

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE  
DRENAJES ABDOMINALES EN PACIENTES POST  
OPERADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL  
CENTRAL DE LA FUERZA ÁREA DEL PERÚ-2016**

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

**CERILA QUISPE LEIVA**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cerila Quispe Leiva', is positioned to the right of the printed name.

**Callao, 2017  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO        VOCAL

### ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 381-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 27/10/2017

Resolución Decanato N° 2743-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

|  | Pág. |
|--|------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                          | 2    |
| <b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>         | 3    |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 3    |
| 1.2 Objetivo                                 | 5    |
| 1.3 Justificación                            | 5    |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b>                     | 7    |
| 2.1 Antecedentes                             | 7    |
| 2.2 Marco Conceptual                         | 10   |
| 2.3 Definición de Términos                   | 21   |
| <b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>          | 23   |
| 3.1 Recolección de Datos                     | 23   |
| 3.2 Experiencia Profesional                  | 23   |
| 3.3 Procesos Realizados del Informe          | 25   |
| <b>IV. RESULTADOS</b>                        | 28   |
| <b>V. CONCLUSIONES</b>                       | 32   |
| <b>VI. RECOMENDACIONES</b>                   | 33   |
| <b>VII. REFERENCIALES</b>                    | 34   |
| <b>ANEXOS</b>                                | 36   |

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el Hospital Central, el cual es el centro de referencias de los servicios de la Fuerza Aérea de todo el país. El servicio de cirugía brinda atención a pacientes con patologías abdominales y urológicas (varones y damas) de 14 años a más en el pre y post operatorio mediato e inmediato, está bajo la dirección de la jefa del Departamento de Enfermería, supervisora de sección, jefa de servicio, y enfermeras asistenciales.

Las cirugías abdominales con presencia de drenajes se ven con más frecuencia en el servicio, estos responden a los mismos principios físicos de los sistemas tradicionales utilizados desde finales del Siglo XIX, pero con las particularidades propias del desarrollo tecnológico de las últimas décadas es por ello que el conocimiento de enfermería debe actualizarse y adaptarse a las nuevas necesidades y aplicaciones que el paso del tiempo provoca especialmente en el ámbito hospitalario, la valoración permitirá detectar problemas en forma oportuna y tomar decisiones que garantizan la eficacia del sistema de drenaje y la adecuada evolución del paciente. Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional en el servicio de cirugía del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú tiene como objetivo describir las intervenciones de enfermería en el manejo de drenajes abdominales en pacientes post operados.

Descrito en siete capítulos: Capítulo I planteamiento del problema: descripción de la situación problemática, objetivo, justificación; Capítulo II marco teórico: antecedentes, marco conceptual, definición de términos, Capítulo III experiencia profesional: recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema del informe, Capítulo IV resultados, Capítulo V conclusiones, Capítulo VI recomendaciones, Capítulo VII referenciales. Finalmente, los anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática.

El enfoque actual de economía en salud ha demostrado que una adecuada preparación permite reducir los costos y los días de estadía intrahospitalaria. La evaluación preoperatoria se entiende de distinta manera en los distintos sistemas de salud, lo importante es saber que el paciente debe ser el centro, el equipo de salud (anestesiista, cardiólogo, neumólogo, cirujano, enfermera, etc.) debe participar en la preparación y conocimiento del paciente, cada uno según su área de competencia y esta evaluación se debe hacer en forma oportuna. A pesar de los avances aparecidos en las técnicas, los materiales quirúrgicos, los antibióticos y los métodos de esterilización, un número importante de procedimientos quirúrgicos desembocan en alguna complicación. Entre las causas que motivan esto se postulan el aumento global de la actividad quirúrgica (en Estados Unidos se estima que al día se realizan más de un millón de procedimientos quirúrgicos), la creciente resistencia antibiótica, la extensión del espectro de población operable a pacientes cada vez más seniles y con pluripatología, y la realización de procedimientos más complejos, como trasplantes, prótesis, etcétera.

A nivel mundial las complicaciones quirúrgicas conocidas van del 3% al 16%, la tasa de mortalidad del 0.4% al 0.8% y al menos 7 millones de complicaciones incapacitantes incluyendo un millón de muertes cada año. En noviembre del 2016 la OMS publico las directrices mundiales para la prevención de infecciones quirúrgicas, destinadas a salvar vidas, reducir costos y detener la propagación de microorganismos multirresistentes; quienes vayan a someterse a intervenciones quirúrgicas deben bañarse, pero no hay que afeitarnos, y para prevenir infecciones solo se les deberían administrar antibióticos antes y durante la intervención, pero no posteriormente. Contiene una lista de 29 recomendaciones concretas

hechas por 20 de los principales expertos mundiales a partir de 26 revisiones de las evidencias más recientes. El objetivo es hacer frente a la reciente carga de infecciones asociadas a la atención sanitaria tanto para los pacientes como para los sistemas de salud.

Las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y su capacidad para cuidar a los hijos.

Pero las infecciones quirúrgicas no son un problema únicamente para los países pobres. En los Estados Unidos de América contribuyen a que los pacientes pasen 400 000 días más en el hospital, con un costo adicional de US\$ 900 millones al año.

A nivel nacional un informe de vigilancia epidemiológica concluyó que, entre los servicios de cirugía, se observó una tasa promedio de incidencia acumulada de 0,51 infecciones de herida operatoria x 100 colecistectomías y 0,51 infecciones de herida operatoria x 100 herniorrafías inguinales.

A nivel local en el Hospital Central de la Fuerza Aérea, el servicio de cirugía durante el periodo de 2014 – 2016, registra 745 intervenciones quirúrgicas abdominales realizadas de las cuales 86 (11.44%) presentaron algún tipo de drenaje en el post operatorio.

En relación al recurso humano cuenta con personal especializado y con experiencia en el área (40%) y el (60%) del personal que labora se encuentra en proceso de especialización, en relación al recurso material cuenta con ambientes equipados para brindar la atención requerida.

La ley general de salud establece la responsabilidad por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades. Así mismo el código de ética y

deontología establece la responsabilidad de la enfermera(o) en su actuación profesional y de mantener vigente su competencia por medio de la capacitación continua de acuerdo con los avances científicos, tecnológicos y culturales, así como la importancia de la objetividad y veracidad en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos, relacionados con su desempeño profesional. (2,3)

Sin embargo, mi experiencia me ha permitido identificar ciertas debilidades relacionadas con informes de enfermería inexactos lo que ha ocasionado malestar en el equipo de trabajo.

Siendo necesario aplicar el manual de normas para el mejor desempeño en el servicio de cirugía del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

## **1.2. Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en el manejo de drenajes abdominales en pacientes post operados en el servicio de cirugía del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

## **1.3. Justificación**

Se ha observado que, a pesar de la asepsia y la antisepsia, más rigurosas en las intervenciones quirúrgicas aparecen en la herida operatoria exudados con los cuales el organismo trata de defenderse, oponiéndose a la penetración de nuevos microbios, después de haber luchado contra los causantes de la infección. La importancia del drenaje se desprende por consiguiente de la necesidad que existe de la salida de dichos exudados para apresurar la cicatrización en buenas condiciones y evitar las complicaciones consiguientes a su estancamiento. (9)

La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran

parte del quehacer cotidiano de la enfermera, por lo tanto, la profesionalización de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas. (13)

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las intervenciones de enfermería en la atención a pacientes post operados con presencia de drenajes abdominales en el servicio de cirugía del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **A Nivel Internacional**

**LÓPEZ-Villarreal, Víctor Hugo. Utilidad de los drenajes en Apendicitis Complicada. México, 2008.**

Los drenajes en pacientes con apendicitis complicada son usados para evitar el desarrollo de abscesos residuales. El objetivo de este trabajo es ver si existen diferencias en el posoperatorio de los pacientes con apendicitis complicada si no se usan drenajes. Se realizó un estudio prospectivo, aleatorio y comparativo, en un periodo de tres años, incluyendo a todos los pacientes con apendicitis complicada, los cuales se dividieron en forma aleatoria en dos grupos: El primero en el que se dejaron drenajes (Grupo I) y el segundo en los que no se dejaron drenajes (Grupo II). Las diferencias de las variables entre los dos grupos fueron revisadas con t de student y prueba chi cuadrada. Un total de 64 pacientes se incluyeron en el estudio, 32 fueron incluidos en el grupo con drenaje y 32 en el grupo sin drenaje. Las características clínicas fueron similares en ambos grupos, lo que permite asumir que los grupos son comparables. Solo un paciente presentó absceso residual, pertenece al grupo II, el absceso se resolvió con tratamiento médico sin drenaje.

**CORRALES, Juan Carlos. Estudio comparativo de la utilidad del drenaje peritoneal en la apendicitis perforada. Colombia. 2009.**

En el manejo de las apendicitis perforadas existen todavía algunas áreas de controversia; una de las más importantes es la que se refiere al uso de los drenajes de la cavidad peritoneal. Investigación prospectiva, doble ciega con 60 casos de apendicitis perforadas, en 30 de ellos colocamos

drenajes y en los otros 30 no. La primera diferencia importante que se encontró fue que los pacientes con drenaje tuvieron un tiempo operatorio mucho mayor que aquellos en los que no se usó.

**FELMER E. Orlando. Resultados del drenaje endoscópico de la vía biliar en el tratamiento de la colangitis aguda. Chile, 2010.**

La exploración quirúrgica de la vía biliar seguida de la instalación de una sonda de Kehr ha sido por años el tratamiento de elección de la colangitis aguda. Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas en base a protocolo tipo de los pacientes intervenidos vía endoscópica con diagnóstico de colangitis aguda, entre los años 2004 y 2006 en dicho centro. Un 95,1% y un 77,1% de los pacientes presentó vía biliar dilatada ecográficamente y durante CPER respectivamente. En un 85,7% se confirma la presencia de coledocolitiasis. En un 1,7% no se logra la descompresión total de la vía biliar en un primer intento. En todos los casos se realizó tratamiento antibiótico, cuya mediana fue 10 días (2-17). No hubo complicaciones ni mortalidad relacionadas con el procedimiento. Según los resultados se puede afirmar que el tratamiento endoscópico de la colangitis aguda ofrece una alta tasa de éxito asociado a una baja tasa de morbilidad.

**A Nivel Nacional**

**FARFÁN Espinosa, Óscar Apendicitis aguda en el Hospital Dos de Mayo, Perú, 2002.**

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico. En 1736 Claudius Amyand realiza la primera apendicetomía, al operar una hernia fistulizada en el escroto, hallando el apéndice perforado. En el Perú se describe a Larrea como el primer cirujano en realizar una apendicectomía, en 1902 Lino Alarco realiza las primeras apendicectomías en el Hospital Dos de Mayo. Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes operados con

diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda en la emergencia del Hospital Dos de Mayo desde el 1ro. de enero del 2000 hasta el 31 de Julio del 2001. Se revisaron las historias clínicas de 1045 pacientes operados por apendicitis aguda y los datos fueron recopilados y resumidos en una ficha elaborada previamente, los datos considerados fueron: edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria preoperatorio, estadios de la apendicitis aguda más frecuentes encontrados en el acto operatorio, las incisiones más usadas en el tratamiento de la apendicitis aguda, localización más frecuente del apéndice cecal, la técnica más frecuente del manejo del muñón, la presencia de peritonitis localizada o generalizada, la existencia de plastrón, tiempo operatorio utilizado, la utilización drenajes, manejo de la herida operatoria, complicaciones postoperatorias, reoperaciones, tipo de anestesia utilizada. Análisis estadístico: Se revisaron los datos los cuales fueron procesados mediante el programa Epi-Info 6.04, el análisis realizado es porcentual en algunos casos y otros fueron analizados estadísticamente mediante el test de Fisher con cálculos del valor de  $p < 0.005$ . De 1,045 historias clínicas revisadas, 732 pacientes (70.05%) fueron de sexo masculino y 313 (29.95%) de sexo femenino. En cuanto a la edad de los pacientes operados se distribuyeron en siete grupos etáreos, encontrándose: de 0 a 9 años 5 pacientes (0.48%), de 10 a 19 años 182 pacientes (17.42%), de 20 a 29 años 430 pacientes (41.15%), de 30 a 39 años 227 pacientes (21.72%), de 40 a 49 años 102 pacientes (9.76%), de 50 a 59 años 57 pacientes (5.45%) y mayores de 60 años 42 pacientes (4.02%).

**VICENTE Maco, Luis Marcos, Juan Montenegro, José Bellido, Angélica Terashima y Eduardo Gotuzzo, Experiencia clínica, un caso de obstrucción de dren de Kehr por Fasciola hepática en una paciente post-colecistectomizada por colangitis aguda. Perú, 2003.**

Se reporta un caso de colangitis y colecistitis aguda alitiásica secundaria a fasciolosis en una mujer de 22 años procedente de Huaral (Lima, Perú),

con antecedentes de consumo frecuente de emolientes, con 5 días de enfermedad caracterizado por dolor abdominal, vómitos, ictericia e hiporexia. En el acto operatorio se halló cuerpos extraños y durante sus días de hospitalización se detectaron especímenes adultos del tremátode *Fasciola hepática* en la irrigación trans-Kehr causantes de obstrucción del drenaje. La colangiografía retrógrada endoscópica mostró la localización de los parásitos en las vías biliares. Este es el segundo caso reportado en la literatura de extracción de este dístoma mediante métodos similares. Se discute además la epidemiología, exámenes radiológicos y pruebas de diagnóstico en el Perú.

## **2.2. Marco Conceptual**

Todo procedimiento quirúrgico significa un riesgo cuya magnitud dependerá del paciente, de la anestesia y del tipo de cirugía; pero la evaluación adecuada permitirá disminuir este riesgo, obtener y procesar la información necesaria para proporcionar los cuidados apropiados a cada paciente quirúrgico.

El abdomen agudo en el adulto se caracteriza por el dolor abdominal de presentación brusca que se agrava con el tiempo y requiere de atención quirúrgica inmediata; datos claves son las características del dolor: tiempo de duración, fecha y hora de inicio, actividad del paciente cuando empezó el dolor, localización, intensidad e irradiación de este último hacia otras áreas, presencia de náuseas, vómitos o anorexia.

La progresión del dolor desde sordo, molesto y poco localizado hasta más agudo, constante y mejor localizado por lo general se relaciona con progresión de la enfermedad y con frecuencia anuncian la necesidad de una intervención quirúrgica.

Exámenes auxiliares de diagnóstico:

De laboratorio: Hemograma con recuento diferencial, hemoglobina, hematocrito y plaquetas, pruebas hepáticas como transaminasas,

bilirrubina, y proteínas totales y fraccionadas, creatinina y nitrógeno ureico sérico, glucosa sérica, amilasa y lipasa sérica, examen completo de orina, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fracción beta de la gonadotropina coriónica humana.

De imagenología: Radiografía simple de abdomen de pie y una radiografía de tórax, tomografía axial computarizada, ecografía abdominal. Con los refinamientos en la técnica de ecografía y tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear en la actualidad tiene una participación muy limitada en el estudio del abdomen agudo.

(11)

### **Cirugías abdominales más frecuentes:**

**Laparoscopia:** Es una técnica que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con ayuda de una lente óptica, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada a la misma lente.

**Colecistectomía:** Es una intervención clínica – quirúrgica que consiste en la extracción o extirpación de la vesícula biliar. Indicado en las siguientes patologías; cálculos biliares(Colelitiasis) Inflamación por infección (Colecistitis) bloqueo de los conductos biliares (Obstrucción biliar)

**Apendicetomía:** Es una técnica quirúrgica por la cual se extirpa o se extrae el apéndice. Indicado en apendicitis aguda (Inflamación del apéndice) o peritonitis, generalmente ocurre cuando el apéndice resulta bloqueado por heces, un cuerpo extraño o, en raras ocasiones, por un tumor.

**Resección intestinal:** Es la cirugía para extirpar parte o todo el intestino y se hace cuando parte de éste está obstruido o enfermo, un bloqueo intestinal (deformidad congénita) afecciones que pueden causar

inflamación ( ileitis regional, enteritis y la enfermedad de crohn) cáncer y lesiones del intestino.

Ostomías abdominales colostomías e ileostomías: Es un procedimiento quirúrgico en el que se aboca un extremo del colon o el íleon del intestino a través de la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino van a parar a una bolsa adherida al abdomen indicada en Infección abdominal, como en el caso de diverticulitis perforada o un absceso o lesión al colon o al recto (una herida con arma de fuego) bloqueo parcial o completo del intestino grueso. (1)

#### **Complicaciones de la herida quirúrgica:**

Dehiscencia de la herida: Dos de las complicaciones más comunes de infecciones de heridas quirúrgicas son la dehiscencia y la evisceración. La dehiscencia de la herida abierta es la ruptura o separación de las capas de una incisión quirúrgica. Puede ser sólo una separación de algunas de las capas, pero en algunos casos, la herida queda abierta. En el peor de los casos, los órganos pueden sobresalir a través del sitio de la incisión, una condición conocida como la evisceración. El paciente se dará cuenta de varios signos y síntomas de la dehiscencia de la herida, como el sangrado, hinchazón, enrojecimiento y dolor en el sitio de la incisión. La fiebre también estará presente debido a la infección cuando está abierta la herida

Cicatrización anormal: La cicatrización también puede deteriorarse si una persona tiene una infección de una herida quirúrgica. La infección puede interferir con la cicatrización de heridas, por lo que requiere tratamiento quirúrgico adicional, una herida quirúrgica que se cura de forma anormal, requiere de procedimientos tales como el desbridamiento o irrigación. En el desbridamiento de la herida, los tejidos muertos o dañados en la misma se "raspan" o se eliminan, por lo tanto, aumenta su potencial de curación.

Sepsis: Una complicación muy grave de las infecciones de una herida quirúrgica es la sepsis. La sepsis es una respuesta inflamatoria de todo el cuerpo debido a una infección grave. Esta infección sistémica por lo general se desarrolla rápidamente y puede ser mortal, esto sucede cuando organismos causantes de enfermedades conocidas como patógenos infectan el sitio y entran en el torrente sanguíneo. Una vez que estos agentes patógenos se encuentran en el torrente sanguíneo, desencadenarán una serie de respuestas del sistema inmunológico del cuerpo, tales como la liberación de mediadores antiinflamatorios. La presencia de bacterias y mediadores antiinflamatorios pone al cuerpo en un estado inflamatorio. Los vasos sanguíneos se dilatan y los fluidos se desplazan hacia los tejidos. Debido a este movimiento de líquido, la presión sanguínea puede descender, lo que resulta en una condición conocida como shock séptico. La sangre y el oxígeno no llegan a los órganos, lo que ocasiona daños en las células, y en última instancia, un fallo multiorgánico. Si no es tratado inmediatamente, esto puede dar lugar a la muerte. (4)

### **El periodo pre operatorio:**

Es el tiempo que pasa entre la decisión que se toma hasta la intervención quirúrgica que se efectúa con la participación del paciente. La decisión puede ser programada o de urgencia, se clasifica en periodo:

Mediato: Se basa en la decisión de 12 a 2 horas antes tomándose en cuenta la cirugía ya sea mayor o menor.

Inmediato: De las 12 horas a 2 horas antes de la cirugía, teniendo como rumbo fijo la sala de operaciones.

Aquí las acciones serán generales o específicas, es decir que las primeras son todas aquellas que se brindan a los pacientes durante su estancia hospitalaria y las segundas aquellas que se brindan a partir de la

cirugía a la que será sometido el paciente. Tiene como finalidad la preparación del paciente en forma psicológica y físicamente antes de la cirugía.

### **Cuidados de enfermería en el periodo preoperatorio:**

La asistencia de enfermería en este periodo mediante la valoración completa, el tratamiento del riesgo y la instrucción al paciente influye en la evolución y recuperación del paciente.

Valoración física: observar signos de deshidratación, alteración de la nutrición, erupciones, úlceras, lesiones cutáneas, signos de infección pueden ser hallazgos significativos en los pacientes

Historia quirúrgica y anestesia: El conocimiento de intervenciones quirúrgicas previas, el tipo de intervención y complicaciones y la historia familiar de complicaciones relacionadas con la anestesia. Registrar los medicamentos que recibe el enfermo en el momento de la intervención y las que ha interrumpido recientemente. Registrar las reacciones de algunos medicamentos como las alergias y sensibilidades farmacológicas. Debe obtenerse información sobre fármacos recetados, incluyendo el nombre, la dosis, y la vía de administración de todos los administrados en los 6 meses anteriores.

Enfermedades previas: Algunas aumentan el riesgo de la cirugía y de la anestesia. El reconocimiento de los cuadros agudos y crónicos ayuda al personal de enfermería a prever los posibles problemas y a reconocer las necesidades especiales.

Valoración mental y psicosocial: Determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar a interferir en la capacidad del paciente para progresar durante el periodo quirúrgico.

Nutrición: Los pacientes programados con anestesia local o sin anestesia pueden tomar desayuno o líquidos claros el día de la intervención, los que son sometidos a anestesia general o regional no pueden comer ni beber (nada por boca) desde 6-8 horas antes de la intervención.

**Eliminación:** Se debe instruir al paciente para que vacíen sus vejigas inmediatamente antes de ser trasladados al quirófano o de recibir la medicación preoperatoria. Los enemas y laxantes no se administran sistemáticamente, salvo lo expuesto en relación con la cirugía abdominal.

**Higiene:** Los objetivos de la preparación cutánea son eliminar suciedad y los microbios de la piel, el afeitado del campo operatorio solo debe hacerse cuando sea necesario y solo antes de la llegada del enfermo al quirófano. **Objetos de valor y prótesis:** Deben dejarse a los familiares o etiquetarlos claramente y guardarlos. Las prótesis y si no son necesarias, retirarlas y guardarlas antes de la intervención.

**Medicación:** Algunas deben interrumpirse o ajustar su posología antes de la intervención son los anticoagulantes, los inhibidores de la monoamino oxidasa (pueden provocar una grave hipoglucemia cuando se interrumpe la ingesta oral). La anestesia o el cirujano pueden prescribir medicaciones preoperatorias, para su eficacia sea máxima, la administración debe hacerse alrededor de 60 minutos antes de inducir la anestesia.

**Preparación psicológica:** Se debe aportar información y tranquilizar al paciente sobre los acontecimientos que se van a producir y comentar los mecanismos de afrontamiento que puede utilizar para enfrentarse al estrés y a la comodidad. Muchas pacientes encuentran reconfortante la presencia de un familiar o amigo. Se puede permitir que un familiar acompañe al paciente al área preoperatoria.

**Consentimiento informado:** La decisión del paciente debe ser voluntaria, ha de estar informado, debe ser competente para comprender la información y las alternativas. No se debe administrar medicación preoperatoria a ningún paciente hasta que este haya firmado el consentimiento. El paciente se puede arrepentir de su consentimiento para la intervención en cualquier momento antes de la misma. La enfermera debe informar de inmediato a su superior o al médico responsable del cambio de opinión del paciente. (5)

### **El periodo post operatorio:**

Es el tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio, se divide en inmediato y mediato.

Inmediato: Se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica extendiéndose hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos.

Mediato: Parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

### **Cuidados de enfermería en el periodo post operatorio:**

#### **Post operatorio inmediato**

Preparar la unidad de recuperación del paciente, disponer de recursos físicos y humanos que existan en el hospital, ya que esto aumenta los estándares de calidad en la atención al paciente recién egresado de la cirugía.

Recibir al paciente con el expediente clínico correcto, tener los conocimientos sobre el estado en el que es recibido el paciente (técnica, duración, fármacos administrados, anestesia utilizada, cuenta con drenaje, apósito etc.) contribuye a la realización de plan de cuidados para el paciente postquirúrgico. La valoración se enfoca en las vías respiratorias, la circulación, el metabolismo, la anestesia y en general el aspecto físico que presenta el paciente.

Administrar soluciones isotónicas para la satisfacción de necesidades hidroelectrolíticas, un equilibrio electrolítico adecuado resulta de los correctos registros ingeridos y eliminados, así como el peso corporal.

Tranquilizar al paciente, la tranquilidad del paciente va a depender del nulo dolor, las complicaciones después de la cirugía, la posición que adopte y el aseo personal.

Detección de manifestaciones clínicas, registrar los procedimientos realizados, estado del paciente y problemas presentados.

Control del dolor, es importante que la enfermera/o controle la aparición de los siguientes signos y síntomas: pulso rápido, respiración rápida y más profunda, aumento de la presión arterial, sudoración, palidez, tensión muscular (en cara y cuerpo) náuseas y vómitos si el dolor es intenso.

Otros: postura rígida, inquietud, llanto, gemidos.

La analgesia se puede realizar de forma programada según necesidad.

Control de signos vitales: Se controlan durante la primera hora cada 15 minutos, luego cada hora y cuando se estabilicen las constantes, cada 2 horas, control de E.C.G , presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, respiraciones, temperatura, diuresis.

Posición del paciente: Vigilar la posición del enfermo, decúbito supino semifowler a 30°, decúbito lateral, puede haber o no indicación de una posición determinada luego del procedimiento quirúrgico. En todo caso es competencia de enfermería colocar al paciente en una posición adecuada para mantener las vías aéreas libres y cómodo.

Valoración neurológica: Se debe verificar el nivel de conciencia, despierto tiene los ojos abiertos, buena respuesta verbal y orientado (responde con claridad a las preguntas). Somnoliento responde a estímulos verbales y motores. Según la complejidad en algunas ocasiones el paciente no es devuelto directamente a la sala sino puede ser ingresado a la unidad de terapia intensiva para un monitoreo más estricto o permanecer en la sala de recuperación hasta que pasen los efectos de la anestesia en ningún caso la enfermera/o debe dejar al paciente solo.

Evaluar el sangrado: Aumento del sangrado el cual se puede visualizar a través de los drenajes o de la herida operatoria, o como hematemesis enterorragia o hematuria.

**Post operatorio mediato:**

Se prestará atención al control de los posibles desequilibrios hidroelectrolíticos y/o signos de infección a través del control de: diuresis, aparición de febrícula o hipertermia, balance hidroelectrolítico, valoración de la función intestinal, a través de la auscultación de los ruidos intestinales hidroaéreos, eliminación urinaria para evaluar la función renal. Se evalúa la evolución de la cicatrización.

Ayudar a la ambulación del paciente, la aplicación de la mecánica corporal influye en el adecuado funcionamiento gastrointestinal y la correcta circulación de la sangre.

Participar o colaborar en la dietoterapia, la dieta prescrita depende del tipo de cirugía practicada y de las necesidades que tenga el paciente. Todo para el restablecimiento de la peristalsis intestinal.

Atención a la diuresis, la supresión urinaria después de la cirugía es consecuencia del estrés causado por la intervención quirúrgica, la posición y la presencia de espasmo en el meato urinario.

Atención a las complicaciones, pueden ser menores (náuseas, vómito, distensión abdominal etc.) o mayores (disminución del retorno venoso, embolia etc.). La presencia de complicaciones involucra de tal forma al paciente que prolonga su estancia.

Instruir al paciente y al familiar sobre indicaciones específicas según el tipo de intervención, cuidados generales y el proceso de cicatrización. (6)

**Drenajes:**

Son medios artificiales importantes para asegurar la salida de líquido o aire desde una cavidad, víscera, herida o absceso hasta el exterior, cuya permanencia en el organismo sería nociva para el paciente. Los líquidos drenados con más frecuencia son pus, sangre, orina, líquido cefalorraquídeo y secreciones, y su evacuación es necesaria siempre que exista la posibilidad de infección, dehiscencia de una sutura, hemorragia o

de la presión intracavitaria y otras circunstancias que pongan en peligro al paciente. Se caracterizan por ser de material suave y flexible, no irritante para los tejidos corporales, no se descomponen al contacto con el líquido a drenar y por lo general tendrán un colector para cuantificar los exudados. Las complicaciones más frecuentes son infecciones locales, UPP por presión del drenaje en la zona corporal, fistulas, hemorragias, obstrucción del drenaje y hernias o eventraciones por el orificio de salida. Hay diferentes tipos de drenaje quirúrgico, varían dependiendo del tipo de cirugía que se realiza, el tipo de drenaje que se necesite, el tipo de herida, y la cantidad y consistencia del drenaje a drenar. Básicamente podríamos decir que hay 3 tipos de sistema de drenaje:

Sistema de drenaje quirúrgico cerrado, es un sistema de tubos que está conectado al cuerpo para retirar fluidos en un circuito hermético que impide cualquier tipo de contaminantes ambientales entren en la herida o área que está siendo drenado.

Sistema de drenaje quirúrgico abierto, es un tubo o aparato que se inserta en el cuerpo y drena hacia fuera sobre un apósito.

Sistema de drenaje quirúrgico por aspiración utiliza una bomba o dispositivo mecánico para ayudar a sacar el exceso de líquido del cuerpo  
(7)

### **Drenajes más utilizados en el servicio de cirugía:**

Drenaje de Penrose: Es un sistema de drenaje quirúrgico abierto que se coloca en la línea de incisión para el drenaje de heridas. Consiste en una banda de goma blanda o tubo de silicona se coloca en el área de la herida para facilitar el drenaje. Por acción de la gravedad sale el líquido de drenaje que se recoge o colecta sobre un apósito o bolsa.

Drenaje Jackson Pratt: También llamado comúnmente, drenaje tipo bombilla, es otro sistema de drenaje quirúrgico cerrado que aplica presión

de succión continua a una herida a través del uso de un bulbo flexible que no sólo proporciona succión a la herida, sino que también sirve de reservorio para los fluidos retirados. Una vez que el bulbo o depósito está lleno, puede ser retirado y limpiado, para ser utilizado de nuevo.

**Drenaje Tubo-T Kehr:** Se utiliza en la mayoría de los pacientes que han sido sometidos a cirugía de la vesícula biliar. Se trata de un tubo blando en forma de T de diferentes calibres. Sus extremos más cortos sirven para canalizar la vía biliar, el extremo más largo sale al exterior a través de la pared abdominal por medio de una incisión.

Permite el drenaje de la bilis al exterior, es un drenaje pasivo que actúa por gravedad y drena a una bolsa de recolección.

### **Teoría del cuidado humano**

Jean Watson en su teoría del cuidado humano sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría. Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los

conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar (14)

A través de la promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal permiten informar al paciente y derivar hacia él la responsabilidad sobre su salud y bienestar, consigue el autocuidado, determina sus necesidades y adquiere la capacidad de participar en la planeación y ejecución de su cuidado.

En el caso de pacientes post operado de cirugía abdominal con presencia de drenaje va a permitir concientizar al paciente sobre la importancia de su participación en el cuidado post operatorio a través de una orientación sobre la presencia de los drenajes, el objetivo, que actividades deberá realizar para favorecer un adecuado funcionamiento hasta el retiro y los cuidados al alta hospitalaria.

### 2.3. Definición de Términos

- **Herida operatoria:** Es el sitio de alteración anatómica y tisular que produce dolor e incapacidad y donde sucede un complejo proceso inflamatorio y de acelerado metabolismo celular con importantes repercusiones sistémicas.
- **Post operatorio:** Se entiende del periodo que transcurre desde que termina la cirugía hasta que se reanudan espontáneamente las funciones fisiológicas normales en el paciente.
- **Drenajes:** Todo tipo de maniobra material destinado a la evacuación o derivación de una secreción normal o patológica, desde una cavidad o visera hacia el exterior.

- **Infección:** Este concepto clínico se refiere a la colonización de un organismo por parte de especies externas las cuales resultan perjudiciales para el funcionamiento normal del organismo huésped.
- **Complicaciones:** Es una dificultad añadida que surge en el proceso de consecución de una meta determinada. Una complicación muestra una complejidad que requiere de una atención especial para poder ser resuelta.
- **Cuidados de enfermería:** Supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demanda su intervención.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de estadísticas anuales de intervenciones quirúrgicas abdominales realizadas en el servicio de cirugía de los años 2014 al 2016.

Asimismo, se utilizó una guía de observación sobre el manejo de drenajes abdominales más frecuentes, el profesional de enfermería fue evaluado mediante un formulario de 16 ítems el cual tuvo como alternativa de respuestas si o no.

Los datos recolectados fueron procesados y presentados en cuadros y gráficos.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

- Registro de estadística de ingresos e egresos del servicio
- Sistema hospitalario FAP. Dpto. de informática, sección estadística
- Guía de observación sobre el manejo de drenajes

#### **3.2 Experiencia Profesional**

El Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, es una institución de salud categoría III-1, está ubicado en la Av. Aramburu cuadra 2 S/N distrito de Miraflores.

El servicio de cirugía se encuentra ubicado en el tercer piso ala sur, cuenta con 22 camas distribuidas en 8 ambientes de hospitalización equipados con sistemas empotrados de oxígeno y aspiración (02 de 05 camas y 06 de 02 camas), un tópico de enfermería, una estación de enfermería, un ambiente para instrumental y equipos, un estar de personal, servicios higiénicos, un ambiente para guardar ropa limpia, un depósito de ropa sucia, un cuarto de limpieza.

Según el reglamento de organización y funciones el servicio brinda atención a pacientes con patologías abdominales y urológicas, varones y damas, de 14 años a más, en el pre y post operatorios mediano e inmediato.

En el año 1998 ingrese a la institución, desempeñándome en las diferentes áreas: Médico Quirúrgico, Traumatología, Neurología, Recuperación y actualmente Cirugía General.

Funciones de la enfermera asistencial en cirugía:

- Planificar la atención de enfermería de cada paciente de acuerdo a las necesidades y/o problemas Biopsicosociales identificado.
- Brindar atención de enfermería en forma integral al paciente en la fase pre y post quirúrgica utilizando el proceso de enfermería (PAE).
- Administra la terapia indicada al paciente en forma oportuna y eficiente.
- Cumplir y vigilar que se observen las normas establecidas respecto a las medidas de aislamiento.
- Conocer el manejo de los equipos del servicio y utilizar el material en forma adecuada.
- Hacer cumplir las medidas de bioseguridad y asepsia al equipo multidisciplinario.
- Colaborar en el diagnóstico y notificación de infecciones intrahospitalarias al comité encargado.
- Identificar y registrar signos y síntomas de alarma que presenten los pacientes durante su estadía en el servicio.
- Ejecutar y colaborar en el cumplimiento de procedimientos y exámenes especializados.
- Realizar procedimientos especiales propios del servicio, teniendo en cuenta medidas de asepsia y bioseguridad. (8)

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

Desde el 16 julio del 1998, laboro en el Hospital Central FAP hasta la actualidad, soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral inicio en el año 1998 por la modalidad de contrato; luego el 05 de diciembre del 2002 ingrese en la condición de nombrado donde se me asigno como enfermera asistencial en el área de hospitalización. He asumido cargos de Jefaturas Interinas en los diferentes servicios en los cuales he laborado según las normas del Hospital

Experiencias captadas:

En el servicio de Cirugía del Hospital Central FAP, el cuidado del paciente con drenaje quirúrgico inicia en el post operatorio inmediato desde el momento en que el paciente es recogido de la unidad de recuperación, en el reporte de enfermería se brinda la información necesaria para iniciar los cuidados en el servicio de hospitalización.

Dependiendo del tipo de intervención quirúrgico, las características del paciente, el tipo de drenaje se ubica al paciente en un ambiente que facilite la evaluación permanente y la atención oportuna en caso de alguna eventualidad.

En el caso de pacientes ancianos debido a los efectos post analgésicos, la suspensión de tratamientos habituales o los antecedentes propios de la edad se coordina con la familia para contar con la presencia de uno de ellos en el post operatorio. Se le brinda orientación sobre su participación en la evaluación post operatorio y cuidados posteriores al alta.

Los drenajes son muy utilizados en cirugía para evacuar secreciones post intervención de una cavidad o visera al exterior, de esta manera ayuda a la cicatrización y prevenir infecciones.

La presencia de un drenaje post operatorio dependerá de las necesidades y patologías de cada paciente.

Como he mencionado en el presente informe los drenajes más frecuentes en el servicio de cirugía son: Drenaje Penrose, Drenaje Jackson Pratt, Drenaje Kerh

Los cuidados generales que se brinda en los pacientes portadores de estos drenajes son los siguientes:

- Se brinda orientación al paciente sobre los cuidados y recomendaciones básicas a tener en cuenta durante el tiempo que porte el drenaje.
- La manipulación del drenaje se realiza con las manos lavadas y con guantes
- Se participa en las curaciones diarias en la zona de incisión del drenaje, los que nos permite valorar signos de infección, filtración de exudado o hemorragias
- Si el drenaje no tiene una bolsa colectora se procede a cambiar las gasas siempre que el exudado manche el apósito exterior
- Se tiene cuidado de no realizar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje
- Se realiza la anotación y valoración de la cantidad de exudado, apariencia (seroso, serohemático, purulento, hemático, bilioso, fecaloide), color, olor y número de veces que realizaron el vaciamiento del colector
- Se comprueba que el drenaje no haya sido extraído accidentalmente y que no se haya producido ninguna desconexión
- Se comprueba la permeabilidad de los tubos del drenaje, que no esté acodado
- En los drenajes con sistema de aspiración se comprueba que el colector mantenga el vacío
- Se realiza el vaciado del colector cuando es necesario. Una vez vaciado se restablece el vacío.
- Se comprueba que el tapón del drenaje esté completamente cerrado

- Siempre que el drenaje lo permita se procede a fijar el tubo en la piel del paciente para su comodidad y para evitar posibles desplazamientos accidentales
- En los drenajes por gravedad se comprueba que esté por debajo del nivel de inserción para evitar reflujos

### **Aportes:**

Los resultados obtenidos servirán para sugerir soluciones relacionados con el manejo de drenajes por el personal de enfermería en el servicio de cirugía contribuyendo con la disminución de la incidencia de infecciones post operatorias, en consecuencia, disminución de costos y estancia hospitalaria.

Se elaboro una guía de procedimientos para el manejo de drenajes abdominales más frecuentes en el servicio de cirugía la cual servirá como material de orientación sobre todo para el personal de reciente ingreso.

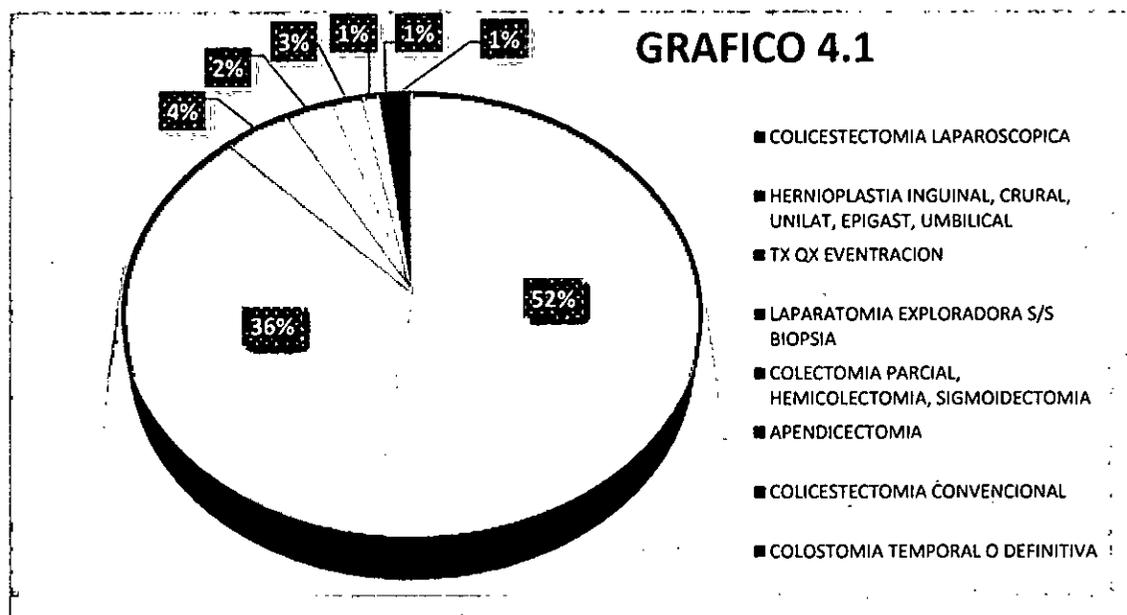
Teniendo en cuenta el modelo de Virginia Henderson quien definió enfermería en términos funcionales: "La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible". Henderson afirma que estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de forma diferente y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano al realizarlas. Señala 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. (12)

#### IV. RESULTADOS

**TABLA N° 4.1**  
**NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ABDOMINALES EN**  
**CIRUGÍA GENERAL 2014-2016**

| NOMBRE DE LA CIRUGÍA                                       | 2014       | 2015       | 2016       | TOTAL      |
|--|------------|------------|------------|------------|
| COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA                              | 135        | 149        | 105        | 389        |
| HERNIOPLASTÍA INGUINAL, CRURAL, UNILAT, EPIGAST, UMBILICAL | 92         | 93         | 67         | 252        |
| TX QX EVENTRACIÓN  | 11         | 20         | 14         | 45         |
| LAPAROTOMÍA EXPLORADORA S/S BIOPSIA                        | 5          | 8          | 3          | 16         |
| COLECTOMIA PARCIAL, HEMICOLECTOMIA, SIGMOIDECTOMIA         | 7          | 5          | 4          | 16         |
| APENDICECTOMÍA   | 3          | 6          | 2          | 11         |
| COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL                               | 2          | 4          | 2          | 8          |
| COLOSTOMÍA TEMPORAL O DEFINITIVA                           | 2          | 6          | 0          | 8          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>257</b> | <b>291</b> | <b>197</b> | <b>745</b> |

Fuente: Sistema Hospitalario FAP - Dpto. de Informática  
 Elaborado por la Sección de Estadística del Dpto. de Registros Hospitalarios

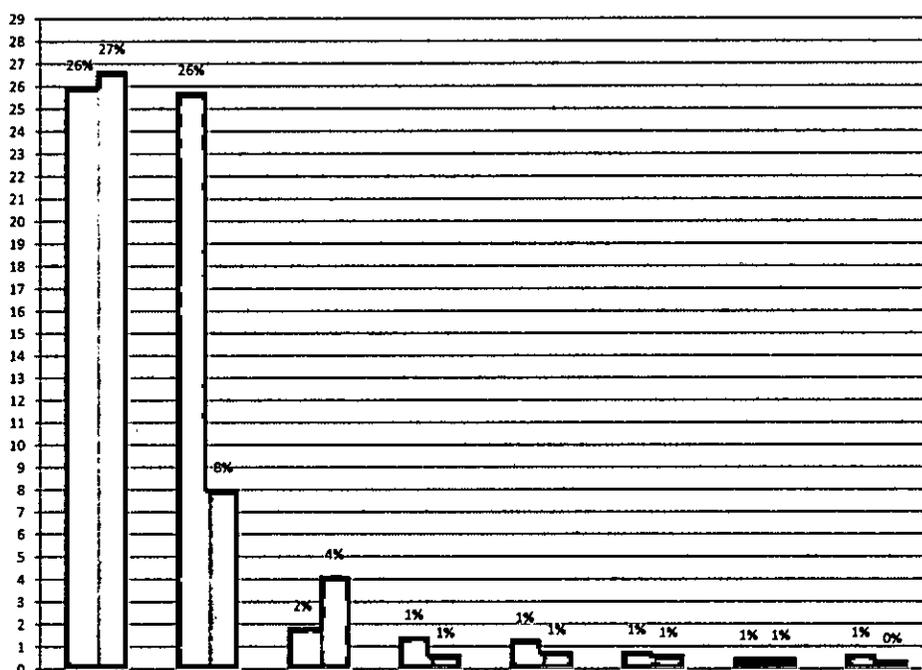


**Interpretación:** Podemos observar que el 52% de atenciones se presentaron en pacientes operados de colecistectomía laparoscópica y el 36% en pacientes operados de hernioplastía siendo estas las intervenciones en mayor número en pacientes atendidos.

**TABLA N° 4.2**  
**NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ABDOMINALES SEGÚN SEXO**  
**2014-2016**

| NOMBRE DE LA CIRUGÍA                                       | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|--|-----------|----------|-------|
| COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA                              | 190       | 199      | 389   |
| HERNIOPLASTÍA INGUINAL, CRURAL, UNILAT, EPIGAST, UMBILICAL | 192       | 60       | 252   |
| TX QX EVENTRACIÓN  | 14        | 31       | 45    |
| LAPAROTOMÍA EXPLORADORA S/S BIOPSIA                        | 11        | 5        | 16    |
| COLECTOMIA PARCIAL, HEMICOLECTOMIA, SIGMOIDECTOMIA         | 10        | 6        | 16    |
| APENDICECTOMÍA   | 6         | 5        | 11    |
| COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL                               | 4         | 4        | 8     |
| COLOSTOMÍA TEMPORAL O DEFINITIVA                           | 5         | 3        | 8     |
| TOTAL  | 432       | 313      | 745   |

**Fuente: Sistema Hospitalario FAP - Dpto. de Informática**  
**Cuaderno de Estadística (Ingresos y Egresos)**

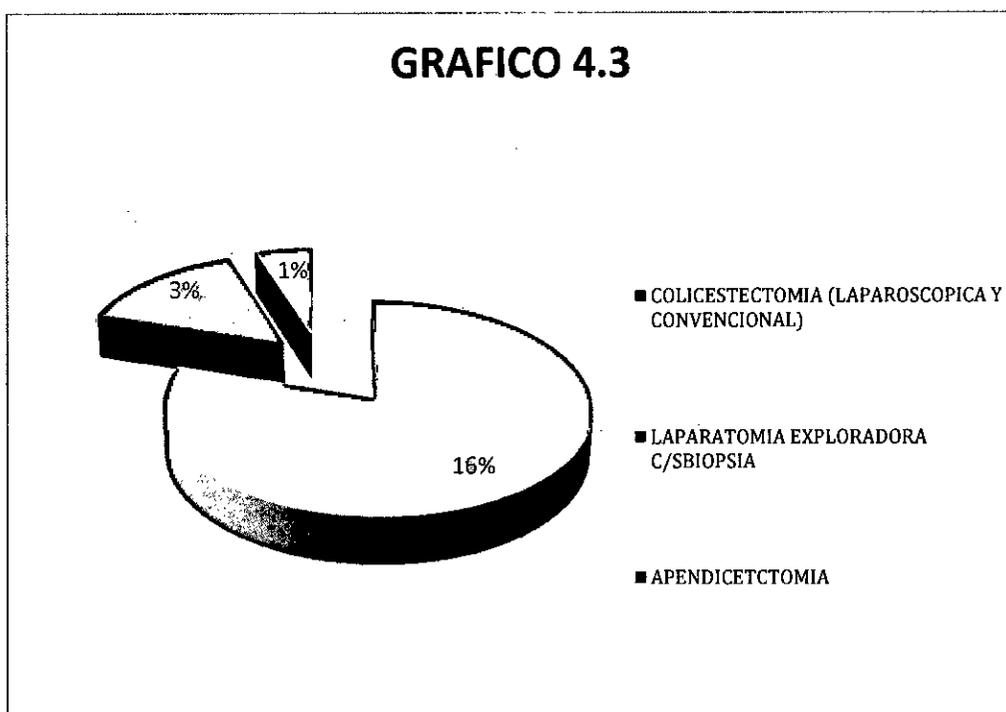


**Interpretación:** Observamos que las atenciones se presentan en mayor porcentaje 27% en pacientes mujeres operadas de colecistectomía laparoscópica y 26% en varones operados de hernioplastía y colecistectomía laparoscópica.

**TABLA N° 4.3**  
**NUMERO DE CIRUGÍAS ABDOMINALES CON PRESENCIA DE DRENAJES**  
**2014-2016**

| NOMBRE DE LA CIRUGÍA                           | TOTAL | DRENAJE | PORCENTAJE CON DRENAJE DEL TOTAL |
|--|-------|---------|----------------------------------|
| COLECISTECTOMÍA (LAPAROSCÓPICA Y CONVENCIONAL) | 397   | 68      | 16%                              |
| LAPAROTOMÍA EXPLORADORA C/SBIOPSIA             | 16    | 14      | 3%                               |
| APENDICECTOMÍA                                 | 11    | 4       | 1%                               |
| TOTAL  | 424   | 86      | 22%                              |

Fuente: Sistema Hospitalario FAP - Dpto. de Informática  
 Cuaderno de Estadística (Ingresos y Egresos)

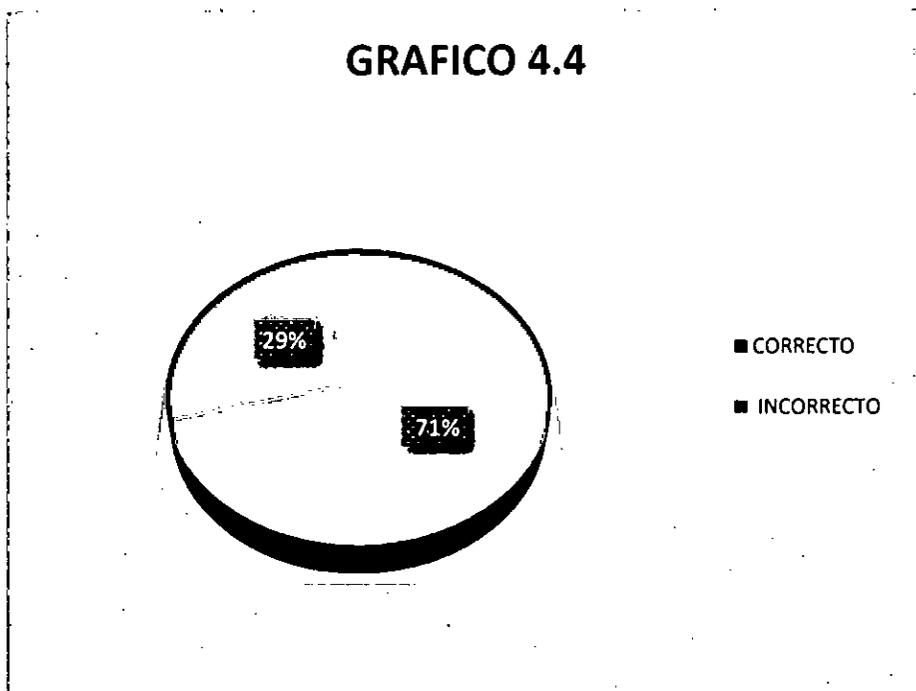


**Interpretación:** Del total de cirugías que registraron presencia de drenaje podemos observar que de 424 pacientes atendidos 86 (20%) presentaron algún tipo de drenaje en el postoperatorio, siendo estos quienes requirieron los cuidados de enfermería en el manejo de drenajes.

**TABLA Nº 4.4**  
**MANEJO DE DRENAJES POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

| ENFERMERAS | PUNTAJE | EVALUACIÓN |            |
|------------|---------|------------|------------|
|            |         | CORRECTO   | INCORRECTO |
| 1          | 6       |            | ✓          |
| 2          | 11      | ✓          |            |
| 3          | 15      | ✓          |            |
| 4          | 9       | ✓          |            |
| 5          | 13      | ✓          |            |
| 6          | 7       |            | ✓          |
| 7          | 11      | ✓          |            |
| TOTAL      |         | 5          | 2          |

Fuente: Guía de Observación para el manejo de drenajes en pacientes postoperados de cirugía abdominal



**Interpretación:** Observamos que el mayor porcentaje de enfermeras asistenciales en el servicio de cirugía (71%) realizan el procedimiento de manejo de drenajes en pacientes postoperados de cirugía abdominal en forma correcta, correspondiendo el 29% al personal de reciente ingreso al servicio y al hospital.

## V. CONCLUSIONES

Al término del presente informe se concluyó lo siguiente:

- a. El presente informe ha permitido revisar y reflexionar sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la atención del paciente post operado de cirugía abdominal con presencia de drenajes, destacando la importancia de nuestro rol y desempeño en esta atención.
- b. En el servicio de cirugía el número de intervenciones quirúrgicas abdominales realizadas fue un total de 745 entre los años 2014 al 2016, de las cuales el mayor porcentaje de atenciones de enfermería (52%) se presentaron en los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica.
- c. En relación al sexo el mayor porcentaje de atenciones de enfermería se presentaron en pacientes mujeres operadas de colecistectomía laparoscópica (27%) seguidas del 26% de pacientes varones operados de colecistectomía laparoscópica y hernioplastía.
- d. Mediante la aplicación de la guía de observación se determinó que el 71% de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de cirugía realizan el procedimiento de manejo de drenajes en forma correcta.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Fomentar la difusión y acceso a la información ya que es siempre enriquecedora tanto para el profesional de enfermería como para el servicio de cirugía.
  
- b. Incentivar la educación continua en el servicio de cirugía sobre todo en el personal de reciente ingreso haciendo énfasis en el manejo del paciente post operado con presencia de drenajes.
  
- c. Mantener actualizados y correctamente llenados los registros de estadísticas del servicio de cirugía, lo cual permitirá obtener información exacta y veraz para la realización de futuros estudios.

## VII. REFERENCIALES

- 1) Cirugías abdominales - Slideshare  
<https://es.slideshare.net/VivisGuti/cirugias-abdominales> 28 abr. 2013
- 2) Congreso de la Republica Ley General de Salud LEY N° 26842 – julio 1997
- 3) Colegio de enfermeros del Perú – Código de ética y deontología
- 4) Helen Nmama - Complicaciones de una infección en una herida quirúrgica <https://muyfitness.com> Salud
- 5) Cuidados pre-trans y postoperatorios de enfermería  
<https://es.slideshare.net/.../cuidados-pretrans-y-postoperatorios-de-enfermeria> - 11 diciembre 2015
- 6) Enfermería quirúrgica: periodo postoperatorio  
[hannyibarra.blogspot.com/2012/03/periodo-postoperatorio.html](http://hannyibarra.blogspot.com/2012/03/periodo-postoperatorio.html) - 31 marzo 2012
- 7) Facultad de Medicina – Instituto de enfermería - Guía de Drenajes y Sondas – Chile 2010
- 8) Hospital Central FAP - Carta Funcional Hospitalización - Cirugía Enfermera Asistencial - febrero 2011
- 9) Luis E. Cabrera – Sociedad de estudios de patología quirúrgica -El drenaje en cirugía general

- 10) Manual de Procedimientos de Enfermería – Drenajes abdominales tipos y cuidados – España 2011
- 11) Ministerio de Salud - Guía de Práctica Clínica Abdomen Agudo en el Adulto – julio 2005
- 12) Modelo de cuidado de enfermería Virginia Henderson - Slideshare  
<https://es.slideshare.net/natorabet/modelo-de-cuidado-de-enfermera-virginia-henderson> 7 jul. 2014.
- 13) PDF – La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico – México 1999
- 14) Teorías de enfermería [uns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html](http://uns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html) – el Cuidado de Jean Watson – 2012

# ANEXOS

## CARTA FUNCIONAL

### NOMBRES Y APELLIDOS:

**UNIDAD** : 3ero. PISO SUR - HOSPITALIZACION  
**CARGO ESTRUCTURAL** : ENFERMERA ASISTENCIAL  
**REFERENCIA** : ORDEN DEL DIA HOSPI N° 026-2011 del  
07-02-2011

### FUNCIONES

#### ADMINISTRATIVAS:

1. **Asignar, supervisar y evaluar las tareas y actividades que brinda el personal técnico de enfermería.**
2. **Colaborar con la coordinación de otros servicios afines para la continuidad y complementación de la atención del paciente.**
3. **Efectuar la admisión, transferencia y alta de los pacientes.**
4. **Participar en las funciones evaluativas del personal contratado así como internos de enfermería según convenios con las universidades y/o entidades privadas.**
5. **Brindar educación al paciente en cuanto a normas internas del hospital dando a conocer las indicaciones dadas en la cartilla.**
6. **Participar activamente en las reuniones mensuales del personal.**
7. **Participar en el Programa de Educación en el servicio de la unidad.**
8. **Mantener actualizados y ordenados los registros de enfermería (kardex, historias clínicas, notas de enfermería).**
9. **Fomentar el espíritu de trabajo en equipo en la unidad que labora.**
10. **Participar en el reporte de enfermería, señalando aspectos relevantes del cuidado de los pacientes en los diferentes turnos.**
11. **Reemplazar a la enfermera Jefe de Unidad en su ausencia, teniendo en cuenta la capacidad profesional en las diferentes áreas.**
12. **Apoyar en la supervisión al personal de limpieza encargado.**
13. **Registrar el libro de estadística y tomar de censo los ingresos y altas que se produzcan en su turno**

14. Realizar trámites respectivos que exige la documentación hospitalaria en caso de fallecimiento.

**ASISTENCIALES:**

15. Planificar la atención de enfermería de cada paciente de acuerdo a las necesidades y/o problemas Biopsicosociales Identificado.
16. Brindar atención de enfermería en forma integral al paciente en la fase pre y post quirúrgica utilizando el proceso de enfermería (PAE).
17. Administra la terapia indicada al paciente en forma oportuna y eficiente.
18. Cumplir y vigilar que se observen las normas establecidas respecto a las medidas de aislamiento.
19. Conocer el manejo de los equipos del servicio y utilizar el material en forma adecuada.
20. Hacer cumplir las medidas de bioseguridad y asepsia al equipo multidisciplinario.
21. Colaborar en el diagnóstico y notificación de infecciones intrahospitalarias al comité encargado.
22. Colaborar con el Departamento de Seguridad del Hospital haciendo cumplir las normas de la cartilla de recomendaciones impartidas a los pacientes.
23. Informar al Departamento de Seguridad sobre la presencia de personas sospechosas en la unidad o de aquellas personas que no porten su respectivo pase de visita.
24. Identificar y registrar signos y síntomas de alarma que presentan los pacientes durante su estadía en el servicio del 3er. Piso Sur.
25. Controlar el Stock de medicamentos y equipos reportando a la Enfermera Jefe de Unidad el estado de dichos equipos.
26. Ejecutar y colaborar en el cumplimiento de procedimientos y exámenes especializados.
27. Realizar procedimientos especiales propios del servicio, teniendo en cuenta medidas de asepsia y bioseguridad.

**DOCENTE:**

28. Brindar educación individual y orienta al individuo y familia, respecto a los recursos disponibles de la comunidad FAP, destinados a proporcionar asistencia sanitaria y social.
29. Educar al paciente y familia sobre la terapéutica establecida por el médico.

30. Participar en los programas de formación profesional de estudiantes de enfermería y carreras afines.

31. Participar en el desarrollo de Programa de Educación en servicio.

**INVESTIGACION:**

32. Realizar investigaciones de los problemas identificados de la atención que brinda al paciente a fin de incrementar los conocimientos científicos y la calidad de atención que brinda enfermería.

33. Intervenir en investigaciones multidisciplinarias que se lleven a cabo en la unidad donde labora.

34. Otras funciones y responsabilidades que se le asigne

35. Colaborar en la consolidación de un adecuado clima laboral

Jefe del Dpto. de Enfermería  
E.C. FAP. ENFERMERA  
EMERITA M. ACOSTA LUPE  
C-7641376-0 20  
*Emerita M. Acosta Lupe*

Muñoz Garay  
Jefe Sección  
7817881  
138  
*[Signature]*

*[Signature]*  
LIC. GRACIELA P. PASIUA  
NSA 18176 CBP. 2686

**GUIA DE OBSERVACION SOBRE EL MANEJO DE DRENAJES POR EL  
PERSONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE  
CIRUGIAS ABDOMINALES DEL HCFAP**

**Definición:**

Vigilancia y mantenimiento de un sistema de drenaje que presenta una herida.

**Objetivo:**

Mantener la permeabilidad de un sistema de drenaje evitando complicaciones como las infecciones, desplazamiento o arrancamiento y dehiscencia de la sutura.

**Indicaciones:**

Drenajes en pacientes post operados inmediatos de cirugías abdominales más frecuentes

**Persona Responsable:**

Lic. Enf. Cerila Quispe Leiva

**Recursos Humanos:**

Enfermeras y Técnicas de Enfermería

| ITEMS   | Si | No |
|---|----|----|
| 1. Realiza el lavado de manos   |    |    |
| 2. Prepara el material y lo traslada a la habitación del paciente   |    |    |
| 3. Preserva la intimidad del paciente   |    |    |
| 4. Informa al paciente del procedimiento  |    |    |
| 5. Solicita la colaboración del paciente y familia  |    |    |
| 6. Coloca al paciente en una posición adecuada  |    |    |
| 7. Se coloca los guantes estériles  |    |    |
| 8. Realiza la valoración del drenaje: permeabilidad, volumen, color y olor del exudado.                                   |    |    |
| 9. Inspecciona Sutures y estado de la incisión  |    |    |
| 10. Realiza el drenaje del dispositivo según el tipo y el fin que este cumple   |    |    |
| 11. Identifica signos de posibles complicaciones mediante la valoración   |    |    |
| 12. Si el paciente es portador de varios drenajes los rotula para permitir su identificación mientras dura su permanencia |    |    |
| 13. Fija con esparadrapo el drenaje en las ropas del paciente o en la cama  |    |    |
| 14. Recoge el material utilizado  |    |    |
| 15. Registran en la documentación de enfermería: procedimiento, características del exudado, fecha y hora                 |    |    |
| 16. Comunica al médico si observa signos de infección   |    |    |

**Evaluación:**

Puntaje

Si = 1

No = 0

Correcto: 8 - 16

Incorrecto: < 8

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
|  <b>HOSPITAL<br/>CENTRAL FAP</b> | <b>CIRUGIA GENERAL</b>   | Código y Versión:<br>GU-001.00 |
|   |  | Fecha de Emisión:<br>2017      |
|   | <b>SERVICIO DE CIRUGIA (3<sup>ER</sup>O SUR - HOSPITALIZACION)</b> | Página 1 de 6                  |

# GUIA PARA EL MANEJO DE DRENAJES ABDOMINALES

- DRENAJE PENROSSE
- DRENAJE JACKSON PRATT
- DRENAJE KEHR

| ELABORADO POR:           | REVISADO POR:    | APROBADO POR: |
|--------------------------|------------------|---------------|
| LIC. CERILA QUISPE LEIVA | LIC LILY YARI    | DR.           |
| ENFERMERA ASISTENCIAL    | JEFA DE SERVICIO | JEFE DE PISO  |

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
|  <b>HOSPITAL<br/>CENTRAL FAP</b> | <b>CIRUGIA GENERAL</b>  | Código y Versión:<br>GU-001.00 |
|   |   | Fecha de Emisión:<br>2017      |
|   | <b>SERVICIO DE CIRUGIA (3<sup>ER</sup> SUR - HOSPITALIZACION)</b> | Página 2 de 6                  |

#### **DEFINICION:**

Un drenaje es aquella medida que permite y facilita la evacuación de una colección líquida, semilíquida o gaseosa, situada en un tejido o cavidad hacia el exterior del organismo.

El drenaje o evacuación se realiza mediante la utilización de un dren cuyas características se escogerán de acuerdo a las necesidades y la patología de cada paciente.

#### **CLASIFICACION:**

- Por su mecanismo de acción: Activos, Pasivos
- Por su finalidad: Profilácticos, Terapéuticos

#### **Drenajes Activos:**

- Aquellos drenajes que utilizan un sistema aspirativo. Ej.: Hemovac, Jackson-Pratt.

#### **Drenajes Pasivos:**

- Aquellos drenajes que funcionan por diferencias de presiones y gravedad. Ej., penrose, pigtail (descompresión de vías renales), drenaje T (vías biliares)

#### **Drenajes Terapéuticos:**

- Aquellos que permiten drenar una colección líquida o de gas desde una cavidad produciendo menor stress al paciente Ej., Drenaje percutáneo de una colección subfrénica, colecciones abdominales, etc.

#### **Drenajes Profilácticos:**

- Aquellos cuya presencia permitirá evitar el desarrollo de una colección o advertir en forma precoz la presencia de una complicación.
- Se indican en caso de grandes disecciones o anastomosis de alto riesgo. Ej., Drenaje tubular a caída libre en anastomosis Drenaje Tubular aspirativo Hemovac o Jackson-Pratt en disecciones de tejido celular subcutáneo.

#### **OBJETIVO:**

- Eliminar la acumulación de líquidos.
- Prevenir la formación de hematomas y seromas.
- Reducir la contaminación de las heridas Reducir el dolor postoperatorio.
- Conseguir la obliteración de espacios muertos.
- Minimizar las cicatrices.
- Profilaxis de fugas de conductos secretores

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
|  <b>HOSPITAL<br/>CENTRAL FAP</b> | <b>CIRUGIA GENERAL</b>   | Código y Versión:<br>GU-001.00 |
|   |  | Fecha de Emisión:<br>2017      |
|   | <b>SERVICIO DE CIRUGIA (3<sup>ER</sup>O SUR - HOSPITALIZACION)</b> | Página 3 de 6                  |

### **DRENAJES MAS USADOS:**

#### **DRENAJE DE PENROSE:**

Es un tubo de caucho, delgado y aplanado, se coloca al finalizar una intervención quirúrgica a través de una pequeña incisión cutánea y actúa por capilaridad, arrastrando los líquidos hacia el exterior. Las secreciones pasan a un apósito colocado sobre la zona; también puede colocarse una bolsa de colostomía para recoger las secreciones y poderlas cuantificar. Está indicado principalmente en abscesos subhepáticos, pancreáticos, de saco de Douglas, de vesícula, anastomosis intestinales, peritonitis, etc., también en la prevención de abscesos de pared, tanto musculares como submusculares

#### **Procedimiento:**

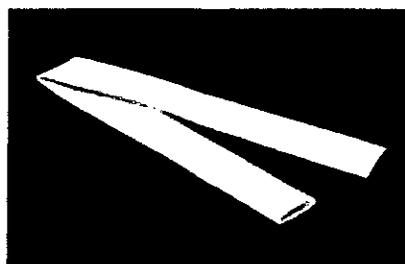
- Información del procedimiento a realizar
- Aislar al paciente para preservar su intimidad
- Colocarlo en posición adecuada
- Informarle de las posibles molestias que pudiera ocasionarle ser portador de un drenaje

#### **Recursos materiales:**

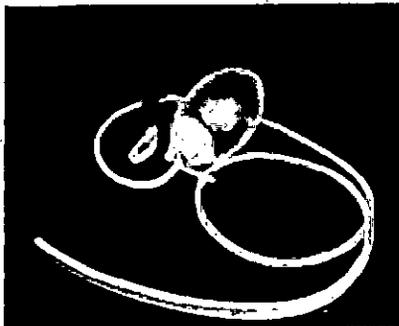
- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Dispositivo medidor

#### **Técnica:**

- Higiene de manos
- Colocarse guantes limpios
- Realizar el vaciado del contenido de la bolsa colectora
- Si el paciente es portador de varios drenajes numerarlos para permitir su identificación
- Dejar al paciente cómodo favoreciendo el drenaje y vigilando que no se acode
- Registrar en las anotaciones de enfermería el estado de la piel que circunda al dren, cantidad y características de lo drenado, cambios, movilización y retirada del drenaje
- En el registro de la hoja grafica se anotará el volumen drenado en 24 horas.



|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
|  <b>HOSPITAL<br/>CENTRAL FAP</b> | <b>CIRUGIA GENERAL</b>   | Código y Versión:<br>GU-001.00 |
|   |  | Fecha de Emisión:<br>2017      |
|   | <b>SERVICIO DE CIRUGIA (3<sup>ER</sup>O SUR - HOSPITALIZACION)</b> | Página 5 de 6                  |



#### **DRENAJE DE KEHR (TUBO EN 'T'):**

Consiste en un tubo blando en forma de T que sirve especialmente para drenar la vía biliar. Los extremos cortos se insertan en el interior del colédoco y la vía más larga se coloca atravesando el espesor de la pared abdominal, fijándolo a la piel con un punto de seda, de manera que se pueda conectar a una bolsa estéril o a un sistema de recolección.

#### **Procedimiento:**

- Información del procedimiento a realizar.
- Aislar al paciente para preservar su intimidad.
- Colocarlo en la posición adecuada.
- Informarle de las posibles molestias que pudiera ocasionarle, ser portador de un drenaje.

#### **Recursos materiales:**

- Guantes no estériles
- Gasas estériles.
- Dispositivo medidor

Debe estar conectado a una bolsa externa, para ello necesitamos lo siguiente:

- Llave de tres vías (que permitirá el pinzado cuando sea necesario)
- Conexión
- Alargadera
- Bolsa colectora

#### **Técnica:**

- Higiene de manos
- Colocarse guantes no estériles.
- Observar el aspecto del punto de salida del drenaje.
- Proceder al vaciado de la bolsa colectora

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
|  <b>HOSPITAL<br/>CENTRAL FAP</b> | <b>CIRUGIA GENERAL</b>   | Código y Versión:<br>GU-001.00 |
|   |  | Fecha de Emisión:<br>2017      |
|   | <b>SERVICIO DE CIRUGIA (3<sup>ER</sup>O SUR - HOSPITALIZACION)</b> | Página 6 de 6                  |

- En los registros de enfermería se anotará el estado del orificio de salida y de la piel que circunda el catéter, la cantidad y características del líquido drenado, la retirada del drenaje cuando se produzca.
- En el registro de la hoja gráfica se anotará el volumen drenado en 24 horas.

