



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 085 -2026-GRL-DRS-L/30.50

Punchana, 17 de marzo del 2026

Visto, el Memorandum N°370-2026-GRL-DRS-L/30.50, emitido por la Dirección General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", mediante Oficio N° 1038-2025-GRL-GRS-L/30.50.17, elaborado por la Jefa del Departamento de Enfermería y Oficio N° 262-2025-GRL-GRS-L/30.50.06, realizado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad e Informe Técnico N°010-2025-GRL-GRS-L/30.50.19/C.Qx. que validan el acto Resolutivo para su aprobación del documento técnico de Gestión: **"GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO" DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"**; y;

CONSIDERANDO:

Que, los Numerales I y II Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Ley N° 27669, regula el trabajo de la Enfermera, aprobándose el reglamento de la Ley del Enfermero por Decreto Supremo N° 004-2002-SA y en su Artículo 7° indica que tienen como funciones: Brindar cuidado integral basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria, Conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales;

Que, la Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad", en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" el cual tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, La Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 085 -2026-GRL-DRS-L/30.50

Punchana, 17 de marzo del 2,026

Que, mediante Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA de fecha 16 de mayo del 2013 se aprueba la NTS N°101-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los establecimientos de salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía corta Estancia", con la finalidad de contribuir a mejorar la Calidad de atención que se brinda en los establecimientos de salud que realizan intervenciones y procedimientos en la modalidad de Cirugía de Corta Estancia.

Que, conforme a lo sustentado por la Jefa del Departamento de Enfermería y la Coordinadora Responsable del Servicio de Centro Quirúrgico del Departamento de Centro Quirúrgica, es pertinente aprobar el documento técnico de gestión: "GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO"; ya que cuenta con opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad sustentado mediante OFICIO N°262-2025-GRL-GRS-L/30.50.06; a fin de que se continúe con el trámite correspondiente hasta la emisión del acto resolutivo;

Estando en sus facultades del Director General, con las visaciones de la Sub Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Asesoría Jurídica y en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Gerencial N°1256-2024-GRL-GERESA/30.01 que designa al MC. JEHOShUA RAFAEL MICHEALGELO LÓPEZ LÓPEZ, como Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar, el documento técnico de Gestión: "GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO" DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"; con una vigencia de dos (2) años, la misma que consta de diez (10) Guías desarrolladas en ciento cuarenta y cuatro (144) folios, los cuales forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar, al Jefe del Departamento de Enfermería y Coordinadora Responsable del Servicio de Centro Quirúrgico del Departamento de Centro Quirúrgico, la implementación, supervisión, monitoreo y cumplimiento de las guías aprobadas en el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- Vigencia, La presente Resolución Directoral entrará en vigencia a partir del día siguiente de su aprobación.

Artículo 4°.- Encargar, a la Oficina de Estadística e Informática, procedan a publicar la presente Resolución en la página web y/o Portal Institucional del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

JRMLL/RCHH/JFDCH/MGV/RCO/HAC/sing

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL

Punchana, 29 Diciembre del 2025

OFICIO N° 1038 - 2025-GRL-GRS-L/30.50.17

Bach.

JULIO DELGADO CHAPIAMA

Jefe de la oficina de planeamiento del Hospital Regional de Loreto

Presente. -

**ASUNTO: SOLICITO RESOLUCION DE APROBACION DE GUIAS DE ATENCION DE LOS
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.**

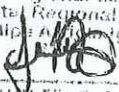
**REFERENCIA: GUIAS DE ATENCION APROBADO POR OFICINA DE GESTION DE LA
CALIDAD**

Me es grato dirigirme a usted y solicitar por su intermedio la Resolución de aprobación de las **GUIAS DE ATENCION DE ENFERMERIA**, de los diferentes servicios de hospitalizados que se detallan a continuación. ya que fue aprobado por la oficina de gestión de calidad. Se detalla a continuación:

- Servicio de Ginecología
- Servicio de Maternidad
- Servicio de Salud Mental
- ✓ • Servicio de Neonatología
- ✓ • **Servicio de Centro quirúrgico**

Por lo expuesto ruego a usted su atención a la presente.

Atentamente,

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe A. Hualde" 

LIC. FNE JUANA ELENA FERRERO CHIRINOS
C.E.P. N° 42501
partamento de En

Cc:
Archivo
JEPCH/smim

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico



PARA: **proyectos R.D**

Pucallpa, 29 de diciembre del 2025

1560

OFICIO N° 262 -2025-GRL-GRS-L /30.50.06

Lic. Enf Juana Erlita Pinedo Chirinos
jefe del Dpto. de Enfermería
Presente



Oficio 25
31-12-25
9:43 am

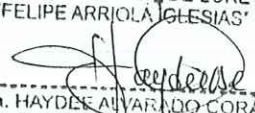
ASUNTO: Aprobación de Guía de atención de enfermería del servicio de
centro quirúrgico
REFER : OFICIO N° 1028 -2025-GRS-L/30.50.17

Por medio de la presente, Reciba un cordial saludo. Luego de la revisión la **Guía de atención de enfermería del servicio de centro quirúrgico**, se comunica que ha sido **aprobado por la Oficina de Gestión de la Calidad**, en ese sentido puede continuar con la gestión para gestión respectiva hasta la aprobación de Resolución Directoral.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"


Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.E.P. 17203

Cc.
Archivo
JRLL/HAC/greisi.



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

INFORME TÉCNICO N°010-2025-GRL-GRS-L/30.50.19/C.Qx.

PARA : MC. JEHOASHUA RAFAEL MICHELANGELO LOP+EZ LOPEZ
Director General del Hospital Regional de Loreto

DE : Lic. Enf. Roció del Pilar Rengifo Vásquez
Responsable Jefatura de Enfermería en Centro Quirúrgico -H.R.L

ASUNTO : Informe Técnico para Resolución Directoral de Guía de
Atención del Departamento de Centro Quirúrgico

FECHA : Punchana, 30 de diciembre del 2025.



1. NOMBRE

Guías de atención del servicio de Centro Quirúrgico – Hospital Regional de Loreto.

2. ANTECEDENTES

Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía". R.M. N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. la R.M. N° 280-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los establecimientos de salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía corta Estancia.

3. ANÁLISIS

El Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico que combina los servicios de sala de operaciones y la Unidad de recuperación Postanestésica, es la unidad orgánica encargada de ejecutar y realizar las intervenciones quirúrgicas, acciones y procedimientos de Enfermería que asegure el cuidado integral e individualizado del paciente de acuerdo a su cirugía programada según su patología y acorde a su grado de

dependencia para su atención y restablecimiento de sus facultades en la URPA.

Estructuralmente pertenece al departamento de Enfermería y éste a su vez al Departamento de Anestesiología y centro quirúrgico, pertenece al tercer nivel de atención, construyendo un elemento técnico especializado, además administrativo, conformado por profesionales y técnicos de la Salud, que desarrollan sus actividades en la especialidad de Centro quirúrgico, responsables de satisfacer las necesidades quirúrgicas de la población asegurada de su ámbito referencial.

La guía de atención en centro quirúrgico es un documento que estandariza el proceso quirúrgico en todas sus fases, garantizando la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. Esta guía incluye criterios mínimos que deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas e incluyendo criterios mínimos que deben cumplirse en todos los centros de cirugía mayor y cirugías menor. Además, establece responsabilidades para todos los profesionales que participan en el proceso quirúrgico, desde la admisión hasta el alta del paciente.

4. MARCO LEGAL

- Ley N°26842 General de Salud.
- Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. Resolución Ministerial N°354-2022/MINSA se aprobó la ampliación del horizonte temporal del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2025. Resolución Ministerial N°343-2019/MINSA, que aprueba la Directiva N°262- MINSA/2019/OGPP, "Directiva Administrativa para la elaboración, seguimiento, evaluación y modificación del Plan Operativo Institucional del Pliego 011: MINSA. RM N°463-2021-MINSA se aprueba el Reglamento de Organización Funciones HRL.
- Ley N°27783 ley de bases descentralización.
- Ley N°27713 ley de sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.

- Ley N°29414 ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N°29344 ley de marco de aseguramiento universal en salud.
- Decreto legislativo N° 1161, que aprueba la ley de organización y funciones del ministerio de salud.
- Decreto legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicio de salud.
- Decreto Legislativo N°1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambios de denominación de la superintendencia Nacional de Aseguramiento en salud.
- Decreto supremo N° 007-2012-SA, autorizan al seguro integral de salud la sustitución de listado priorizado de intervenciones sanitarias (LPIS) por el plan esencial de aseguramiento de salud (PEAS).
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°419-MINSNDGSP.V.01: Norma Técnica de salud para la elaboración y uso de guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de salud.

5. CONCLUSIONES

Las guías de atenciones son fundamental para ofrecer un cuidado profesional y centrado en la persona, permitiendo a los enfermeros tomar decisiones clínicas informadas.

6. RECOMENDACIONES

- Remitir el presente informe a la dirección General del Hospital Regional de Loreto, a fin que autorice las respectivas Resolución Directoral correspondiente.
- Aprobar las guías de atenciones emitidas en el servicio de centro quirúrgico.

Atentamente

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

.....
LIC. ENF. ROCIO DEL PILAR VASQUEZ RAMOS
C.E.P 70606
Coord. Responsable del servicio de Centro Quirúrgico

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

INFORME TÉCNICO N°010-2025-GRL-GRS-L/30.50.19/C.QX.

PARA : MC. JEHOASHUA RAFAEL MICHELANGELO LOP+EZ LOPEZ
Director General del Hospital Regional de Loreto

DE : Lic. Enf. Roció del Pilar Rengifo Vásquez
Responsable Jefatura de Enfermería en Centro Quirúrgico -H.R.L

ASUNTO : Informe Técnico para Resolución Directoral de Guía de
Atención del Departamento de Centro Quirúrgico

FECHA : Punchana, 30 de diciembre del 2025.



1. **NOMBRE**

Guías de atención del servicio de Centro Quirúrgico – Hospital Regional de Loreto.

2. **ANTECEDENTES**

Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía". R.M. N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. la R.M. N° 280-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los establecimientos de salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía corta Estancia.

3. **ANÁLISIS**

El Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico que combina los servicios de sala de operaciones y la Unidad de recuperación Postanestésica, es la unidad orgánica encargada de ejecutar y realizar las intervenciones quirúrgicas, acciones y procedimientos de Enfermería que asegure el cuidado integral e individualizado del paciente de acuerdo a su cirugía programada según su patología y acorde a su grado de

dependencia para su atención y restablecimiento de sus facultades en la URPA.

Estructuralmente pertenece al departamento de Enfermería y éste a su vez al Departamento de Anestesiología y centro quirúrgico, pertenece al tercer nivel de atención, construyendo un elemento técnico especializado, además administrativo, conformado por profesionales y técnicos de la Salud, que desarrollan sus actividades en la especialidad de Centro quirúrgico, responsables de satisfacer las necesidades quirúrgicas de la población asegurada de su ámbito referencial.

La guía de atención en centro quirúrgico es un documento que estandariza el proceso quirúrgico en todas sus fases, garantizando la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. Esta guía incluye criterios mínimos que deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas e incluyendo criterios mínimos que deben cumplirse en todos los centros de cirugía mayor y cirugías menor. Además, establece responsabilidades para todos los profesionales que participan en el proceso quirúrgico, desde la admisión hasta el alta del paciente.

4. MARCO LEGAL

- Ley N°26842 General de Salud.
- Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. Resolución Ministerial N°354-2022/MINSA se aprobó la ampliación del horizonte temporal del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2025. Resolución Ministerial N°343-2019/MINSA, que aprueba la Directiva N°262- MINSA/2019/OGPP, "Directiva Administrativa para la elaboración, seguimiento, evaluación y modificación del Plan Operativo Institucional del Pliego 011: MINSA. RM N°463-2021-MINSA se aprueba el Reglamento de Organización Funciones HRL.
- Ley N°27783 ley de bases descentralización.
- Ley N°27713 ley de sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.

- Ley N°29414 ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N°29344 ley de marco de aseguramiento universal en salud.
- Decreto legislativo N° 1161, que aprueba la ley de organización y funciones del ministerio de salud.
- Decreto legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicio de salud.
- Decreto Legislativo N°1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambios de denominación de la superintendencia Nacional de Aseguramiento en salud.
- Decreto supremo N° 007-2012-SA, autorizan al seguro integral de salud la sustitución de listado priorizado de intervenciones sanitarias (LPIS) por el plan esencial de aseguramiento de salud (PEAS).
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°419-MINSNDGSP.V.01: Norma Técnica de salud para la elaboración y uso de guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de salud.

5. CONCLUSIONES

Las guías de atenciones son fundamental para ofrecer un cuidado profesional y centrado en la persona, permitiendo a los enfermeros tomar decisiones clínicas informadas.

6. RECOMENDACIONES

- Remitir el presente informe a la dirección General del Hospital Regional de Loreto, a fin que autorice las respectivas Resolución Directoral correspondiente.
- Aprobar las guías de atenciones emitidas en el servicio de centro quirúrgico.

Atentamente

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

LIC. ENF. ROCIO DEL PILAR GASQUEZ MANCINO
C.E.P. 70626
Coord. Responsable del servicio de Centro Quirúrgico

Punchana, 26 de Diciembre de 2025

Oficio N° 153 -2025-GRL-GRS-L/30.50.19/C.Qx

Lic. Enf. Juanita Erlita Pinedo Chirinos
Jefe del Dpto. de Enfermería
Hospital Regional de Loreto
Presente.



Asunto: Remito Guía de Atención del Servicio de Centro Quirúrgico.

Es grato saludarle y al mismo tiempo saludarla cordialmente, asimismo remito Guía de Atención del Servicio de Centro Quirúrgico de Enfermería, para su Revisión y Aprobación correspondiente.

Agradecido por la atención que se sirva brindar al presente, quedo de usted.

Atentamente,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

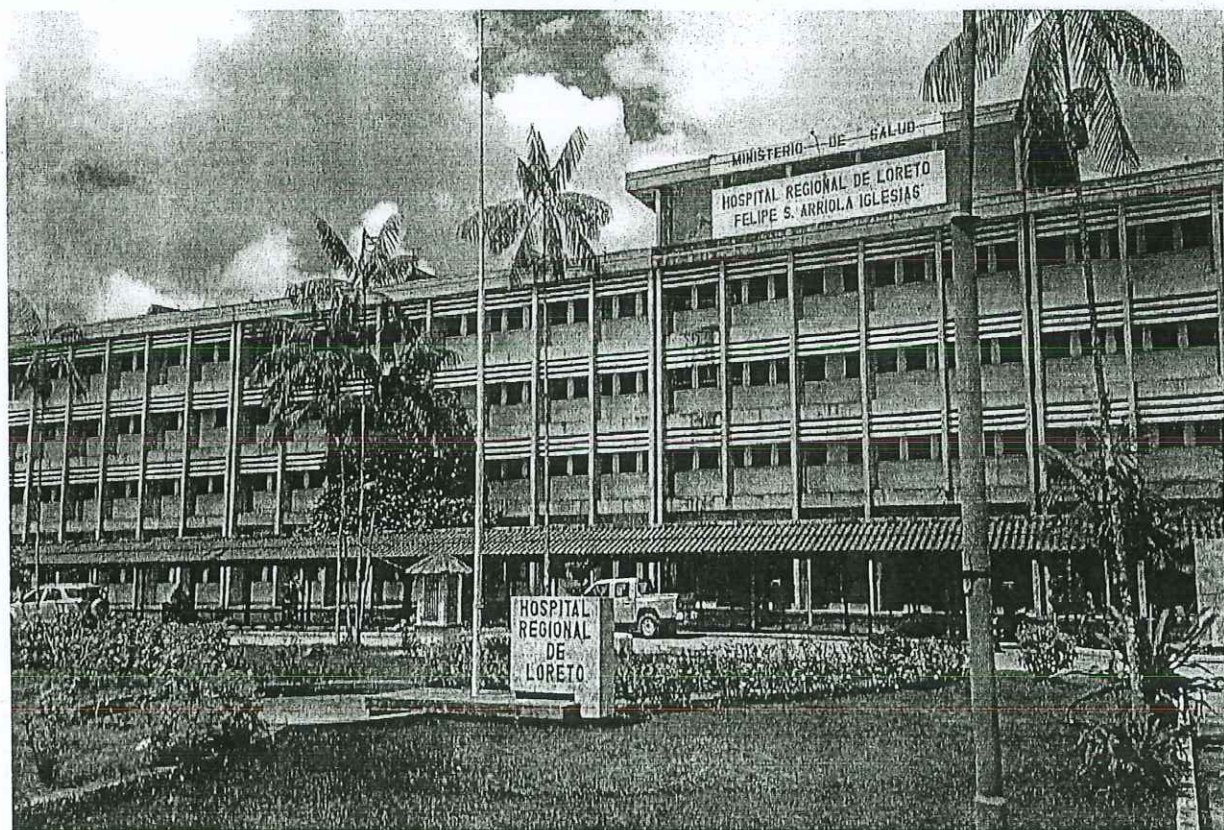

LIC. ENF. ROCIO MELÉNDEZ VÁSQUEZ RANGIFO
C.E.P 70606

Cord. Responsable del servicio de Centro Quirúrgico

RPVR/anie.

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO



GUÍA DE ATENCION DEL SERVICIO DE
CENTRO QUIRÚRGICO

IQUITOS - PERÚ

2025

Participaron en la elaboración de las Guías, durante el presente año las siguientes profesionales del Hospital Regional de Loreto.

1.- Lic. Enf Rocío del Pilar Vásquez Rengifo

Enfermera especialista en Centro Quirúrgico

RNE : 25726

Enfermera Encargada del Servicio de Centro Quirúrgico.

2.- Lic. Enf Gladis Chavarri Tello

Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico

RNE : 10259

3- Lic. Enf Magaly Vargas Puscan

Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico

RNE : 27892

4.- Lic. Enf. Fabiola Magalhaes Pezo

Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico

RNE : 78757

5.- Lic Enf. Jackeline Pérez Ruiz

Enfermera asistencia

RNE : 97862

6.- Lic Enf. Mayra Villacorta Zegarra

Enfermera asistencia

RNE : 105275

7.- Lic Enf. Alan torres Macedo

Enfermera asistencia

RNE : 50805



PRESENTACION

La presente guía de atención de enfermería surge como respuesta a una necesidad de contar con un documento científico sistematizado actualizado, para ser aplicada en el campo asistencial y fortalecer el servicio de salud, beneficiando al paciente y garantizando la calidad en la atención a través de buenas prácticas.

La elaboración de la Guía clínica, fue elaborada por la comisión de enfermeras, que laboran en el centro quirúrgico del Hospital Regional de Loreto, es un documento que contiene un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para asistir a profesionales y pacientes en la toma de decisiones sobre la atención más adecuada en circunstancias clínicas específicas.

Estas guías se fundamentan en la revisión sistemática de la evidencia científica disponible y en la valoración de los beneficios y riesgos de las diferentes opciones asistenciales.

Su objetivo principal es, contribuir a realizar una atención de calidad de forma oportuna con la guía clínica a seguir de forma sistematizado, ordenado para una eficiente atención al usuario en el procedimiento quirúrgico y que todos los que pertenecemos al equipo conozcan la misma información de forma clara y sencilla.

Nos permítame resumir aspectos clave para la elaboración de atención y conocimiento para especificar patología y procedimiento a seguir, lo que permite ofrecer experiencias sistematizadas, eficiente de calidad y actualizada a proveedor de un servicio al usuario excepcional, siempre garantizando la satisfacción y calidad de atención del cliente y buscando maneras de superar sus expectativas de salud.

Además, nuestra formación relacionada con la patología, procedimiento, nos ha dotado de un marco académico sólido que enriquece nuestras destrezas y habilidades al elaborar la Guía clínica.



Para lograr el éxito en las guías de atención es necesario contar con instrumentos que estén técnicamente sustentados con fundamento científico. Este instrumento es la guía de atención de las 10 intervenciones quirúrgicas más frecuentes que se presenta en el servicio de Centro quirúrgico del Hospital Regional de Loreto y que permite unificar criterios, técnicos, para la atención directa al paciente garantizando su seguridad disminuyendo los incidentes y eventos adversos.



INDICÉ

Cesárea.....	7
Apendicetomía.....	24
colecistectomía	41
Reducción cruenta.....	57
Histerectomía.....	71
Hernioplastia.....	82
Laparotomía exploratoria Cirugía.....	89
Laparotomía exploratoria ginecológicas.....	100
Limpieza Quirúrgica traumatológica	115
Amputación.....	120



OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Contribuir a realizar una atención de calidad de forma oportuna con la guía clínica a seguir de forma sistematizado, ordenado para una eficiente atención al usuario en el procedimiento quirúrgico y que todos los que pertenecemos al equipo conozcan la misma información de forma clara y sencilla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Facilitar la comprensión, promover la interacción, guiar a los estudiantes, personal profesional o no profesional hacia el aprendizaje autónomo. Mantener actualizada la información sobre mediante la guía clínica.
- ✓ Identificar las patologías y distinguir las diferentes clasificaciones.
- ✓ Identificar los procedimientos de enfermería a desarrollarse ante cualquier evento.
- ✓ Conocer y evitar lo posible las complicaciones y prevenir.



1.- CESAREA

OPERACIÓN CESAREA.

Corresponde a la extracción de uno o más fetos con la edad gestacional apta para su supervivencia en el exterior por razones que pación del feto, placenta y membrana a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerectomía).(1)

TIPOS DE CESAREA:

Cesárea electiva:

Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio de parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

Cesárea en curso de parto o de curso:

Se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico- fetal, fracaso e inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto.

Cesárea Urgente:

Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis perdida del bienestar fetal). Puede ser ante parto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional)

Cesárea emergente:

se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico del paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en <15 minutos.(2)



EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial de la Salud destina que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos debería estar entre el 10% y el 15%, una tasa muy por debajo del nivel actual que se da en los países desarrollados como un 20% en el Reino Unido, 23% en Estados Unidos o un 27% en España. Hay países donde la tasa de cesáreas se encuentra a más del doble de lo recomendado como en el caso de Colombia que tiene una tasa de 43% o de México donde llega al 46%. En 2003 la tasa de cesárea en Canadá fue de 21%, con variaciones regionales.

La Organización Mundial de la Salud recomienda su uso cuando sea necesaria para salvar la vida de las madres y los neonatos por razones médicas, pero puede aumentar el riesgo de complicaciones por ser un procedimiento de cirugía mayor, y estima que el porcentaje de cesáreas en una región no debería de superar el 15%.

ETIOLOGIA

Los problemas con el con el feto pueden ser:

- Frecuencia cardíaca anormal.
- Posición anormal dentro del útero, como cruzado (transverso) o con los pies por delante (parto de nalgas)
- Problemas del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida.
- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, o más)

Los problemas de salud en la madre pueden ser:

- Infección activa de herpes genital.
- Miomas uterinos grandes cerca del cuello uterino.
- Infección por VIH en la madre.
- Cesárea previa.
- Cirugía uterina previa.
- Enfermedad grave como cardiopatía, preeclampsia o eclampsia.

Los problemas en el momento del trabajo de parto o el nacimiento pueden ser:



- La cabeza del bebé es muy grande para pasar a través de la vía del parto.
- Trabajo de parto prolongado o detenido,
- Bebé muy grande
- Infección o fiebre durante el trabajo de parto.

Los problemas con la placenta o el cordón umbilical pueden ser:

- La placenta cubre toda o parte de la abertura hacia la vía del parto (placenta previa).
- La placenta se separa de la pared uterina (desprendimiento prematuro de la placenta).
- El cordón umbilical sale a través de la abertura de la vía del parto antes que el bebé (prolapso del cordón umbilical).

FISIOPATOLOGIA

Son las posibles complicaciones que pueden surgir durante o después de esta intervención quirúrgica. La cesárea es un procedimiento que se realiza cuando no es seguro o posible que la madre de a luz por vía vaginal.

Algunas complicaciones que pueden surgir:

- Sangrado intenso durante y después del parto.
- Reacciones a la anestesia.
- Coágulos de sangre, especialmente en las piernas o la pelvis.
- Lesiones quirúrgicas en la vejiga o los intestinos.
- Aumento del riesgo de complicaciones en embarazos posteriores.
- Ruptura uterina.(3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Después de una cesárea, es normal experimentar algunos síntomas como:

- Dolor.
- Hinchazón.
- Gases.
- Mareos.

Complicaciones como:



- Hemorragia uterina.
- Lesiones vasculares accidentales.
- Hematomas de ligamento ancho.
- Lesiones del intestino delgado y colon.
- Lesiones de la vejiga y de los uréteres.
- Infecciones.
- Problemas para orinar.

DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO

INDICACIONES DE CESAREA ELECTIVA:

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua: se ofrecerá la posibilidad de versión cefálica externa a las 36-38 semanas si no existe contraindicación para la misma.
- Macrosomía fetal: se considera la necesidad de practicar la cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea superior a 5000g. en pacientes diabéticas tipo I cuando sea superior a 4500g.
- Cesárea interactiva: >2 cesáreas previas (riesgo de rotura uterina del 1.4%) en casos seleccionados, explicando a la paciente los riesgos, se puede optar a un parto vaginal.
- De rotura uterina (riesgo de recurrencia del 6-40%). Considerar la realización de cesárea a las 38 semanas de gestación.
- Gestantes sometidas a cirugías uterina previa con entrada a cavidad (miomectomía).
- Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T"; riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente
- Placenta previa: en caso de pacientes con diagnóstico de placenta previa asintomática se recomendará realización de cesárea electiva a las 37-38 semanas. En caso de pacientes con placenta previa que han presentado al menos un episodio de hemorragia durante la gestación se recomienda la realización de cesárea electiva a las 36-37 semanas.
- Vasa previa: en los casos que persiste la sospecha de vasa previa a las 34 semanas, se programara una cesárea electiva entre las 35 y las 37 semanas.



- Infecciones maternas: condilomas acuminados que afecten extensamente el canal de parto. Pacientes con VIH+, lesiones activas de herpes genital.
- Patología medica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía severa, riesgo de ACV).
- Algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples: dependerá de las circunstancias individuales de cada caso y se actuará según protocolos específicos. se individualizará en cada caso y se dará a la paciente toda la información correspondiente, incluyendo el uso de la calculadora para la probabilidad de parto vaginal después de cesárea anterior,
- Cesárea a demanda la paciente solicita la realización de cesárea electiva sin intento de parto vaginal, no presentando ninguna contraindicación clínica para el mismo. En estos casos se deberá informar de los riesgos maternos y fetales de la intervención (infección de la herida quirúrgica, endometritis e implicaciones en futuras gestaciones).

Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad respiratoria fetal.(2)

INDICACIONES DE CESAREA EN CURSO DE PARTO O DE RECURSO:

La indicación debe constar claramente en la historia clínica obstétrica. Se debe informar a la paciente y firmar el consentimiento informado siempre que sea posible. En el momento que se realice la indicación de la cesárea, se informara al anestesiólogo.

El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia de progresión del parto o de dilatación, que se puede producir en diferentes fases del parto.

TRASTORNO DE LA FASE LATENTE

- Fracaso de la fase de inducción: se considera cuando, tras 12 +/- 3 horas de inducción con oxitocina I.V. con DU adecuada (3-5 contracciones/10 minutos o 200-225 UM en un periodo de 10 minutos) no se hayan alcanzado condiciones establecidas de trabajo parto (dilatación de cérvix >4cm)

TRASTORNO DE LA DILATACION: dilataciones entre >4cm y hasta 10cm (fase activa del parto)



- Parto estacionado: se considera que el parto esta estacionado cuando una vez iniciada la fase activa de parto (dilatación cérvix >4cm) y con DU adecuada presente, no se producen cambios en las condiciones obstétricas después de 4 horas en nulíparas y 3 horas en aquellas gestantes que hayan tenido uno o mas parto por vía vaginal previos.

TRASTORNO DEL PERIODO EXPULSIVO: una vez alcanzada la dilatación completa.

- Desproporción pélvico fetal: se diagnosticará cuando, cuando en situaciones de dilatación completa, dinámica activa de parto y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia:
- Sin analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas.
- Con analgesia epidural: 3 horas en multíparas y 4 horas en primíparas.

CESAREAS ELECTIVAS QUE INICIAN TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO: por ejemplo, presentación podálica o cesáreas interactiva, y también aquellas cesáreas indicadas en casos donde se haya detectado una mal posición fetal durante el trabajo de parto.(4)

INDICACIONES DE CESAREA URGENTE/EMERGENTE.

En el momento en el que se realice la indicación de cesárea, se informara al anestesiólogo y se avisara al, equipo de Neonatología. Se activará el código de Cesárea urgente.

Las indicaciones más frecuentes son:

- Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normo insertada.
- Prolapso de cordón.
- Sospecha de rotura uterina.
- Inestabilidad hemodinámica materna.

INDICACIONES DE CESAREA EN SITUACIONES ESPECIALES.

Contraindicaciones relativas de parto vaginal.



- Cesárea anterior y periodo entre cesárea y parto <18 meses.
- Cesárea iterativa >2 cesáreas anteriores.
- Sin antecedente de distocia de hombros con secuela NNT se consensuará con la paciente la vía de parto,

TRATAMIENTO

- Profilaxis con antibiótico
- Antibioticoterapia según prescripción médica.
- Control de líquidos I.V.
- Controlar la frecuencia respiratoria, cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura.
- Mantener la vía aérea permeable y una adecuada oxigenación.
- Cuidar las vías venosas, sonda, drenajes y vendaje quirúrgico.
- Consiste en cuidar y tomar analgésico para aliviar el dolor.
- Realizar ejercicios de fisioterapia

OBJETIVOS

- ✓ Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en centro quirúrgico del hospital regional de loreto – Iquitos.
- ✓ Fortalecer los cuidados de enfermería en la fase perioperatoria, intra y postoperatoria del paciente con diagnóstico de cesáreas en el hospital regional de loreto- Iquitos.
- ✓ Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas de la madre y niño.

NIVEL DE ATENCION

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000300338&script=sci_arttext
2. Parto por Cesárea - Instituto de Obstetricia Dra. Gómez Roig [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gomezroig.com/parto-por-cesarea/>
3. Cesárea - Mayo Clinic [Internet]. [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>
4. Essencial [Internet]. [citado 22 de febrero de 2025]. Cesárea electiva antes de la semana 39. Disponible en: http://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39
5. PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL. HOSPITAL CLINIC- HOSPITAL SANTJOAN DE DEU – UNIVDRSITAT DE BARCELONA. www.medicinafetalbarcelona.org.
6. MINISTERIO DE SALUD. HOSPITAL CAYETANO HEREDIA. JUNIO 2021.
7. GUIA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN GINECOLOGIA POST-CESAREA. OCTUBRE 2022.



	de la ansiedad					✓ Escuchar con atención.	de estado ansioso				
	140203 disminuye los estímulos de estado ansioso						14026 utiliza estrategias para superar situaciones estresantes,				
	14026 utiliza estrategias para superar situaciones estresantes,						1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. a veces demostrado; 4. frecuentemente demostrado. 5. sie				

Dominio 5 Percepción/cognición Clase 5 comunicación	Campo 1 Fisiológico básico (4920) escucha activa.		1	2	3	4	5	
		00051 Comunicación verbal.						
		00157 Disposición para mejorar						

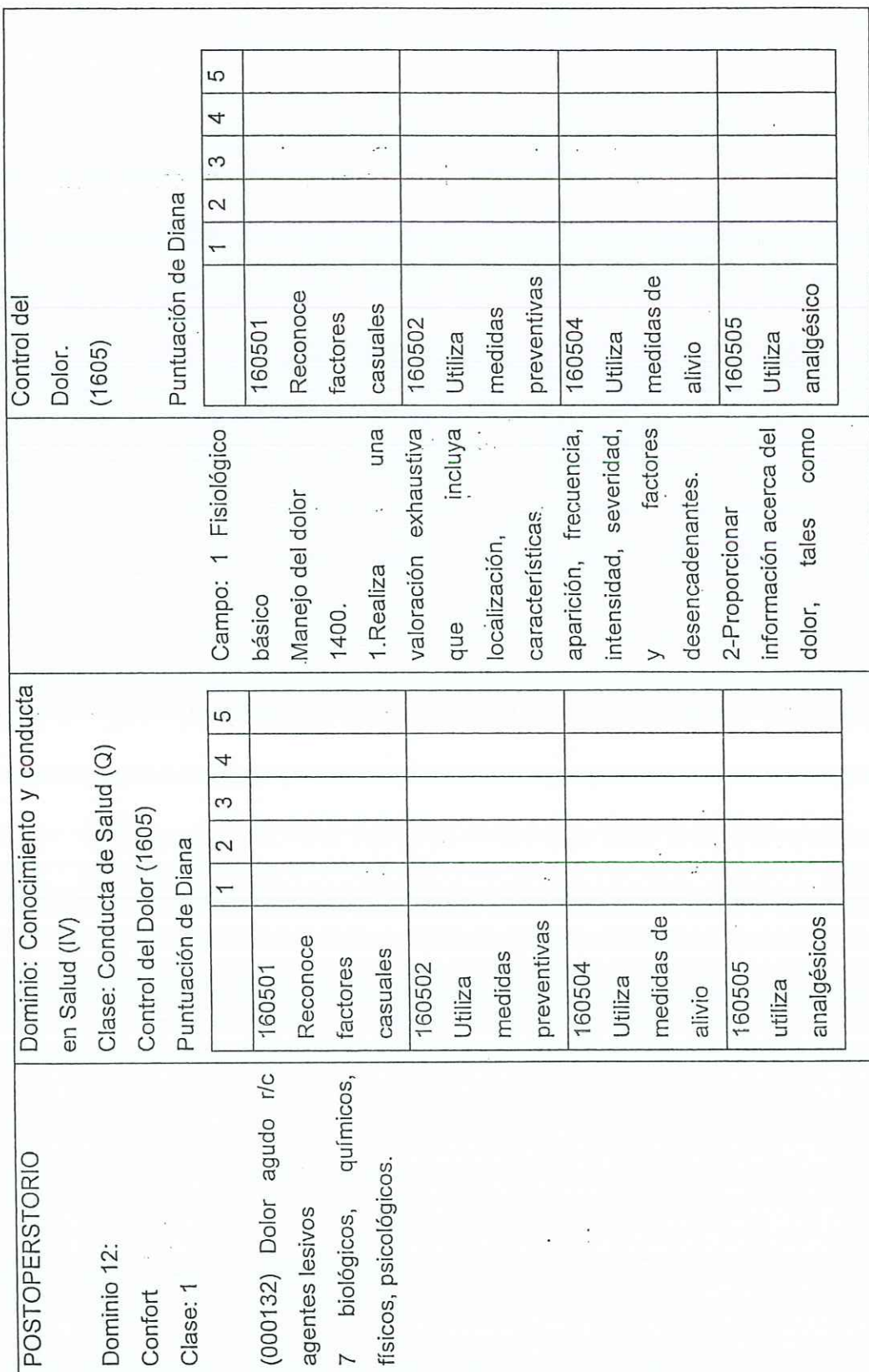
Dominio 5 0051percepcion/cognición	INDICADORES CODIFICADOS										la comunicación																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
---------------------------------------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



<p> Dominio: 9 Clase: Temor (000148) r/c /separación del sistema de soporte en una situación potencialmente: Hospitalización, Procedimiento terapéutico m/p informe de alarma </p>	<p> 1804 ayuda con los autocuidados 00026 exceso de volumen de líquido </p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													<p> un sentimiento de esperanza. 5. Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia y consistencia, </p>	<p> 4. Ninguno. 5. Extenso </p> <table border="1"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>140401 Supervisa la intensidad del miedo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>140402 Elimina los factores</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	140401 Supervisa la intensidad del miedo						140402 Elimina los factores					
	1	2	3	4	5																												
140401 Supervisa la intensidad del miedo																																	
140402 Elimina los factores																																	
<p> Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Autocuidado (O) (01404) control del miedo Indicadores codificados (140417) controla la respuesta del miedo. Puntuación de Diana </p> <table border="1"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>140401</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	140401						<p> Campo: Fisiológico básico. Potenciación de la seguridad (5380) Intervención: 1. Disponer un ambiente amenazador. </p>																				
	1	2	3	4	5																												
140401																																	



[illegible]



en forma apropiada.							en forma apropiada																																																										
<p>Dominio 0004 Actividad/Reposo Clase: 0001 Reposo/Sueño 00085 deterioro movilidad física r/c Dolor y malestar m/p. Disminución de la fuerza, control o masa muscular. Renuencia a iniciar el movimiento</p>												<p>causa, tiempo que durara etc.</p> <p>3. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que facilite el alivio del dolor.</p> <p>4. Proporcionar un alivio del dolor</p>												<p>1. Nunca 2. Raramente 3. En ocasiones 4. Con frecuencia 5- Constantemente. (1850)</p>																																									
<p>Dominio 0004 Clase: 1 Reposo/ Sueño (1850) mejorar el sueño</p>												<p>mejorar el sueño puntuación de Diana</p>																																																					
<p>Puntuación de Diana</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1300 Aceptación estado del sueño</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1302</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													1	2	3	4	5	1300 Aceptación estado del sueño						1302						<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1300 Aceptación estado de sueño</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1302 superación del problema</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1402 control de la ansiedad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													1	2	3	4	5	1300 Aceptación estado de sueño						1302 superación del problema						1402 control de la ansiedad					
	1	2	3	4	5																																																												
1300 Aceptación estado del sueño																																																																	
1302																																																																	
	1	2	3	4	5																																																												
1300 Aceptación estado de sueño																																																																	
1302 superación del problema																																																																	
1402 control de la ansiedad																																																																	



2. APENDICECTOMIA

DEFINICIÓN:

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice cecal y representa la causa más común de abdomen agudo, así como el procedimiento quirúrgico de urgencia con mayor prevalencia en el mundo (Harrison, 2012). Se caracteriza por un dolor repentino de moderada intensidad, al que ocasionalmente se superpone espasmos intermitentes localizados en la mitad inferior de la

epigástrica o umbilical. De acuerdo a los hallazgos histológicos y en la apariencia macroscópica se diferencian cuatro etapas (.)(1)

- Etapa 1. Apendicitis simple o catarral: cuando se obstruye la luz del apéndice, el moco que segrega no puede fluir libremente y comienza a acumularse en su interior. Esto hace que las bacterias que forman parte de la flora intestinal se multipliquen en exceso y comience el proceso inflamatorio. En esta etapa el apéndice tiene un aspecto exterior normal y sólo se puede identificar la inflamación al microscopio.
- Etapa 2. Apendicitis flemonosa o fibrinosa: poco a poco el apéndice se distiende al aumentar su presión interior. Llega un momento que la presión es tanta que la sangre no puede irrigar correctamente el apéndice.
- Etapa 3. Apendicitis gangrenosa: las paredes del apéndice se van debilitando, tanto por la falta de riego sanguíneo, como por el aumento de la presión interna. Hay partes que empiezan a necrosarse.
- Etapa 4. Apendicitis perforada: finalmente las paredes se rompen y se libera todo la pus y las heces hacia el interior de la cavidad abdominal, dando lugar a la peritonitis.(2)

EPIDEMIOLOGIA

La apendicitis aguda representa la afección quirúrgica abdominal de mayores prevalencias globalmente, afectando aproximadamente al 10% de la población. Notablemente, su incidencia es más elevada durante la segunda y tercera década de vida, constituyendo la causa principal de abdomen agudo en la población adulta joven. En vista de su prevalencia, es imperativo que se establezca un diagnóstico temprano y se aplique un tratamiento adecuado para



prevenir complicaciones asociadas. Es importante destacar que la tasa de mortalidad para casos no complicados es del 0.6%, pero puede escalar entre un 2-3% en casos de perforación y de 5-15% en población anciana.

Durante el año 2024, se realizaron aproximadamente 428 intervenciones quirúrgicas de apendicectomía convencional, ocupando el segundo lugar de las intervenciones más frecuentes y realizadas durante este periodo, según datos estadísticos del Departamento de centro Quirúrgico.

ETIOLOGIA

el factor desencadenante es la obstrucción del lumen apendicular por un fecalito o la hiperplasia de su tejido linfóide (enfermedades virales, mononucleosis, gastroenteritis). Otras causas raras de oclusión son cuerpos extraños, parásitos, tuberculosis, bridas y tumores. (3)

FISIOPATOLOGIA

Se caracteriza por la obstrucción del lumen apendicular causada frecuentemente en adultos por fecalitos, esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose la distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aun mas el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido, el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica. (4)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Evolución No Mayor De 24-36 Horas

- Dolor periumbilical y luego en fosa iliaca derecha
- Nauseas y/o vómitos.
- Inapetencia.



- Estado subfebril y luego hipertermia 37.5°, 38.5°C
Evolución Mayor De 36.48 Horas
- Dolor generalizado.
- Dolor a la descompresión y defensa más generalizados.
- Hipertermia mayor de 38-38.5°C
- Compromiso del estado general (facies séptica, taquipnea, taquicardia, deshidratación).
- Palpación de una masa en flanco derecho, fosa iliaca derecha y/o hipogástrico (masa apendicular).

DIAGNOSTICO

Criterios de Diagnóstico

- En personas con sospecha de apendicitis aguda, el enfoque diagnóstico deberá ser individualizado, considerando la presentación clínica, sexo, edad, signos y síntomas, examen físico y probabilidad de enfermedad del paciente.
- En personas con sospecha de apendicitis aguda, utilizar la Escala de Alvarado para determinar la probabilidad del diagnóstico de apendicitis aguda.

Tabla N° 1: Escala de Alvarado

Variables	Hallazgos	Puntos
Síntomas	Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho)	1
	Anorexia y/o cetonuria	1
	Náuseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote	1
	Temperatura > 38.3°C	1
Laboratorio	Leucocitos > 10 000/mm ³	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos > 75%	1
Puntaje máximo		10

Probabilidad diagnóstica	Puntaje
Alta probabilidad	7 a 10
Probabilidad intermedia	4 a 6
Baja probabilidad	1 a 3



C) En personas con alta probabilidad de apendicitis aguda, considerar realizar estudios de imagen adicionales con el objetivo de reducir la tasa de apendicectomía negativa.

Diagnóstico Diferencial

a) Quirúrgicos

- Obstrucción intestinal
- Intususcepción
- Colecistitis aguda
- Úlcera péptica perforada
- Adenitis mesentérica
- Diverticulitis de Meckel
- Diverticulitis apendicular o colónica
- Pancreatitis

b) Ginecológicas

- Embarazo ectópico
- Ruptura de folículo ovárico
- Quiste de ovario torcido
- Salpingitis/enfermedad inflamatoria pélvica

c) Médicas

- Gastroenteritis
- Neumonía
- Ileitis terminal
- Cetoacidosis diabética.

EXÁMENES AUXILIARES

De patología Clínica (no es específico para diagnóstico).

- Hemograma
- Proteína C reactiva
- Examen completo de orina
- Amilasa y lipasa pancreática
- Subunidad beta



La prueba triple de proteína C reactiva encima de 8 mcg/ml, leucocitosis superior a 11 000 y neutrofilia encima de 75% es sugestivo de apendicitis.

DE IMÁGENES

a) Radiografía de abdomen.

La radiografía simple de abdomen es el estudio de imagen menos recomendado para apendicitis aguda. Su uso es cada vez menor debido a que el 68% de los casos presentan hallazgos inespecíficos. En la actualidad la radiografía simple de abdomen se usa en el estudio del dolor abdominal agudo para descartar la perforación y obstrucción intestinal. Aunque la radiografía simple de abdomen en raras ocasiones permite diagnosticar la Apendicitis Aguda se han descrito varios signos radiográficos clásicos de Apendicitis Aguda. El hallazgo patognomónico de Apendicitis Aguda en una Radiografía Simple de Abdomen es el Apendicolito. Sin embargo, este solo se encuentra presente en el 5-8% de los casos. La identificación del mismo sirve para diagnóstico diferencial con otras causas de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho.

Otro de los signos radiográficos de apendicitis aguda es la mala definición de la línea grasa del músculo psoas del lado derecho. A este signo se le conoce como signo de la línea del psoas o solo Signo del Psoas.

b) Ecografía abdominal (Evidencia II Recomendación B) Sensibilidad 86%, conociendo como luce el apéndice normal en una ecografía resulta más fácil distinguir un apéndice inflamado. (1, 2, 5) Dentro de los principales hallazgos ecográficos de apendicitis aguda se encuentran:

- Diámetro transversal mayor de 6mm: Este es uno de los signos ecográficos más sensibles (98%). Sin embargo, se debe tener cautela con este hallazgo ecográfico. Aproximadamente el 23% de las personas sanas pueden tener un diámetro transversal mayor a los 6 mm. Varios autores recomiendan considerar todo diámetro transversal entre los 6 y 9 mm como "Indeterminado" y apoyar el diagnóstico con otros signos o hallazgos en la ecografía.
- Apéndice no compresible: El apéndice normal es móvil y compresible. La falta de compresión del apéndice o la forma circular constante del apéndice



en los cortes axiales con plena compresión de la ecografía es uno de los hallazgos o criterios ecográficos más claros para considerar el diagnóstico de apendicitis aguda.

- Cambios inflamatorios en la grasa: La grasa circundante del apéndice normal debe ser homogénea. El aumento en la ecogenicidad de la grasa circundante asociada a la falta de deformación a la compresión es uno de los criterios ecográficos de apendicitis aguda.
- Presencia de apendicolitos: Al igual que con la radiografía, los apendicolitos son un hallazgo patognomónico de apendicitis aguda. Sin embargo, solo se reconocen en el 30% de los casos.

c) Tomografía de abdomen

Sensibilidad 97% uso para duda diagnóstica

- Diámetro apendicular > 6mm con un lumen ocluido.
- Engrosamiento de la pared apendicular (> 2mm).
- Cambios en la grasa periapendicular.
- Realce de la pared apendicular.
- Apendicolito.

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico, mediante la intervención denominada apendicectomía. Esta intervención se suele realizar de forma más o menos inmediata tras su diagnóstico. La apendicectomía es la extirpación del apéndice y se lleva a cabo a través de dos opciones:

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

El cirujano practica de 1 a 3 incisiones en el abdomen. Un tubo de goma se inserta dentro de una de las incisiones para insuflar dióxido de carbono e inflar el abdomen, lo que le facilitará al cirujano la visión del apéndice. A través de otro puerto se inserta un laparoscopio (una especie de telescopio con luz y una cámara en la punta, de forma que el cirujano pueda ver dentro del abdomen). En las otras incisiones se insertan los instrumentos quirúrgicos para la extirpación del apéndice. El bióxido de carbono sale a través de las incisiones y se cierran



las mismas con suturas o grapas o se cubren con un vendaje. En ocasiones, el cirujano comienza el procedimiento por vía laparoscópica y durante la intervención detecta la necesidad de realizar la técnica abierta.

APENDICECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA (ABIERTA)

El cirujano hace una incisión de unos 5 a 10 cm en cuadrante inferior derecho del abdomen y corta a través de las capas de grasa y músculo hasta llegar al apéndice, extrayendo el mismo. Puede colocarse un pequeño tubo de drenaje que se quitará en el hospital en unos días. La incisión se cierra con suturas o grapas. La duración de la intervención puede fluctuar entre unos 20 minutos y más de una hora.(5)

Manejo post operatorio

a) Alimentación

Después de la apendicectomía por apendicitis no complicada la introducción de la alimentación oral se iniciará una vez se resuelvan los efectos de la anestesia, generalmente en cuatro horas..

- La reintroducción de la alimentación oral después de una apendicectomía complicada puede instaurarse cuando se haya resuelto cualquier íleo u obstrucción secundaria a la perforación como lo indican un abdomen blando, reprensible con buenos ruidos hidroaéreos. Lo mismo aplica en caso de compromiso cecal.

b) Tratamiento del dolor

- Metamizol 20mg/kg/EV/8horas pasando a paracetamol vía oral cuando se tolere. En caso de alergia al metamizol se administrará tramadol 50 100mg /6-8horas (dosis máxima 400mg al día).

c) Antibioticoterapia

- Ceftriaxona 1-2gr EV cada 24 horas + Metronidazol 500mg EV cada 8 horas o Clindamicina 600mg EV cada 8 horas.
- Ciprofloxacino 200- 400 mg cada 12 horas + Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas o Clindamicina 600mg EV cada 8 horas.

En caso de alergia a beta lactámicos otra opción para cobertura de Gram negativos es Gentamicina EV 1.5mg/kg.



El cambio de vía endovenosa a vía oral para la antibioticoterapia se puede dar una vez se instaure la tolerancia oral adecuada con diferentes esquemas hasta completar el tiempo sugerido de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

- Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas o Clindamicina 300 mg cada 8 horas.
- Cefuroxima 500mg o Amoxicilina o Ácido Clavulánico 500/125mg 3 veces al día o 875/125mg 2-3 veces al día + Metronidazol 500 mg cada 8 horas o Clindamicina 300 mg cada 8 horas.

En casos de presentación grave o adquisición nosocomial se administra Piperacilina/Tazobactam 75 mg/kg/ dosis cada 6 horas cinco días como mínimo y no se suspenderá antes de que el paciente este afebril 24 horas, tolerando dieta y con normalización de parámetros analíticos (fórmula leucocitaria y PCR).

Efectos Adversos o colaterales con el tratamiento

- Infección de herida operatoria
- Absceso residual
- Eventración umbilical
- Hematoma, equimosis en zona de ingreso de trocares

Signos de alarma

- Fiebre
- Cambios en la herida operatoria
- Dolor abdominal
- Intolerancia oral

Criterios de Alta

- a) Paciente hemodinámicamente estable.
- b) Paciente tolera vía oral
- c) Deambulación sin dificultad.
- d) Paciente sin fiebre.
- e) Dolor posoperatorio permite realizar actividades básicas cotidianas.

NIVEL DE ATENCION

Apendicetomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general. marzo de 2019;41(1):33-8.
2. marek[at]promokit.eu. ADIEMED. [citado 7 de febrero de 2025]. ADIEMED. Disponible en: <https://adiemed.es/noticias/equipamiento-medico/medicion-de-signos-vitales-de-los-monitores-de-pacientes>
3. Apendicitis Aguda marco teorico - APENDICITIS AGUDA. DEFINICION: Es un proceso inflamatorio súbito - Studocu [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-del-altiplano-de-puno/primeros-auxilios-y-proc-en-enfermeria/apendicitis-aguda-marco-teorico/29078457>
4. Apendicitis Aguda marco teorico - APENDICITIS AGUDA. DEFINICION: Es un proceso inflamatorio súbito - Studocu [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-del-altiplano-de-puno/primeros-auxilios-y-proc-en-enfermeria/apendicitis-aguda-marco-teorico/29078457>
5. Apendicitis: así es la operación a la que se someterá Carlos Sainz | CuidatePlus [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2024/03/08/apendicitis-asi-operacion-sometera-carlos-sainz-181282.html>
6. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg [Internet] 2020;15(1):27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>.
7. Cutipa R. PREDICTORES BIOLÓGICOS DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERÚ. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13298/Predictores_



CutipaRamirez_Roy.pdf?sequence=1#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%20com%20segunda,amenaza%20para%20la%20salud%20gubernamental. : REPOSITORIO UPCH; 2023.



8. Cuervo JL. La apendicitis constituye una versión de [Internet]. Rev Hosp Niños (B. Aires) 2014; 56(252): 15-31. [citado el 6 de septiembre de 2023].
9. Rushing A, Nikolay N, Jones C, Como JJ, Fox N, Cripps M, Robinson B, Velopulos C, Haut ER, Narayan M. Management of acute appendicitis in adults: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J Trauma Acute Care Surg 2019;87(1):214-224. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000002270>.
10. Bustamante GZ. Influencia del coronavirus 2 (SARS-CoV-2) en pacientes adultos con apendicitis aguda en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo julio a diciembre. 2020.



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA				
DOMINIO: 12 CONFORT		CLASES: 01 CONFORT FISICO		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)	
DOLOR AGUDO R/C CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E/P FASCIAS DE DOLOR EN EL ROSTRO	NIVEL DEL DOLOR (2102)	MANEJO DEL DOLOR (1400) 140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.	Dolor controlado en el paciente.	
	CONTROL DEL DOLOR (1605)	MMONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES (6680) 668001		



		<p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS</p> <p>(2210)</p> <p>221001</p> <p>valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.</p> <p>221002</p> <p>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésico prescrito.</p> <p>221006</p> <p>Determinar la selección de analgésico (narcótico, no narcótico o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.</p>	
--	--	---	--



			<p>221008 Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los Diez correctos acorde a la norma técnica institucional.</p> <p>221010 Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.</p>	
--	--	--	---	--



DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN			CLASES: CONFORT FÍSICO	
DIAGNOSTICO ENFERMERIA	DE	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	EVALUACION	
			INTERVENCION (NIC)	DE RESULTADO (NOC)
RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		DETECTA RIESGO DE INFECCION	<p>PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES</p> <p>-Monitorizar las características de la herida, color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes.</p> <p>-Realizar el cuidado de la herida con medidas asépticas y utilizando las precauciones universales.</p>	Ayudar a disminuir el riesgo de infección



		<p>-Monitorizar la producción y características de exudado o secreción por herida o dren.</p> <p>-inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósito o vendajes.</p> <p>-Inspeccionar la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.</p>	
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN		CLASES: CONFORT FISICO	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DE RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)



RIESGO DE CAIDAS R/C LIMITACIÓN FÍSICA DEBIDO A PERIODO INTRAOPERATORIO Ó POSTOPERATORIO	DETECCIÓN DE RIESGO	PREVENCIÓN DE CAIDAS	Detección de riesgo y prevención de caídas realizado.
	PREVENCIÓN DE CAIDAS	<p>-Identificar déficit cognoscitivo o físico de pacientes que puedan aumentar posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p> <p>-identificar conductas y factores que aumentan el riesgo de caídas como medicamentos, ayuno prolongado, crisis postoperatorio, convulsivas, Etc.</p> <p>- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de</p>	

		caídas como, cama sin baranda, piso resbaladizo, etc.	
		-inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósito o vendajes.	
		-Inspeccionar la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.	



3.- COLECISTECTOMIA

DEFINICIÓN:

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA: la presencia de cálculos vesiculares puede ser detectada incidentalmente en pacientes que no presentan ningún síntoma abdominal o que tienen síntomas que no son interpretados como originados por litiasis. Se hace el diagnóstico en ocasión de una ecografía de rutina en busca de otras afecciones abdominales u ocasionalmente por palpación de la vesícula durante una cirugía.

COLECISTITIS AGUDA (CA): es un cuadro clínico caracterizado por dolor debido a un cólico biliar que no cede con AINES, localizado en hipocondrio derecho (HCD), que puede ir acompañado de fiebre y leucocitosis asociado a inflamación (y generalmente infección secundaria) de la pared de la vesícula biliar, lo cual suele estar relacionado con presencia de colelitiasis.

COLECISTITIS CRÓNICA (CC): Refiere a la inflamación crónica de la pared vesicular como consecuencia de litiasis, siendo más del 85% de estos cálculos de colesterol. Se han descrito factores de riesgo para esta situación clínica entre ellos el sobrepeso/obesidad y resistencia a insulina.(1)

EPIDEMIOLOGÍA

En países desarrollados, la prevalencia de cálculos biliares se estima entre un 5 a 10% dentro de la población adulta. Cabe destacar que las etnias más afectadas corresponden a latinos con ancestro indígena, dentro de las cuales se destaca la etnia Mapuche en Chile. Por otra parte, las poblaciones africanas y asiáticas tienen prevalencias más bajas. En Chile hay variadas cifras dependiendo de la población estudiada. Se estima que en general la prevalencia de colelitiasis es del 10 a 14%, no obstante, en poblaciones como la de Isla de Pascua es del 6% aproximadamente (Bravo). En países como EEUU, Bolivia, México,



España y Japón, la prevalencia es aproximadamente de 10-15%, 15,7%, 14,3%, 9,7% y 7%, respectivamente.(2)

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente que desencadena este cuadro es la obstrucción del conducto cístico o del bacinete vesicular ocasionada en el 90% de los casos por un cálculo enclavado. Existen otras causas menos frecuentes como la colecistitis aguda alitiásica en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos con ayuno prolongado, bajo situaciones de estrés, inmunosupresión como sida, quimioterapia o con trasplantes renales debido a infección por citomegalovirus, en patología del conducto cístico, o en procesos que provocan compresión o invasión neoplásica.

Si la obstrucción es parcial y de corta duración, el paciente sufre un cólico biliar. Si la obstrucción del conducto cístico es completa y de larga duración el incremento en la presión vesicular asociado a la irritación mucosa, se activa la respuesta inflamatoria aguda, este hecho unido a la disminución del flujo vascular de la pared secundario a la propia distensión, hace que el paciente finalmente sufra una colecistitis aguda, la infección de la bilis probablemente tiene un papel aditivo, pero secundario, al desarrollo de colecistitis aguda, ya que sólo el 50% de los pacientes presentan microorganismos como: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter spp.* y *Streptococcus faecalis*. en los casos más graves pueden encontrarse también anaerobios como *Bacteroides fragilis* o *Clostridium perfringens*.

Una situación especial es la colecistitis aguda alitiásica, que comporta una inflamación de la pared vesicular en ausencia de colelitiasis. Se presenta en el 10% de los casos de colecistitis aguda.

FISIOPATOLOGÍA

La oclusión del conducto cístico por cálculos biliares o litos y el mal funcionamiento de la mecánica del vaciado de la vesícula biliar son las patologías subyacentes básicas de esta enfermedad. Estos cálculos se forman principalmente debido a la secreción excesiva de colesterol por las



células hepáticas y la hipomotilidad o el deterioro del vaciado de la vesícula biliar. Más del 90% de la colecistitis crónica se asocia con la presencia de cálculos biliares. Los cálculos biliares, al causar una obstrucción intermitente del flujo de bilis, más comúnmente al bloquear el conducto cístico, provoca estasis del flujo de bilis, lo que provoca la formación de cálculos biliares con la consiguiente colecistitis crónica.

Se ha propuesto que la bilis litogénica conduce a un aumento del daño mediado por radicales libres debido a las sales biliares hidrofóbicas. Esto, en asociación con una protección mucosa reducida debido a niveles más bajos de prostaglandinas E2, da como resultado un estado inflamatorio continuo. Cuando los receptores de colecistoquinina del músculo liso se ven afectados, se produce una contracción alterada de la vesícula biliar que conduce a estasis y empeora el entorno permisivo donde la bilis litogénica promueve la inflamación. La colecistosis hiperplásica es la degeneración de la vesícula biliar, en la cual existe proliferación de los tejidos y depósito de grasa en la pared sin riesgo de progresar a carcinoma. Las variantes más frecuentes son la adenomiomatosis y la colesterosis. Cuando son lesiones focales pueden dar lugar a pólipos. (3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho postprandial, de inicio brusco y evolución gradual, con duración mayor de 6 horas, hasta días.
- Dispepsia a grasas.
- Dolor irradiado a epigastrio y a escapula derecha.
- Náusea y vómitos de aspecto bilioso.
- Otros menos clásicos: eructos, distensión abdominal, hiporexia.
- Fiebre ($T > 38^{\circ}$)

Examen físico:

- Dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio.
- Signo de Murphy positivo (no suficiente para el diagnóstico).
- Rigidez muscular a la palpación en cuadrante superior derecho.



- Masa palpable en hipocondrio derecho (>40%).
- Ictericia (caso presuntivo de coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi).

DIAGNÓSTICO

Criterio diagnóstico para colecistitis aguda

A. Signos locales de inflamación

- ✓ Signo de Murphy
- ✓ Masa/dolor/ sensibilidad en cuadrante superior derecho

B. Signos sistémicos de inflamación

- ✓ Fiebre
- ✓ PCR elevado
- ✓ Leucocitos elevados

C. Hallazgos de imágenes

- ✓ Hallazgo de imágenes característicos de colecistitis aguda.
- ✓ Diagnóstico de sospecha: uno de los puntos en A + uno de los puntos en B
- ✓ Diagnóstico definitivo: uno de los puntos en A + uno de los puntos en B + C

Criterios de severidad de colecistitis aguda.

a) Grado I (leve)

- ✓ No reúne los criterios del Grado II o III. Pueden ser definidas como una
- ✓ colecistitis aguda en un paciente sano sin disfunción de órganos. 2

b) Grado II (moderada) al menos uno de los siguientes

- ✓ Glóbulos blancos > 18.000/mm³.
- ✓ Masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho.
- ✓ Duración de síntomas > 72 horas.
- ✓ Marcada inflamación local (gangrena, enfisema, absceso
- ✓ pericolecístico o hepático, peritonitis biliar).



c) Grado III (severa) al menos uno de los siguientes

- ✓ Disfunción cardiovascular: hipotensión en tratamiento con dopamina > 5ug/kg/min o cualquier dosis de norepinefrina.
- ✓ Disfunción neurológica: alteración de la conciencia.
- ✓ Disfunción respiratoria: $PaO_2/FiO_2 < 300$
- ✓ Disfunción renal: oliguria, creatinina sérica > 2.0 mg/dL
- ✓ Disfunción hepática: INR > 1.5
- ✓ Disfunción hematológica: Plaquetas < 100 000/mm³

Factor predictivo en el grado III de la Colecistitis Aguda

- ✓ Asociados con una alta tasa significativa de mortalidad quirúrgica (tasa de
- ✓ mortalidad dentro de los 30 días de la cirugía)

Factores predictivos negativos

- ✓ Disfunción neurológica
- ✓ Disfunción respiratoria
- ✓ La coexistencia de la ictericia (bilirrubina total > 2 mg/dl)

Factores predictivo no negativos

- ✓ Disfunción renal
- ✓ Disfunción cardiovascular

Diagnóstico Diferencial

- a) Pancreatitis aguda
- b) Apendicitis aguda
- c) Cólico renal
- d) Esofagitis
- e) Úlcera péptica perforada
- f) Reflujo gastroesofágico
- g) Isquemia miocárdica inferior
- h) Neumonía basal derecha.



Exámenes Auxiliares

Los exámenes auxiliares dependen fundamentalmente de los síntomas que presente el paciente junto con los métodos de imagen que lo confirmen.

De patología Clínica

- ✓ Hemograma completo
- ✓ Glucosa, urea y creatinina
- ✓ Examen de orina completa
- ✓ Bilirrubinas (total y fraccionada)
- ✓ Fosfatasa alcalina (FAL) y gamaglutamiltransferasa (GGTP)
- ✓ Proteína C reactiva
- ✓ Tiempo de protrombina
- ✓ Grupo sanguíneo

De Imágenes

- a) Ecografía abdominal: Es el método diagnóstico más sensible y específico (sensibilidad 90% y especificidad 94%) para el diagnóstico de colelitiasis. Debe indicarse siempre que se sospeche de colecistitis aguda.

Recordar que los signos ecográficos importantes en un reporte son:

- Engrosamiento de la pared vesicular mayor de 4mm, signo de doble pared, distensión de la vesícula con diámetro transversal mayor de 6cm y diámetro longitudinal mayor a 10cm, cambios en su morfología, signo de Murphy ecográfico (al paso del transductor del ecógrafo), y líquido pericolecístico.
- Presencia de cálculos vesiculares o barro biliar.

b) Tomografía abdominal:

- Definir el curso y estado del árbol biliar extra hepático y estructuras adyacentes.
- Es el estudio de elección en la valoración de sujetos con sospecha de afección maligna de la vesícula biliar, del sistema biliar extra hepático u órganos cercanos como el páncreas.



C) Colangiorensonancia magnética: Poco usado por su alto costo y disponibilidad, en cuadros de colecistitis aguda. Su utilidad principal:

- Cuando la ecografía muestre dilatación de la vía biliar y no se observe la causa de la obstrucción.
- Indicada en aquellos pacientes post operados en quienes se sospeche estenosis o iatrogenia biliar ya que dibuja la anatomía del árbol biliar.
- Finalmente, ante la eventualidad de no poder realizar colangiografía intraoperatoria en la cirugía laparoscópica es opcional su indicación en caso de que se desee descartar a priori la presencia de variantes anatómicas de los conductos biliares.(4)

TRATAMIENTO

El manejo precisa de ingreso hospitalario, reposo, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioterapia (en algunos casos) y analgesia.

TERAPÉUTICA

a) Médico

- Cólico vesicular: Se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que además de aliviar el dolor, puede alterar la historia natural del cuadro.
- Colecistitis aguda: Se basará en soporte general y antibioticoterapia
 - Hidratación.
 - Antibióticos: grado moderado o severo (algunos casos se consideran grado I).

Antibioterapia empírica Grado I:

- Ceftriaxona 1-2 g/día cada 8 horas.
- Alergia a betalactámicos: Aztreonam 1g/8horas.
- Sospecha de BLEE: Ertapenem 1g/día.

Antibioterapia empírica grado II-III:



- Ceftriaxona 1-2 g/día + Metronidazol 500 mg/8 horas o Piperacilina Tazobactam 4 g/0.5 mg/6 horas.
- Alergia a betalactámicos: Aztreonam 1g/8horas + Metronidazol 500 mg/8 horas.
- Sospecha de BLEE: Ertapenem 1g/día.

Duración de antibioticoterapia:

- Grado I y II: Puede discontinuarse a las 24 horas de colecistectomía.
- Grado III: entre 4 a 7 días. Sin embargo, si la etiología es gran positivo como enterococo spp, streptococo spp debería considerarse 2 semanas.
- Grado I, II y III asociado a colangitis: 2 semanas

b) Quirúrgico:

En pacientes con colecistitis aguda leve o moderada, recomendamos realizar colecistectomía laparoscópica temprana dentro de los 7 días posteriores al inicio de síntomas.

De acuerdo a esto se evaluará el valor de los Índices de Comorbilidad de Charlson (CCC) y Criterio de ASA (ver Anexo N° 1), de la siguiente manera:

- Con buena respuesta a las medidas de soporte
 - Si tiene CCI < 5 y/o ASA < II: Realizar colecistectomía laparoscópica temprana.
- Si tiene CCI > 6 y/o ASA > III: Realizar colecistectomía laparoscópica diferida.
- Con falla al tratamiento de soporte

Realizar colecistectomía a los pacientes con colecistitis aguda severa para el manejo cuando:

- ✓ La colecistectomía no es una opción apropiada.
- ✓ No se ha tenido éxito con el manejo conservador.
- ✓ Reconsiderar colecistectomía en pacientes con colecistitis aguda severa cuando estén aptos para cirugía.



- ✓ Ponderar dentro de las decisiones, las características clínicas y personales del paciente, la disponibilidad de recursos y las condiciones del sistema de salud.

Manejo en Gestantes

La colecistitis aguda es la segunda causa de intervención quirúrgica no obstétrica en la paciente embarazada. Tradicionalmente, se ha abogado por un manejo conservador de esta patología demorando la cirugía una vez realizada el parto, o se ha intentado derivar el tratamiento quirúrgico al segundo trimestre justificando una menor morbilidad materno-fetal.

En la actualidad, estas indicaciones están siendo relegadas y se aconseja la intervención independientemente de la edad gestacional, ya que retrasar el tratamiento quirúrgico implica un aumento en la incidencia de complicaciones derivadas de la propia patología biliar. El tratamiento antibiótico debe de ser instaurado en cuanto el diagnóstico de colecistitis sea conocido, con aquellos antimicrobianos recomendados para su uso durante el embarazo.

Existen así mismo una serie de recomendaciones a tener en cuenta a la hora de intervenir laparoscópicamente a este tipo de pacientes, de tal manera que las complicaciones derivadas del procedimiento sean mínimas.

Ante un episodio de colecistitis aguda en una paciente embarazada, la colecistectomía laparoscópica ha sido descrita como una técnica segura, con una baja tasa de complicaciones, y debemos de considerarla como técnica de elección. Se han descrito buenos resultados independientemente del trimestre de embarazo en el que se encuentre la paciente. La demora en el tratamiento con la intención de realizar la cirugía una vez ocurrido el parto, conllevaría una importante incidencia de recurrencias, así como un aumento de la morbilidad materno-fetal asociada a la propia patología biliar.

Efectos Adversos o colaterales con el tratamiento

- a. Seroma
- b. Infección de la herida operatoria



- c. Litiasis residual
- d. Estenosis de vía biliar
- e. Hematoma peri orificial de trocar
- f. Hematoma hepático
- g. Dehiscencia de muñón de cístico
- h. Diarrea
- i. Flatulencia

Signos de alarma

- a. Fiebre
- b. Ictericia
- c. Cambios en la herida (dolor, calor, rubor)
- d. Intolerancia oral
- e. Dolor abdominal

Criterios de Alta

- a. Paciente afebril
- b. Buena tolerancia oral, sin ictericia.
- c. Herida postoperatoria en buenas condiciones y dolor mínimo.
- d. Alta quirúrgica luego de cumplir condiciones anteriores. (5)

NIVEL DE ATENCION

Colecistectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Colelitiasis (piedras en la vesícula biliar). Tratamiento | Blogs Quirónsalud [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/blogbisturi/colelitiasis-piedras-vesicula-biliar-tratamiento>
2. Colecistitis aguda.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>
3. COLECISTOPATIAS ALITIASICAS.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayseis.pdf>
4. GUIA DE PRAC CLI DE COLISCISTITIS RD N° 097-2021.pdf.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2776137/2.GUIA%20DE%20PRAC%20CLI%20DE%20COLISCISTITIS%20RD%20N%C2%B0%20097-2021.pdf.pdf>
5. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de colecistitis.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4870972/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20manejo%20de%20colecistitis.pdf?v=1689794522>
6. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Litiasis vesicular asintomática. Disponible en: Consultado <https://www.worldgastroenterology.org/>. 5 may 2021 (Internet).
7. Pereñíguez López, J. Egea Valenzuela y F. Carballo Álvarez. Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Murcia. España. Protocolo terapéutico del cólico biliar y la colecistitis aguda. IMIB Arrixaca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Consultado en: <https://www.residenciamflapaz.com/Articulos> may 2021.



8. Servicio de Cirugía Universidad de Chile Cirugía digestiva alta Facultad de Medicina Hospital Clínico San Borja-Arriarán Dr. Héctor Cid B. COLECISTITIS CRONICA Dr. Héctor Cid B. [Internet]. [Consultado 5 may 2021]. Disponible en: <https://cirugiasanborja.cl/wp-content/uploads/2019/06/14.-Colecistitis-cronica.pdf>.

9. Monestes Jorge Jefe de la Unidad de Cirugía Hígado, Vías Biliares y Páncreas, Hospital de Gastroenterología Dr. C. Bonorino Udaondo. COLECISTITIS AGUDA. Buenos Aires, Argentina. [Internet]. [Consultado 5 may 2021].



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
ANSIEDAD R/C INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, E/P NERVIOSISMO, E INTRANQUILIDAD.	1042 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD El equipo de Enfermería: -Observará si existen signos verbales y no verbales de ansiedad. -Crearé un ambiente que facilite la confianza. -explicar al paciente los procedimientos y las posibles sensaciones que experimentará.	ANSIEDAD CONTROLADA EN EL PACIENTE.
		BRINDAR APOYO EMOCIONAL Escuchar a la paciente sus expresiones, sentimientos y creencias y realizar -afirmaciones empáticas de apoyo.	



		<p>-Permanecer con el ó la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante periodos de más ansiedad.</p> <p>BRINDAR APOYO ESPIRITUAL</p> <p>-Fomentar el uso de recursos espirituales como orar si otros lo desean.</p> <p>-Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.</p> <p>-Tratar a la paciente y familia con dignidad y respeto.</p>	
--	--	--	--



<p>DOLOR AGUDO R/C CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E/P FASCIAS DE DOLOR EN EL ROSTRO.</p>	<p>CONTROL DEL DOLOR</p>	<p>MANEJO DEL DOLOR</p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS</p> <p>-Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.</p> <p>-Considerar el tipo y la fuente del dolor para seleccionar la estrategia de alivio más idónea para él.</p> <p>-Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los Diez correctos acorde a la norma técnica institucional.</p>	<p>DOLOR CONTROLADO EN EL PACIENTE.</p>
---	--------------------------	---	---





4.- REDUCCION CRUENTA

DEFINICIÓN:

La reducción cruenta osteosíntesis es un tratamiento quirúrgico de fracturas, en donde son reducidas y fijadas de forma estable. La osteosíntesis de hoy se considera técnicas mínimamente invasivas, permitiendo una recuperación precoz de los pacientes.(1)

EPIDEMIOLOGIA

Las fracturas son lesiones comunes que afectan a personas de todas las edades, pero su incidencia y características varían según diversos factores.

Distribución por edad y sexo:

- Jóvenes: En personas menores de 45 años, los hombres tienen una mayor incidencia de fracturas, principalmente debido a traumatismos de alta energía (accidentes, deportes).
- Adultos mayores: A partir de los 60 años, las mujeres tienen una mayor incidencia de fracturas, especialmente las relacionadas con la osteoporosis (muñeca, columna vertebral, cadera).

Impacto de las fracturas:

Las fracturas pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, causando dolor, discapacidad, dependencia y, en algunos casos, incluso la muerte. Las fracturas de cadera y vertebrales pueden llevar a complicaciones graves y reducir la esperanza de vida.

ETIOLOGIA

La etiología de las fracturas es variada y puede ser causada por diversos factores. Estos se pueden clasificar en tres categorías principales:



1. Traumatismos: La causa más común de fracturas es un traumatismo, como una caída, un golpe directo o un accidente automovilístico. La fuerza del impacto puede ser suficiente para romper el hueso.
2. Sobrecarga: Las fracturas por sobrecarga ocurren cuando se aplica una fuerza repetida o excesiva sobre un hueso durante un período prolongado. Esto puede suceder, por ejemplo, en atletas que practican deportes de alto impacto o en personas que realizan trabajos repetitivos.
3. Debilidad ósea: Algunas enfermedades, como la osteoporosis, pueden debilitar los huesos y hacerlos más propensos a fracturas. En estos casos, una lesión leve o incluso ninguna lesión aparente puede ser suficiente para causar una fractura.

Otros factores que pueden aumentar el riesgo de fracturas incluyen:

- Edad: Los huesos se debilitan con la edad, lo que aumenta el riesgo de fracturas en personas mayores.
- Nutrición: Una dieta baja en calcio y vitamina D puede debilitar los huesos y aumentar el riesgo de fracturas.
- Tabaquismo: Fumar puede interferir con la curación de las fracturas y aumentar el riesgo de complicaciones.
- Ciertas enfermedades: Algunas enfermedades, como el cáncer de huesos o la artritis reumatoide, pueden aumentar el riesgo de fracturas.

Es importante tener en cuenta que la etiología de una fractura específica puede ser multifactorial, es decir, puede ser causada por una combinación de factores. Por ejemplo, una persona mayor con osteoporosis puede tener un mayor riesgo de fractura si sufre una caída.(2)

FISIOPATOLOGIA

Una fractura es una discontinuidad en la estructura normal de un hueso. Esta pérdida de continuidad se produce cuando el hueso es sometido a una fuerza que supera su capacidad de resistencia. La fisiopatología de las fracturas implica una serie de procesos complejos que se dividen en varias fases:



1. Fase de Impacto y Fractura:

- Fuerza aplicada: Una fuerza externa, ya sea por traumatismo directo, indirecto o por sobrecarga repetida, actúa sobre el hueso.
- Deformación y Fractura: El hueso se deforma elásticamente hasta que la fuerza supera su límite de elasticidad, momento en el que se produce la fractura. La fractura puede ser completa (afecta todo el hueso) o incompleta (afecta solo una parte).
- Lesión de tejidos blandos: La fuerza que causa la fractura también puede dañar los tejidos blandos circundantes, como músculos, ligamentos, vasos sanguíneos y nervios.

2. Fase de Inflamación:

- Hematoma: Se forma un hematoma en el sitio de la fractura debido a la rotura de vasos sanguíneos.
- Inflamación: El hematoma y los tejidos dañados liberan mediadores inflamatorios que activan el proceso de inflamación. La inflamación es una respuesta normal del cuerpo a la lesión y es necesaria para la curación.
- Migración celular: Las células inflamatorias, como los macrófagos, comienzan a limpiar los restos celulares y el hematoma.

3. Fase de Reparación:

- Formación del callo óseo: Las células encargadas de la reparación ósea, llamadas osteoblastos, comienzan a formar un nuevo tejido óseo llamado callo óseo. El callo óseo inicial es un tejido blando y cartilaginoso que gradualmente se endurece y se mineraliza.
- Remodelación: El callo óseo se remodela y se adapta a las fuerzas que actúan sobre el hueso. Los osteoclastos, células que reabsorben el hueso, eliminan el exceso de tejido óseo y dan forma al hueso reparado.



4. Fase de Remodelación:

- Consolidación: El hueso fracturado se consolida y recupera su fuerza y función normal. El tiempo necesario para la consolidación varía según el tipo de fractura, la gravedad de la lesión, la edad del paciente y otros factores.(3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las fracturas presentan una variedad de manifestaciones clínicas que pueden variar según el tipo de fractura, la gravedad de la lesión y la ubicación del hueso afectado. Sin embargo, algunos signos y síntomas comunes incluyen:

1. Dolor: El dolor es el síntoma más común de una fractura. Puede ser intenso y constante, o puede aumentar con el movimiento o la presión sobre el área afectada.
2. Inflamación: La inflamación es una respuesta natural del cuerpo a una lesión. Se produce por la acumulación de líquido y células inflamatorias en el sitio de la fractura.
3. Hematoma: Un hematoma, o moretón, se forma cuando se rompen los vasos sanguíneos debajo de la piel. La sangre se filtra hacia los tejidos blandos, lo que provoca una decoloración de la piel que puede ser roja, morada o negra.
4. Deformidad: Una fractura puede causar una deformidad visible en el área afectada. El hueso puede estar angulado, acortado o rotado.
5. Movilidad anormal: Una fractura puede causar una movilidad anormal en el hueso afectado. Por ejemplo, una persona con una fractura en la pierna puede no poder soportar peso sobre ella.
6. Crepitación: La crepitación es un sonido o sensación de crujido que se produce cuando los fragmentos de hueso fracturado se frotan entre sí.
7. Impotencia funcional: Una fractura puede causar dificultad o imposibilidad para mover la parte del cuerpo afectada.
8. Hemorragia: En fracturas abiertas, donde el hueso rompe la piel, puede haber sangrado visible.



9. Entumecimiento u hormigueo: Si la fractura daña los nervios, puede haber entumecimiento u hormigueo en el área afectada.

Es importante recordar que estos son solo algunos de los signos y síntomas comunes de las fracturas. No todas las fracturas presentan todos estos síntomas, y algunas fracturas pueden ser difíciles de diagnosticar sin una radiografía.

DIAGNOSTICOS

El diagnóstico de una fractura generalmente implica una combinación de evaluación clínica e imágenes diagnósticas.

1. Historia clínica y examen físico

- El médico te preguntará sobre cómo ocurrió la lesión, la intensidad del dolor, si hay alguna deformidad visible y otros síntomas que hayas experimentado.
- Durante el examen físico, el médico inspeccionará el área afectada para buscar signos de inflamación, hematomas, deformidad, movilidad anormal o crepitación (sonido o sensación de crujido al mover el hueso).
- También evaluará la función nerviosa y vascular de la extremidad afectada para asegurarse de que no haya daño a los nervios o vasos sanguíneos.

2. Radiografías (rayos X)

- Las radiografías son la herramienta de diagnóstico más común y útil para confirmar una fractura.
- Proporcionan imágenes claras de los huesos y pueden revelar la ubicación, el tipo y la gravedad de la fractura.
- En algunos casos, las fracturas pueden ser sutiles y no ser visibles en las radiografías iniciales, por lo que pueden ser necesarias radiografías adicionales después de unos días o semanas.



3. Otras pruebas de imagen

- En ciertas situaciones, pueden ser necesarias otras pruebas de imagen para obtener más detalles sobre la fractura o para evaluar lesiones asociadas:
 - Tomografía computarizada (TC): Proporciona imágenes transversales detalladas de los huesos y tejidos blandos, útiles para fracturas complejas o cuando hay sospecha de daño a órganos internos.
 - Resonancia magnética (RM): Utiliza campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas de los tejidos blandos, como ligamentos, tendones y cartílago, que pueden estar lesionados junto con la fractura.
 - Gammagrafía ósea: Implica la inyección de un material radiactivo que se concentra en áreas de mayor actividad ósea, lo que puede ayudar a detectar fracturas por estrés u otras lesiones que no son visibles en las radiografías convencionales.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las fracturas varía mucho dependiendo de la gravedad, el tipo de fractura, la edad y el estado general del paciente. Aquí te presento un resumen de los métodos de tratamiento más comunes:

1. Tratamiento no quirúrgico

- Inmovilización: Es el tratamiento más común para la mayoría de las fracturas. Se utiliza un yeso, férula o cabestrillo para mantener los huesos en su lugar mientras sanan. El tiempo de inmovilización varía según el tipo de fractura y la velocidad de curación del paciente.
- Reducción cerrada: En algunos casos, los huesos fracturados pueden estar desplazados. El médico puede manipular los huesos para volver a colocarlos en su posición correcta sin necesidad de cirugía. Luego, se aplica un yeso o férula para mantenerlos en su lugar.
- Medicamentos para el dolor: Se pueden recetar analgésicos para controlar el dolor y la inflamación.



2. Tratamiento quirúrgico

- Reducción abierta y fijación interna (RAFI): Se realiza una cirugía para realinear los huesos fracturados y se utilizan placas, tornillos, clavos o varillas para mantenerlos en su lugar mientras sanan. Este tipo de cirugía se utiliza para fracturas complejas o desplazadas que no pueden tratarse con inmovilización.
- Fijación externa: Se utiliza un marco externo con pines o tornillos que se insertan en el hueso a través de la piel para estabilizar la fractura. Este método se utiliza a menudo para fracturas abiertas o conminutas (donde el hueso se rompe en múltiples fragmentos).
- Reemplazo articular: En fracturas graves que afectan las articulaciones, como la cadera o la rodilla, puede ser necesario reemplazar la articulación dañada con una prótesis artificial.

3. Rehabilitación

- Fisioterapia: Después de que se retira el yeso o la férula, la fisioterapia es esencial para recuperar la fuerza, la movilidad y la función de la parte del cuerpo afectada. Los ejercicios y las terapias manuales pueden ayudar a reducir la rigidez, mejorar la coordinación y prevenir complicaciones a largo plazo.

NIVEL DE ATENCION

Reducción cruenta es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reducción cerrada de una fractura ósea: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000521.htm>
2. Fracturas por sobrecarga - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/stress-fractures/symptoms-causes/syc-20354057>
3. Introducción a las fracturas - Traumatismos y envenenamientos - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/fracturas/introducci%C3%B3n-a-las-fracturas>
4. Campbell's Operative Orthopaedics (S. Terry Canale & James H. Beaty): Una obra de referencia exhaustiva en ortopedia, que cubre en detalle las fracturas y su tratamiento.
5. Manual de Fracturas (Theodore T. Miller): Una guía de bolsillo práctica y concisa sobre el manejo de fracturas, ideal para estudiantes y profesionales de la salud.
6. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/fragility-fractures>.
7. National Institutes of Health (NIH): <https://www.nih.gov/>



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA														
DOMINIO: 12		CLASE: 01 COMODIDAD FISICA												
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION RESULTADO	DE										
00132 dolor agudo r/c Agentes lesivo fisico: Reducción cruenta.	Definición: Son actividades personales que se toman en cuenta para tener el control del dolor. (160502) Reconoce el comienzo del dolor.	NIC: (1400) Manejo del dolor Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes administración de analgésicos.	El Paciente no presenta dolor en el intra y en el post operatorio.											
	Puntuación diana de inicio. <table border="1"><tr><td>ND</td><td>RD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr><tr><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td></tr></table> Puntuación diana de resultado.	ND	RD	AD	FD	SD			3			Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. (Tramadol)		
ND	RD	AD	FD	SD										
		3												



movilizarse por herida post operatorio.	Puntuación diana de resultado.					
	GC	SC	MC	LC	NC	
			3			

DOMINIO: 9			CLASE: 2 RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN RESULTADO	DE	
00146) Ansiedad r/c grandes cambios en el estado de salud: fractura de fémur paciente refiere: "no sé si voy a	Definición: actitudes que cada individuo debe tener en cuenta para disminuir sentimientos de ansiedad. (140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes. Puntuación diana de inicio	NIC: (5820) Disminución de la ansiedad. ☐ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.	Paciente disminuyó la ansiedad gracias a las acciones del personal de enfermería.		

ND	RD	AD	FD	SD
		3		



poder caminar después"	Puntuación diana de resultado.						
	ND	RD	AD	FD	D		
	1						



DOMINIO: 12 CONFORT		CLASES: CONFORT FISICO	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION RESULTADO (NOC) DE
DOLOR AGUDO R/C CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	CONTROL DEL DOLOR	<p>MANEJO DEL DOLOR</p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS</p>	Dolor controlado en el paciente.



		<p>-valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.</p> <p>-Considerar el tipo y la fuente del dolor para seleccionar la estrategia de alivio más idónea para él.</p> <p>-Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los Diez correctos acorde a la norma técnica institucional.</p>	
--	--	---	--



5. HISTERECTOMÍA

DEFINICIÓN

Es una cirugía para extirpar el útero. Es un tratamiento común para diversas afecciones de los órganos reproductivos femeninos.(1)

EPIDEMIOLOGIA

- La histerectomía obstétrica es variable, algunos autores reportan entre 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos, identificándose factores de riesgo más frecuente el antecedente de cesárea previo, rotura uterina, placenta previa asociada a placenta acreta, hipotonía o atonía uterina entre otros. Las complicaciones más frecuentes reportadas son shock hipovolémico, lesiones vesicales e infección, con una mortalidad materna del 14%.
- Según otros autores, la incidencia de esta cirugía ha ido en aumento por el incremento en el porcentaje de cesáreas, que predispone a una placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa), edad materna avanzada, multiparidad, uso de oxitocina, otros fármacos que aumentan la probabilidad de hemorragia posparto Cirugías uterina y tabaquismo materno.(2)

ETIOLOGIA

- La histerectomía es la cirugía ginecológica que con más frecuencia se practica en el mundo. Está indicada en padecimientos benignos y malignos: endometriosis, hemorragia uterina anormal, miomatosis uterina, pólipos endometriales, sangrado posmenopáusico, neoplasia intraepitelial cervical III persistente, hiperplasia con atipia y otros.

FISIOPATOLOGIA

- La histerectomía abdominal es una operación que permite extirpar el útero a través de un corte en la parte inferior del vientre, también denominado abdomen. Este tipo de cirugía se conoce como procedimiento abierto. El útero, también llamado matriz, es el lugar donde crece el bebé cuando una persona está embarazada. En una histerectomía parcial, se extirpa el útero, pero se deja



el cuello de la matriz. El cuello de la matriz se conoce como cuello del útero. En una histerectomía total, se extirpa el útero y el cuello del útero.

- La histerectomía también puede hacerse mediante un corte en la vagina. Este procedimiento se conoce como histerectomía vaginal. Existe también la cirugía robótica o laparoscópica, en la que se introducen instrumentos largos y delgados a través de pequeños cortes en el vientre.(3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Podrías necesitar someterte a una histerectomía para tratar lo siguiente:
- Cáncer. Si tienes cáncer de útero o de cuello del útero, una histerectomía puede ser la mejor opción de tratamiento. Según el tipo específico de cáncer que tengas y cuán avanzado esté, podría haber otras opciones de tratamiento, como radiación o quimioterapia.
- Fibromas. La histerectomía es el único tratamiento definitivo y certero para los fibromas. Los fibromas son tumores que se forman en el útero. No son cancerosos. Pueden causar sangrado intenso, anemia, dolor pélvico y presión en la vejiga.
- Endometriosis. La endometriosis es una afección en la que un tejido similar al que recubre el interior del útero crece fuera de este órgano. El tejido puede crecer en los ovarios, las trompas de Falopio y otros órganos cercanos. En caso de endometriosis grave, se puede requerir una histerectomía para extirpar el útero junto con los ovarios y las trompas de Falopio.
- Prolapso uterino. Cuando los músculos y los ligamentos del suelo pélvico se estiran y se debilitan, el útero puede carecer de sostén suficiente para mantenerse en su lugar. Cuando el útero se desplaza y se desliza dentro de la vagina, se produce lo que se conoce como prolapso uterino. Esta afección puede derivar en pérdidas de orina, presión pélvica y problemas en la defecación. Para tratarla, a veces es necesario hacer una histerectomía.
- Sangrado vaginal intenso e irregular. Si tus menstruaciones son abundantes, en intervalos no regulares o duran muchos días en cada ciclo, la histerectomía



puede ofrecer alivio. Este procedimiento se utiliza solo cuando el sangrado no se puede controlar con otros métodos.

- Dolor pélvico crónico. Si tienes dolor pélvico crónico que se origina en el útero, una cirugía puede ser el último recurso. Sin embargo, hay ciertos tipos de dolor pélvico que la histerectomía no resuelve. Someterse a una histerectomía que no necesitas puede generar otros problemas.
- Cirugía de confirmación de sexo. (4).

DIAGNOSTICOS

Exámenes de Diagnóstico por Imágenes

- Ecografía pélvica o transvaginal
- Radiografía de tórax

TRATAMIENTO

1. Cirugía abierta: la parte inferior del abdomen se abre y se extirpa el útero a través de esta incisión.
2. Histerectomía vaginal: se extirpa el útero a través de un corte hecho en la vagina. Esta incisión se cierra y rara vez deja cicatrices.
3. Histerectomía laparoscópica (ojo de cerradura): se extirpa el útero a través de varias incisiones pequeñas en el abdomen.

OBJETIVOS

- histerectomía total (histerectomía abdominal total) o parcial el útero (histerectomía supra cervical o subtotal) por vía abdominal.

NIVEL DE ATENCION

Histerectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Definición de histerectomía - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/histerectomia>
2. Tratado de Ginecología y Obstetricia [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es-ES/libros/tratado-de-ginecologia-y-obstetricia-2-tomos-2-tomos-2a-edicion>
3. 9788417370350.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/BRUNNER%20Y%20SUDDARTH%20ENFERMERIA%20MEDICOQUIRURGICA%E2%80%9A%20%20Vols./9788417370350>
4. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 12 de agosto de 2015;2015(8):CD003677. .Hurst M. *Enfermería Médico-Quirúrgica*, México: Manual modern; 2013
5. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020. Consulta [en línea]. <http://www.nnnconsult.com/nanda>
6. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020. Consulta [en línea]. <http://www.nnnconsult.com/noc>.
7. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020. Consulta [en línea]. <http://www.nnnconsult.com/nic>



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA			
DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION		CLASES 2: AUTOESTIMA	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
Baja autoestima situacional Preocupación por la imposibilidad de tener hijos, cambios en la feminidad, efecto sobre la relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> El paciente verbalizará las preocupaciones e indicará formas saludables de abordarlas. El paciente verbalizará la aceptación de sí mismo en la situación y la adaptación al cambio en la imagen corporal / personal. 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información veraz, reforzando la información brindada anteriormente. Determine las fortalezas individuales e identifique comportamientos de afrontamiento positivos previos 	Paciente logra verbalizar aceptar su enfermedad y dejarse ayudar en todo momento.



DOMINIO 12: COMODIDAD		CLASES 1: COMODIDAD FISICA		EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)		
[00132] Dolor agudo r/c incisión quirúrgica	[1650] Control del dolor. [160502] Reconoce el comienzo del dolor [160505] Utiliza analgésicos de forma apropiada [160507] Refiere síntomas al profesional sanitario [2102] Nivel del dolor. [210201] Dolor referido [210203] Frecuencia del dolor [210207] Posiciones corporales protectoras	[1400] Manejo del dolor. Actividades: <ul style="list-style-type: none">Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes [2210] Administración de analgesia. Actividades:		
				Paciente logro controlar su dolor durante la estancia en hospitalaria.



		<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el historial de alergias y órdenes medicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo: • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. <p>[2380] Manejo de la medicación.</p> <p>Actividades:</p>	
--	--	---	--



		<ul style="list-style-type: none"> Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. 	
--	--	---	--

DOMINIO 11: Seguridad y Protección.		CLASES 1: Infección.	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
[00004] Riesgo de infección r/c herida operatoria.	[1101] Integridad tisular: piel y mucosas. [110101] Temperatura tisular en el rango esperado [110111] Perfusión tisular	[3440] Cuidados del sitio de incisión. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente logro controlar el riesgo de infección durante la estancia hospitalaria.



	[110113] Piel intacta	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el sitio de la incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración. • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada • Retirar suturas o agrafes, si está indicado <p>[3660] Cuidados de la herida.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar las características de la herida • Anotar las características de cualquier drenaje.
--	-----------------------	--



DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO		CLASE: 5 AUTOCUIDADO											
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION RESULTADO DE										
Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro muscular esquelético m/p Paciente refiere: "estoy usando pañal", en mala higiene, despeinada.	Definición: captación de la persona cuidadora en buen estado de salud para brindar cuidados necesarios a la paciente. (250807) Apoyo del profesional sanitario Puntuacion diana de inicio. <table><tr><td>NS</td><td>AS</td><td>MS</td><td>MS</td><td>CS</td></tr><tr><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	NS	AS	MS	MS	CS		2				NIC: (1800) Ayuda al autocuidado Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.	El paciente mejoró su autocuidado durante su estancia hospitalaria.
NS	AS	MS	MS	CS									
	2												



6.- HERNIOPLASTIA

¿Qué es una hernia?

Una hernia es un tejido que sobresale por un punto débil en la pared abdominal. El intestino puede salirse a través de esta zona debilitada, la hernia inguinal puede ser de origen congénito o adquirido.

DEFINICIÓN

La hernioplastia es la cirugía para reparar una hernia en la pared abdominal de la ingle, una de las afecciones más frecuentes sufridas por las personas y que puede llegar a ocasionar un dolor severo y otras complicaciones. La hernioplastia puede ser abierta o por laparoscopia, se recomienda la colocación de una malla de refuerzo, la técnica abierta se puede realizar bajo anestesia local o general. En el caso de la laparoscópica se usará anestesia general.

Técnicas de hernioplastia

Hernioplastia transperitoneal por vía laparoscópica, Hernioplastia con malla de polipropileno, Hernioplastia inguinal de Lichtenstein, Hernioplastia laparoscópica trans-abdomino-pre-peritoneal (TAPP)

La hernia inguinal puede ser de origen congénito o adquirido y se debe dar especial atención a su ubicación en el área inguinal. La hernia se produce cuando un órgano (normalmente el intestino) se "sale" a través de un punto débil o de una rotura de la pared muscular del abdomen, formándose un abultamiento en la ingle.

La intervención consiste en reconducir este bulto hacia dentro y reparar el defecto en la pared muscular de la ingle.

La intervención podrá ser abierta o por laparoscopia, a criterio del cirujano tras la evaluación personal de cada paciente. La técnica abierta se puede realizar bajo anestesia local o general, y en el caso de la laparoscópica se usará anestesia general. En ambos casos, se recomienda la colocación de una malla de refuerzo



para reducir al máximo las posibilidades de reproducción de la hernia y conseguir una rápida recuperación.

La hernioplastia es el único tratamiento definitivo para la hernia inguinal(1).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Después de una cirugía de hernia, es posible sentir dolor o malestar leve, inflamación o un bulto debajo de la piel.

Dolor o malestar

- Dolor o incomodidad en la ingle, especialmente al toser, inclinarse o levantar peso
- Dolor o sensibilidad en el área afectada, especialmente al presionar
- Molestias en el abdomen al levantar cosas o al inclinarse

Inflamación o bulto

- Inflamación o un bulto debajo de la piel donde le hicieron la cirugía
- Bulto en el área sobre cualquiera de los lados del pubis, que se hace más notorio cuando estás erguido

Otros síntomas Calambres musculares, Sensación de debilidad en el músculo afectado.

El médico le recomendará medicamentos para aliviar el dolor. Muchas personas pueden regresar al trabajo y reanudar sus actividades 3 a 5 días después de la cirugía.

- Si tiene dolor repentino en la ingle o en el muslo
- Si tiene problemas para orinar (hombres)
- Si tiene molestia continua a raíz de una hernia femoral(2)

DIAGNOSTICOS

El diagnóstico de una hernia se realiza principalmente mediante un examen físico, aunque también se pueden solicitar estudios de imagen.

Examen físico



- El médico palpa la zona para verificar si hay una protuberancia
- Puede pedir que el paciente se ponga de pie, tosa o haga un esfuerzo

a cirugía para reparar una hernia inguinal es bastante segura. Sin embargo, entre las posibles complicaciones de la cirugía de hernia se incluyen:

- Retención urinaria (en inglés)
- infección
- inflamación en el área de la cirugía debido a una acumulación de sangre, conocida como hematoma, o una acumulación de plasma sanguíneo, conocida como seroma
- dolor crónico o fuerte
- reaparición de la hernia, que podría requerir otra cirugía

Las complicaciones graves, como la lesión de los vasos sanguíneos u órganos, son poco comunes.

El paciente debe consultar con el médico sobre los riesgos de la cirugía de hernia y los síntomas a los que debe estar atento después de la cirugía. Por ejemplo, debe llamar al médico de inmediato si tiene:

- hemorragia, supuración o enrojecimiento en el área de la cirugía
- fiebre o escalofrío
- náuseas o vómito
- dolor o inflamación en el abdomen
- dolor o inflamación en la ingle que empeora
- dolor fuerte o que no mejora con analgésicos
- problemas para respirar
- problemas para orinar(3)

NIVEL DE ATENCION



Hernioplastia es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Familia CS. Clínica Sagrada Familia. [citado 23 de febrero de 2025]. Hernioplastia | Tratamientos. Disponible en: <https://www.clinicasagradafamilia.com/es/tratamientos/hernioplastia>
2. Mayo Clinic [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Hernia inguinal-Hernia inguinal - Síntomas y causas. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/inguinal-hernia/symptoms-causes/syc-20351547>
3. Hernia inguinal - NIDDK [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hernia-inguinal>



DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCION		CLASE: 1 INFECCION	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC) (6540) control de infecciones.	EVALUACION DE RESULTADO
Riesgo de infección Defensas primarias inadecuadas- Rotura de la piel.	Definición: Prevención de amenazas de riesgo de infección en una persona con herida. (192408) controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección. Puntuación diana de inicio	Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Usar guantes estériles.	El paciente no presentó infecciones durante su estancia hospitalaria.
<div>ND</div> <div>RD</div> <div>AD</div> <div>FD</div> <div>SD</div>			



	1						
	Puntuación diana de resultado						
	ND	RD	AD	FD	SD		
					5		

CLASE: 02 LESION FISICA		
DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCION	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00155) Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.	Prevencción de caídas.	El paciente no presenta caídas durante su estancia hospitalaria.
Definición: la cantidad de manifestación que una persona ha podido sufrir caídas. (191204) caídas de la cama.	Colocar los objetos al paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.	
Puntuación diana de inicio	Instruir al paciente a que pida ayuda al moverse, si lo precisa.	



7.- LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA CIRUGIA.

DEFINICION

Es una cirugía que consiste en abrir el abdomen para examinar los órganos y estructuras del mismo. Se realiza para diagnosticar y tratar enfermedades abdominales. (1)

EPIDEMIOLOGIA:

El abdomen agudo es un desafío para el cirujano general, sobre todo en casos dudosos, siendo este una importante causa de morbilidad y mortalidad, en estos pacientes con abdomen agudo, es un desafío el diagnóstico y la decisión de recurrir a cirugía o de brindar tratamiento médico, es generalmente difícil y requiere asimilación completa de las informaciones al paciente. Los métodos diagnósticos en las lesiones intraabdominales han evolucionado con el desarrollo de nuevas tecnologías y conocimientos logrados en las últimas décadas. En ausencia de una prueba digna de confianza para las lesiones traumáticas intraabdominales, se sometían a observación clínica las víctimas de traumatismos cerrados, y sólo se les intervenía a menos que presentaran hemorragias o peritonitis.

Tradicionalmente, el manejo del abdomen agudo traumático o no traumático incluye intervenciones quirúrgicas diagnósticas o terapéuticas, siendo la laparotomía exploradora clásica, la técnica más utilizada. (2)

ETIOLOGÍA:

Es la patología que causa un cuadro clínico determinado. La laparotomía exploratoria es una cirugía que se realiza para diagnosticar y tratar problemas en el abdomen.

La laparotomía exploratoria se realiza cuando no se ha podido llegar a un diagnóstico preciso a través de exámenes auxiliares o del cuadro clínico.

Algunas de las situaciones en las que se puede realizar una laparotomía exploratoria son:

- Dolor abdominal agudo
- Lesiones en el abdomen causadas por heridas de arma de fuego o cortante



- Enfermedad abdominal no precisable por otros métodos.(3)

FISIOPATOLOGIA:

La laparotomía exploratoria es una cirugía que se realiza para abrir el abdomen y examinar los órganos abdominales. Se realiza bajo anestesia general.

La fisiopatología de la laparotomía exploratoria incluye:

- Incisión

El cirujano realiza una incisión grande en el abdomen para poder ver los órganos. El tamaño y la ubicación de la incisión dependen de la causa del problema.

- Inspección

El cirujano inspecciona los órganos abdominales para encontrar la causa del problema.

- Biopsia

En algunos casos, el cirujano toma una muestra de tejido (biopsia) para analizarla en el laboratorio.

- Tratamiento

Si se encuentra la causa del problema, el cirujano suele realizar el tratamiento al mismo tiempo.

- Cierre

El cirujano cierra la incisión con suturas o grapas.

La laparotomía exploratoria se puede realizar de manera urgente o electiva. Se utiliza para diagnosticar y tratar enfermedades abdominales, como dolor, sangrado, o lesiones abdominales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones clínicas después de una laparotomía exploratoria incluyen dolor abdominal, dolor en el lugar de la incisión, y cambios en las evacuaciones intestinales.

Dolor



- Es normal sentir dolor en el abdomen y en el lugar de la incisión.
- El dolor debería mejorar en las semanas siguientes a la cirugía.

Evacuaciones intestinales

- Es posible que las evacuaciones intestinales no sean regulares durante varias semanas después de la cirugía.
- Se debe llamar al proveedor de atención médica si la diarrea o estreñimiento no mejoran en 2 días.

DIAGNOSTICOS:

La laparotomía exploratoria es una cirugía que permite diagnosticar enfermedades abdominales y tratar lesiones. Se realiza cuando otros métodos de diagnóstico no son suficientes.

Durante la laparotomía exploratoria, el cirujano hace una incisión en el abdomen para examinar los órganos y estructuras abdominales. En algunos casos, también se puede tomar una biopsia.

La laparotomía exploratoria se puede utilizar para diagnosticar:

- Inflamación del apéndice (apendicitis aguda)
- Inflamación del páncreas (pancreatitis aguda o crónica)
- Cáncer de ovario, colon, páncreas, hígado
- Endometriosis
- Cálculos biliares
- Perforación intestinal
- Diverticulitis
- Absceso hepático
- Embarazo ectópico(1)

Adherencias

La laparotomía exploratoria también se puede utilizar para tratar lesiones abdominales causadas por heridas con arma de fuego o cortantes, o por "trauma contundente".



NIVEL DE ATENCION

Laparotomía exploratoria cirugía, es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Exploración abdominal: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002928.htm>
2. Rodríguez Tápanes V, Montero Ferrer S, García Lebón R, Reyes Martínez M. Manejo laparoscópico del traumatismo abdominal. Revista Cubana de Medicina Militar. junio de 2004;33(2):0-0.
3. Laparotomía: qué es, síntomas y tratamiento [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/laparotomia/>
4. i-ghm-dg-10.618 laparotomía exploradora rev.2.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.hmhospitales.com/usuarioh-mh/documentosinteres-hm/consentimientos-hm/documents/i-ghm-dg-10.618%20laparotom%C3%ADa%20exploradora%20rev.2.pdf>



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA				
DOMINIO 12: CONFORT		CLASE 1: CONFORT FISICO		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION RESULTADO (NOC)	DE
DOLOR AGUDO RELACIONADO CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E/P FASCIES DE DOLOR EN EL ROSTRO	NIVEL DEL DOLOR (2102)	MANEJO DEL DOLOR (1400) 140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.	Dolor controlado en el paciente	
	CONTROL DEL DOLOR (1605)	MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES (6680)		



668001	<p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS (2210)</p> <p>221001</p> <p>Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.</p> <p>221002</p> <p>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésico prescrito.</p> <p>221008</p> <p>Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los diez correctos acorde a la norma técnica institucional.</p>	
--------	---	--



	221010 Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos con la primera dosis o si se observa signo inusuales.	
--	---	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA			
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN		CLASES: CONFORT FISICO	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
INFECCIONES DEBIDO A LA INVASIÓN DEL CUERPO POR	ESTADO INFECCIOSO (0703)	CONTROL DE INFECCIONES 6550	Ausencia de signos y síntomas de infección.



MICROORGANISMOS PATÓGENOS.		655001 Aplicar técnicas de asepsia estrictas durante la preparación y realización de la cirugía.	
		655002 Monitorear constantemente signos vitales y condiciones del paciente para detectar posibles infecciones tempranas.	
		655003 Educar al paciente y a su familia sobre prácticas de higiene y cuidado de la herida postquirúrgica.	
		MANEJO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA 3670 367001 Inspeccionar regularmente la herida en busca de signos de infección, como enrojecimiento, hinchazón o secreción.	



367002	Realizar curaciones según protocolo, utilizando materiales estériles y técnicas adecuadas.	
367003	Aplicar apósitos adecuados que protejan la herida y faciliten su cicatrización.	
EDUCACIÓN PARA LA SALUD 5510		
551001	Brindar información al paciente sobre la importancia de la higiene personal y el cuidado de la herida.	
551002	Instruir sobre signos y síntomas de infección que requieran atención médica inmediata.	
551003	Fomentar la participación activa del paciente en su proceso de recuperación y autocuidado.	



8.- LAPARATOMIA EXPLORATORIA GINECOLOGICAS

DEFINICIÓN:

Es una cirugía que permite examinar los órganos del abdomen, incluyendo los órganos pélvicos. Se puede realizar para diagnosticar y tratar enfermedades ginecológicas, como el cáncer de ovario y la endometriosis.

¿Cuándo se realiza?

- Cuando no se ha podido diagnosticar un problema con otras pruebas, como radiografías o tomografías computarizadas
- Para tratar traumatismos abdominales que requieren tratamiento inmediato

¿Cómo se realiza?

- El cirujano realiza una incisión en el abdomen, ya sea vertical u horizontal
- Examina los órganos abdominales
- Puede tomar una biopsia

¿Qué cuidados se deben tener?

- Se utiliza anestesia general
- Se puede permanecer hospitalizado por un par de días
- Durante la primera semana se puede tener náuseas y dolor en la incisión
- Se debe revisar la cicatrización diariamente
- Se deben seguir las recomendaciones del médico para evitar infecciones

¿En qué casos se puede utilizar?

- Cáncer de ovario, colon, páncreas, hígado
- Endometriosis
- Cálculos biliares
- Embarazo por fuera del útero
- Tejido cicatricial en el abdomen(1)



EPIDEMIOLOGIA

La laparotomía exploratoria ginecológica es un procedimiento quirúrgico comúnmente utilizado para el diagnóstico y tratamiento de patologías ginecológicas complejas. Tiene mayor prevalencia en mujeres de entre 30 y 50 años, especialmente en países con acceso limitado a técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia.

Entre las principales indicaciones se encuentran la presencia de tumores ováricos, endometriosis severa, rupturas uterinas y complicaciones pélvicas agudas. Estudios recientes señalan que hasta el 40% de estas intervenciones están relacionadas con la evaluación de masas pélvicas sospechosas. Los factores de riesgo asociados incluyen antecedentes de cirugías ginecológicas previas y enfermedades crónicas del aparato reproductor.

A nivel global, se observa una mayor incidencia en regiones con recursos limitados, donde representa un porcentaje significativo de las cirugías ginecológicas mayores. Sin embargo, este procedimiento está asociado con tasas de morbilidad del 8% al 20%, siendo la infección de herida quirúrgica la complicación más frecuente.

ETIOLOGIA

La laparotomía exploratoria ginecológica es una intervención quirúrgica utilizada como recurso diagnóstico y terapéutico frente a diversas afecciones ginecológicas, especialmente cuando las alternativas menos invasivas no son viables. Este procedimiento suele ser indicado en casos de tumores ováricos y uterinos, tanto benignos como malignos, así como en situaciones de endometriosis avanzada que comprometen los órganos pélvicos. Además, resulta fundamental en emergencias ginecológicas como torsión ovárica, ruptura de quistes hemorrágicos, embarazos ectópicos rotos o infecciones pélvicas graves.

Además, se realiza en casos de patologías uterinas o tubáricas complejas, como hidrosalpinx o malformaciones, traumas pélvicos y situaciones de diagnóstico incierto, especialmente cuando los estudios de imagen no son concluyentes. En algunos



casos, se emplea para reexplorar cirugías previas fallidas. Este procedimiento sigue siendo esencial en contextos donde el acceso a técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia, es limitado o cuando la condición del paciente exige una intervención abierta.(2)

FISIOPATOLOGIA

La laparotomía exploratoria ginecológica aborda diversas alteraciones fisiopatológicas que afectan los órganos pélvicos femeninos y no pueden resolverse con métodos menos invasivos. Entre las causas principales se encuentran los tumores ováricos y uterinos, que generan compresión, invasión o alteraciones estructurales; la endometriosis severa, que produce inflamación crónica y adherencias; y emergencias como torsión ovárica, que causa isquemia y riesgo de necrosis, o ruptura de quistes hemorrágicos y embarazos ectópicos rotos, asociados a hemorragias internas graves.

Además, las infecciones pélvicas severas, como abscesos tubo ováricos, generan acumulación de pus y daño tisular que requiere drenaje quirúrgico. Por último, los traumas pélvicos pueden provocar hemorragias o perforaciones que justifican la exploración quirúrgica inmediata. Este procedimiento se convierte en una intervención clave para diagnosticar y tratar patologías críticas que amenazan la vida o la funcionalidad reproductiva de las pacientes.(3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las condiciones que conducen a una laparotomía exploratoria ginecológica presentan una variedad de manifestaciones clínicas, dependiendo de la patología subyacente. Entre los signos y síntomas más comunes destacan:

- e. Dolor pélvico: Puede ser crónico, agudo o de inicio súbito, dependiendo de la causa (torsión ovárica, ruptura de quistes, endometriosis, entre otras).



- f. Sangrado anormal: Vaginal o interno, como metrorragia, menorragia o hemorragias agudas asociadas a quistes hemorrágicos o embarazos ectópicos rotos.
- g. Signos de irritación peritoneal: Abdomen rígido, sensibilidad extrema, defensa muscular y distensión abdominal.
- h. Síntomas de compresión: Dificultad para orinar, estreñimiento o sensación de peso pélvico por tumores o masas.
- i. Signos sistémicos: Fiebre, escalofríos y malestar general en infecciones severas; taquicardia, hipotensión y mareos en hemorragias internas graves.

Estas manifestaciones guían al equipo de salud en la identificación de patologías críticas que requieren intervención quirúrgica inmediata, facilitando una atención oportuna y efectiva.(4)

DIAGNOSTICOS

Evaluación inicial

Anamnesis detallada:

- I. Identificar síntomas como dolor pélvico agudo o crónico, sangrado anormal, fiebre o signos sistémicos.
- II. Registrar antecedentes ginecológicos relevantes (cirugías previas, endometriosis, infecciones, embarazos).

Examen físico:

- 1. Evaluar signos de dolor, masas pélvicas, distensión abdominal o irritación peritoneal.



2. Realizar un examen ginecológico para detectar sensibilidad pélvica, sangrado vaginal o abscesos.

Estudios complementarios

Laboratorios básicos:

1. Hemograma completo: Identificación de anemia o infecciones.
2. β -hCG: Confirmación o descarte de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva.
3. Pruebas de coagulación: Evaluar riesgos hemorrágicos.
4. Cultivos vaginales o cervicales: Identificar infecciones en casos de enfermedad inflamatoria pélvica.

Imágenes diagnósticas:

5. Ecografía transvaginal y abdominal: Método inicial para evaluar masas pélvicas, líquido libre en abdomen (sangre o ascitis), quistes o torsión ovárica.
6. Tomografía computarizada (TC): ideal para abscesos pélvicos, tumores avanzados o complicaciones.
7. Resonancia magnética (RM): Indicada en casos complejos como endometriosis severa o masas no definidas.
8. Radiografía abdominal: Útil para detectar perforaciones con aire libre en la cavidad abdominal.

Diagnósticos diferenciales

Comparar condiciones con síntomas similares:

9. Quistes ováricos hemorrágicos vs. embarazo ectópico roto.
10. Abscesos pélvicos vs. tumores malignos.
11. Torsión ovárica vs. dolor por adherencias de endometriosis.
12. Laparoscopia diagnóstica Indicada cuando los estudios previos no son concluyentes. Permite visualizar directamente las estructuras pélvicas antes de decidir una laparotomía.



TRATAMIENTO

Manejo preoperatorio

- El objetivo es estabilizar a la paciente y prepararla para la cirugía:
- Evaluación clínica:
- Monitorizar signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno).
- Identificar signos de inestabilidad hemodinámica en casos de hemorragia interna.
- Preparación quirúrgica:
- Ayuno previo (6-8 horas antes de la cirugía).
- Administración de líquidos intravenosos para mantener la hidratación y corregir desequilibrios.
- Iniciar transfusión sanguínea si es necesario en pacientes con anemia o hemorragias graves.

Administrar antibióticos preoperatorios para prevenir infecciones.

- Educación y apoyo emocional:
- Explicar el procedimiento a la paciente y aclarar dudas para reducir la ansiedad.
- Tratamiento quirúrgico
- La laparotomía exploratoria ginecológica consiste en:
- Abordaje quirúrgico:
- Incisión abdominal (media infraumbilical o suprapúbica según el caso).
- Exploración de órganos pélvicos y cavidad abdominal para identificar la causa subyacente.
- Procedimientos específicos (dependiendo de la patología):
- Resección de tumores ováricos o uterinos.
- Drenaje de abscesos o líquidos acumulados (ascitis o sangre).
- Reparación de tejidos dañados (rupturas uterinas, perforaciones).
- Salpingectomía u ooforectomía en casos de torsión ovárica o embarazo ectópico roto.

Manejo postoperatorio

El enfoque postoperatorio busca asegurar la recuperación y prevenir complicaciones:



- Monitoreo de signos vitales:
- Evaluar frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura y dolor.
- Detectar signos de hemorragia, infección o complicaciones quirúrgicas.
- Manejo del dolor:
- Administración de analgésicos según indicación médica (opioides o AINEs).
- Cuidados de la herida quirúrgica:
- Limpieza y cambio de apósitos estériles.
- Observación de signos de infección (enrojecimiento, secreción purulenta).
- Movilización temprana:
- Fomentar el movimiento controlado para prevenir trombosis venosa profunda.
- Reposición de líquidos y nutrición:
- Progresión de dieta según tolerancia de la paciente.
- Continuar con líquidos intravenosos si es necesario.
- Antibióticos y terapia adicional:
- Continuar con antibióticos si se trató una infección pélvica severa.
- Seguimiento y cuidados posteriores
- Evaluación periódica de la herida quirúrgica y recuperación general.
- Citas de control postoperatorio para evaluar la evolución.
- Derivación a terapia hormonal o tratamientos adicionales si se realizó una ooforectomía o histerectomía.
- Terapéuticos:
- Resolver emergencias ginecológicas como torsión ovárica, embarazo ectópico roto o hemorragias internas.
- Reseccionar tumores ováricos o uterinos, benignos o malignos, que comprometan la funcionalidad o la vida de la paciente.
- Reparar daños en órganos pélvicos causados por infecciones, traumas o cirugías previas.
- Drenar abscesos tubo ováricos o colecciones de líquido en la cavidad abdominal (ascitis o sangre).
- Evitar complicaciones mayores como infecciones generalizadas, isquemia tisular o progresión de patologías malignas.



- Prevenir la pérdida de la función reproductiva mediante intervenciones quirúrgicas oportunas.
- Facilitar la comprensión de la paciente sobre su condición, el procedimiento y las implicaciones del tratamiento.
- Promover el cumplimiento del seguimiento postoperatorio y las recomendaciones médicas.

NIVEL DE ATENCION

Laparatomía exploratoria ginecológica , es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Laparoscopia pélvica: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002916.htm>
2. 5219395-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-apendicitis-aguda-en-adultos.pdf [Internet]. [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5895134/5219395-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-apendicitis-aguda-en-adultos.pdf?v=1708525932>
3. i-ghm-dg-10.618 laparotomía exploradora rev.2.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.hmhospitales.com/usuarioh-m-hm/documentosinteres-hm/consentimientos-hm/documents/i-ghm-dg-10.618%20laparotom%C3%ADa%20exploradora%20rev.2.pdf>
4. Laparoscopia pélvica: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002916.htm>
5. Revista Médica. Laparotomía Exploratoria. Post quirúrgico [en línea]. 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8941823.pdf> [Consulta: 30 enero 2025].
6. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Laparoscopia Quirúrgica en Ginecología. 2005, vol. 56, n.º 4, p. 265-273. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/708/901/1620> [Consulta: 30 enero 2025].
7. Hospital General de México. Protocolo de Laparotomía Exploratoria [en línea]. México: Hospital General, 2019. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/529026587/PROTOCOLO-DE-LAPAROTOMIA-EXPLORATORIA> [Consulta: 30 enero 2025].



8.Universidad de Antioquia. Ginecología y Obstetricia. Revista Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia [en línea]. 2013, vol. 64, n.º 1, p. 45-53. Disponible en:
https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/download/17739/15272/61935 [Consulta: 30 enero 2025].



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA				
DOMINIO 1: Salud Perceptual/Conceptual		CLASE 1: CONOCIMIENTO		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION RESULTADO	DE
AUSENCIA O DE CARENcia INFORMACIÓN NECESARIA PARA TOMAR DECISIONES INFORMADAS SOBRE LA PROPIA SALUD:	Procedimiento Quirúrgico (1902)	Procedimiento Quirúrgico (5610) 561001 Brindar información detallada sobre la laparotomía exploratoria ginecológica, incluyendo los objetivos, pasos del procedimiento y expectativas postoperatorias. 561002 Utilizar material educativo visual y escrito para reforzar la información proporcionada. 561003	Se logró la recuperación óptima del paciente y así mismo prevenir posibles complicaciones futuras.	



	<p>Plan de Cuidados Estándar: Laparotomía Ginecológica. Servicio Andaluz de Salud.</p> <p>PLAN DE CUIDADOS (5612)</p> <p>561201</p> <p>Explicar detalladamente el plan de cuidados postoperatorios, enfatizando la importancia de cada intervención.</p> <p>561202</p> <p>Asegurar que el paciente comprenda las actividades permitidas y las restricciones durante su recuperación.</p> <p>EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO (5613)</p> <p>561301</p> <p>Realizar sesiones de retroalimentación para evaluar la comprensión del paciente sobre</p>
--	---



		su estado de salud y el plan de cuidados.	
		561302	Ajustar la información proporcionada según las necesidades y el nivel de comprensión del paciente.

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA			
CLASE 1: CONFORT FISICO			
DOMINIO 12: CONFORT			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
DOLOR AGUDO RELACIONADO	NIVEL DEL DOLOR (2102)	MANEJO DEL DOLOR (1400)	Dolor controlado en el paciente



<p>CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E/P FASCIES DE DOLOR EN EL ROSTRO</p>	<p>CONTROL DEL DOLOR (1605)</p>	<p>140001</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.</p> <p>MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES (6680)</p> <p>668001</p> <p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS (2210)</p> <p>221001</p> <p>Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.</p>
--	-------------------------------------	---



		<p>221002</p> <p>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésico prescrito.</p> <p>221008</p> <p>Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los diez correctos acorde a la norma técnica institucional.</p> <p>221010</p> <p>Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos con la primera dosis o si se observa signos inusuales.</p>	
--	--	--	--



9. LIMPIEZA QUIRURGICA TRAUMATOLOGICAS

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de eliminar cualquier residuo de sangre u otra materia de heridas traumáticas incluye lavar, irrigar y desbridar la herida. También se examina minuciosamente la herida y los tejidos cercanos.

Lavado de heridas quirúrgicas

- Lavar la herida con agua y jabón líquido
- Secar la herida con una gasa o toalla limpia
- Cubrir la herida con una gasa limpia si el médico lo indica

Cuidado de heridas quirúrgicas

- No frotar ni restregar la herida
- No usar lociones, polvos, cosméticos ni cualquier otro producto para el cuidado de la piel en la herida
- Dejar que la herida se seque al aire
- Elevar el brazo o la pierna en la que tuvo la cirugía
- Apoyar el brazo o la pierna sobre almohadas para que esté por encima del nivel del corazón

Lavado quirúrgico de manos

- Cepillar lechos ungueales, espacios interdigitales, palma y dorso de la mano y el antebrazo
- Realizar el lavado con la mano y el antebrazo elevados
- Se realiza antes de entrar en quirófano y a la salida del mismo

Limpieza del quirófano

- Se usan detergentes con un nivel de pH neutro o alcalino
- Se usan desinfectantes biocidas de alto nivel
- Cuidado de heridas quirúrgicas cerradas (1)

EPIDEMIOLOGIA



La limpieza quirúrgica en traumatología es un procedimiento fundamental para prevenir infecciones en heridas traumáticas contaminadas. Su aplicación es frecuente en fracturas abiertas, heridas por accidentes de tráfico, caídas, traumatismos deportivos y lesiones por armas. La epidemiología de este procedimiento destaca que entre el 10-30% de las fracturas abiertas requieren limpieza quirúrgica y que hasta un 20% de las consultas en emergencia están relacionadas con heridas traumáticas.

Los principales factores de riesgo incluyen el mecanismo de lesión, comorbilidades como diabetes o inmunosupresión, tipo de contaminación y tiempo de exposición antes de la intervención. La contaminación con tierra o materia orgánica aumenta el riesgo de infecciones graves como el tétanos o infecciones por *Clostridium perfringens*.

Los patógenos más comunes en infecciones postraumáticas son *Staphylococcus aureus* (incluyendo cepas resistentes), *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Clostridium perfringens* y *Streptococcus*. La tasa de infección en heridas quirúrgicas traumáticas varía entre 5% y 30%, y en casos graves, la falta de atención oportuna puede llevar a sepsis o amputaciones en hasta el 15% de los pacientes.

Para reducir las complicaciones, el personal de enfermería debe garantizar la profilaxis antibiótica temprana, el uso de técnicas asépticas durante la limpieza quirúrgica y el desbridamiento adecuado. Se debe verificar la vacunación antitetánica y realizar un monitoreo riguroso de signos de infección para intervenir de manera oportuna. Este procedimiento es crucial para disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas a heridas traumáticas, asegurando una atención segura y efectiva para los pacientes.(2)

ETIOLOGIA

La limpieza quirúrgica en traumatología es un procedimiento indicado para tratar heridas traumáticas con alto riesgo de infección, cuya causa principal es la contaminación bacteriana derivada del mecanismo de lesión. Estas heridas pueden ser provocadas por traumatismos abiertos de alta energía (accidentes de tránsito, caídas, lesiones laborales), heridas cortantes o punzantes, fracturas expuestas con exposición ósea, mordeduras humanas o de animales y heridas por armas de fuego o blancas, todas con una elevada probabilidad de contaminación microbiana.



El nivel de contaminación depende de factores como el tipo de exposición, la cantidad de tejido necrótico, la presencia de cuerpos extraños y el tiempo transcurrido sin atención médica. Además, condiciones preexistentes como diabetes, inmunosupresión o enfermedades vasculares pueden agravar la respuesta inflamatoria y comprometer la cicatrización.

Las infecciones en estas heridas son provocadas por bacterias comunes en ambientes hospitalarios y comunitarios, como *Staphylococcus aureus* (incluyendo cepas resistentes), *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes* y *Clostridium perfringens*, este último asociado a infecciones graves como la gangrena gaseosa. En el caso de mordeduras, también pueden encontrarse patógenos específicos como *Pasteurella multocida* y *Eikenella corrodens*.

FISIOPATOLOGIA

La limpieza quirúrgica en traumatología es un procedimiento clave para eliminar tejido necrótico, reducir la carga bacteriana y favorecer la cicatrización en heridas traumáticas. Su fisiopatología se basa en la respuesta inflamatoria del organismo, la proliferación bacteriana en el tejido lesionado y la activación de mecanismos de reparación tisular.

Tras una lesión, el cuerpo desencadena un proceso inflamatorio donde los neutrófilos y macrófagos intentan eliminar microorganismos y restos celulares. Sin embargo, si la herida está contaminada con bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Clostridium perfringens*, se puede desarrollar infección, necrosis y un retraso en la cicatrización.

La acumulación de tejido desvitalizado y la proliferación bacteriana pueden llevar a celulitis, abscesos, gangrena gaseosa o sepsis, afectando la recuperación del paciente. La limpieza quirúrgica interrumpe este proceso al eliminar contaminantes, mejorar la oxigenación tisular y promover la regeneración celular, permitiendo un ambiente adecuado para la cicatrización.(3)



MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas en pacientes que requieren limpieza quirúrgica en traumatología están relacionadas con la respuesta inflamatoria, la presencia de infección y el estado de cicatrización de la herida. Estas se pueden clasificar en signos locales en la zona de la lesión y manifestaciones sistémicas en casos de complicaciones.

Manifestaciones Locales

Las heridas traumáticas que requieren limpieza quirúrgica presentan signos característicos como:

- ✓ Dolor intenso y persistente, agravado por la inflamación y la posible infección.
- ✓ Eritema (enrojecimiento) y calor local, indicativo de respuesta inflamatoria activa.
- ✓ Edema y tumefacción, debido al aumento de la permeabilidad vascular.
- ✓ Secreción purulenta o exudado con mal olor, signo de infección bacteriana.
- ✓ Presencia de tejido necrótico o esfacelado, que impide la cicatrización y favorece la proliferación bacteriana.
- ✓ Sangrado persistente o alteraciones en la vascularización, lo que puede comprometer la viabilidad del tejido.

Manifestaciones Sistémicas

En casos donde la infección progresa o hay una respuesta inflamatoria severa, pueden aparecer:

- c) Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) y escalofríos, indicativos de infección sistémica.
- d) Taquicardia y taquipnea, respuestas del organismo a la inflamación generalizada.
- e) Hipotensión y shock séptico, en casos graves de infección no controlada.
- f) Signos de gangrena o necrosis progresiva, con cambio de coloración del tejido (oscuro o negruzco).
- g) Astenia y malestar general, reflejo del impacto del proceso infeccioso en el estado general del paciente.

Signos de Buena Evolución Tras la Limpieza Quirúrgica

Después del procedimiento, la evolución positiva se refleja en:



- Disminución del dolor y la inflamación.
- Reducción del exudado y mejora en la apariencia de la herida.
- Formación de tejido de granulación, signo de regeneración tisular.
- Normalización de los signos vitales y reducción de la fiebre.

DIAGNOSTICOS

Diagnóstico Clínico

Se realiza mediante la evaluación de signos y síntomas asociados a la herida traumática:

- Dolor intenso y persistente en la zona afectada.
- Eritema, edema y aumento de temperatura local, indicando inflamación.
- Secreción purulenta o exudado con mal olor, sugestivo de infección.
- Tejido necrótico o esfacelado, que puede comprometer la cicatrización.
- Movilidad anormal o exposición ósea en fracturas abiertas.
- Fiebre y síntomas sistémicos en casos de infección diseminada.

Diagnóstico Diferencial

Se debe descartar otras condiciones con síntomas similares:

- D) Celulitis y abscesos (si la infección está localizada o extendida).
- E) Osteomielitis en casos de fracturas abiertas con compromiso óseo.
- F) Gangrena gaseosa, si hay signos de necrosis progresiva y crepitación.
- G) Reacciones inflamatorias no infecciosas, como respuesta exagerada a la lesión.

Diagnóstico por Pruebas de Laboratorio

Para confirmar infección y valorar el estado del paciente, se solicitan:

- Hemograma completo: Leucocitosis y neutrofilia indican infección.
- Proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG): Elevadas en inflamación severa o infección.
- Cultivo de secreciones de la herida: Identifica el agente infeccioso y su resistencia antibiótica.



- Hemocultivos: En casos sospechosos de sepsis.

Diagnóstico por Imagen

Las pruebas de imagen permiten evaluar la profundidad de la lesión y descartar complicaciones:

- Radiografía: Identifica fracturas, presencia de cuerpos extraños o gas en los tejidos (sugestivo de gangrena).
- Ecografía Doppler: Evalúa la vascularización y compromiso de tejidos blandos.
- Resonancia Magnética (RM): Útil para detectar osteomielitis o infecciones profundas.
- Tomografía Computarizada (TC): En casos de lesiones extensas o para guiar procedimientos quirúrgicos.

TRATAMIENTO

Manejo Preoperatorio

Antes del procedimiento quirúrgico, se deben tomar medidas para estabilizar al paciente y reducir el riesgo de infección:

- Evaluación inicial de la herida (grado de contaminación, exposición ósea, presencia de cuerpos extraños).
- Control del dolor con analgésicos y antiinflamatorios.
- Profilaxis antibiótica temprana, administrando antibióticos de amplio espectro (ejemplo: cefazolina + gentamicina o metronidazol en heridas muy contaminadas).
- Vacunación antitetánica si la herida es sucia o el paciente no está inmunizado.

Procedimiento de Limpieza Quirúrgica

El procedimiento se realiza en quirófano bajo condiciones estériles y consta de los siguientes pasos:

- Lavado inicial de la herida: Uso de solución salina estéril o suero fisiológico a presión para eliminar contaminantes superficiales.
- Desbridamiento quirúrgico: Resección de tejido necrótico, cuerpos extraños y bordes desvitalizados para evitar la propagación de bacterias.
- Exploración profunda de la herida: Evaluación de estructuras comprometidas (tendones, vasos sanguíneos, hueso).



- Hemostasia: Control del sangrado con sutura de vasos o aplicación de agentes hemostáticos.
- Drenaje en caso de infección severa: Para evitar acumulación de exudado y favorecer la cicatrización.
- Cierre primario o diferido: Dependiendo del grado de contaminación, la herida puede cerrarse inmediatamente o dejarse abierta para un cierre secundario posterior.(3)

Manejo Postoperatorio

Tras la limpieza quirúrgica, se implementan cuidados para evitar infecciones y mejorar la cicatrización:

- Continuación del tratamiento antibiótico, según el resultado del cultivo de la herida.
- Curaciones diarias con solución salina y aplicación de antisépticos.
- Monitorización de signos de infección (eritema, fiebre, exudado purulento).
- Control del dolor y rehabilitación temprana, especialmente en fracturas expuestas.

Tratamiento en Casos de Complicaciones

Si se presentan infecciones graves o necrosis avanzada, se pueden requerir medidas adicionales como:

- Reintervención quirúrgica en casos de infección persistente o mala evolución.
- Injertos de piel o colgajos, en heridas extensas con pérdida de tejido.
- Amputación, como última opción en infecciones incontrolables con riesgo vital.

NIVEL DE ATENCION

Limpieza quirúrgica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cómo limpiar, irrigar, desbridar y vendar las heridas - Lesiones y envenenamientos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/c%C3%B3mo-cuidar-heridas-y-laceraciones/c%C3%B3mo-limpiar-irrigar-desbridar-y-vendar-las-heridas>
2. Herruzo Cabrera R. Prevención de la infección de localización quirúrgica, según un bundle modificado. Revista española de cirugía ortopédica y traumatología. 2010;54(5):265-71.
3. Cuidado de heridas quirúrgicas cerradas: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000738.htm>.
4. Infecciones en cirugía traumática y ortopédica. Técnicas Quirúrgicas en Ortopedia y Traumatología [en línea]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-tecnicas-quirurgicas-ortopedia-traumatologia-41-articulo-infecciones-cirugia-traumatologica-ortopedica-X1132195414495643> [Consulta: 30 enero 2025].
5. Fracturas expuestas, manejo clínico y quirúrgico. Dialnet [en línea]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8603939.pdf> [Consulta: 30 enero 2025].
6. Lavado intracavitario e irrigación de heridas para la prevención de la infección del sitio quirúrgico. Cochrane Library [en línea]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012234.pub2/full/es> [Consulta: 30 enero 2025].
7. Ortopedia y Traumatología Básica. Universidad de los Andes [en línea]. Disponible en: <https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2020/03/Ortopedia-y-Traumatologia-Basica.pdf> [Consulta: 30 enero 2025].



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA			
CLASES: 01 CONFORT FISICO			
DOMINIO: 12			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION RESULTADO (NOC) DE
DOLOR AGUDO RELACIONADO CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E/P FACIES DE DOLOR EN EL ROSTRO.	NIVEL DE DOLOR (2102)	<p>MANEJON DEL DOLOR (1400).</p> <p>140001.- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración, frecuencia, intensidad o severidad o factores desencadenantes.</p> <p>MONITORIZACION DE SIGNOS VITALES (6680).</p> <p>668001.- Monitorización de presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.</p> <p>ADMINISTRACION DE ANALGESICO (2210).</p>	Dolor controlado en el paciente.



	<p>CONTROL DEL DOLOR (1605)</p>	<p>221001.- Valorar al paciente para detectar los factores que alivien o empeoran el dolor aparte del procedimiento.</p> <p>221002.- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésico prescrito.</p> <p>221006.- Determinar la selección de analgésico (narcótico, no narcótico o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.</p> <p>221008.- Administrar los medicamentos en forma precisa, utilizando los diez correctos acorde a la norma técnica institucional.</p>	
--	-------------------------------------	--	--

		221010.- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos, narcóticos con la primera dosis.	
--	--	---	--



DOMINIO: 11 SEGURO / PROTECCION		CLASES: 01 CONFORT FISICO	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO (NOC)
INFECCIONES DEBIDO A LA INVASION DEL CUERPO POR	ESTADO INFECCIOSO (07039)	CONTROL DE INFECCIONES (6550). 655001.- Aplicar técnicas de sepsias estrictas durante la prelación y realización de la cirugía. 655002.- Monitorear constantemente signos vitales y condiciones del paciente para detectar posibles infecciones tempranas. 655003.- Educar al paciente y a su familia sobre prácticas de higiene y cuidado de la herida post quirúrgica.	Ausencia de signos y síntomas

		<p>MANEJO DE LA HERIDA QUIRURGICA (3670).</p> <p>367001.- Inspeccionar regularmente la herida en busca de signo de infección, como enrojecimiento, hinchazón o secreción.</p> <p>367002.- Realizar curaciones según protocolo utilizando materiales estériles y técnicas adecuadas.</p> <p>367003.- Aplicar apósitos adecuados que protejan a la herida y faciliten su cicatrización.</p>	
--	--	---	--



10.- AMPUTACION DE MIEMBROS SS E II.

DEFINICIONES

Es la extirpación de una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un dedo de la mano o del pie, mediante cirugía o traumatismo o es el corte quirúrgico de una extremidad o de parte de la misma. Se recurre a este tratamiento si otros procedimientos han fallado o si no son posibles debido al deterioro de la salud del paciente(1)

EPIDEMIOLOGIA

Incidencia y Prevalencia

- A nivel mundial: La incidencia de amputaciones de miembros inferiores varía ampliamente según la región y la población estudiada. Se estima que cada año se producen millones de amputaciones en todo el mundo, siendo la diabetes y la enfermedad arterial periférica (EAP) las principales causas.
- En países desarrollados: La incidencia de amputaciones es más alta en personas mayores de 65 años, y la diabetes es la causa principal en más del 60% de los casos.
- En países en desarrollo: Las amputaciones traumáticas (accidentes, lesiones) son más comunes, aunque la diabetes y la EAP también están aumentando su prevalencia.

ETIOLOGIA

Las principales causas de amputación de miembros inferiores son:

- Enfermedad vascular periférica (EAP): Es la causa más común, especialmente en personas con diabetes. La EAP reduce el flujo sanguíneo a las extremidades, lo que puede llevar a la gangrena y la necesidad de amputación.
- Diabetes: La diabetes mal controlada puede dañar los nervios y los vasos sanguíneos, lo que aumenta el riesgo de infecciones y dificulta la curación de heridas, lo que puede llevar a la amputación.



- Traumatismos: Accidentes graves, lesiones laborales o conflictos bélicos pueden causar daños irreparables en las extremidades y requerir amputación.
- Infecciones: Infecciones graves que no responden al tratamiento pueden requerir la amputación para prevenir la propagación de la infección.
- Tumores: En casos raros, los tumores malignos en los huesos o tejidos blandos de las extremidades pueden requerir amputación.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para amputación de miembros inferiores incluyen:

- Diabetes: El riesgo de amputación es mucho mayor en personas con diabetes, especialmente si no está bien controlada.
- Tabaquismo: Fumar daña los vasos sanguíneos y aumenta el riesgo de EAP y amputación.
- Enfermedad arterial periférica (EAP): La presencia de EAP aumenta significativamente el riesgo de amputación.
- Edad avanzada: El riesgo de amputación aumenta con la edad, especialmente en personas con diabetes o EAP.
- Obesidad: La obesidad puede aumentar el riesgo de diabetes y EAP, lo que a su vez aumenta el riesgo de amputación.
- Antecedentes de úlceras en los pies: Las úlceras en los pies, especialmente en personas con diabetes, pueden infectarse y requerir amputación si no se tratan adecuadamente.

Impacto Socioeconómico

Las amputaciones de miembros inferiores tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, causando discapacidad, dolor, dificultades para caminar y realizar actividades diarias, así como problemas psicológicos y sociales. Además, generan un alto costo para el sistema de salud debido a los gastos de tratamiento, rehabilitación y prótesis.

FISIOPATOLOGIA



La fisiopatología de las amputaciones es un proceso complejo que involucra una serie de cambios en el cuerpo, tanto a nivel local como sistémico. Estos cambios varían según la causa de la amputación, el nivel de la amputación y la salud general del paciente.

Cambios locales:

- Interrupción del flujo sanguíneo: La amputación interrumpe el flujo sanguíneo a la extremidad, lo que provoca isquemia (falta de oxígeno) y daño tisular. La gravedad de la isquemia depende del nivel de la amputación y de la presencia de enfermedades vasculares subyacentes.
- Lesión de tejidos blandos y huesos: La amputación implica la sección de tejidos blandos (músculos, tendones, nervios) y huesos. Esta lesión desencadena una respuesta inflamatoria y un proceso de cicatrización. La calidad de la cicatrización depende de factores como la técnica quirúrgica, la presencia de infección y la salud general del paciente.
- Formación de un muñón: El muñón es la parte de la extremidad que queda después de la amputación. El muñón experimenta cambios en su forma y tamaño a medida que cicatriza y se adapta a la nueva situación. Es importante que el muñón tenga una forma y tamaño adecuados para poder utilizar una prótesis de forma cómoda y funcional.

Cambios sistémicos:

- Respuesta inflamatoria: La amputación desencadena una respuesta inflamatoria sistémica, que puede manifestarse con fiebre, dolor y malestar general. Esta respuesta inflamatoria es parte del proceso de curación, pero también puede ser perjudicial si es excesiva o prolongada.
- Cambios psicológicos: La amputación puede tener un impacto psicológico significativo en el paciente. La pérdida de una extremidad puede generar sentimientos de tristeza, ansiedad, ira y frustración. Es importante que el paciente reciba apoyo psicológico para afrontar estos cambios y adaptarse a su nueva situación.



- Dolor fantasma: Muchos pacientes experimentan dolor fantasma después de la amputación. El dolor fantasma es la sensación de dolor en la extremidad que ya no está presente. La causa del dolor fantasma no se conoce por completo, pero se cree que está relacionada con cambios en el sistema nervioso.
- Otros cambios: La amputación también puede afectar a otros sistemas del cuerpo, como el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio y el sistema musculoesquelético. Estos cambios pueden ser consecuencia de la pérdida de la extremidad, de la inmovilización o del dolor.

Fisiopatología según la causa de la amputación:

- Enfermedad vascular: En las amputaciones por enfermedad vascular, la isquemia crónica es el principal factor fisiopatológico. La falta de flujo sanguíneo provoca daño tisular progresivo, que puede llevar a la gangrena y la necesidad de amputación.
- Traumatismos: En las amputaciones por traumatismos, la lesión directa de los tejidos y huesos es el principal factor fisiopatológico. La gravedad de la lesión puede variar según el mecanismo del traumatismo y la energía involucrada.
- Infección: En las amputaciones por infección, la propagación de la infección y la destrucción de los tejidos son los principales factores fisiopatológicos. La infección puede ser causada por bacterias, hongos u otros microorganismos.
- Cáncer: En las amputaciones por cáncer, la presencia del tumor y su crecimiento son los principales factores fisiopatológicos. El tumor puede dañar los tejidos y huesos, y también puede propagarse a otras partes del cuerpo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La amputación, ya sea por causas congénitas o adquiridas, se manifiesta de diversas formas:

- Ausencia de la extremidad: La característica más evidente es la falta total o parcial de la extremidad afectada.
- Dolor: El dolor es una experiencia común después de una amputación, y puede variar en intensidad y características. Puede ser:



- Dolor del miembro fantasma: Sensación de dolor en la extremidad que ya no está presente.
- Dolor en el muñón: Dolor en la parte restante de la extremidad.
- Problemas de movilidad: La amputación puede limitar la movilidad y la funcionalidad de la persona, especialmente en las primeras etapas de recuperación.
- Problemas psicológicos: La amputación puede tener un impacto emocional significativo, y es común experimentar sentimientos de tristeza, ansiedad o depresión.

Causas de la amputación

Las amputaciones pueden ser causadas por diversas condiciones, incluyendo:

- Enfermedades vasculares: La diabetes y la enfermedad arterial periférica son causas comunes de amputación debido a la reducción del flujo sanguíneo a las extremidades.
- Traumatismos: Accidentes, lesiones graves o quemaduras pueden requerir una amputación.
- Cáncer: En algunos casos, la amputación puede ser necesaria para extirpar tumores cancerosos.
- Infecciones: Infecciones graves que no responden a tratamiento pueden llevar a la amputación.
- Deformidades congénitas: Algunas personas nacen con extremidades faltantes subdesarrolladas.

El diagnóstico de una amputación generalmente es evidente, ya que implica la ausencia de una extremidad o parte de ella. Sin embargo, el proceso diagnóstico también se enfoca en determinar la causa subyacente de la amputación y evaluar el estado general del paciente. Aquí te presento un panorama de cómo se aborda el diagnóstico de una amputación:

1. Evaluación clínica



- Inspección visual: El médico examina la extremidad afectada para confirmar la amputación y evaluar el estado del muñón (la parte restante de la extremidad).
- Historial médico: Se recopila información sobre la historia clínica del paciente, incluyendo cualquier condición médica preexistente, lesiones o cirugías previas.
- Examen físico: Se evalúan otros aspectos de la salud del paciente, como la circulación sanguínea, la función nerviosa y la presencia de dolor.

2. Pruebas diagnósticas

- Radiografías: Pueden utilizarse para evaluar el hueso y descartar fracturas u otras lesiones.
- Resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC): Estas pruebas pueden proporcionar imágenes más detalladas de los tejidos blandos y los vasos sanguíneos, lo que puede ser útil para determinar la causa de la amputación y planificar el tratamiento.
- Angiografía: Si se sospecha un problema vascular, como la enfermedad arterial periférica, se puede realizar una angiografía para evaluar el flujo sanguíneo en las extremidades.
- Análisis de sangre: Pueden realizarse para detectar infecciones, evaluar la función renal y otros parámetros relevantes.

3. Diagnóstico diferencial

Es importante distinguir la amputación de otras condiciones que pueden causar síntomas similares, como:

- Deformidades congénitas: Algunas personas nacen con extremidades faltantes o subdesarrolladas.
- Lesiones traumáticas: Fracturas graves, luxaciones o lesiones nerviosas pueden simular una amputación.
- Enfermedades neurológicas: Algunas enfermedades neurológicas pueden causar debilidad o pérdida de sensibilidad en las extremidades, lo que puede llevar a una apariencia similar a la de una amputación.



4. Causas de la amputación

Una vez confirmada la amputación, es fundamental determinar la causa subyacente. Las causas más comunes de amputación incluyen:

- Enfermedades vasculares: La diabetes y la enfermedad arterial periférica son causas importantes de amputación debido a la reducción del flujo sanguíneo a las extremidades.
- Traumatismos: Accidentes, lesiones graves o quemaduras pueden requerir una amputación.
- Cáncer: En algunos casos, la amputación puede ser necesaria para extirpar tumores cancerosos.
- Infecciones: Infecciones graves que no responden a tratamiento pueden llevar a la amputación.

El diagnóstico preciso de la causa de la amputación es crucial para planificar el tratamiento adecuado y prevenir futuras complicaciones.

Tratamiento y rehabilitación

El tratamiento después de una amputación se centra en:

- Cuidado de la herida: Es esencial mantener la herida limpia y protegida para prevenir infecciones.
- Control del dolor: Se pueden utilizar medicamentos y terapias para controlar el dolor.
- Rehabilitación: La fisioterapia y la terapia ocupacional pueden ayudar a mejorar la movilidad y la funcionalidad.
- Prótesis: En muchos casos, se puede utilizar una prótesis para reemplazar la extremidad faltante y mejorar la calidad de vida.
- Apoyo psicológico: Es importante abordar el impacto emocional de la amputación y buscar apoyo psicológico si es necesario.



NIVEL DE ATENCION

Amputación de los miembros superiores e inferiores es un procedimiento quirúrgico que se realiza en hospitales de tercer nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CIE-10 Amputaciones [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.arcesw.com/icd10.htm>.
2. Amputaciones. (2019). Editorial Médica Panamericana. <https://www.medicapanamericana.com/international>. Mauch, H. A. (2019). *Amputations, Prosthetics, and Rehabilitation*. Editorial Médica Panamericana.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/your_health/amputation.html
5. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV): <https://seacv.es/>.
6. Características clínicas y demográficas del paciente amputado. (2012). *SciELO Perú*. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000400005.
7. Farro, L., Tapia, R., Bautista, L., Montalvo, R., & Iriarte, H. (2012). Características clínicas y demográficas del paciente amputado.¹ *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 23(4), 164–168.
8. Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. (s.f.). *Elsevier*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-niveles-amputacion-extremidades-inferiores-repercusion-S0716864014700380>.
9. Criterios de amputación de una extremidad lesionada. (s.f.). *SciELO*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2007000200008.
10. Amputación traumática de miembros inferiores. (2019). *SciELO*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200010



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA																								
DOMINIO: 4		CLASE: ACTIVIDAD/ EJERCICIO																						
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO																					
[00085] Deterioro de la movilidad r/c pérdida de integridad de las estructuras óseas m/p dificultad para la movilización	<p>[0208] Movilidad</p> <p>Indicadores: [020805]</p> <p>Puntuación diana de inicio.</p> <table border="1"> <tr> <td>GC</td><td>SC</td><td>MC</td><td>LC</td><td>NC</td></tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Puntuacion diana de resultado.</p> <table border="1"> <tr> <td>GC</td><td>SC</td><td>MC</td><td>LC</td><td>NC</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td></tr> </table>	GC	SC	MC	LC	NC	1					GC	SC	MC	LC	NC				4		<p>[0221] Terapia de ejercicios:</p> <p>deambulacion Actividades:</p> <p>1. Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulacion</p> <p>2. Ayudar al paciente en el traslado</p> <p>3. Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda</p>	<p>traslado Puntuación final 4 (LC) Puntuación de cambio: +3</p> <p>[020806] Deambulacion</p> <p>Puntuación final 4 (LC) Puntuación de cambio: +3</p> <p>[020814]</p> <p>Se mueve con facilidad Puntuación final 4 (LC) Puntuación de cambio: +3</p>	
GC	SC	MC	LC	NC																				
1																								
GC	SC	MC	LC	NC																				
			4																					



	<p>[020806] Deambulación:</p> <p>Puntuación diana de inicio:</p> <table border="1"> <tr> <td>GC</td> <td>SC</td> <td>MC</td> <td>LC</td> <td>NC</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Puntuación diana de resultado:</p> <table border="1"> <tr> <td>GC</td> <td>SC</td> <td>MC</td> <td>LC</td> <td>NC</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> </table> <p>[020814] Se mueve con facilidad:</p> <p>Puntuación diana de inicio:</p>	GC	SC	MC	LC	NC	1					GC	SC	MC	LC	NC				4		<p>[3420] Cuidados del paciente amputado</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Colocar el muñón por debajo de la rodilla en una posición de extensión Enseñar al paciente cómo realizar los ejercicios posquirúrgicos Animar al paciente a efectuar ejercicios de rango de movimiento, resistencia y fortalecimiento Identificar las modificaciones necesarias en la ropa Dar las enseñanzas adecuadas para el autocuidado después del alta 	
GC	SC	MC	LC	NC																			
1																							
GC	SC	MC	LC	NC																			
			4																				



CLASE: 01 COMODIDAD FISICA														
DOMINIO: 12		Paciente no presenta dolor durante su estancia hospitalaria. La puntuación diana de resultado fue de 5.												
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)												
[00132] Dolor agudo r/c agente lesivo fisico m/p paciente refiere "tengo dolor en la herida" según escala de dolor EVA 4/10	[2102] Nivel del dolor Indicador:	Actividades: 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor												
	Puntuación diana de inicio.	2. Asegurarse de que el paciente recibe analgesia inmediata antes de que el dolor se agrave/antes de actividades que lo inducen												
	<table border="1"><tr><td>ND</td><td>RD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr><tr><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	ND	RD	AD	FD	SD		2						
	ND	RD	AD	FD	SD									
	2													
Puntuacion diana de resultado.	<table border="1"><tr><td>ND</td><td>RD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td></tr></table>	ND	RD	AD	FD	SD					5	[2210] Administración de analgésicos		
ND	RD	AD	FD	SD										
				5										
		Actividades: 1. Comprobar las órdenes médicas												



		aplicando los 5 correctos de la administración segura de medicamentos	
		2. Registrar el nivel del dolor antes y después del analgésico	

CLASE: 2 RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO			
DOMINIO: 9			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION DE RESULTADO
(00146) Ansiedad r/c incertidumbre respecto a su futuro, amenaza de	[1211] Nivel de ansiedad Indicadores: [121134] Exceso de preocupación	Disminución de la ansiedad (5820) Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación y métodos de distracción (ejercicios de respiración, meditación, música, leer, etc).	[121134] Exceso de preocupación Puntuación final 5 (N) Puntuación de cambio: +3



<p>cambio en las funciones del rol m/p nerviosismo o agitación, manifestación verbal de preocupación, angustia o temor.</p>	<table><tr><td>ND</td><td>SD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr><tr><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>Puntuación diana de resultado.</p> <table><tr><td>ND</td><td>RD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	ND	SD	AD	FD	SD		2				ND	RD	AD	FD	SD	5					<p>Administrar medicación para reducir los niveles de ansiedad, según pauta médica.</p> <p>Mejorar el afrontamiento (5230) – Escucha activa (4920)</p> <p>Crear un ambiente de confianza, mostrando interés, escuchando de forma activa y animando al paciente a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>♣ Evitar barreras en la escucha y aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación positiva.</p> <p>♣ Proporcionar información objetiva respecto al pronóstico y</p>
ND	SD	AD	FD	SD																		
	2																					
ND	RD	AD	FD	SD																		
5																						

		la adaptación a su nueva situación de salud, sin dar falsas esperanzas.	
--	--	---	--



GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA		
CLASE: 02 LESION FISICA		
EVALUACION DE RESULTADO		
DOMINIO: 11	INTERVENCION (NIC)	Paciente mantuvo en buen estado la integridad de la piel, durante su estancia hospitalaria.
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00047) Riesgo de deterioro de la integridad r/c cutánea presión, fricción o inmovilidad.	Intervenciones (NIC) Vigilancia de la piel (3590) – Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584) – Cuidados del paciente amputado (3420)	
RESULTADOS ESPERADO (NOC) Criterios de evaluación (NOC) – Control del riesgo (1902) Indicadores: · Identifica los factores de riesgo (190220) · Sigue las estrategias de control de riesgo (190207) – Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Indicadores: · Integridad de la piel (110113)		

