LA ORINA: |
| | Parenteral | | | | |
| | Sangre | | | | |
| | Orina | | | | |
| | Succión | | | | |
| | Drenaje | | | | |
| | Vómitos | | | | |
| | P. Inven. | | | | |
| | | | | | |

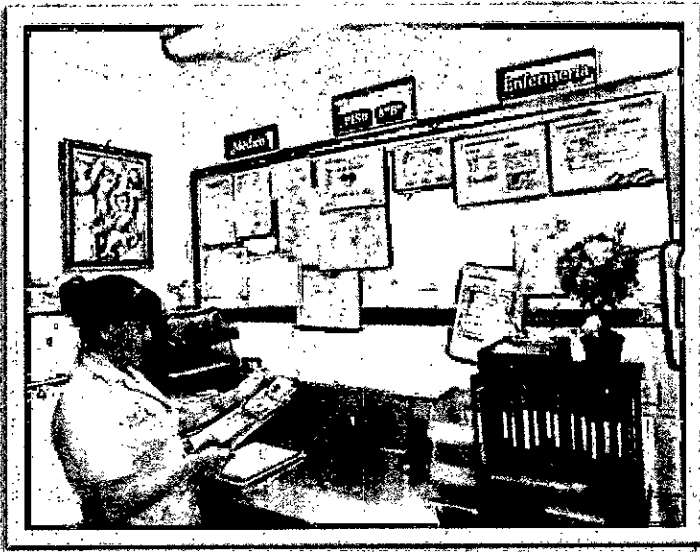
PREMIOS AL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA POR UN CUIDADO HUMANIZADO



FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ÁREA ADMINISTRATIVA



ÁREA ASISTENCIAL

