UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

"CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025"

AUTORES:

MARILIN ESTEFANIA ORDOÑEZ BERRONES

JESSICA ADRIANA QUICALIQUIN ROCHINA

TUTOR:

LIC. MERY REA GUAMÁN, PHD

GUARANDA ECUADOR

2025

DEDICATORIA

Primero a Dios Todopoderoso, por iluminar mi camino en los momentos de oscuridad, por darme la fuerza y la sabiduría necesarias para superar cada desafío, y por las bendiciones que ha derramado sobre mi vida y mi familia. Y a mis amados padres, por ser el reflejo vivo del amor divino en la tierra, por sus sacrificios incansables, por las lecciones de fe, humildad y perseverancia que me inculcaron desde pequeña, y por nunca dejar de creer en el potencial que Dios puso en mí. Este trabajo de titulación es un tributo a su legado: a las noches de oración, a los días de esfuerzo compartido y al amor incondicional que siempre me ha sostenido. Sin su guía y sin la gracia de Dios, no habría llegado hasta aquí. Con el corazón lleno de gratitud y devoción, dedico esta tesis a ustedes, mis mayores tesoros.

Marilin Estefanía Ordoñez Berrones

En primer lugar, a Dios, quien en su infinita misericordia me dio la fortaleza y la sabiduría necesarias para iniciar y culminar este camino, guiando cada uno de mis pasos a lo largo de mi formación profesional. Asimismo, dedico esta tesis con profundo amor y gratitud a mis amados padres, quienes me apoyaron de manera incondicional durante todo este proceso, que gracias a su sacrificio y dedicación me llevaron a conseguir mis sueños y a mis queridos hermanos, quienes, con su aliento me impulsaron a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles; pues sin su amor y confianza nada de esto habría sido posible.

Jessica Adriana Quicaliquin Rochina

AGRADECIMIENTO

Con el más profundo agradecimiento, primeramente, a Dios, quiero expresar mi gratitud, sin la cual no habría podido completar esta importante etapa en mi formación académica por otorgarme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para llevar a cabo esta labor. A mis padres, por su amor incondicional y apoyo permanente y por ser el cimiento en cada uno de mis logros, gracias por seguir creyendo en mí aun cuando me fue más difícil hacerlo. A mis hermanos, por su compañía y comprensión, y palabras de aliento que me impulsaron a continuar, su apoyo ha sido incalculable en todo este tiempo. Este logro también es de ustedes.

Marilin Estefanía Ordoñez Berrones

Expreso mi más sincero agradecimiento a Dios, por permitirme culminar esta etapa académica, acompañándome y guiándome a lo largo de todo este proceso de formación profesional. A mis padres, y hermanos les agradezco profundamente por su apoyo constante, sus palabras de ánimo y su entrega incondicional, ya que han sido el principal motor que me impulsó a seguir adelante día tras día, permitiéndome alcanzar cada uno de mis logros; sin su ayuda y confianza, este objetivo no habría sido posible. Gracias a todos ustedes, este sueño hoy se hace realidad y representa el inicio de una nueva etapa en mi vida profesional.

Jessica Adriana Quicaliquin Rochina

CERTIFICADO DE LA TUTORA

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 17 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE LA TUTORA

El suscrito a LIC. MERY REA GUAMÁN, tutora del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO–DICIEMBRE 2025", realizado por las estudiantes Marilin Estefanía Ordoñez Berrones, con C.I. 0606038529, y Jessica Adriana Quicaliquin Rochina, con C.I. 0250328580, ha cumplido con las lineamientos metodológicos contemplados en la unidad de titulación de la carrera de Enfermería, por lo que se autoriza su presentación ante las instancias respectivas para su evaluación y calificación.

LIC. MERY REA GUAMÁN
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Nosotras **Ordoñez Berrones Marilin Estefanía** y **Quicaliquin Rochina Jessica Adriana** portador/res de la Cédula de Identidad No. 0606038529 y 0250328580 en calidad de autoras y titulares de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación:
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025 modalidad Proyecto de Investigación de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Marilin Estefania Ordonez Berrones
Time Stamping Security Data

……..

Ordoñez Berrones Marilin Estefanía
Cl: 0606038529

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JESSICA ADRIANA QUICALIQUIN ROCHINA

……..

Quicaliquin Rochina Jessica Adriana
Cl: 0250328580

TÍTULO O TEMA

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025”.

ÍNDICE

DEDICATORIA I
AGRADECIMIENTO II
CERTIFICADO DE LA TUTORA III
TÍTULO O TEMA IV
ÍNDICE V
RESUMEN EJECUTIVO IX
ABSTRAC X
INTRODUCCIÓN 1
1. EL PROBLEMA 3
1.1. Planteamiento del problema 3
1.2. Formulación del problema 6
1.3. Justificación 7
1.4. Objetivos 9
1.4.1. Objetivo general 9
1.4.2. Objetivos específicos 9
1.4.3. Limitaciones 9
2. MARCO TEÓRICO 10
2.1. Antecedentes de la investigación 10
2.1.1. Internacionales 10
2.1.2. Nacionales 15
2.1.3. Local 16
2.2. Bases teóricas 17
2.2.1. Heridas quirúrgicas 17
2.2.2. Drenaje 19
2.2.3. Tipos de drenaje 20
2.2.4. Indicaciones de los drenajes 21
2.2.5. Complicaciones 22
2.2.6. Clasificación de complicaciones 22
2.2.7. Factores de riesgo asociados 24
2.2.8. Colocación del drenaje 26
2.2.9. Manejo de los drenajes 29
2.2.10. Evolución histórica del rol enfermero en el postoperatorio 32
2.2.11. Principios del cuidado humanizado y seguridad del paciente 32
2.2.12. Cuidado enfermero general en el postoperatorio 33
2.2.13. Intervenciones de enfermería en el manejo de los drenes 34

2.2.14. Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones del drenaje quirúrgico 37
2.2.15. Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 38
2.3. Marco legal 40
2.4. Definición de términos (glosario) 42
3. MARCO METODOLÓGICO 45
3.1. Nivel de investigación 45
3.2. Diseño 45
3.3. Población y muestra 46
3.4. Variables 47
3.4.1. Variable independiente 47
3.4.2. Variable dependiente 47
3.4.3. Operacionalización de las variables 48
3.4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 58
3.4.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 58
4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS 59
4.1 Resultados según objetivo 1 Caracterización sociodemográfica de la población de estudio. 59
4.2 Resultados del objetivo 2: Identificar intervenciones de enfermería basadas en las necesidades insatisfechas, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson. 86
4.3 Resultado del objetivo 3: Diseñar una guía de cuidados de intervenciones basada en evidencia científica para optimizar la atención y prevenir complicaciones según las necesidades de los pacientes. 125
5. MARCO ADMINISTRATIVO 171
5.1 Recursos humanos 171
5.2 Presupuesto 171
5.3 Cronograma de actividades 172
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 174
6.1 Conclusiones 174
6.2 Recomendaciones 175
BIBLIOGRAFÍA 176
ANEXOS 186

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográfica de la población 59
Tabla 2 Necesidad 1: Respiración.....61
Tabla 3 Necesidad 2: Alimentación 63
Tabla 4 Necesidad 3: Eliminación 64
Tabla 5 Jackson Pratt 66
Tabla 6 Drenaje Pleurevac 68
Tabla 7 Drenaje VAC.....70
Tabla 8 Necesidad 4: Movilización y postura.....72
Tabla 9 Necesidad 5: Sueño y descanso.....74
Tabla 10 Necesidad 6: Vestimenta.....75
Tabla 11 Necesidad 7 Temperatura corporal 76
Tabla 12 Necesidad 8: Higiene corporal e integridad de la piel 77
Tabla 13 Necesidad 9 Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros....78
Tabla 14 Necesidad 10: Comunicación con los demás.....80
Tabla 15 Necesidad 14 Aprendizaje, descubrimiento y satisfacción de la curiosidad.....81
Tabla 16 Problemas identificados 82

Índice de anexos

Anexo. 1 Aprobación del tema.....183
Anexo. 2 Designación de la tutora.....189
Anexo. 3 Solicitud de autorización para el desarrollo del trabajo de titulación 190
Anexo. 4 Validación del intrumento.....191
Anexo. 5 Guía de valoración aplicada 193
Anexo. 6 Registro fotográfico 205
Anexo. 7 Certificado antiplagio.....207

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tuvo como **objetivo** general describir los cuidados de enfermería orientados a la prevención de complicaciones en pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC durante su hospitalización en el Hospital Abel Gilbert Pontón. La **metodología** adoptada fue con un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño no experimental, transversal, lo que permitió analizar la situación real del manejo de los drenajes sin manipulación de variables. La población estuvo conformada por pacientes hospitalizados con drenajes quirúrgicos, a quienes se aplicó como técnica de recolección de datos la observación directa, mediante una guía de valoración estructurada basada en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, instrumento que fue validado por juicio de expertos. Para el procesamiento y análisis de datos, se elaboró inicialmente una base en Microsoft Excel y posteriormente se utilizó el programa SPSS, aplicando estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes. Los principales **resultados** fueron que la mayoría de la población el dispositivo más utilizado es el VAC con 77 pacientes, seguido de Pleurevac con 21 y Jackson-Pratt con 12**,** además se evidenciaron alteraciones relevantes en las necesidades de eliminación, movilización, integridad de la piel, seguridad, comunicación y aprendizaje, destacándose la presencia de volúmenes moderados de drenaje, tiempos prolongados de permanencia, riesgo de obstrucción del sistema, dolor moderado, alteraciones del sueño, eritema en el sitio de inserción y deficiencias en la orientación al paciente. Estos hallazgos reflejan la existencia de necesidades insatisfechas y cuidados no estandarizados que incrementan el riesgo de complicaciones postoperatorias. En **conclusión** la identificación de las necesidades alteradas permitió sustentar el diseño de una guía de intervenciones de enfermería basada en evidencia científica, la cual constituye una herramienta fundamental para optimizar la atención, fortalecer la seguridad del paciente y prevenir complicaciones asociadas al uso de drenajes quirúrgicos, contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado y la práctica profesional de enfermería.

Palabras clave: drenajes quirúrgicos; cuidados de enfermería; complicaciones postoperatorias; seguridad del paciente; Virginia Henderson.

ABSTRAC

The general objective of this research was to describe nursing care aimed at preventing complications in patients with Jackson-Pratt, Pleurevac, and VAC surgical drains during their hospitalization at the Abel Gilbert Pontón Hospital. The methodology adopted was a quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional design, which allowed for the analysis of the actual management of drains without manipulation of variables. The population consisted of hospitalized patients with surgical drains. Data was collected through direct observation using a structured assessment guide based on Virginia Henderson's 14 basic needs model, an instrument validated by expert review. For data processing and analysis, a database was initially created in Microsoft Excel, and subsequently, SPSS was used, applying descriptive statistics using frequencies and percentages. The main results showed that the most frequently used device in the population was the VAC 77 patients, followed by Pleurevac 21 and Jackson-Pratt 12. Furthermore, significant alterations were observed in elimination needs, mobilization, skin integrity, safety, communication, and learning, including moderate drainage volumes, prolonged dwell times, risk of system obstruction, moderate pain, sleep disturbances, erythema at the insertion site, and deficiencies in patient education. These findings reflect unmet needs and non-standardized care, which increase the risk of postoperative complications. In conclusion, identifying these altered needs allowed for the development of an evidence-based nursing intervention guide, a fundamental tool for optimizing care, strengthening patient safety, and preventing complications associated with the use of surgical drains, thus contributing to improved quality of care and professional nursing practice.

Keywords: surgical drains; nursing care; postoperative complications; patient safety; Virginia Henderson.

INTRODUCCIÓN

Los drenajes quirúrgicos constituyen un recurso esencial en el manejo del paciente quirúrgico; sin embargo, a nivel global representan un desafío importante en la atención de salud. Esto se debe a que su uso conlleva riesgos significativos, como la posibilidad de contraer infecciones, el retraso en el proceso de recuperación y, en consecuencia, el aumento de la estancia hospitalaria; en el caso de Ecuador, los drenajes quirúrgicos como los Jackson-Pratt, Pleurevac o VAC, se encuentran en común en procedimientos postquirúrgicos en determinadas áreas como: cirugía general, oncología y traumatología, sin embargo, se registran brechas en la provisión de cuidados de enfermería estandarizados para prevenir las complicaciones en los pacientes que lo requieran (Ministerio de Salud Pública, 2020). Por lo tanto, la mejora en los cuidados de enfermería es necesaria para reducir el riesgo de estas complicaciones y avanzar en un proceso de recuperación seguro y eficaz.

El Hospital Abel Gilbert Pontón se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, como hospital de especialidades y establecimiento de referencia dentro de la red pública del MSP; debido a la complejidad de los casos quirúrgicos atendidos, se observó el uso constante de Jackson-Pratt, Pleurevac y terapia de presión negativa (VAC) en servicios quirúrgicos, hospitalización y áreas críticas. En este escenario, se justificó la aplicación sistemática del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para orientar intervenciones seguras, continuas y estandarizadas en el manejo de estos dispositivos, con énfasis preventivo.

El objetivo general de este estudio ha sido el de describir los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de complicaciones en los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC durante la hospitalización en el Hospital Abel Gilbert Pontón; a partir de este objetivo se orientó la identificación de necesidades alteradas y se justificó la guía de intervenciones de enfermería basada en criterios científicos y en el lenguaje estandarizado NANDA, NOC y NIC.

El marco teórico se articuló en función del conocimiento sobre las lesiones quirúrgicas, el drenaje, el tipo de drenaje, la indicación de drenaje, las

complicaciones relacionadas con el drenaje, enfatizándose la descripción de dispositivos como el Jackson-Pratt, el Pleurevac y el VAC; además, se utilizó el modelo de las necesidades de Virginia Henderson como base de valoración, lo que a su vez permitió identificar el cuidado a partir de necesidades de los pacientes.

La investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, un nivel descriptivo y transversal; la población estuvo conformada por pacientes hospitalizados con drenajes quirúrgicos y los datos se recolectaron mediante una observación directa con una guía de valoración fundamentada en Virginia Henderson, la cual fue validada por juicio de expertos y el procesamiento mediante una base inicial en Excel para el análisis en SPSS basado en estadística descriptiva.

Los resultados indicaron que sí existían alteraciones significativas en las necesidades de eliminación, movilización, integridad de la piel, seguridad, comunicación y aprendizaje; observándose volúmenes de drenaje moderados, estancias prolongadas de drenaje, riesgo de obstrucción del sistema de drenaje, dolor moderado, alteraciones en el sueño, eritema en la zona de inserción y deficiencias en la orientación hacia el paciente.

El fundamento de la necesidad de llevar a cabo este estudio se sustentó en que los hallazgos obtenidos reflejaban necesidades insatisfechas que aumentaban el riesgo de complicaciones postoperatorias; por esta razón, la alteración de necesidades imperiosas para la calidad del cuidado fue utilizada como base para diseñar una guía de intervenciones de enfermería como instrumento que aporta a fortalecer la seguridad del paciente y mejorar la calidad del cuidado. La continuidad de esto alineó con el enfoque de guías y lineamientos que condujeron a las prácticas que intentaron prevenir infecciones y/o eventos adversos relacionados con el acto quirúrgico.

El proyecto de investigación se dividió en capítulos: el Capítulo I señaló el problema, la formulación del problema y los objetivos; el Capítulo II desarrolló los antecedentes y las bases teóricas; el Capítulo III describió la metodología, la población, las técnicas y los instrumentos; el Capítulo IV presentó resultados y análisis; el Capítulo V el marco administrativo y el Capítulo VI el marco de conclusiones y recomendaciones.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los drenajes quirúrgicos son dispositivos colocados en el interior del cuerpo luego de un procedimiento operatorio para permitir la evacuación de fluidos tales como; sangre, exudado o linfa y prevenir la formación de acumulaciones que comprometan la cicatrización; se clasifican en sistemas cerrados de succión, pasivos y de presión negativa, según el tipo de herida y la cavidad intervenida. Su uso contribuye a mantener el contacto tisular, minimizar el espacio muerto y facilitar el monitoreo posquirúrgico; sin embargo, su empleo requiere técnica adecuada y vigilancia constante (Corpas et al., 2025).

A nivel mundial, la evidencia indica que la colocación de drenajes está asociada con variabilidad en las complicaciones postquirúrgicas: por ejemplo, en un estudio la incidencia de seroma fue de 5,1 % y de dehiscencia de herida de 1,4 % entre 218 pacientes con drenaje tras biopsia de ganglio linfático (Tottesetti et al., 2022).

Un estudio reciente encontró que el drenaje abdominal incrementa el riesgo de complicaciones en un 1,70 %, especialmente en pacientes sometidos a procedimientos gastrointestinales de alta complejidad, donde la colocación del drenaje no siempre reduce la incidencia de infecciones ni dehiscencias, sino que, en algunos casos, puede favorecer la contaminación bacteriana o el sangrado residual, este hallazgo sugiere que el uso de drenajes abdominales debe ser cuidadosamente valorado en función del tipo de cirugía, la técnica empleada y las condiciones del paciente (Bao et al., 2023).

Además, según lo explican Walter et al., (2022) en cirugías de columna tumoral se evidenció una mayor tasa de infecciones profundas y prolongación del tiempo de hospitalización cuando se emplearon drenajes postoperatorios. El estudio resalta que la permanencia prolongada del drenaje, el manejo inadecuado y la deficiente técnica aséptica aumentan el riesgo de colonización bacteriana, por tanto, la decisión de colocar un drenaje debe sustentarse en criterios clínicos bien definidos y acompañarse de una supervisión constante

por parte del personal de enfermería especializado.

Existen varias complicaciones relacionadas con el manejo postoperatorio, por ejemplo, en el Hospital General Enrique Garcés de Quito se documentó una prevalencia de infecciones del sitio quirúrgico del 37,9 % entre pacientes sometidos a cirugías de miembros inferiores, evidenciando que los factores asociados incluyen la deficiente técnica aséptica, la permanencia prolongada de dispositivos invasivos y la falta de vigilancia adecuada. Estos resultados subrayan la importancia de fortalecer las competencias del personal de enfermería en la prevención de infecciones postquirúrgicas (Vásconez y Nereida, 2022).

En los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se establece que el propósito principal de los tubos de drenaje es evacuar líquidos biológicos, como sangre o exudados, que pueden acumularse en la herida quirúrgica después de un procedimiento operatorio. Su retención prolongada favorece la proliferación bacteriana, la inflamación local y el retraso en la cicatrización, incrementando el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico y complicaciones postoperatorias. Por ello, el uso adecuado y la vigilancia continua del drenaje constituyen responsabilidades esenciales del profesional de enfermería (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Localmente, en el ámbito específico del Hospital Abel Gilbert Pontón, se observa la utilización rutinaria de drenajes quirúrgicos en procedimientos como mastectomías, toracotomías o reconstrucciones abdominales con disección extensa; sin embargo, no existen registros institucionales que documenten la frecuencia de complicaciones asociadas a su manejo. Esta falta de información limita la posibilidad de identificar patrones de riesgo y aplicar protocolos basados en evidencia. La normativa nacional enfatiza la necesidad de un control riguroso y continuo de los drenajes quirúrgicos para reducir infecciones y eventos adversos, responsabilidad directa del personal de enfermería (Ministerio de Salud Pública, 2020).

El rol del cuidado de enfermería es fundamental en la gestión de los drenajes quirúrgicos: comprende la verificación de la permeabilidad y fijación

del tubo, el registro del volumen y características del drenaje, la monitorización del punto de inserción y la detección de signos de complicación como infección, obstrucción o desplazamiento; además, el profesional de enfermería educa al paciente y familia sobre movilización, autocuidado y señales de alarma (Lalaleo, 2024).

Las complicaciones derivadas del uso de drenajes quirúrgicos reflejan deficiencias en la aplicación sistemática de los cuidados de enfermería, especialmente en el control de la permeabilidad del drenaje, la asepsia del sitio de inserción y el monitoreo del volumen drenado. Estas fallas prolongan la estancia hospitalaria y elevan el riesgo de infecciones nosocomiales, en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” se documentó que la infección del sitio quirúrgico constituye una de las complicaciones más frecuentes, con una incidencia del 2 al 5 % en pacientes intervenidos, asociada principalmente a fallas en la técnica aséptica, preparación preoperatoria inadecuada y cuidados postoperatorios deficientes (Llovera et al., 2021).

La falta de cumplimiento riguroso de los protocolos de control y cuidado del drenaje quirúrgico puede generar seromas, hematomas, infecciones o desplazamientos del tubo, afectando la evolución clínica del paciente. Estas situaciones evidencian la necesidad de reforzar el papel del profesional de enfermería en la prevención de complicaciones postoperatorias mediante la capacitación continua y la estandarización de procedimientos (Rodríguez et al., 2020).

A nivel institucional, no se han identificado investigaciones recientes que analicen de manera específica las complicaciones relacionadas con el uso de drenajes quirúrgicos ni la intervención de enfermería en su manejo dentro del Hospital Abel Gilbert Pontón. Esta carencia de evidencia científica local limita la posibilidad de diseñar estrategias basadas en datos reales y de fortalecer las competencias profesionales orientadas a la seguridad del paciente. Por tanto, la presente investigación busca aportar información científica que contribuya a mejorar la calidad del cuidado de enfermería en el contexto postquirúrgico y a establecer protocolos seguros para la prevención de complicaciones.

1.2. **Formulación del problema**

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos (Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC) atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón durante el periodo agosto–diciembre de 2025?

1.3. Justificación

A nivel mundial, las complicaciones postoperatorias; en especial la infección del sitio quirúrgico, se consideraron eventos relevantes por su impacto en morbilidad, seguridad del paciente y costos, razón por la cual se emitieron guías internacionales para su prevención en el periodo pre, intra y postoperatorio (Piñango et al., 2024).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública dispuso lineamientos técnicos para la prevención y control de la infección de sitio quirúrgico dentro del marco de las IAAS, lo que reforzó la necesidad de fortalecer prácticas seguras y estandarizadas en la atención quirúrgica (Ministerio de Salud Pública, 2020). En el contexto local, el Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón", por su capacidad instalada y volumen de atención quirúrgica, requirió evidencia aplicada que sustentara intervenciones de enfermería sistemáticas (PAE) para el manejo de dispositivos invasivos como drenajes, con el fin de disminuir riesgos prevenibles y homogenizar la calidad del cuidado.

El trabajo investigativo fue significativo porque el rol de la enfermería se consideró incisivo para la prevención de eventos adversos relacionados con el drenaje, dado que incluía verificar tanto la permeabilidad como la fijación, anotar el volumen y las características del drenaje, vigilar el lugar de la inserción, etc., detectar infección u obstrucción y enseñar al paciente, la familia sobre el autocuidado. Además, se evidenció que la presencia de factores asociados al manejo de los drenajes quirúrgicos se relaciona con un mayor riesgo de complicaciones, lo cual puede contribuir a la prolongación de la estancia hospitalaria, reforzando la necesidad de fortalecer los protocolos y promover la estandarización de los cuidados.

La pertinencia del estudio radica en que, a nivel institucional, no se encontraron investigaciones relacionadas con los cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones en pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC. Esta ausencia, evidenció la necesidad de desarrollar el presente estudio, con el fin de generar información

basada en evidencia científica y actualizada que sirva de base para orientar las intervenciones de enfermería, fortalecer las acciones preventivas y contribuir a la seguridad del paciente durante su hospitalización.

El principal aporte del trabajo se concretó en la elaboración de una guía que orientó las intervenciones de enfermería para el manejo de drenajes Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, apoyado en un modelo teórico reconocido que favoreció una atención holística, sistemática y centrada en la persona. También, se planteó formular diagnósticos e intervenciones con lenguaje estandarizado (NANDA) y entregar la guía al área de enfermería como contribución directa a la práctica asistencial.

Los beneficiarios directos del estudio fueron los pacientes hospitalizados portadores de drenajes quirúrgicos, quienes se favorecieron por una atención más segura y orientada a prevenir complicaciones; de manera indirecta, también se benefició el personal de enfermería al disponer de intervenciones fundamentadas en una valoración integral, fortaleciendo la calidad del cuidado institucional.

La factibilidad del estudio se sustentó en la autorización otorgada por el Hospital Abel Gilbert Pontón para la ejecución de la investigación. Asimismo, se contó con la disponibilidad y colaboración de los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos para la aplicación de la guía de valoración basada en el modelo de las necesidades de Virginia Henderson, lo que permitió la recolección de información de manera oportuna y adecuada para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Además, el proyecto contempló un marco administrativo con cronograma y presupuesto, lo que permitió organizar recursos y tiempos para su implementación.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, orientados a la prevención de complicaciones durante su hospitalización en el Hospital Abel Gilbert Pontón

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.
- Identificar intervenciones de enfermería basadas en las necesidades insatisfechas, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.
- Diseñar una guía de cuidados de intervenciones basada en evidencia científica para optimizar la atención y prevenir complicaciones según las necesidades de los pacientes.

1.4.3. Limitaciones

Para la ejecución de la investigación no se identificaron limitantes significativas para su desarrollo

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Título: Terapia de presión negativa (TPN) para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico después de cirugía abdominal: una revisión sistemática (Bastawisy et al., 2025).

Objetivo: evaluar la eficacia de la Terapia de presión negativa para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico.

Metodología: enfoque documental, analizaron 10 ensayos clínicos aleatorizados sobre el uso de la terapia de presión negativa aplicada a incisiones abdominales, evaluando su impacto en infecciones del sitio quirúrgico y complicaciones relacionadas con el manejo de exudados y drenajes.

Resultados: mostraron una disminución significativa de infecciones, seromas y dehiscencias en cirugías de alto riesgo, resaltando que el empleo de dispositivos de drenaje con presión controlada favorece la cicatrización y previene complicaciones cuando se selecciona adecuadamente a los pacientes.

Conclusión: la terapia de presión negativa es una intervención eficaz para reducir las Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) y mejorar los resultados postoperatorios en cirugías abdominales y gastrointestinales de alto riesgo.

Título: Drenajes quirúrgicos e infecciones nosocomiales en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2024 (García-Altamirano y Arroyo-Anglas, 2025).

Objetivo: analizar la relación entre el uso de drenajes y las infecciones hospitalarias en cirugías abdominales.

Metodología: un estudio transversal y retrospectivo con 177 pacientes.

Resultados: se obtuvo que el 55,4 % recibió drenaje, mostrando una frecuencia de infecciones del 98,9 % frente al 1,1 % sin drenaje, con mayor

riesgo de infecciones del sitio operatorio y bacteriemias.

Conclusión: la indicación estricta y el retiro oportuno de los drenajes reducen complicaciones y mejoran la seguridad asistencial.

Título: Plan de cuidados en el paciente portador de drenaje quirúrgico realizado en España, con autoras vinculadas al Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza y al Hospital Son Espases en Palma de Mallorca(Lahoz et al., 2025).

Objetivo: elaborar un plan de cuidados de enfermería adaptado para pacientes con drenaje quirúrgico tipo Redón.

Metodología: búsqueda bibliográfica y basaron la valoración en los patrones funcionales de salud de Virginia Henderson, aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Resultados: incluyeron diagnósticos como riesgo de infección de la herida, deterioro de movilidad, impotencia; junto con objetivos e intervenciones específicas (higiene, educación, prevención de tirones, control del exudado).

Conclusión: un plan estandarizado mejora la seguridad, autonomía y adaptación del paciente en el postoperatorio quirúrgico.

Título: Desarrollo de un protocolo de manejo de tubos de drenaje (drenaje Jackson-Pratt o Hemovac) en Corea del Sur (Choi et al., 2023).

Objetivo: crear un protocolo estandarizado para la gestión de tubos de drenaje tipo Jackson-Pratt o Hemovac que fortalezca las competencias básicas de los estudiantes de enfermería.

Metodología: realizaron el estudio durante agosto a diciembre de 2022, en cuatro etapas: encuesta preliminar, establecimiento de criterios, elaboración del protocolo y desarrollo de escenarios clínicos simulados.

Resultados: incluyeron la definición de un protocolo de 23 pasos con escala de evaluación (0-46 puntos), y la validación por expertos de contenido

Índice de Validez de Contenido (CVI) buen nivel.

Conclusión: es esencial un protocolo estándar para asegurar educación consistente, evaluación objetiva y cuidados de calidad en prácticas clínicas.

Título: Morbilidad y mortalidad del absceso hepático tratado mediante drenaje quirúrgico en pacientes del Hospital General de Acapulco (Sánchez, 2023).

Objetivo: determinar la morbiblidad y mortalidad de pacientes con diagnóstico de absceso hepático tratado mediante el drenaje quirúrgico.

Metodología: observacional, retrospectivo y transversal, incluyó 30 pacientes sometidos a drenaje quirúrgico entre enero y junio de 2023.

Resultados: solo un paciente presentó infección del sitio quirúrgico (3,3 %) y tres derrames pleurales (10 %), sin mortalidad.

Conclusión: el drenaje quirúrgico aplicado con técnica adecuada, mantiene baja morbilidad y favorece la recuperación en abscesos hepáticos.

Título: Cuidados de enfermería con los pacientes portadores del sistema de drenaje Pleur-Evac® realizado en el Hospital General de la Defensa de Zaragoza en España (Ferreira de Brito et al., 2022).

Objetivo: describir los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes con drenaje torácico tipo Pleur-Evac

Metodología: descriptivo, basado en revisión bibliográfica y análisis de protocolos hospitalarios.

Resultados: se ha evidenciado que el cuidado enfermero desempeña un papel determinante en la evolución del paciente portador del sistema de drenaje torácico Pleur-Evac. Se ha investigado la eficacia de las intervenciones aplicadas por el personal de enfermería en distintas unidades hospitalarias, destacando la importancia del monitoreo continuo del sistema, el mantenimiento de la permeabilidad del tubo, la observación sistemática del volumen, tipo y color del líquido drenado, y la utilización de apósitos estériles

adecuados.

Conclusión: una práctica estandarizada y el involucramiento activo de enfermería mejoran la seguridad del paciente, previniendo complicaciones como infecciones o derrames persistentes.

Título: Cuidados de enfermería en pacientes con sistema de vacío (VAC) publicación científica de una revista en España. (Bello Gil et al., 2022).

Objetivo: revisar los cuidados enfermeros implicados en pacientes portadores de terapia VAC.

Metodología: realizaron una revisión bibliográfica en bases como PubMed, Scielo y Google Académico, seleccionando literatura en inglés y castellano posterior al año 2000.

Resultados: enfatizan en la colocación adecuada del sistema, monitorización de la herida, sellado hermético, drenaje de exudado, y educación al paciente antes, durante y después de la aplicación.

Conclusión: una práctica estandarizada de enfermería mejora la cicatrización y reduce complicaciones asociadas al uso del VAC.

Título: Cuidados de Enfermería en el drenaje torácico. Pleur-evac (Salas Moreno et al., 2020).

Objetivo: describir los cuidados de enfermería necesarios para la correcta preparación, inserción, mantenimiento y retirada del sistema Pleur-evac en pacientes con drenaje torácico.

Metodología: revisión bibliográfica de protocolos, artículos y bases de datos como PubMed, Medline y Elsevier.

Resultados: destacan intervenciones clave como monitoreo continuo del sello hidráulico, volumen drenado, cuidados del punto de inserción, fijación del catéter y educación al paciente.

Conclusión: dichos cuidados estandarizados reducen el riesgo de

complicaciones, mejoran la seguridad y la calidad de vida mientras el paciente porta el drenaje.

Título: Eficacia del autocuidado del drenaje en los resultados de las pacientes con mastectomías en Egipto (Riad et al., 2021).

Objetivo: evaluar la efectividad del autocuidado en el manejo de drenajes tras mastectomía.

Metodología: diseño cuasiexperimental con 150 pacientes, divididos en grupo control y experimental, quienes recibieron educación y demostraciones sobre el cuidado del dren Jackson-Pratt.

Resultados: evidenciaron mejoras significativas en conocimiento, destrezas y autoeficacia del grupo intervención, además de una disminución en complicaciones como infecciones, obstrucciones y desplazamientos, subrayando el valor del acompañamiento enfermero para optimizar la seguridad y la recuperación postoperatoria.

Conclusión: la autogestión del cuidado del drenaje es clave para aumentar el conocimiento, la práctica y la autoeficacia de la paciente, lo que contribuye a reducir las complicaciones relacionadas con el drenaje

Título: Conocimientos y prácticas del personal de enfermería en el manejo de tubos y drenajes en el servicio de cirugía e intermedios del Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango (Vicente, 2020).

Objetivo: determinar los conocimientos y prácticas del personal en el cuidado de drenajes quirúrgicos.

Metodología: diseño cuantitativo, descriptivo y transversal con 50 enfermeras y auxiliares, aplicando un cuestionario validado.

Resultados: revelaron buen conocimiento general, pero debilidades en identificación de características, fijación y enumeración de drenajes.

Conclusión: las prácticas mostraron cumplimiento parcial de la técnica aséptica y registros, recomendando capacitación continua.

Título: Determinación de las prácticas de enfermería relacionadas con el cuidado de drenajes quirúrgicos realizado en España (Öztas et al., 2020).

Objetivo: Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería en el manejo y control de los drenajes quirúrgicos, así como identificar deficiencias que puedan influir en la aparición de complicaciones postoperatorias.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal realizado en un hospital universitario de Turquía, que incluyó 215 profesionales de enfermería. Se utilizó un cuestionario estructurado para medir el nivel de conocimiento, frecuencia de aplicación de cuidados, y cumplimiento de protocolos relacionados con el manejo de drenajes quirúrgicos.

Resultados: Los hallazgos evidenciaron que el 35,3 % de los enfermeros consideraba tener un conocimiento inadecuado sobre el manejo de drenajes y que existían deficiencias significativas en prácticas esenciales como la verificación de la permeabilidad, el registro del volumen drenado y el mantenimiento de la técnica aséptica. Estas limitaciones se asociaron con un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria.

Conclusión: El estudio concluyó que las deficiencias en el conocimiento y la práctica del personal de enfermería sobre el cuidado de drenajes quirúrgicos pueden generar complicaciones en el paciente, destacando la necesidad de fortalecer la formación continua y la implementación de protocolos estandarizados basados en evidencia para garantizar la seguridad y eficacia del cuidado postoperatorio.

2.1.2. Nacionales

Título: Intervenciones de enfermería en el cuidado de drenajes quirúrgicos realizado en Ambato-Ecuador (Lalaleo, 2024).

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre prácticas enfermeras dirigidas a prevenir complicaciones en pacientes portadores de drenajes.

Metodología: revisión sistemática bajo la metodología PRISMA, analizando 80 registros y seleccionando 15 artículos publicados entre 2021 y 2024.

Resultados: resaltaron que la vigilancia de permeabilidad, volumen y características del drenaje, así como el uso de apósitos antisépticos y una técnica aséptica, reducen colonización bacteriana e infecciones, favoreciendo la cicatrización y la recuperación del paciente.

Conclusión: el tratamiento de los drenajes quirúrgicos con un recubrimiento antiséptico después de la cirugía reduce significativamente la incidencia de colonización bacteriana y de infecciones.

Título: Abordaje de enfermería en las principales complicaciones de los drenajes quirúrgicos en pacientes con cirugías. Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, en Santa Elena, Ecuador (Pozo Moreno y Suárez González, 2019).

Objetivo: aplicar intervenciones de enfermería para disminuir complicaciones derivadas de drenajes en el servicio de cirugía.

Metodología: diseño mixto, descriptivo y transversal con 30 pacientes, aplicando observación, entrevista y planes de cuidados según NANDA.

Resultados: mostraron predominio de dren tubular, con sangrado (23 %) y riesgo de infección como complicaciones frecuentes.

Conclusión: los cuidados individualizados y técnica aséptica reducen complicaciones y fortalecen la autonomía profesional.

2.1.3. Local

A nivel local, no se han encontrado investigaciones previas que aborden de manera específica y detallada el tema objeto de estudio, lo que evidencia una clara limitación en la producción científica relacionada. Esta ausencia de antecedentes representa una oportunidad para contribuir con nuevos conocimientos a la práctica de enfermería, generando información útil que

pueda orientar futuras intervenciones clínicas y fortalecer el abordaje del cuidado en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

2.2. Bases teóricas

Complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos

2.2.1. Heridas quirúrgicas

Según Castillo Cermeño (2024), las heridas son la pérdida de la continuidad anatómica de la piel y de los tejidos subyacentes, que puede ser causada por un agente físico o químico, permitiendo una comunicación entre el ambiente y microorganismos. Estas pueden ser heridas quirúrgicas y traumáticas, en el caso de las heridas quirúrgicas, estas se producen de manera planificada durante procedimientos médicos, mientras que las traumáticas son causadas por accidentes o eventos inesperados. Ambas requieren una adecuada atención para evitar infecciones, favorecer la cicatrización, curación y prevenir complicaciones.

Tipo de heridas donde se coloca el drenaje

Heridas con gran disección de tejido blando y formación de espacios muertos

En intervenciones que implican disección extensa de planos tisulares se crea un espacio sin tejido de sostén (“dead space”); ese espacio favorece la acumulación de líquido, lo cual puede retrasar la cicatrización o propiciar infección. Los drenajes quirúrgicos se sitúan precisamente para evacuar ese fluido y facilitar el colapso de dicho espacio; así se mejora la aproximación de tejidos y el proceso de curación. Bhattacharjee et al., (2020) señalan que la selección del tipo y material del drenaje debe adaptarse a la magnitud del espacio creado.

Los procedimientos de reconstrucción, como colgajos o expandidos, suelen dejar grandes espacios muertos; por ello la colocación de drenaje cierra la brecha entre tejidos y evita seroma o hematoma. La revisión sistemática realizada por Scomacao et al. (2020) sobre reconstrucción mamaria confirma

que la literatura no dispone de guías uniformes sobre cuándo retirar el drenaje; ese vaciamiento del espacio muerto continúa siendo una razón clave para su uso.

Sin embargo, se debe valorar que no toda disección extensa requiere drenaje automático; la evidencia varía según procedimiento y paciente; por ejemplo, la revisión en cirugía vascular revela hallazgos mixtos sobre el beneficio del drenaje rutinario. Kamal et al. (2025) concluyen que el uso del drenaje no puede recomendarse de forma universal sino de acuerdo con los factores de riesgo individuales.

Cirugías en cavidades corporales (abdominal, torácica, pélvica) con potencial de hemorragia o exudado importante

En cirugías que involucran cavidades corporales amplias, como laparotomías, toracotomías o pélvicas mayores, el drenaje permite evacuar sangre residual, linfa o exudado que de otro modo ocuparía el espacio generado durante la cirugía; este drenaje reduce el riesgo de hemoperitoneo, fístula o infección del sitio. Según Bhattacharjee et al., (2020), la evolución de la tecnología y materiales de drenaje refleja los variados escenarios quirúrgicos en los que se emplean.

Por ejemplo, en abdomen mayor la evacuación de líquido evita la presión intraabdominal aumentada o la formación de abscesos; estudios recientes señalan que los drenajes intraabdominales profilácticos pueden no siempre ser beneficiosos y, en algunos contextos, podrían ser incluso perjudiciales (Bakos y Kutka, 2022).

La intervención torácica también suele implicar tubos de drenaje para evacuar aire o líquido del espacio pleural; aunque gran parte de su uso es estándar, la misma regla aplica: la presencia de cavidad forma un criterio para considerar el drenaje, siempre evaluando riesgos y beneficios en cada paciente (Val et al., 2023).

Heridas donde el tejido ha sido movilizado o separado (por ejemplo, tras abdominoplastia, mastectomía, liposucción)

Cuando se moviliza tejido cutáneo y subcutáneo, o se elevan colgajos, se genera un espacio entre las superficies que puede llenarse de líquido seroso o linfático; ese riesgo justifica el uso de drenaje. La revisión de De Rooij et al. (2021) sobre seroma tras mastectomía describe cómo el cierre del espacio muerto mediante fijación de colgajo puede incluso permitir omitir el drenaje en algunos casos.

En particular, en reconstrucción mamaria con colgajo o implante, la presencia del "dead space" es alto y la literatura sistemática (Scomacao et al., 2020) describe que aunque el drenaje se utiliza habitualmente, las recomendaciones sobre su retirada permanecen heterogéneas.

Para procedimientos cosméticos como abdominoplastia o liposucción, donde el espacio entre los tejidos remanentes es significativo, el drenaje ayuda a evitar seromas y facilita el contacto tisular; pese a ello, estudios recientes también exploran técnicas sin drenaje, lo que implica que esta indicación debe evaluarse según contexto clínico.

2.2.2. Drenaje

Los drenajes quirúrgicos representan instrumentos colocados en tejidos o cavidades corporales tras una intervención con objeto de evacuar líquidos acumulados como sangre, exudado inflamatorio o linfa; esa función evita formación de hematomas o seromas, preserva contacto tisular adecuado y facilita el proceso natural de cicatrización. Un drenaje cerrado activo usa succión negativa para generar presión que aspire fluidos desde la herida hacia un reservorio sellado; ese mecanismo protege contra contaminaciones externas, reduce espacios muertos y mejora recuperación quirúrgica porque mantiene ambiente controlado alrededor del campo operatorio (Ramesh y Evans, Suction Drains, 2025).

Según Arellano y Valdivia (2020), es un dispositivo, por lo general en forma de tubo, conectado a un recipiente cerrado con presión negativa que se tiene como finalidad la eliminación de líquido seroso, hemático, purulento o gaseoso de una herida, cavidad corporal o área infectada, además ayuda a disminuir el dolor postoperatorio, ya que existe mucha menos tensión en el

área, esto facilita lo que es la cicatrización de la herida.

En una revisión sistemática reciente Kamal et al. (2025) describen los drenajes quirúrgicos como dispositivos utilizados en procedimientos vasculares para gestionar exceso de líquido postoperatorio, prevenir complicaciones como hematomas y evaluar su efecto en la longitud de la estancia hospitalaria y la curación de heridas; ese estudio sugiere que el uso de drenajes depende del riesgo quirúrgico, tipo de cirugía y condiciones específicas del paciente.

La elección de colocar un drenaje depende de diversos factores clínicos: tipo de cirugía o lesión traumática, cantidad esperada de secreción postoperatoria, localización anatómica de la herida y riesgo de infección o hemorragia. Sin embargo, su uso implica una serie de cuidados específicos por parte del personal de enfermería, ya que un manejo inadecuado puede revertir sus beneficios y generar complicaciones.

2.2.3. Tipos de drenaje

Según Alvarenga Benítez et al. (2021), los tipos de drenes se clasifican de acuerdo con su mecanismo: Drenaje pasivo: el fluido sale al exterior por capilaridad o gravedad. Drenan colecciones localizadas pequeñas, comunicando la cavidad con la superficie cutánea. Son los drenajes: de Penrose, de Kher tubo en T, de gasa, de tela o silastic, sondas vesicales, sondas nasogástricas. Drenaje activo: evacua colecciones rápidamente y de forma eficaz, en cavidades o sobre planos de disección. Son rígidos de silicona o polivinilo, conectados a una succión negativa: tipo Redón, Jackson Pratt, Torácico: Pleurevac, Hemovac y VAC.

Dentro de nuestro campo de investigación nos enfocaremos en los siguientes drenes debido a que son los más utilizados:

- **Drenajes cerrados de succión (closed suction drains)**: sistema que usa presión negativa para extraer líquidos del sitio quirúrgico hacia un reservorio sellado; ejemplos conocidos incluyen Jackson-Pratt, Blake y Hemovac, útiles en cirugías de gran tamaño o cuando se espera acumulación considerable de exudado para evitar acumulaciones de

líquido, hematomas o seromas (Ramesh y Evans, Suction Drains, 2025).

- **Drenajes pasivos (passive/open drains)**: tubos o dispositivos abiertos que permiten el drenaje por gravedad, acción capilar u otros gradientes de presión naturales; los Penrose y similares caen en esta categoría, ideales para drenajes superficiales o en heridas con escaso exudado (Ramesh y Evans, Suction Drains, 2025).

- Drenaje de Jackson- Pratt: Según Mendoza y Rodríguez (2024), es un dispositivo médico utilizado para descargar líquido, como la sangre o los líquidos corporales, heridas específicas o heridas especiales después de la cirugía o ciertos procedimientos médicos. El sistema de drenaje consiste en una tubería flexible conectada a un reservorio de succión.

- Drenaje Pleur-evac: es un sistema de drenaje torácico rígido conectado a un dispositivo de succión que se usa para evacuar aire, sangre o líquidos de la cavidad pleural, facilitando la reexpansión pulmonar después de cirugías o lesiones en el tórax.

- Terapia VAC: es una técnica de drenaje activo que utiliza presión negativa controlada para promover la cicatrización de heridas complejas mediante la extracción continua de exudados y la estimulación del tejido sano (Lalaleo Cuji 2024).

2.2.4. Indicaciones de los drenajes

El uso de drenajes es fundamental en diversas situaciones clínicas. En casos de abscesos, permiten evacuar pus y otros líquidos, evitando un cierre falso de la herida e impidiendo reinfecciones, favoreciendo así la cicatrización por segunda intención. En lesiones traumáticas, se colocan para drenar el exceso de líquido extravasado, ayudando a controlar la inflamación y prevenir complicaciones.

Como profilaxis en una cirugía general es preciso colocar un drenaje ya que conlleva siempre riesgos de fuga o hemorragias. Tras cirugías radicales,

como grandes resecciones, se pierde en exceso líquido linfático y sangre que no deben acumularse y por ello la necesidad de colocar un sistema de drenaje, su colocación es clave para reducir riesgos postoperatorios y favorecer la recuperación del paciente (Alvarenga et al., 2021).

2.2.5. Complicaciones

Según Gallardo et al., (2025), en su estudio menciona que toda intervención quirúrgica conlleva el riesgo de presentar diversas complicaciones, y el uso del drenaje, al ser un dispositivo invasivo, representa una vía abierta para la entrada de infecciones, dificultando así la recuperación rápida del paciente. Las complicaciones más comunes incluyen: infecciones, obstrucciones, dolor, problemas al retirarlo por el tiempo prolongado de uso, e incluso la extracción accidental del dren debido a movimientos bruscos del paciente.

- Las infecciones son una de las complicaciones más frecuentes y graves, la inserción y permanencia de un drenaje puede facilitar la colonización bacteriana, aumentando el riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico o en la cavidad drenada.
- La obstrucción o mal funcionamiento del drenaje, puede ocurrir por coágulos, tejido o mala posición, lo que impide la evacuación adecuada del líquido o aire.
- La presencia del drenaje puede lesionar vasos sanguíneos o favorecer sangrados, especialmente en drenajes torácicos o abdominales, lo que puede requerir manejo urgente.
- La manipulación inadecuada puede causar daño en tejidos adyacentes o incluso la ruptura del drenaje, quedando fragmentos dentro de la cavidad, lo que complica la extracción y puede requerir intervención quirúrgica adicional.

2.2.6. Clasificación de complicaciones

Complicaciones locales: infección del sitio, hematomas, seromas, obstrucción, desplazamiento

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) consiste en la invasión de

microorganismos en la herida, su tejido subcutáneo o profundidad, con signos clínicos como enrojecimiento, dolor, secreción purulenta o aumento de temperatura local y puede manifestarse dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía; la presencia de drenajes puede aumentar este riesgo, especialmente si existe permanencia prolongada, múltiples drenajes o manipulación frecuente (Nieto et al., 2024).

El hematoma se define como acumulación de sangre fuera de los vasos sanguíneos normales, dentro del tejido quirúrgico o adyacente a la herida, que produce una masa visible o palpable, dolor, y puede comprimir estructuras cercanas; esos hematomas requieren, en ocasiones, drenaje quirúrgico para evitar infección, retraso en la cicatrización o rechazo del tejido (Benítez et al., 2022).

El seroma implica acumulación de líquido seroso o linfático dentro de una cavidad quirúrgica residual, sin presencia de sangre fresca, que se materializa como hinchazón suave, fluctuante, con posibles molestias locales y riesgo de infección si no se drena o se controla oportunamente (Santos et al., 2024).

La obstrucción del drenaje corresponde a bloqueo del tubo o catéter, ya sea por coágulos, fibrina, ángulos agudos, o compresión externa, que impide el flujo adecuado de líquidos acumulados, favorece acumulaciones, aumenta presión local y puede conducir a complicaciones locales como infección o formación de abscesos (Lalaleo, 2024).

El desplazamiento del drenaje ocurre cuando el dispositivo se mueve de su posición prevista, sea por tracción accidental, mala fijación, movimientos del paciente o tensión del material de drenaje; ese movimiento puede abrir espacios, permitir filtraciones, provocar irritación, alterar la eficacia del drenaje y aumentar riesgo de infección local (Lalaleo, 2024).

Complicaciones sistémicas: bacteriemia, sepsis, retraso en cicatrización

La bacteriemia define la presencia de bacterias viables en sangre,

habitualmente detectada mediante hemocultivos, que puede derivar de infecciones locales no controladas en el sitio de drenaje; esa diseminación puede ocasionar síntomas generales como fiebre, escalofríos, alteraciones hemodinámicas y demanda terapéutica antimicrobiana más agresiva (Peña, 2024).

La sepsis se caracteriza como respuesta inflamatoria sistémica desregulada frente a una infección, que puede progresar a disfunción orgánica; los drenajes contaminados o la infección local no tratada pueden desencadenar sepsis si la barrera de los tejidos es sobrepasada o si existe compromiso inmunológico del paciente (Gutiérrez et al., 2023).

El retraso en la cicatrización corresponde a lentitud o interrupción del proceso reparativo normal de la herida, secundaria a factores locales (infección, acumulaciones de exudado o seroma, presión persistente) o sistémicos (malnutrición, comorbilidades); los drenajes mal gestionados pueden perpetuar humedad excesiva, necrosis microscópica o contaminación crónica que retrasan la unión de bordes, formación de tejido de granulación y epitelización (Bravo et al., 2021).

2.2.7. Factores de riesgo asociados

Relacionados con el paciente (edad, comorbilidades, estado nutricional)

La edad avanzada constituye factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones postoperatorias, especialmente infecciones del sitio quirúrgico, debido a que reduce la respuesta inmune, enlentece la cicatrización y aumenta la presencia de enfermedades crónicas (Asmamaw et al., 2023).

Las comorbilidades como diabetes mellitus u obesidad aumentan notablemente la probabilidad de complicaciones asociadas a drenajes quirúrgicos ya que alteran la perfusión tisular, favorecen hiperglucemia, generan estrés oxidativo y disminuyen reparación de tejidos; una revisión sistemática en cirugía de hernia indica que obesidad y hábito de fumar fueron

factores modificables asociados a infecciones del sitio quirúrgico (Wilson y Farooque, 2023).

El estado nutricional pobre, evaluado mediante baja albúmina sérica o pérdida de peso significativa previa, aparece en varios estudios como predictor de infección, retraso de cicatrización y menor tolerancia al estrés quirúrgico; en estudio en cirugía plástica se observó que la concentración de albúmina se asoció a mayor incidencia de infección del sitio quirúrgico cuando los drenajes permanecían más tiempo (Lee et al., 2023).

Relacionados con el procedimiento quirúrgico (tipo de cirugía, duración, técnica)

El tipo de cirugía influye en riesgos: procedimientos extensos como cirugía plástica con disección de tejidos múltiples o creación de espacios muertos elevados incrementan probabilidad de infecciones asociadas al drenaje; en estudio retrospectivo en cirugía plástica se encontró mayor incidencia de infección cuando se usaron drenajes cerrados después de cirugías extensas (Lee et al., 2023).

La prolongación del tiempo operatorio incrementa la exposición del tejido a contaminantes ambientales, agrava el estrés inflamatorio y favorece el sangrado persistente. Además, una investigación realizada en el campo de cirugía general demostró que, a mayor duración quirúrgica, mayor es el riesgo de desarrollar una infección del sitio quirúrgico (Asmamaw et al., 2023).

La técnica quirúrgica, incluyendo manipulación tisular delicada, uso de técnica aséptica correcta y manejo óptimo del espacio quirúrgico, determina la carga microbiana residual, la hemorragia intraoperatoria y la necesidad de drenaje; el inadecuado manejo puede predisponer a hematomas y seromas que complican la recuperación (Lee et al., 2023)

Relacionados con el manejo del drenaje (tiempo de permanencia, manipulación, higiene)

El tiempo de permanencia del drenaje aparece como factor de riesgo claro: mayor duración en sitio se asocia con probabilidad elevada de infección

profunda; una investigación en cirugía de columna evidenció que retener drenajes más de 5-6 días incrementaba significativamente riesgo de infección del sitio quirúrgico (asociado con cirugía para enfermedad degenerativa espinal) (Luque et al., 2025).

La manipulación frecuente o apertura innecesaria del drenaje favorece contaminación exógena del trayecto del catéter o del tubo, aumenta probabilidad de migración bacteriana hacia la herida; en un artículo en cirugía plástica reporta que remoción tardía del drenaje cerrado (cerrado) después de 6 días correlacionó con mayor incidencia de infección del sitio (Lee et al., 2023).

La higiene del sitio de inserción, del vestido del drenaje, y del procedimiento de limpieza del tubo o bulbo constituyen barrera esencial contra infección; déficit en estas prácticas, observadas en varios entornos clínicos, agravan riesgo de infecciones locales asociadas al drenaje quirúrgico (Lee et al., 2023).

2.2.8. Colocación del drenaje

1) Drenaje cerrado de succión (Jackson-Pratt / Hemovac)

Objetivo y principios

Indicado para evacuar colecciones y colapsar “dead space” en cirugía de tejidos blandos; permite monitorizar volumen y características del efluente; reduce seromas y hematomas cuando está bien indicado. La inserción suele realizarse por contraincisión a centímetros de la herida, dejando los orificios perforados intratisulares y fijando a piel; se conecta a reservorio comprimido para crear succión negativa (Ramesh et al., 2025).

Pasos esenciales de colocación (equipo quirúrgico) y verificación (enfermería)

1. Preparación estéril del campo; elección del calibre y trayecto de salida independiente.

2. Pequeña punción cutánea; paso del tubo con trocar o pinza; posicionar

segmento fenestrado en el plano diana.

3. Fijar a piel con sutura; conectar a bulbo/evacuador; comprimir el reservorio y cerrar válvula para activar presión negativa.

4. Verificar ausencia de acodamientos y estanqueidad; rotular y documentar (Ramesh et al., 2025).

Frecuencia de vaciado:

Debe vaciarse cada 4 a 8 horas, o cuando el bulbo esté entre 1/2 y 2/3 lleno.

Cuidados inmediatos tras colocación

- Mantener circuito permeable y sin acodaduras; vaciar y medir a intervalos programados; registrar volumen, color y viscosidad; "stripping" del tubo si hay coágulos según protocolo; vigilar piel y sitio de salida por signos de infección o filtración; plan de retiro basado en tendencia de caudal y estado clínico (Salinas, 2020).

2) Drenaje torácico conectado a sistema Pleur-evac

Objetivo y principios

Indicado para evacuar aire o líquido del espacio pleural en neumotórax, hemotórax, empiema o postoperatorio torácico; se privilegian tubos de pequeño calibre cuando es factible por menor dolor; conexión a sello de agua y, si se indica, succión controlada; monitorización continua del sistema (Subedi et al., 2023).

Pasos esenciales de colocación

1. Analgesia/sedación; antisepsia amplia; incisión en punto seguro; disección roma e ingreso pleural.

2. Introducir el tubo orientado a ápice (aire) o base (líquido); fijar a piel con sutura y apósito estéril.

3. Conectar de inmediato al sello de agua del Pleur-evac; si corresponde, ajustar succión.

4. Verificar burbujeo/oscilación, niveles de agua y ausencia de fugas; asegurar fijación y registrar (Merkle et al., 2025).

Cuidados inmediatos tras colocación

- Vigilar dolor y ventilación; comprobar sello hídrico, oscilación, burbujeo persistente; medir y documentar volumen y tipo de drenaje; mantener el sistema por debajo del tórax; coordinar criterios de retiro con equipo; considerar dispositivos digitales cuando estén disponibles por beneficios en duración y toma de decisiones (Merkle et al., 2025).

Frecuencia de vaciado

- Este sistema generalmente es cerrado y con sello de agua, por lo que no se vacía de forma rutinaria, sino cuando el recipiente está próximo a llenarse o según indicación médica o de enfermería.

- Se debe registrar el volumen y las características del drenaje cada turno (cada 8 horas).

3) Terapia de Presión Negativa en heridas (VAC)

Objetivo y principios

Favorece macro/microdeformación tisular, reducción de edema, control de biocarga y estímulo de angiogénesis; se aplica en heridas agudas, dehiscentes, traumáticas o incisiones seleccionadas; requiere sello hermético y presión prescrita estable (Zaver y Kankanalu, 2023).

Pasos esenciales de aplicación

1. Preparar la herida: desbridada, hemostática y limpia.

2. Cortar espuma al tamaño y colocarla sin invadir piel sana.

3. Cubrir con film transparente creando sello estanco.

4. Conectar puerto/tubo al equipo y programar presión indicada (p. ej., −75 a −125 mmHg continuo/intermitente según protocolo y localización).

5. Verificar succión efectiva y alarmas; educar sobre inmovilización de líneas (Zaver y Kankanalu, 2023).

Frecuencia de vaciado

El sistema no se vacía manualmente, ya que el canister o depósito se cambia cuando se llena (aproximadamente cuando alcanza 300–500 ml, según el modelo).

Cuidados inmediatos y recambios

- Comprobar integridad del sello y volumen de exudado; evaluar dolor, sangrado y piel perilesional; cambiar apósito cada 48–72 h o antes si hay fuga/contaminación; ajustar parámetros según respuesta de la herida y estado del paciente (Zaver y Kankanalu, 2023).

2.2.9. Manejo de los drenajes

Principios generales de manejo

Asepsia estricta y fijación segura; inspección del trayecto y del punto de salida; evitar acodaduras; mantener el recolector por debajo del sitio de inserción; registro horario del volumen, color y viscosidad del efluente; balance hídrico y dolor (Ramesh y Evans, 2025).

- **Prevención de complicaciones**: vigilar signos de infección, obstrucción, tracción accidental, fuga de aire/líquido; actuar con protocolos de desobstrucción solo si están indicados por el servicio tratante; documentar cualquier intervención (Ramesh y Evans, 2025).

- **Criterios de retiro**: tendencia decreciente y baja del caudal, ausencia de signos de alarma, evolución clínica favorable y decisión del equipo; el uso y duración deben individualizarse según procedimiento y riesgo de seroma/hematoma (Ramesh y Evans, 2025).

1) Drenaje cerrado de succión (Jackson-Pratt / Hemovac)

Controles de enfermería

- Verificar permeabilidad y sellado del sistema; revisar suturas y apósito; mantener el reservorio comprimido para succión activa; vaciar y medir en horarios fijos; cambiar el recolector según protocolo; educar al paciente sobre movilización segura (Ramesh y Evans, 2025).
- Si el procedimiento presenta alto riesgo de seroma (p. ej., colgajos/mastectomía), monitorizar más de cerca el caudal en las primeras 24–72 h; considerar que en ciertos escenarios dos drenajes reducen seroma frente a uno (Fairhurst et al., 2023).

Alarmas y acciones

- No succiona o se reexpande el bulbo: revisar sellos/conexiones; recomprimir; evaluar acodaduras u obstrucción; notificar si persiste.
- Efluente con coágulos/viscoso: informar al equipo; no "ordeñar/stripping" sin orden; riesgo de presión retrógrada y lesión tisular (Ramesh y Evans, 2025).

Criterios orientativos de retiro

- Descenso sostenido del caudal y herida sin signos de colección; balance riesgo/beneficio de mantener el drenaje; en cirugía de mama, la literatura muestra variabilidad de umbrales y tiempos, por lo que debe individualizarse (Ramesh y Evans, 2025).

2) Drenaje torácico conectado a Pleur-evac

Controles de enfermería

- Mantener el sistema por debajo del nivel torácico; comprobar sello de agua, oscilación y burbujeo; verificar la columna de succión si está indicada; medir y registrar el volumen/aire drenado; cuidado del punto de inserción y dolor (Roberts et al., 2023).

- Preferir calibres pequeños cuando sea clínicamente posible por menor dolor; asegurar fijación para evitar salidas accidentales; considerar sistemas digitales si el servicio los emplea, por apoyo a la toma de decisiones y posible menor estancia (Subedi et al., 2023).

Alarmas y acciones

- Fuga aérea persistente o burbujeo continuo: revisar conexiones y apósito; reportar; seguir algoritmo institucional (Roberts et al., 2023).
- Ausencia de oscilación con clínica compatible: sospechar obstrucción/decúbito; evaluar acodaduras y posición; notificar (Roberts et al., 2023).

Criterios orientativos de retiro (médico)

- Resolución clínica/radiológica; efluente bajo y no purulento; ausencia de fuga significativa; posibilidad de pasar a sello de agua previo al retiro según práctica del servicio (Roberts et al., 2023).

3) Terapia de Presión Negativa (VAC)

Controles de enfermería

- Preparación de la herida: hemostasia, limpieza y desbridamiento según indicación; espuma cortada a medida sin invadir piel sana; film transparente para sello hermético; conectar al equipo y ajustar presión prescrita (rangos frecuentes −75 a −125 mmHg, continuo o intermitente según localización) (Zaver y Kankanalu, 2023).
- Monitoreo: integridad del sello, nivel de exudado, dolor y piel perilesional; cambios cada 48–72 h o antes si hay fuga/contaminación; educación sobre alarmas, movilidad y protección del circuito (Zaver y Kankanalu, 2023).

Cuidado enfermero

2.2.10. Evolución histórica del rol enfermero en el postoperatorio

Las intervenciones de enfermería en el postoperatorio constituyen un conjunto organizado de acciones destinadas a preservar la integridad física y emocional de la persona intervenida; su desarrollo histórico revela un tránsito desde funciones subordinadas hacia un ejercicio profesional autónomo, orientado a la prevención de riesgos y al acompañamiento terapéutico que sustenta la recuperación segura del paciente quirúrgico (Martinez et al., 2024).

El rol enfermero en la etapa posterior a la cirugía se define como la responsabilidad de evaluar de manera continua el estado clínico, identificar complicaciones tempranas y aplicar intervenciones oportunas; su evolución incorpora el uso de protocolos basados en evidencia que integran vigilancia, manejo del dolor, control del drenaje y educación, consolidando la figura de la enfermería como garante de seguridad (Hashem et al., 2025).

La conceptualización contemporánea de la enfermería postoperatoria señala que el profesional actúa como agente que une ciencia y cuidado humano; esta función comprende observación sistemática, documentación rigurosa y toma de decisiones centradas en la persona, asegurando que la vigilancia de drenajes quirúrgicos y el confort físico se ejecuten con la misma importancia que la preservación de la dignidad (Dinis-Teixeira et al., 2025).

El cuidado postoperatorio comprende intervenciones que promueven estabilidad fisiológica, favorecen la cicatrización y facilitan la movilidad progresiva; tales acciones exigen destrezas clínicas, comunicación terapéutica y compromiso ético, características que emergieron a medida que la enfermería amplió sus competencias y asumió liderazgo en la organización del trabajo perioperatorio (Cenacchi et al., 2025).

2.2.11. Principios del cuidado humanizado y seguridad del paciente

El cuidado humanizado en el postoperatorio se define como la atención que reconoce a cada persona como un ser con necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales; este enfoque exige respeto por valores y preferencias,

generando un clima de confianza que optimiza la recuperación y reduce el impacto de posibles complicaciones (Georgantes et al., 2024).

La seguridad del paciente en contextos quirúrgicos comprende la aplicación de medidas basadas en evidencia que previenen daños y promueven resultados favorables; tales medidas abarcan el control estricto de infecciones, el seguimiento de dispositivos como drenajes y la comunicación clara entre profesionales, elementos que constituyen pilares inseparables de un cuidado ético y humano (Martinez et al., 2024).

Los principios de un cuidado humanizado implican la presencia activa de la enfermería, la información honesta sobre el proceso de recuperación y la sensibilidad para reconocer emociones asociadas al dolor o la ansiedad; estas acciones fortalecen la seguridad clínica porque favorecen que el paciente exprese molestias y colabore en la vigilancia de su propio estado (Reyes et al., 2024).

La conjunción entre seguridad y humanización requiere competencias en observación, prevención y comunicación; la enfermería postoperatoria adopta estrategias que incluyen la revisión minuciosa de drenajes, la verificación del confort, el respeto por la intimidad y la enseñanza de autocuidados, acciones que sostienen la confianza del paciente y disminuyen la aparición de eventos adversos (Hashem et al., 2025).

El marco conceptual contemporáneo entiende que los cuidados humanizados y la seguridad del paciente conforman un binomio esencial; ambos integran aspectos técnicos y relacionales que orientan a la enfermería hacia prácticas seguras, empáticas y fundamentadas, asegurando que el manejo de drenajes quirúrgicos se realice con destreza, respeto y protección constante (Allande-Cussó et al., 2025).

2.2.12. Cuidado enfermero general en el postoperatorio

Higiene y confort

La higiene postoperatoria define el conjunto de prácticas destinadas a mantener la limpieza corporal, preservar la piel, prevenir irritaciones y

promover el confort físico; esas prácticas incluyen baños asistidos con productos neutros, cambio frecuente de ropa de cama, cuidado de la zona quirúrgica, control del olor y uso de posiciones que eviten presión sobre incisiones, lo cual aporta seguridad al paciente, mejora su autoestima y favorece recuperación temprana sin complicaciones derivadas del deterioro cutáneo o incomodidades (Miao, 2022).

Monitorización de signos vitales y dolor

La monitorización de signos vitales y dolor consiste en observar sistemáticamente la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno y nivel de dolor usando escalas validadas; esa vigilancia permite detectar precozmente alteraciones hemodinámicas, fiebre, o signos de infección, y ajustar intervenciones de enfermería como analgesia, oxigenoterapia o derivar órdenes médicas, garantizando bienestar, minimizando sufrimiento y protegiendo la integridad funcional del paciente postquirúrgico (Haahr et al., 2022).

Prevención de infecciones

La prevención de infecciones implica aplicar medidas basadas en evidencia destinadas a impedir la colonización o invasión microbiana; esas medidas comprenden higiene de manos estricta, uso adecuado de guantes y mascarillas, cuidado aséptico del sitio quirúrgico, cambio de apósitos según protocolo, limpieza ambiental y educación al paciente sobre signos de infección, contribuyendo a reducir infecciones nosocomiales, reducir estancia hospitalaria y preservar la seguridad del paciente (Hashem et al., 2025).

2.2.13. Intervenciones de enfermería en el manejo de los drenes

El personal de enfermería debe tener conocimiento de los sistemas de drenajes ya que es responsable directo de cuidar y vigilar el correcto funcionamiento y las posibles complicaciones, deben usar cuidados basados en protocolos, asegurando la integridad del sistema de drenaje, higiene del sitio, control de signos de alarma, y una comunicación efectiva con el equipo de salud.

Según Alvarenga Benítez et al. (2021), los cuidados generales que realiza el personal de enfermería en pacientes portadores de un sistema de drenaje son:

- Verificar la permeabilidad de todo el sistema y que el circuito no presente acodaduras.
- Mantener el drenaje correctamente en su sitio y cambiar el recolector según orden médica.
- Limpieza y desinfección de la zona de inserción de drenaje, revisar periódicamente para detectar la salida del drenaje, vaciar el líquido drenado y registrar el volumen de líquido drenado, por turno, necesidad o según orden médica. Además, se debe valorar el color, olor y consistencia del contenido.
- Observar la piel circundante al punto de inserción del drenaje para detectar signos de infección.
- Registrar todas las intervenciones realizadas con fecha, hora, características del líquido, permeabilidad, estado de la piel circundante y firma del profesional.
- Para la instalación de las conexiones, y a la hora de movilizar o retirar el reservorio para su medición se debe realizar de forma estéril, con un adecuado lavado de manos previo y uso de guantes estériles.
- Para permeabilizar un sistema con sospecha de obstrucción, realizar la maniobra con técnica aséptica para evitar una contaminación secundaria.
- Monitorear signos que indiquen infección, sangrado, documentar aspectos del sistema de drenaje.

Tabla 1

Intervenciones NIC aplicables al manejo de drenajes quirúrgicos

Código NIC	**Nombre de la Intervención**	**Definición**
6540	**Control de infecciones**	Educación para minimizar o eliminar el

		contagio y la transmisión de agentes infecciosos.
1870	**Cuidados del drenaje**	Actuación ante un paciente con dispositivo de drenaje externo en el cuerpo
1872	**Cuidados del drenaje torácico**	Actuación ante un paciente con un dispositivo externo de drenaje torácico
3660	**Cuidados de heridas**	Prevención de complicaciones y favorecimiento de la curación de las heridas
3662	**Cuidados de las heridas: drenaje cerrado**	Mantenimiento de un sistema de drenaje presurizado en una herida
5606	**Enseñanza: individual**	Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.
3590	**Vigilancia de la piel**	Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.
6550	**Protección contra las infecciones**	Prevención y detección precoces de la infección en personas de riesgo.

1800	**Ayuda con el autocuidado**	Ayuda a otra persona para que realice las actividades de la vida diaria.

Nota. Información obtenida de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

2.2.14. Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones del drenaje quirúrgico

Las intervenciones de enfermería en pacientes con drenajes quirúrgicos constituyen un eje fundamental de la seguridad y calidad asistencial, dado que la permanencia de estos dispositivos supone un riesgo potencial de infección, obstrucción, desplazamiento y complicaciones sistémicas. La literatura reciente subraya que la estandarización de protocolos y la aplicación rigurosa de la técnica aséptica reducen de manera significativa las complicaciones postoperatorias, fortaleciendo el proceso de recuperación y el pronóstico clínico (Choi et al., 2023).

En el caso de los drenajes de succión cerrada, como Jackson-Pratt y Hemovac, el rol de enfermería incluye la verificación de la permeabilidad del sistema, la fijación segura del dispositivo y el registro sistemático del volumen, color y olor del exudado. Estos cuidados permiten la detección temprana de alteraciones como hemorragia, seromas u obstrucciones, evitando complicaciones locales o sistémicas. Estudios experimentales muestran que protocolos estandarizados de manejo disminuyen la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico y mejoran la competencia profesional de estudiantes y enfermeros en formación (Riad et al., 2021).

El manejo de drenajes torácicos tipo Pleur-evac exige competencias clínicas avanzadas. La evidencia señala que la monitorización del sello hidráulico, el volumen drenado y la fijación del catéter son medidas esenciales para prevenir complicaciones graves como neumotórax recurrente, enfisema subcutáneo o infecciones pleurales. Revisiones recientes en protocolos hospitalarios destacan que el uso correcto del sistema de succión, junto con la

educación al paciente y la vigilancia constante, disminuye la incidencia de eventos adversos y contribuye a una mejor calidad de vida durante el proceso de hospitalización (Salas Moreno et al., 2020).

En relación con la terapia de presión negativa (VAC), aplicada en heridas complejas o incisiones de alto riesgo, investigaciones internacionales concluyen que favorece la cicatrización al controlar el exudado y estimular la formación de tejido de granulación. Ensayos clínicos aleatorizados demuestran una reducción de la tasa de infecciones y dehiscencias en cirugías abdominales y traumatológicas, siempre que se empleen criterios de selección adecuados y se garantice un sellado hermético del sistema (Bello Gil et al., 2022). Sin embargo, estudios en laparotomías de urgencia muestran resultados mixtos, por lo que su uso debe evaluarse caso a caso, considerando riesgos, beneficios y costos (Kamal et al., A Systematic Review on the Role of Surgical Drains in Vascular Surgery, 2025).

La educación en autocuidado también representa un componente indispensable. Ensayos cuasiexperimentales con pacientes sometidos a mastectomía revelan que los programas de entrenamiento en el manejo de drenajes reducen complicaciones como infecciones y obstrucciones, además de mejorar el conocimiento y la autoeficacia del paciente y su familia (Riad et al., 2021). Este hallazgo refuerza la visión contemporánea de la enfermería como disciplina que integra la ciencia técnica con el cuidado humanizado, donde la participación activa del paciente se convierte en estrategia de seguridad y recuperación.

2.2.15. Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón

El Hospital Abel Gilbert Pontón se encuentra en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador. Es un hospital de especialidades ubicado en el sector suroeste de la urbe, dentro de la red de hospitales públicos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Su localización lo convierte en un centro estratégico de atención de referencia para pacientes de Guayaquil y de otras provincias de la Costa y la región insular.

Es considerado un hospital de tercer nivel y uno de los principales establecimientos de salud del país. Cuenta con infraestructura moderna, servicios de hospitalización distribuidos por especialidades y tecnología para la atención de patologías complejas. Atiende emergencias de alta demanda y se caracteriza por brindar servicios especializados en cirugía general, ginecología, obstetricia, traumatología, medicina interna, oncología, pediatría y terapia intensiva, entre otros

Servicios ofrecidos

Entre los servicios principales se destacan:

- **Emergencias y cuidados críticos:** áreas de emergencia, cuidados intensivos de adultos, pediátricos y neonatales.
- **Cirugía:** salas quirúrgicas para procedimientos de alta complejidad, incluyendo manejo de drenajes quirúrgicos como Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC.
- **Especialidades médicas:** medicina interna, cardiología, neumología, neurología, oncología, nefrología y gastroenterología.
- **Especialidades quirúrgicas:** ginecología, obstetricia, traumatología, urología, cirugía plástica y maxilofacial. Además, existe 13 ambientes dentro del área de especialidades quirúrgicas.
- **Servicios de apoyo diagnóstico:** laboratorio clínico, imagenología (rayos X, ecografía, tomografía, resonancia magnética), anatomía patológica.
- **Atención ambulatoria y hospitalización:** consultas externas y hospitalización en diversas áreas.

El hospital recibe pacientes de Guayaquil y de otras provincias de la Costa ecuatoriana, además de casos referidos desde hospitales de segundo nivel. Atiende a una población diversa y de alta demanda, incluyendo pacientes con patologías quirúrgicas, médicas y de urgencia. Su capacidad de resolución

lo convierte en un centro de referencia nacional para patologías complejas y cirugías de especialidad.

Durante el mes de julio del año 2025, la institución atendió un total de 42 pacientes portadores de dispositivos, en agosto se evidenció un incremento a 79 pacientes, mientras que en septiembre la cifra disminuyó a 33 pacientes. Esta variación mensual refleja cambios en la incidencia de casos que requirieron manejo de drenajes, lo que resalta la necesidad de mantener una vigilancia continua y fortalecer las estrategias de cuidado de enfermería orientadas a la prevención de complicaciones y al seguimiento adecuado de estos pacientes.

2.3. Marco legal

Constitución de la República del Ecuador (2008), última modificación el 25 de enero 2021

Art 32

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art 359

El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art 360

El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Ley Orgánica de la Salud (2006) última reforma el 29 de abril del 2022

Art 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente;

e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;

Art 10

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados

paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006), última modificación 22 de diciembre 2006

Art 7

SITUACIÓN DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

2.4. Definición de términos (glosario)

Absceso: Acumulación localizada de pus causada por una infección bacteriana, que puede presentarse como complicación asociada a la inserción o manejo inadecuado de un drenaje quirúrgico (Bush et al., 2024).

Canister: Recipiente del sistema VAC destinado a recolectar el exudado aspirado, cuya correcta capacidad y sellado son esenciales para evitar fugas e infecciones (Bello Gil et al., 2022).

Complicaciones postoperatorias: Eventos adversos que ocurren después de un procedimiento quirúrgico, como infecciones, sangrado u obstrucción de drenajes, que pueden prolongar la recuperación del paciente (Benítez et al., 2022).

Drenaje quirúrgico: Dispositivo utilizado para evacuar líquidos, sangre o exudados del sitio quirúrgico con el fin de prevenir acumulaciones y complicaciones locales (Bhattacharjee et al., 2020).

Drenaje Jackson-Pratt: Sistema de drenaje cerrado por succión que

utiliza presión negativa mediante un reservorio compresible para evacuar fluidos postoperatorios (Choi et al., 2023).

Drenaje Pleurevac: Sistema de drenaje torácico con sello de agua que permite la evacuación de aire y líquidos de la cavidad pleural, manteniendo la presión intratorácica adecuada (Salas Moreno et al., 2020).

Drenaje VAC: Sistema de terapia por presión negativa que favorece la cicatrización de heridas mediante la aspiración controlada del exudado y la estimulación del tejido de granulación (Zaver & Kankanalu, 2023).

Empiema: Acumulación de material purulento en la cavidad pleural, considerada una complicación grave asociada al drenaje torácico mal manejado (Ferreira de Brito et al., 2022).

Eritema: Enrojecimiento de la piel en el sitio de inserción del drenaje, que puede indicar irritación local o inicio de un proceso infeccioso (Maset, 2023).

Exudado: Líquido proveniente del proceso inflamatorio o infeccioso de una herida quirúrgica, cuya cantidad y características deben ser vigiladas por enfermería (Bakos & Kutka, 2022).

Guía de cuidados de enfermería: Documento estructurado que reúne intervenciones basadas en evidencia para orientar la práctica profesional y estandarizar la atención al paciente (Lahoz et al., 2025).

Infección del sitio quirúrgico (ISQ): Infección que se desarrolla en la incisión quirúrgica o en órganos manipulados durante la cirugía, frecuentemente relacionada con el uso prolongado de drenajes (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Maceración: Reblandecimiento y deterioro de la piel causado por la exposición prolongada a la humedad del exudado o secreciones del drenaje (Bello Gil et al., 2022).

Modelo de Virginia Henderson: Marco teórico de enfermería que fundamenta el cuidado integral del paciente a partir de 14 necesidades básicas (Lalaleo, 2024).

Obstrucción del drenaje: Bloqueo parcial o total del sistema de drenaje que impide la correcta evacuación de líquidos, aumentando el riesgo de infección

(Ramesh & Evans, 2025).

Presión negativa: Mecanismo de succión controlada utilizado en sistemas como el VAC para favorecer el drenaje y la cicatrización (Zaver & Kankanalu, 2023).

Rotulación del apósito: Identificación visible de la fecha y hora del cambio del apósito, práctica esencial para el control y seguimiento del cuidado del drenaje (Alvarenga et al., 2021).

Sellado hermético: Capacidad del sistema de drenaje para mantener un cierre adecuado que evite la entrada de aire o la salida de fluidos (Choi et al., 2023).

Seroma: Acumulación de líquido seroso en el sitio quirúrgico, frecuente cuando el drenaje es retirado de forma temprana o inadecuada (De Rooij et al., 2021).

Validación por juicio de expertos: Proceso metodológico mediante el cual profesionales con experiencia evalúan la pertinencia y claridad de un instrumento de investigación, garantizando la validez de contenido (Vizcaíno et al., 2023).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación

El estudio es cuantitativo ya que se aplicará una guía de valoración estructurada basada en el modelo de Virginia Henderson para identificar las necesidades de los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón. Este enfoque permitirá en base a los datos obtenidos de los pacientes establecer intervenciones de enfermería orientadas a la prevención de complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos.

Se considera descriptivo debido que su propósito es detallar y caracterizar las necesidades que presentan los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos durante su hospitalización, sin manipular variables ni establecer relaciones de causa y efecto. A través de la descripción sistemática de las necesidades identificadas, se busca generar intervenciones de enfermería que contribuya a comprender la situación actual del paciente quirúrgico y orientar futuras acciones de enfermería basadas en evidencia.

3.2. Diseño

El estudio es de campo dado que la información se obtendrá directamente en el lugar donde ocurre el fenómeno de interés, es decir, en el área de hospitalización del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón. La recolección de datos se realizará mediante la observación directa de los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos, permitiendo identificar y describir sus necesidades reales en el contexto clínico. Este tipo de investigación posibilita un contacto cercano con la realidad asistencial, lo que garantiza la veracidad de los datos y una comprensión más precisa de las condiciones en las que se desarrolla el cuidado de enfermería.

El estudio es transversal puesto que la recolección de datos se efectuará en un único momento y durante un período determinado, comprendido entre agosto y diciembre de 2025. En este diseño, las variables se observan tal como se presentan en un punto específico del tiempo, sin realizar seguimiento posterior a los pacientes. Este enfoque permite obtener información de las necesidades que presentan los pacientes con drenajes quirúrgicos durante su hospitalización y

facilita la descripción de su situación actual, constituyendo una base para futuras investigaciones comparativas o longitudinales.

3.3. Población y muestra

La población de estudio, que formará parte de la siguiente investigación estará conformada por los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC en hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón. La muestra que se utilizará será calculada en base a la fórmula de Hernández Baptista.

Durante el mes de julio del año 2025, la institución atendió un total de 42 pacientes portadores de dispositivos, en agosto se evidenció un incremento a 79 pacientes, mientras que en septiembre la cifra disminuyó a 33 pacientes, para un total de 154 pacientes.

Aplicando el muestreo probabilístico para poblaciones finitas se sostiene una muestra de 110.

$$n = \frac{p(1-p)k^2N}{p(1-p)k^2 + e^2(N-1)}$$

Donde;

p	Proporción de individuos con un comportamiento diferente al esperado	0,5
k	Nivel de confianza que indica que los resultados del estudio sean ciertos (Constante)	1,96
e	Error muestral deseado	0,05
N	Población	154

Sustituyendo

$$n = \frac{0.5(1-0.5)1.96x154}{0.5(1-0.5)1.96^2 + 0.05^2(154-1)} = \frac{147.9}{0.960 + 0.383} = 110.14$$

En tal sentido la población será de 110 participantes

Criterios de inclusión

- Edad ≥ 18 años.
- Paciente hospitalizado con drenaje Jackson-Pratt, Pleur-Evac o VAC colocado en el hospital.

Criterios de exclusión

- < 18 años.
- Drenajes no correspondientes al estudio (p. ej., sonda vesical, drenajes biliares externos, sondas nasogástricas, etc.).

3.4. Variables

3.4.1. Variable independiente

Intervenciones de enfermería

3.4.2. Variable dependiente

Complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos

3.4.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Ítem	Escala
Dependiente Complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos	Las complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos se definen como eventos adversos locales o sistémicos que se presentan durante el uso de estos dispositivos invasivos y que pueden interferir con el proceso de cicatrización, prolongar la estancia hospitalaria y comprometer la seguridad del paciente. Entre las complicaciones más frecuentes se incluyen infecciones del sitio de inserción, obstrucción o mal funcionamiento del drenaje, sangrado, dolor, maceración de la piel, desplazamiento o	**Caracterización sociodemográfica de los pacientes**	Edad del paciente	□ 18 a 19 años □ 20 a 25 años □ 26 a 35 años □ 36 a 45 años □ 46 a 55 años □ 56 a 65 años □ Más de 66 años
			Género	□ Femenino □ Masculino □ LGTBIQ+
			Estado civil	□ Soltero/a □ Casado/a □ Viudo/a □
			Etnia	□ Mestizo □ Montubio □ Indígena □ Afroecuatoriano □ Blanco □ Otro
			Nivel de instrucción	□ Ninguno □ Básica

	extracción accidental del dispositivo y alteraciones respiratorias o hemodinámicas, generalmente asociadas a una manipulación inadecuada, tiempos prolongados de permanencia y deficiencias en los cuidados de enfermería (Berjillos et al., 2025).			□ Bachillerato □ Superior
		JACKSON PRATT	¿Qué numeración de drenaje Jackson Pratt tiene colocado el paciente?	□ # 7 □ # 10 □ # 15 □ # 19
			¿El reservorio (bulbo) mantiene un sellado correcto y conserva la presión negativa al comprimirlo?	□ Si □ No
			¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del Jackson Pratt?	□ Formación de absceso □ Celulitis peri-insercional □ Otras □ Ninguna
		DRENAJE PLEUREVAC	¿Qué tipo de Pleurevac posee?	□ 1 cámara □ 2 cámaras □ 3 cámaras
			¿Hay burbujeo en el sello de agua?	□ Si □ No
			¿El sello de agua mantiene nivel adecuado según la marca (2 cm)?	□ Si □ No
			¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la	□ Enfisema subcutáneo □ Empiema o infección de la cavidad pleural

			inserción o mantenimiento del drenaje Pleurevac?	☐ Atrapamiento pulmonar ☐ Colapso pulmonar ☐ Otras ☐ Ninguna
		DRENAJE VAC	¿Qué tipo de sistema VAC posee?	☐ Continuo ☐ Intermitente
			¿La esponja está completamente colapsada, indicando que la presión negativa está funcionando correctamente?	☐ Si ☐ No
			¿El canister contiene el exudado sin rebosar ni presentar fugas?	☐ Si ☐ No
			¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del sistema VAC?	☐ Fuga de aire o pérdida del sello hermético ☐ Fallas o alarmas constantes en la máquina ☐ Crecimiento excesivo de tejido de granulación dentro de la esponja ☐ Otras ☐ Ninguna

Variable	Definición	Dimensión	Ítem	Escala
Independiente Intervenciones de enfermería	Las intervenciones de enfermería se definen como el conjunto de acciones clínicas, educativas y preventivas planificadas y ejecutadas por el profesional de enfermería, fundamentadas en el juicio clínico y en la evidencia científica, con el objetivo de responder a las necesidades reales o potenciales del	**Necesidad 1: Respiración**	Saturación de oxigeno	□ 95% - 100% □ 91% - 94% □ 85% - 90% □ <85%
			Frecuencia respiratoria	□ <12 rpm □ 12 – 20 rpm □ 21 - 25 rpm □ >25 rpm
			Frecuencia cardiaca	□ <60 lpm □ 60 – 100 lpm □ >100 lpm
			Tensión arterial	□ <120 – <80 mmHg (Óptima) □ 120 – 80 mmHg (Normal) □ 130 – 85 mmHg (Normal alta) □ 140 – 90 mmHg (HTA 1) □ 160 – 100 mmHg (HTA 2) □ ≥ 180– ≥110 mmHg (HTA 3)
		Necesidad 2: Alimentación	Tipo de nutrición	□ Oral □ Sonda nasogástrica □ Sonda orogástrica □ Sonda de gastrostomía

	paciente, promover su recuperación, prevenir complicaciones y garantizar una atención segura y de calidad. Estas intervenciones se orientan a la vigilancia continua, el cuidado directo, la educación al paciente y la familia, y la coordinación del cuidado, utilizando un lenguaje estandarizado que facilita la toma de decisiones, la			□ Sonda gastroyeyunal □ Nutrición parenteral □ NPO
		Necesidad 3: Eliminación	Eliminación urinaria	□ Micción espontanea □ Sonda vesical □ Catéter suprapúbico □ Otro
			Eliminación intestinal	□ Evacuación espontánea □ Sonda rectal □ Colostomía □ Ileostomía □ Otro
			Drenajes	□ Drenaje Jackson-Pratt □ Drenaje Pleurevac □ Drenaje Vac
			Cantidad de drenaje presente en el dispositivo	□ Ausente □ Escasa □ Moderado □ Abundante
			Características del líquido drenado	□ Seroso □ Serosanguinolento □ Sanguíneo □ Purulento

	evaluación de resultados y la continuidad asistencial (Bulechek et al., 2022).		Olor que presenta el contenido del drenaje	□ Normal □ Fétido
			Tiempo de permanencia del drenaje	□ De 3 a 5 días □ 6 a 14 días □ Mayor a 15 días
			¿El drenaje mantiene un flujo adecuado sin necesidad de maniobras adicionales (como comprimir el tubo o manipularlo)?	□ Si □ No
			¿El drenaje está firmemente fijado con sutura o apósito?	□ Si □ No
			¿Esta rotulada la fecha de cambio de apósito?	□ Si □ No
			Indicación del drenaje	□ Abdominal □ Torácico □ Pélvico □ Extremidades □ Procedimientos oncológicos

				□ Cirugía vascular □ Úlceras crónicas □ Otras
		Necesidad 4: Movilización y Postura	Postura corporal	□ Decúbito supino □ Decúbito prono □ Decúbito lateral □ Sims □ Fowler □ Semifowler □ Otro
			Fijación del drenaje	□ Fijación correcta y segura □ Drenaje traccionado □ Salida parcial □ Rotura del tubo o fuga del sistema
			Riesgo al movilizarse por presencia del drenaje	□ Ninguno □ Leve □ Moderado □ Alto
			Dolor al movimiento	□ Sin dolor □ Leve □ Moderado □ Severo

		Necesidad 5: Sueño y descanso	Tipo de sueño	□ Espontáneo □ Interrumpido o fragmentado □ Ausente (insomnio) □ Inducido (farmacológicamente)
		Necesidad 6: Vestimenta	Condición de la vestimenta	□ Limpia y seca □ Sucia □ Húmeda
			Ajuste de la vestimenta en relación con el drenaje	□ Adecuado (no tracciona el drenaje) □ Inadecuado (riesgo de tracción o desplazamiento del drenaje)
		Necesidad 7: Temperatura corporal.	Temperatura corporal	□ <36 °C □ 36 - 36,4 °C □ 36,5°C – 37.5°C □ 37,6 – 37,9 °C □ >38 °C
			¿Presenta temperatura alta (> 37,5 °C) asociada al drenaje?	□ Si □ No
		Necesidad 8: Higiene corporal e integridad de la	Estado de la piel	□ Integra □ Úlceras por presión □ Maceración □ Otras lesiones de la piel

		piel.	Higiene corporal	□ Deficiente □ Buena
			Sitio de la inserción del drenaje	□ Piel integra □ Eritema □ Inflamación □ Mal olor □ Secreción
		Necesidad 9: Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros.	Riesgo de caídas según escala de MORSE	□ Bajo □ Medio □ Alto
			Seguridad del entorno	□ Todos los barandales elevados □ Algunos barandales elevados, otros bajados □ Ningún barandal elevado
			Seguridad del paciente en relación con los drenajes.	□ Drenaje seguro □ Riesgo de tracción □ Riesgo de desconexión □ Obstrucción del sistema de drenaje
		Necesidad 10: Comunicación con los demás.	Nivel de conciencia	□ Alerta □ Letárgico □ Estuporoso □ Comatoso
			Orientación sobre autocuidado y	□ Orientación completa y clara □ Orientación incompleta

			manejo del drenaje	□ No recibe orientación
		Necesidad 14: Aprendizaje, descubrimiento y satisfacción de la curiosidad.	Capacidad para colaborar en el cuidado	□ Adecuada □ Parcial □ Limitada □ Nula

3.4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de información utilizada en el presente estudio fue la observación directa y sistemática, aplicada a pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC durante su hospitalización. Esta técnica permitió valorar de manera objetiva y continua las condiciones clínicas del paciente, el estado del drenaje y la presencia de posibles complicaciones, sin intervenir ni modificar el entorno asistencial. Para su aplicación se empleó una guía de valoración estructurada, basada en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, que incluyó datos sociodemográficos y dimensiones relacionadas con respiración, eliminación, movilización, higiene, seguridad, comunicación y aprendizaje, entre otras, lo que garantizó una valoración integral del paciente.

Asimismo, el instrumento fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos, conformado por profesionales de enfermería con experiencia en el área quirúrgica y conocimiento metodológico, quienes evaluaron la pertinencia, claridad, coherencia y relevancia de cada ítem en relación con los objetivos del estudio. Este proceso permitió realizar ajustes y asegurar que la guía valorara las variables de interés, fortaleciendo la validez de contenido y la confiabilidad de la información recolectada, lo que contribuyó a obtener datos precisos y consistentes para el análisis de los cuidados de enfermería orientados a la prevención de complicaciones.

3.4.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Las técnicas de procesamiento de la información y análisis de datos incluyeron, en una primera etapa, se elaboró una base de datos en Microsoft Excel, en la cual se registraron, depuraron y codificaron de forma ordenada los datos obtenidos mediante la guía de valoración aplicada a los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos. Posteriormente, la información fue exportada al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para su procesamiento estadístico, empleando estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes. Este análisis permitió interpretar de forma sistemática las necesidades insatisfechas constituyendo la base para la elaboración de conclusiones y el diseño de una guía de intervenciones de enfermería orientada a la prevención de complicaciones y a la mejora del cuidado.

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1 Resultados según objetivo 1 Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.

Tabla 1

Características sociodemográfica de la población

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 19 años	11	10,0
	20 a 25 años	12	10,9
	26 a 35 años	33	30,0
	36 a 45 años	13	11,8
	46 a 55 años	9	8,2
	56 a 65 años	13	11,8
	Más de 66 años	19	17,3
	Total	110	100,0
Género	Femenino	38	34,5
	Masculino	72	65,5
	Total	110	100,0
Estado civil	Casado/a	36	32,7
	Soltero/a	32	29,1
	Unión libre	31	28,2
	Viudo/a	11	10,0
	Total	110	100,0
Etnia	Afroecuatoriano	3	2,7
	Indígena	3	2,7
	Mestizo	101	91,8
	Montubio	3	2,7
	Total	110	100,0
Nivel de instrucción	Bachillerato	63	57,3
	Básica	27	24,5
	Ninguno	18	16,4

	Superior	2	1,8
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración.

Elaborado por: Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La distribución etaria muestra mayor concentración en el grupo de 26 a 35 años con 30,0%, lo cual indica predominio de adultos jóvenes dentro de la población mientras que el grupo con menor representación corresponde a 46 a 55 años con 8,2%. En género, el porcentaje más alto corresponde a masculinos con 65,5%, evidenciando una participación mayoritaria de este grupo mientras que el más bajo se observa en el sexo femenino con 34,5%. En estado civil, el valor más representativo es casado/a con 32,7% mientras que el más bajo corresponde a viudo/a con 10,0%. La etnia mestiza con 91,8% constituye casi la totalidad de la muestra, mientras que afroecuatorianos, indígenas y montubios presentan los valores mínimos con 2,7%. Respecto al nivel de instrucción, bachillerato representa la categoría predominante con 57,3% mientras que educación superior constituye el porcentaje más bajo con 1,8%.

Alvarenga et al. (2021) indican que la población atendida en servicios quirúrgicos suele presentar un perfil heterogéneo que se asemeja al encontrado. El predominio de nivel educativo medio y la composición mayoritariamente mestiza resulta comparable con investigaciones que analizan cuidados de drenajes y características demográficas de pacientes latinoamericanos, como lo expone Lalaleo (2024), quien describe un perfil sociocultural semejante al requerido en procedimientos de valoración enfermera en contextos quirúrgicos.

Tabla 2

Necesidad 1: Respiración

		Frecuencia	Porcentaje
Saturación de oxigeno	91% - 94%	24	21,8
	95% - 100%	86	78,2
	Total	110	100,0
Frecuencia respiratoria	>25 rpm	7	6,4
	12 – 20 rpm	66	60,0
	21 - 25 rpm	37	33,6
	Total	110	100,0
Frecuencia cardiaca	<60 lpm	2	1,8
	>100 lpm	16	14,5
	60 – 100 lpm	92	83,6
	Total	110	100,0
Tensión arterial	<120 – <80 mmHg (Óptima)	29	26,4
	120 – 80 mmHg (Normal)	41	37,3
	130 – 85 mmHg (Normal alta)	23	20,9
	140 – 90 mmHg (HTA 1)	14	12,7
	160 – 100 mmHg (HTA 2)	3	2,7
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración.

Elaborado por: Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La necesidad de respiración se mantiene cubierta en la mayoría de los pacientes, dado que la saturación de oxígeno de 95%–100% alcanza el 78,2% lo

que indica adecuada oxigenación mientras que los valores más bajos se encuentran entre 91 y 94% con 21,8%. La frecuencia respiratoria dentro del rango normal 12–20 rpm representa el 60,0%, mientras que el valor alterado corresponde a 21–25 rpm con 33,6%, reflejando un grupo que requiere vigilancia, por otro lado, el valor mínimo corresponde a más de 25 rpm con 6,4%. La frecuencia cardiaca normal 60–100 lpm predomina con 83,6%, mientras que la menor a 60 lpm representa solo el 1,8%. En cuanto a la tensión arterial, el valor más frecuente es de 120/80 mmHg, representando el 37,3%, además se detectaron alteraciones en el rango de 140/90 mmHg correspondiente a hipertensión arterial grado 1 con una prevalencia del 12,7%, lo que indica la necesidad de implementar intervenciones enfocadas en el control de la presión arterial y el monitoreo continuo para prevenir complicaciones cardiovasculares. Por otra parte, la menor proporción se registró en valores de 160/100 mmHg, asociados a hipertensión grado 2, con un 2,7%.

Los parámetros alterados identificados en un grupo minoritario –taquipnea, taquicardia e hipertensión grado 1– indican necesidades respiratorias y hemodinámicas que requieren intervenciones de enfermería orientadas a vigilancia estrecha, control de signos vitales y detección temprana de complicaciones; estas acciones coinciden con las recomendaciones planteadas por Haahr et al. (2022), quienes destacan la importancia del monitoreo continuo en la prevención de eventos adversos postoperatorios. La estabilidad mayoritaria en la saturación de oxígeno y en la frecuencia cardiaca sugiere una respuesta adecuada al proceso de recuperación, lo cual se alinea con los estándares de seguridad perioperatoria descritos por Dinis-Teixeira et al. (2025), quienes señalan que la identificación oportuna de desviaciones permite implementar intervenciones preventivas basadas en la valoración sistemática.

Tabla 3

Necesidad 2: Alimentación

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de nutrición	Oral	98	89,1
	Sonda de gastrostomía	3	2,7
	Sonda gastroyeyunal	2	1,8
	Sonda nasogástrica	7	6,4
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La alimentación oral representa el porcentaje más alto con 89,1%, lo que indica que la mayoría de los pacientes conserva una función digestiva efectiva y no requiere métodos alternativos de soporte nutricional; en contraste, solo un 6,4% utiliza sonda nasogástrica, siendo este el método enteral más frecuente entre los dispositivos, mientras que el valor más bajo corresponde a la nutrición por sonda gastroyeyunal con 1,8%.

La predominancia de alimentación por vía oral indica que la mayoría de pacientes mantiene una función digestiva conservada y no requiere intervenciones invasivas; esta situación coincide con los planteamientos de Hashem et al. (2025), quienes señalan que la recuperación nutricional adecuada favorece la estabilidad postoperatoria y reduce complicaciones. La presencia de un pequeño grupo con uso de sondas refleja necesidades específicas de soporte alimentario, lo cual se corresponde con lo descrito por Miao (2022), quien destaca que los pacientes con limitación para la ingesta oral requieren cuidados de enfermería dirigidos a garantizar seguridad, tolerancia y continuidad nutricional en el proceso de recuperación.

Tabla 4

Necesidad 3: Eliminación

		Frecuencia	Porcentaje
Eliminación urinaria	Micción espontanea	63	57,3
	Sonda vesical	47	42,7
	Total	110	100,0
Eliminación intestinal	Evacuación espontánea	110	100,0
Drenajes	Drenaje Jackson-Pratt	12	10,9
	Drenaje Pleurevac	21	19,1
	Drenaje Vac	77	70,0
	Total	110	100,0
Cantidad de drenaje presente en el dispositivo	Abundante	21	19,1
	Escasa	14	12,7
	Moderado	75	68,1
	Total	110	100,0
Características del líquido drenado	Serosanguinolento	64	58,2
	Purulento	10	9,1
	Sanguíneo	26	23,6
	Seroso	10	9,1
	Total	110	100,0
Olor que presenta el contenido del drenaje	Fétido	13	11,8
	Normal	97	88.2
	Total	110	100,0
Tiempo de permanencia del drenaje	6 a 14 días	21	19,1
	De 3 a 5 días	72	65,5
	Mayor a 15 días	17	15,5
	Total	110	100,0
¿El drenaje mantiene un flujo adecuado sin	No	18	16,4
	Si	92	83,6

necesidad de maniobras adicionales (como comprimir el tubo o manipularlo)?	Total	110	100,0
¿El drenaje está firmemente fijado con sutura o apósito?	Si	102	92,7
	No	8	7,3%
	Total	110	100,0
¿Esta rotulada la fecha de cambio de apósito?	Si	82	74,5
	No	28	25,5
	Total	110	100,0
Indicación del drenaje	Abdominal	25	22,7
	Extremidades	56	50,9
	Pélvico	1	0,9
	Torácico	22	20,0
	Úlceras crónicas	6	5,5
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La eliminación urinaria muestra predominio de micción espontánea con 57,3%, aunque un 42,7% requiere sonda vesical, lo cual indica una necesidad relevante de soporte en este proceso; la eliminación intestinal se conserva en el 100% de los casos. En cuanto a drenajes, el dispositivo más utilizado es el VAC con un 70,0%, seguido de Pleurevac con 19,1% y Jackson-Pratt con 10,9%. La cantidad de drenaje presente en el dispositivo es moderada con 68,1%, mientras que el valor más bajo corresponde a cantidad escasa con 12,7%. En las características del drenaje, el tipo serosanguinolento es el más frecuente, con un 58,2%. Se destacan valores alterados, como el líquido sanguíneo con un 23,65% y el purulento. Los porcentajes más bajos corresponden al líquido purulento y al seroso, ambos con un 9,1%. La mayoría presenta drenaje con olor normal con 88,2%, mientras que el olor fétido constituye el valor menor con 11,8%. El tiempo de permanencia más frecuente es 3 a 5 días con 65,5%, aunque existe un

19,1% entre 6 y 14 días y 15,5% con más de 15 días lo que incrementa riesgo de complicaciones. El 83,6% mantiene flujo adecuado del drenaje sin necesidad de maniobras, mientras que el flujo inadecuado con 16,4%. El 92,7% tiene fijación correcta, pero un 7,3% no lo tiene. El 74,5% registra la fecha de cambio de apósito mientras que 25,5% no registra lo que limita el control del dispositivo. La indicación más frecuente es en extremidades con 50,9%, mientras que la indicación menos frecuente es pélvica con 0,9%.

La alta frecuencia de uso de drenaje VAC y la presencia mayoritaria de débito moderado evidencian necesidades de eliminación que exigen vigilancia sistemática, ya que estos dispositivos requieren control del volumen y de la apariencia del efluente; esta situación coincide con lo planteado por Bello Gil et al. (2022), quienes indican que los sistemas de vacío demandan cuidados enfermeros centrados en la valoración continua de características del drenaje y de la integridad del circuito. La detección de líquido purulento, olor fétido y permanencia del drenaje por más de seis días revela riesgo de complicaciones infecciosas, lo cual se relaciona con lo descrito por García-Altamirano y Arroyo-Anglas (2025), quienes destacan que variaciones en color, olor y tiempo de permanencia constituyen signos de alarma que requieren intervenciones oportunas.

Tabla 5

Jackson Pratt

		Frecuencia	Porcentaje
¿Qué numeración de drenaje Jackson Pratt tiene colocado el paciente?	# 15	12	10,9
	Total	110	100,0
¿El reservorio (bulbo) mantiene un sellado correcto y conserva la presión negativa al comprimirlo?	No	3	2,7
	Si	9	8,2
	Total	110	100,0
¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del Jackson Pratt?	Formación de absceso	2	1,8
	Ninguna	10	9.1
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

El uso del drenaje Jackson Pratt se observa en un grupo reducido de pacientes, siendo la numeración #15 la única reportada con 10,9% lo que refleja una indicación específica y limitada dentro de la población estudiada. En cuanto al funcionamiento del reservorio, el 8,2% presentó un sellado adecuado y conservación efectiva de la presión negativa, mientras que el 2,7% mostró fallas en el sellado y pérdida de presión, lo que puede comprometer la eficacia del

drenaje. El 9,1% no presenta complicaciones en la inserción o mantenimiento del drenaje mientras que el 1,8% presenta formación de absceso que requieren seguimiento.

La alta frecuencia de uso de drenaje VAC y la presencia mayoritaria de débito moderado evidencian necesidades de eliminación que exigen vigilancia sistemática, ya que estos dispositivos requieren control del volumen y de la apariencia del efluente; esta situación coincide con lo planteado por Bello Gil et al. (2022), quienes indican que los sistemas de vacío demandan cuidados enfermeros centrados en la valoración continua de características del drenaje y de la integridad del circuito. La detección de líquido purulento, olor fétido y permanencia del drenaje por más de seis días revela riesgo de complicaciones infecciosas, lo cual se relaciona con lo descrito por García-Altamirano y Arroyo-Anglas (2025), quienes destacan que variaciones en color, olor y tiempo de permanencia constituyen signos de alarma que requieren intervenciones oportunas.

La elevada proporción de pacientes en quienes el drenaje Jackson-Pratt mantuvo un sello adecuado y conservó una succión efectiva evidencia un manejo técnico apropiado del sistema, lo cual se alinea con lo descrito en un estudio sobre la revisión sistemática sobre drenaje activo intraabdominal de (Shuiel et al., 2025), donde se destaca que los sistemas de succión cerrada, como el JP, dependen del mantenimiento de la presión negativa y la integridad del circuito para lograr una evacuación posoperatoria eficiente y prevenir la acumulación de líquido.

Asimismo, la baja frecuencia de abscesos observada en nuestra cohorte coincide con lo reportado en el metaanálisis de (Lattoo et al., 2024) , en el cual el drenaje pasivo por gravedad mostró una mayor probabilidad de absceso peritoneal en comparación con el drenaje activo (OR 2.08; IC95% 1.04–4.18), sugiriendo que la succión cerrada podría asociarse con menor riesgo de colecciones complicadas cuando se utiliza adecuadamente. No obstante, como señalan (Shuiel et al., 2025), la evidencia sigue siendo heterogénea entre tipos de cirugía abdominal, por lo que la correcta vigilancia del funcionamiento del JP y el cumplimiento de protocolos institucionales continúan siendo elementos esenciales para reducir complicaciones vinculadas al drenaje.

Tabla 6

Drenaje Pleurevac

		Frecuencia	Porcentaje
¿Qué tipo de Pleurevac posee?	3 cámaras	21	19,1
	Total	110	100,0
¿Hay burbujeo en el sello de agua?	No	1	0,9
	Si	20	18,2
	Total	110	100,0
¿El sello de agua mantiene nivel adecuado según la marca (2 cm)?	Si	21	19,1
	Total	110	100,0
¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del drenaje Pleurevac?	Empiema o infección de la cavidad pleural	2	1,8
	Enfisema subcutáneo	1	0,9
	Ninguna	16	14,5
	Otras	2	1,8
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

El drenaje Pleurevac se utiliza en un grupo reducido de pacientes, predominando el sistema de tres cámaras con 19,1%, lo que evidencia su indicación selectiva en la población; respecto al funcionamiento, el burbujeo en el sello de agua presenta el 18,2%, mientras que la ausencia de burbujeo con 0,9%. En su totalidad el sello de agua mantiene el nivel adecuado según la marca (2 cm) con un 19,1%. En cuanto a complicaciones, la opción más frecuente es

ninguna con 14,5%, aunque se identifican casos empiema o infección de la cavidad pleural con 1,8% que requieren atención prioritaria, mientras que el enfisema subcutáneo con 0.9%.

La baja proporción de pacientes con drenaje Pleurevac y el adecuado mantenimiento del sello de agua en quienes lo poseen evidencian un manejo técnicamente aceptable del sistema, lo cual coincide con lo descrito por Salas Moreno et al. (2020), quienes señalan que el control del nivel del sello y la verificación del burbujeo constituyen prácticas esenciales para garantizar funcionamiento seguro del dispositivo. La presencia aislada de empiema, enfisema subcutáneo y otras complicaciones refleja un riesgo reducido, en concordancia con las recomendaciones de Roberts et al. (2023), quienes indican que la vigilancia continua y la aplicación de protocolos estandarizados minimizan eventos adversos asociados al drenaje pleural.

Tabla 7

Drenaje VAC

		Frecuencia	Porcentaje
¿Qué tipo de sistema VAC posee?	Continuo	76	69,1
	Intermitente	1	0,9
	Total	110	100,0
¿La esponja está completamente colapsada, indicando que la presión negativa está funcionando correctamente?	No	9	8,2
	Si	68	61,8
	Total	110	100,0
¿El canister contiene el exudado sin rebosar ni presentar fugas?	No	4	3,6
	Si	73	66,4
	Total	110	100,0
¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del sistema VAC?	Crecimiento excesivo de tejido de granulación dentro de la esponja	1	0,9
	Fallas o alarmas constantes en la máquina	12	10,9
	Fuga de aire o pérdida del sello hermético	1	0,9

	Ninguna	63	57,3
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

El sistema VAC se utiliza principalmente en modalidad continua con 69,1% lo que evidencia su empleo como terapia de elección en la mayoría de los pacientes, mientras que la intermitente representa el valor más bajo con 0,9%. Además, el 61,8% presenta esponja completamente colapsada, indicador de presión negativa efectiva, mientras que la menor proporción corresponde a esponja sin colapso con 8,2%. El canister contiene el exudado sin rebosar ni presentar fugas en un 66,4%, mientras que el valor mínimo corresponde a fugas o rebosamiento con 3,6%. Respecto a complicaciones, la mayoría no presenta ninguna complicación con 57,3%, aunque destacan fallas o alarmas constantes con 10,9% como el problema más frecuente, lo que señala la necesidad de vigilancia técnica continua, mientras que los más bajos corresponden a crecimiento excesivo de tejido de granulación dentro de la esponja y fuga de aire o pérdida de sellos hermético ambos con 0,9%.

El uso predominante del sistema VAC en modalidad continua y el adecuado colapso de la esponja en la mayoría de los pacientes evidencian un funcionamiento eficaz del dispositivo; esta situación coincide con lo señalado por Bello Gil et al. (2022), quienes destacan que la correcta activación de la presión negativa y el mantenimiento del sello conforman indicadores clave de efectividad terapéutica y seguridad. La presencia de fallas frecuentes en la máquina y casos aislados de fuga de aire revela necesidades de vigilancia técnica, en concordancia con Zaver y Kankanalu (2023), quienes indican que las alarmas y pérdidas de hermeticidad representan eventos que requieren intervención inmediata para evitar complicaciones y garantizar continuidad del tratamiento.

Tabla 8

Necesidad 4: Movilización y postura

		Frecuencia	Porcentaje
Postura corporal	Decúbito lateral	9	8,2
	Decúbito supino	49	44,5
	Fowler	5	4,5
	Semifowler	47	42,7
	Total	110	100,0
Fijación del drenaje	Drenaje traccionado	3	2,7
	Fijación correcta y segura	91	82,7
	Rotura del tubo o fuga del sistema	12	10,9
	Salida parcial	4	3,6
	Total	110	100,0
Riesgo al movilizarse por presencia del drenaje	Alto	1	0,9
	Leve	69	62,7
	Moderado	27	24,5
	Ninguno	13	11,8
	Total	110	100,0
Dolor al movimiento	Leve	57	51,8
	Moderado	35	31,8
	Severo	4	3,6
	Sin dolor	14	12.7
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La postura más frecuente es el decúbito supino con un 44,5%, seguida de semifowler con 42,7%, lo que refleja preferencia por posiciones que favorecen estabilidad y comodidad, mientras que la menor posición es fowler con 4,5%,

además, la fijación del drenaje es adecuada y correcta con 82,7%, mientras que los problemas más relevantes incluyen rotura del tubo o fuga con 10,9%, mientras que la menor proporción corresponde al drenaje traccionado con 2,7%. El riesgo al movilizarse se presenta principalmente como leve con 62,7%, aunque un 24,5% muestra riesgo moderado que demanda apoyo adicional, mientras que el valor más bajo corresponde al riesgo alto con 0,9%. En relación con el dolor, predomina la intensidad leve con 51,8%, mientras que un 31,8% experimenta dolor moderado, lo que podría interferir con la movilización y el dolor severo con 3,6%.

La preferencia por decúbito supino y semifowler, junto con la fijación segura del drenaje en la mayoría de los pacientes, indica condiciones de movilización relativamente estables; este comportamiento coincide con lo planteado por Lahoz et al. (2025), quienes señalan que la correcta fijación del dispositivo disminuye riesgos asociados al desplazamiento y facilita la adopción de posturas terapéuticas. La presencia de dolor moderado y la identificación de riesgo leve o moderado al movilizarse reflejan necesidades de apoyo y vigilancia, en concordancia con Hashem et al. (2025), quienes destacan que el control del dolor y la supervisión durante la movilización forman parte de las intervenciones enfermeras esenciales para prevenir complicaciones y optimizar el confort postoperatorio.

La muy baja proporción de pacientes que presentó rotura del tubo o fuga del sistema en nuestra serie indica un manejo técnicamente adecuado de los drenajes tipo Jackson-Pratt, lo cual coincide con lo reportado en la literatura reciente, donde (Cheng et al., 2022) describe que la fragmentación o pérdida de continuidad del drenaje es un evento poco frecuente y generalmente asociado a técnicas inadecuadas de fijación, manipulación o retiro del dispositivo. Los análisis publicados señalan que, cuando ocurre la rotura del drenaje puede ocasionar retención de fragmentos, formación de colecciones o necesidad de intervenciones adicionales, aunque su incidencia global es baja.

Tabla 9

Necesidad 5: Sueño y descanso

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de sueño	Ausente (insomnio)	8	7,3
	Espontáneo	67	60,9
	Interrumpido o fragmentado	35	31,8
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

El patrón predominante corresponde al sueño espontáneo con 60,9%, lo que indica que la mayoría de los pacientes mantiene un descanso relativamente conservado; sin embargo, un 31,8% presenta sueño interrumpido y un 7,3% manifiesta insomnio, evidenciando alteraciones relevantes en esta necesidad. La presencia de descanso fragmentado en una proporción considerable sugiere posibles interferencias relacionadas con dolor, dispositivos o el entorno clínico.

La presencia mayoritaria de sueño espontáneo sugiere un descanso conservado en gran parte de los pacientes; esta situación se alinea con lo descrito por Miao (2022), quien señala que la estabilidad clínica y el adecuado control del dolor favorecen patrones de descanso más regulares en el postoperatorio. Los casos de insomnio y sueño fragmentado evidencian necesidades de intervención relacionadas con confort y manejo sintomático, en concordancia con Hashem et al. (2025), quienes indican que las alteraciones del sueño constituyen un indicador relevante para ajustar cuidados enfermeros dirigidos a mejorar recuperación, bienestar y calidad de vida.

Tabla 10

Necesidad 6: Vestimenta

		Frecuencia	Porcentaje
Condición de la vestimenta	Húmeda	2	1,8
	Limpia y seca	101	91,8
	Sucia	7	6,4
	Total	110	100,0
Ajuste de la vestimenta en relación con el drenaje	Adecuado (no tracciona el drenaje)	104	94,5
	Inadecuado (riesgo de tracción o desplazamiento del drenaje)	6	5,5
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La condición de la vestimenta es adecuada en la mayoría de los pacientes, dado que 91,8% presenta ropa limpia y seca, mientras que los casos de vestimenta húmeda representan el 1,8%; en cuanto al ajuste de la vestimenta en relación con el drenaje el 94,5% mantiene un ajuste adecuado que no genera tracción sobre el drenaje, mientras que el ajuste inadecuado representa un 5,5%.

La adecuada condición de la vestimenta y su correcto ajuste respecto al drenaje en la mayoría de los pacientes refleja prácticas de cuidado que reducen riesgo de desplazamientos y complicaciones mecánicas; esta situación coincide con lo expuesto por Lahoz et al. (2025), quienes indican que la protección del punto de inserción y el control de factores externos como ropa o apósitos constituyen elementos esenciales para mantener seguridad y funcionalidad del sistema de drenaje. Los pocos casos de vestimenta sucia o ajuste inadecuado evidencian necesidades puntuales de supervisión, en concordancia con Alvarenga et al. (2021), quienes destacan que la higiene y la prevención de tracción accidental forman parte de las intervenciones enfermeras orientadas a evitar obstrucciones e infecciones asociadas al drenaje.

Tabla 11

Necesidad 7 Temperatura corporal

		Frecuencia	Porcentaje
Temperatura corporal	36 - 36,4 °C	39	35,5
	36,5 - 37,5 °C	57	51,8
	37,6 – 37,9°C	9	8,2
	>38 °C	5	4,5
	Total	110	100,0
¿Presenta temperatura alta (> 37,5 °C) asociada al drenaje?	No	96	87.3
	Si	14	12,7
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por*: Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La mayoría de los pacientes presenta valores térmicos dentro de rangos normales, con 51,8% entre 36,5 y 37,5 °C, lo que evidencia un adecuado control de la temperatura corporal; en contraste, un 8,2% muestra entre 37,6 – 37,9°C y un 4,5% presenta temperatura mayor a 38°C indicando alteraciones que requieren vigilancia. La ausencia de temperatura alta mayor a 37,5 °C asociada al drenaje predomina con 87,3%, lo que indica estabilidad térmica en la mayoría de los pacientes, mientras que la presencia de temperatura elevada se observa en un 12,7%, constituyendo el grupo con mayor riesgo de complicaciones sistémicas.

La predominancia de temperaturas dentro de rangos normales refleja un adecuado estado térmico en la mayoría de los pacientes; esta condición coincide con lo señalado por Gutiérrez et al. (2023), quienes describen que la ausencia de hipertermia reduce la probabilidad de infección del sitio quirúrgico en etapas tempranas. La presencia limitada de fiebre y su asociación con el drenaje en un grupo minoritario constituye un indicador de vigilancia clínica, en concordancia con García-Altamirano y Arroyo-Anglas (2025), quienes destacan que la elevación térmica relacionada con drenajes debe considerarse un signo de alarma para intervenciones enfermeras oportunas orientadas a prevenir complicaciones.

Tabla 12

Necesidad 8: Higiene corporal e integridad de la piel

		Frecuencia	Porcentaje
Estado de la piel	Integra	79	71,8
	Maceración	10	9,1
	Otras lesiones de la piel	10	9,1
	Úlceras por presión	11	10,0
	Total	110	100,0
Higiene corporal	Buena	95	86,3
	Deficiente	15	13,6
	Total	110	100,0
Sitio de la inserción del drenaje	Eritema	19	17,3
	Inflamación	12	10,9
	Mal olor	2	1,8
	Piel integra	71	64,5
	Secreción	6	5,5
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La integridad de la piel se mantiene en la mayoría de los pacientes, con 71,8% sin lesiones, seguido de úlceras por presión con 10,0% aunque un grupo significativo presenta maceración y otras lesiones con un 9,1%, lo que refleja alteraciones que requieren cuidados específicos. La higiene corporal es mayoritariamente buena con un 86,3%, mientras que el 13,6% evidencia higiene deficiente. En el sitio de inserción del drenaje, predomina la piel íntegra con 64,5%, pero se identifican signos de eritema 17,3%, inflamación 10,9%, secreción 5.5% y el valor más bajo corresponde al mal olor con 1,8%.

La integridad cutánea conservada en la mayoría de los pacientes y la

adecuada higiene corporal reflejan prácticas de cuidado que favorecen la prevención de complicaciones locales; esta situación coincide con lo expuesto por Bello Gil et al. (2022), quienes señalan que la evaluación continua de la piel y el mantenimiento de condiciones higiénicas adecuadas constituyen intervenciones esenciales en pacientes con sistemas de drenaje. La presencia de maceración, úlceras por presión y signos inflamatorios en el punto de inserción indica necesidades específicas de intervención, en concordancia con García-Altamirano y Arroyo-Anglas (2025), quienes describen que el eritema, la secreción y el mal olor representan signos tempranos de riesgo infeccioso que requieren vigilancia estrecha y aplicación rigurosa de protocolos de cuidado.

Tabla 13

Necesidad 9 Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros

		Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de caídas según escala de MORSE	Bajo	55	50,0
	Medio	55	50,0
	Total	110	100,0
Seguridad del entorno	Todos los barandales elevados	102	92,7
	Algunos barandales elevados, otros bajados	8	7,3
	Total	110	100,0
Seguridad del paciente en relación con los drenajes	Drenaje seguro	81	73,6
	Obstrucción del sistema de drenaje	16	14,5
	Riesgo de desconexión	6	5,5
	Riesgo de tracción	7	6,4
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

El riesgo de caídas según la escala de MORSE se distribuye equitativamente entre bajo y medio 50,0% cada uno, lo que indica que la mitad de los pacientes requiere medidas reforzadas de seguridad durante la movilización. Respecto a la seguridad del entorno, la mayoría de los pacientes mantiene todos los barandales elevados con 92,7%, mientras que el 7,3% los barandales se encuentran algunos barandales elevados y otros bajados. La

seguridad del paciente en relación con los drenajes, la condición predominante es el drenaje seguro con 73,6%, mientras que las alteraciones más relevantes corresponden a obstrucción del sistema de drenaje con 14,5%, seguido de riesgo de tracción 6,4%, y el riesgo de desconexión con 5,5%.

La distribución equitativa entre riesgo bajo y medio de caídas refleja la necesidad de implementar medidas constantes de seguridad, especialmente en pacientes portadores de drenajes; esta situación se relaciona con lo descrito por Dinis-Teixeira et al. (2025), quienes señalan que la seguridad perioperatoria depende de la identificación temprana de riesgos y su abordaje mediante intervenciones sistemáticas. La presencia de obstrucción, riesgo de desconexión y tracción del drenaje evidencia vulnerabilidades del sistema que precisan supervisión continua, en concordancia con Alvarenga et al. (2021), quienes destacan que las complicaciones mecánicas representan un peligro significativo y deben prevenirse mediante fijación adecuada y vigilancia permanente del circuito de drenaje.

Tabla 14

Necesidad 10: Comunicación con los demás

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conciencia	Alerta	108	98,2
	Letárgico	2	1,8
	Total	110	100,0
Orientación sobre autocuidado y manejo del drenaje	No recibe orientación	28	25,5
	Orientación completa y clara	7	6,4
	Orientación incompleta	75	68,2
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

El nivel de conciencia se encuentra conservado en casi toda la población, dado que 98,2% permanece alerta, mientras que solo 1,8% se encuentra letárgico, lo que indica condiciones favorables para la comunicación y el seguimiento de indicaciones; sin embargo, la orientación sobre autocuidado y manejo del drenaje muestra una tendencia distinta, ya que el porcentaje más alto corresponde a orientación incompleta con 68,2%, seguido por no recibe orientación con 25,5% y únicamente 6,4% recibe orientación completa y clara.

El nivel de conciencia conservado en casi todos los pacientes favorece la interacción y la comprensión de indicaciones clínicas; este comportamiento coincide con lo planteado por Reyes et al. (2024), quienes señalan que la comunicación efectiva y la claridad cognitiva del paciente constituyen elementos esenciales para fortalecer la humanización del cuidado y mejorar la adherencia a las indicaciones terapéuticas. La proporción elevada de pacientes que recibe orientación incompleta o no recibe información sobre autocuidado y manejo del drenaje evidencia una brecha en la educación sanitaria, en concordancia con Alvarenga et al. (2021), quienes destacan que la falta de instrucciones claras incrementa riesgos asociados al uso de drenajes y limita la participación activa del paciente en su recuperación.

Tabla 15

Necesidad 14 Aprendizaje, descubrimiento y satisfacción de la curiosidad

		Frecuencia	Porcentaje
Capacidad para colaborar en el cuidado	Adecuada	20	18,2
	Limitada	32	29,1
	Parcial	58	52,7
	Total	110	100,0

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

Análisis e interpretación

La capacidad para colaborar en el cuidado se concentra principalmente en el nivel parcial con 52,7%, lo que indica que más de la mitad de los pacientes presenta participación limitada pero funcional en algunas actividades; además, un 29,1% muestra capacidad limitada, evidenciando mayores barreras para involucrarse en su autocuidado. Solo 18,2% demuestra capacidad adecuada.

La distribución observada muestra que más de la mitad de los pacientes presentan una capacidad parcial para colaborar en su propio cuidado, mientras que casi un tercio evidencia limitaciones más marcadas. Este hallazgo coincide con lo reportado por Hernández-Cruz et al. (2022), quienes indican que la participación efectiva del paciente depende de su nivel de comprensión, motivación y del acompañamiento educativo brindado por enfermería. La proporción reducida de personas con capacidad adecuada refleja la necesidad de fortalecer estrategias de enseñanza, lo cual se alinea con lo planteado por Rojas-Soto et al. (2023), quienes subrayan que intervenciones educativas estructuradas incrementan la autogestión, reducen complicaciones y favorecen la adherencia terapéutica en escenarios clínicos donde existen dispositivos invasivos como drenajes.

Tabla 16

Problemas identificados

Necesidad alterada	**Problema identificado**
Necesidad 1: Respiración	Frecuencia respiratoria 21–25 rpm
	Tensión arterial HTA 1 (140/90 mmHg)
Necesidad 3: Eliminación	Producción del drenaje: moderado
	Uso de sonda vesical
	Fecha de cambio de apósito no rotulado
	Líquido drenado sanguíneo
	Tiempo de permanencia del drenaje >15 días
	El drenaje no mantiene un flujo adecuado
	Olor del contenido del drenaje: fétido
	Líquido drenado purulento
VAC	Fallas o alarmas constantes en la máquina
	La esponja VAC no está colapsada indicando que la presión negativa no está funcionando correctamente.
	Canister del VAC con fugas o rebosado
Jackson Pratt	Formación de absceso
Pleurevac	Empiema o infección de la cavidad pleural
Necesidad 4: Movilización y postura	Mantiene decúbito supino prolongado
	Dolor moderado
	Riesgo moderado al movilizarse por mantener el drenaje Vac en las extremidades inferiores.
	Rotura del tubo o fuga del sistema
	Dolor severo
	Drenaje traccionado
Necesidad 5: Sueño y	Sueño interrumpido o fragmentado
	Sueño ausente (insomnio)

descanso	
Necesidad 7: Temperatura corporal	Temperatura corporal > 38°C
Necesidad 8: Higiene corporal e integridad de la piel	Eritema en el sitio de inserción del drenaje
	Higiene corporal deficiente
	Inflamación en el sitio de inserción del drenaje
	Úlceras por presión
	Maceración de la piel
	Secreción en el sitio de inserción del drenaje
	Mal olor en el sitio de inserción del drenaje
Necesidad 9: Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros	Riesgo de caída medio
	Obstrucción del sistema de drenaje
	Riesgo de tracción del drenaje
	Riesgo de desconexión del drenaje
Necesidad 10: Comunicación con los demás	Orientación incompleta sobre el autocuidado y manejo del drenaje
	No recibe orientación
	Nivel de conciencia letárgico
Necesidad 14: Aprendizaje, descubrimiento y satisfacción de la curiosidad	Capacidad parcial para colaborar
	Capacidad limitada para colaborar

Nota. Información obtenida tras la aplicación de la guía de valoración. *Elaborado por:* Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

4.2 Resultados del objetivo 2: Identificar intervenciones de enfermería basadas en las necesidades insatisfechas, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Diagnóstico de enfermería	Deterioro de la integridad cutánea R/C Dispositivos médicos M/P Dolor agudo						
Definición	Herida en la epidermis y/o dermis.						
Dominio 11	Seguridad / Protección	**Clase 2**	Lesión física	**Etiqueta diagnóstica**	Deterioro de la integridad cutánea	**Código**	00044
Problema	**NOC**	**NIC (Actividades)**					
• Tiempo de permanencia del drenaje >15 días • Obstrucción del sistema del drenaje • Riesgo de desconexión del drenaje. • Riesgo de tracción del drenaje • **C**anister del VAC con	**Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Código NOC: 1101)** **Indicadores:** • **Hidratación** **PI:** 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 No	**Vigilancia de la piel (3590)** • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. • Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. • Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). • Monitorizar el color y la temperatura de la piel.					

fugas o rebosado • La esponja VAC no está completamente colapsada, indicando que la presión negativa no está funcionando correctamente. • El drenaje no mantiene un flujo adecuado sin necesidad de maniobras adicionales como comprimir el tubo o manipularlo. • Orientación incompleta sobre el autocuidado y manejo del drenaje.	comprometido • **Integridad de la piel** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 3 Moderadamente comprometido **Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (Código NOC: 0204)** **Indicadores:** • **Dolor** **PI:** 3 Moderado **PD:** 4 Leve • **Pérdida de amplitud de**	• Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. • Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel. • Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Monitorizar si hay zonas de presión y fricción. • Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales). • Curación de heridas según indicación médica. **Cuidados del drenaje (1870)** • Usar ordenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto. • Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del drenaje. • Mantener la permeabilidad del drenaje, según el tipo de drenaje y las indicaciones del fabricante. • Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado.

	movimiento **PI:** 3 Moderado **PD:** 4 Leve **Conocimiento: proceso terapéutico (Código NOC: 1814)** **Indicadores:** • **Uso correcto de los equipos** **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 4 Conocimiento sustancial • **Cuidado adecuado de los equipos** **PI:** 2 Conocimiento escaso	• Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental. • Monitorizar la permeabilidad del catéter y del dispositivo o sistema de drenaje, anotando cualquier dificultad de drenaje. • Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo. • Vaciar el dispositivo de recogida, según las normas del centro, la afección del paciente y las instrucciones del fabricante. • Asegurar la correcta colocación del tubo. • Asegurar el funcionamiento del tubo y del equipo correspondiente. • Cambiar el tubo con frecuencia, según indicación del protocolo del centro. • Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel, según corresponda. • Administrar cuidados de la piel y cambios del apósito en el sitio de inserción del tubo, según corresponda. • Ayudar al paciente a fijar el tubo y/o los dispositivos de drenaje al caminar, sentarse y estar de pie, según corresponda. • Pinzar el tubo, para facilitar la deambulación, si procede. • Enseñar al paciente y a la familia el propósito del drenaje y los cuidados

	PD: 4 Conocimiento sustancial	que deben prestársele, según corresponda. • Proporcionar apoyo emocional para enfrentarse al uso a largo plazo de los tubos y/o los dispositivos de drenaje externos, según corresponda. **Cuidado de las heridas: drenaje cerrado (3662)** • Ayudar al paciente a ponerse en una posición cómoda. • Retirar el tapón o desconectar el tubo, dependiendo del sistema de drenaje (p. ej., Hemovac o Jackson-Pratt). • Vaciar el drenaje en un frasco para muestras, evitando la contaminación de la boquilla del drenaje. • Limpiar la boquilla del drenaje con una gasa empapada en antiséptico. • Comprimir el sistema de drenaje y sujetarlo con fuerza mientras se reinserta el tapón o se conecta el tubo. • Colocar el sistema de forma adecuada (es decir, evitar el acodamiento del tubo y fijarlo a la ropa del paciente o de la cama, según corresponda). • Registrar el volumen y las características del drenaje (p. ej., color, consistencia y olor). • Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad de la bomba y del catéter, teniendo cuidado de no retirar suturas de forma involuntaria, si

		están presentes. • Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje. • Notificar al profesional sanitario adecuado la oclusión del catéter, los signos de infección o molestias, el desplazamiento de los tubos y los sistemas de drenaje que estén llenos. **Cuidados del drenaje torácico (1872)** • Determinar la indicación del tubo pleural permanente (p. ej., neumotórax frente a drenaje de líquidos). • Mantener una higiene adecuada de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del tubo de tórax. • Monitorizar que no haya fugas de aire audibles después de la inserción; la inserción incorrecta del tubo requerirá suturas adicionales o su recolocación. • Asegurar la familiaridad con el dispositivo de válvula torácica (p. ej., el drenaje sellado bajo agua, válvula de drenaje o válvula vibratoria) y drenaje. • Seguir las recomendaciones del fabricante para el cuidado del dispositivo

		de válvula de tórax y drenaje. • Monitorizar el funcionamiento correcto de los dispositivos, la colocación adecuada en el espacio pleural y la permeabilidad del tubo (es decir, fluctuación respiratoria u oscilación del líquido cuando el paciente respira, ya sea en el tubo o en el menisco de líquido). • Observar la presencia de burbujeo continuo durante la inspiración y la espiración, lo que indica un posible empeoramiento del estado del paciente, o una discontinuidad en el sistema de drenaje cerrado. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de neumotórax. • Fijar el tubo firmemente. • Verificar que se usan dispositivos de drenaje de sello bajo el agua de tipo multicámara que proporcionan cámaras separadas para el drenaje, el sello de agua y la succión, cuando lo indica el estado del paciente. • Documentar la oscilación del sello de agua del tubo de tórax, el drenaje recogido y las fugas de aire. • Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleural. • Observar y registrar el volumen, tono, color y la consistencia del drenaje del pulmón.

		• Observar si hay signos de infección. • Enviar el material recogido por el tubo de drenaje que sea sospechoso para realizar un cultivo y antibiograma (p. ej., el drenaje turbio o purulento o paciente con fiebre). • Documentar la respuesta del paciente a la tos, la respiración profunda y los cambios posturales, incluida la fluctuación oscilación de la columna del sello de agua y el burbujeo en el tubo de tórax y el sistema de drenaje. • Limpiar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo. • Cambiar el vendaje alrededor del tubo torácico cada 48-72 horas, si es necesario. • Instruir al paciente y a su familia sobre el cuidado adecuado del tubo de tórax. **Identificación de riesgos (6610)** • Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Determinar el cumplimento de los tratamientos médicos y de enfermería.

		• Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud. **Enseñanza: individual (5606)** • Determinar la preparación del paciente para aprender. • Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. • Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad). • Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente. • Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje. • Instruir al paciente, cuando corresponda. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. • Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces. • Incluir a la familia, si es adecuado

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Daño a la epidermis y/o dermis</td></tr>
<tr><td>Dominio 11</td><td>Seguridad / Protección</td><td>Clase 1</td><td>Infección</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de infección</td><td>Código</td><td>00004</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Eritema en el sitio de inserción del drenaje.
• Inflamación en el sitio de inserción del drenaje.
• Úlceras por presión.
• Maceración de la piel.
• Mal olor en el sitio de inserción del drenaje.
• Secreción en el sitio de inserción del drenaje.
• Líquido drenado sanguíneo
• Líquido drenado purulento</td><td colspan="2">Conocimiento: manejo de la infección (Código NOC: 1842)
Indicadores:
• Signos y síntomas de infección
PI: 3 Conocimiento moderado
PD: 4 Conocimiento sustancial</td><td colspan="5">Protección contra las infecciones (6550)
• Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la adquisición y transmisión de agentes infecciosos.
• Monitorizar los aspectos de las afecciones preexistentes que aumentan el riesgo de infección de la persona (p. ej., pancitopenia, fármacos inmunosupresores).
• Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
• Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente).
• Enseñar a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
• Enseñar las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
• Limitar el número de visitas, según sea necesario.
• Aplicar técnicas de aislamiento adecuadas.</td></tr>
</table>

• No esta rotulado la fecha de cambio de apósito. • Producción del drenaje moderado • Higiene corporal deficiente	• **Tratamiento de la infección diagnosticada** **PI:** 3 Conocimiento moderado **PD:** 4 Conocimiento sustancial **Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Código NOC: 1101)** **Indicadores:** • **Textura** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido	• Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudado en la piel y las mucosas. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica a intervalos regulares. • Obtener muestras para cultivo, si es necesario. • Fomentar un reposo, una ingesta nutricional y una ingesta de líquidos suficientes. • Monitorizar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. **Control de infecciones (6540)** • Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial. • Facilitar el acceso a los desinfectantes antimicrobianos para manos (p. ej., colgar el dispensador en la pared o colocarlo junto a las puertas de todas las áreas asistenciales). • Utilizar EPI siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso. • Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.

	PD: 4 Levemente comprometido • **Integridad de la piel** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometida • **Lesiones cutáneas** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente	• Proporcionar habitaciones unipersonales cuando exista preocupación por la transmisión de agentes infecciosos, según las normas y la capacidad del centro. • Dar prioridad a las habitaciones unipersonales para personas que presenten situaciones que faciliten la transmisión de material infeccioso a otras personas (p. ej., heridas con drenajes; incontinencia fecal, secreciones no contenidas, malos hábitos de higiene personal). • Mantener las técnicas de aislamiento para las personas aisladas, según corresponda. • Mantener los principios básicos de la técnica aséptica para la preparación y administración de medicamentos parenterales (p. ej., uso de agujas y jeringas estériles, de un solo uso y desechables para cada inyección administrada; evitar la contaminación del equipo de inyección y de la medicación; utilizar solo viales monodosis). • Cambiar las vías intravenosas periféricas y centrales y los apósitos de acuerdo con las directrices actuales de los CDC. • Asignar los metros cuadrados adecuados por persona, según lo indicado por las directrices de los CDC (es decir, evitar el hacinamiento en las áreas

	comprometido • **Elasticidad** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido **Curación de heridas: por segunda intención (Código NOC: 1103)** • **Maceración de la piel** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Mal olor de la herida** **PI:** 2 Sustancial	asistenciales). • Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles o con diagnóstico de enfermedad transmisible, según las precauciones de aislamiento apropiadas (p. ej., contacto, transmisión aérea, gotitas, transmisión sanguínea). • Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro. • Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas las que están cerca de la persona (p. ej., barandillas de las camas, superficie de las mesillas de noche) y las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia (p. ej., pomos de puertas, superficies dentro y alrededor de los aseos de las habitaciones), en comparación con otras superficies (p. ej., superficies horizontales de las salas de espera). • Utilizar desinfectantes registrados por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) que tengan actividad microbicida contra los patógenos con más probabilidad de contaminar el entorno asistencial, según las instrucciones del fabricante. • Utilizar una técnica adecuada para el cuidado de las heridas.

	PD: 4 Escaso • **Secreción purulenta** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Secreción sanguinolenta** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Eritema de la piel circundante** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Edema alrededor de la herida** **PI:** 2 Sustancial	• Contener, transportar y manipular los equipos e instrumentos o dispositivos asistenciales que puedan estar contaminados con materiales infecciosos, según las normas del centro. • Instruir a la persona y a los familiares sobre los signos y síntomas de infección y sobre cuándo comunicarlos al profesional sanitario. • Mantener el uso prudente de antibióticos. Cefazolina 1 gr IV cada 8 horas. **Cuidado de las heridas (3660)** • Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida. • Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario. • Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir inicialmente con todos los cambios de apósito, según la prescripción. • Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal), según sea necesario. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida. • Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.

	PD: 4 Escaso • **Inflamación de la herida** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso **Control del riesgo: lesión por presión (Código NOC: 1942)** **Indicadores:** • **Identifica los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión** **PI:** 2 Raramente demostrado	• Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. • Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción. • Aplicar un apósito estéril apropiado (p. ej., apósito seco, apósito húmedo) que controle el exudado pero que no despegue más la herida. • Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida. • Reforzar el apósito según sea necesario. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que haya un drenaje adecuado de la curación de la herida. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Colocar una almohada que evite la tensión sobre la herida, según sea conveniente. • Posicionar de forma adecuada a la persona como mínimo cada 2 horas, según proceda. • Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda. • Remitir al médico especialista en ostomías, según corresponda.

	PD: 5 Siempre demostrado • **Identifica lo signos y síntomas de las úlceras por presión** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 5 Siempre demostrado **Conducta de autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD) (Código NOC: 0300)** **Indicadores:**	• Remitir al dietista, según corresponda. • Aplicar dispositivos para la curación de la herida (p. ej., TENS, sistemas de vacío para heridas), según la prescripción. • Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, cama de agua; gel almohadillas para el codo o talón; giro en la silla), según corresponda. • Ayudar a obtener material para el cuidado de las heridas, de las actividades de atención domiciliaria (p. ej., disponibilidad y coste de la hora de seleccionarlo), y necesidad de un uso domiciliario. **Prevención de las lesiones por presión (3540)** • Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad). • Utilizar una herramienta de evaluación de riesgos establecida para monitorizar los factores de riesgo (p. ej., escalas de Braden y Norton). • Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa. • Girar cada 1 o 2 horas o con más frecuencia, según convenga.

	• **Se baña** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 5 Siempre demostrado • **Realiza la higiene** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 5 Siempre demostrado	• Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil. • Utilizar camas y colchones especiales, según proceda. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. **Baño (1610)** • Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria (p. ej., baño completo en cama, baño parcial, baño con toallitas húmedas, baño con toalla, baño en bañera, ducha). • Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee. • Cubrir con plástico todos los catéteres intravenosos o apósitos para heridas, cuando esté indicado.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Deterioro de movilidad física R/C; procedimientos quirúrgicos M/P Malestar con el movimiento</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad/Reposo</td><td>Clase 2</td><td>Actividad/Movilidad</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Deterioro de movilidad física</td><td>Código</td><td>00085</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Riesgo moderado al movilizarse por mantener el drenaje Vac en las extremidades inferiores.
• Paciente mantiene decúbito supino prolongado</td><td colspan="2">Movilidad (Código NOC: 0208)
Indicadores:
• Movimiento articular
PI: 3 Moderadamente comprometido
PD: 4 Levemente comprometido
• Se mueve con facilidad</td><td colspan="5">Cambio de posición (0840)
• Colocar sobre un colchón o una cama terapéuticos adecuados.
• Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
• Colocar en la posición terapéutica especificada.
• Girar a la persona inmovilizada al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda. Cambios de posición cada 3 horas.
• Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
• Colocar en posición de alineación corporal correcta.
• Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semifowler), cuando corresponda.
• Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
• Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.</td></tr>
</table>

	PI: 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido	• Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición. • Colocar al paciente en una posición que favorezca el drenaje urinario, según corresponda. • Enseñar a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. • Elevar la cabecera de la cama, si resulta indicado. • Explicar el procedimiento de giro, según corresponda. • Identificar el número de profesionales necesarios para el cambio pasivo de posición. • Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter). • Colocar el timbre de llamada y los objetos de uso frecuente al alcance. • Documentar la hora y el procedimiento de los cambios de posición pasivos. **Terapia de ejercicios: deambulación (0221)** • Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario. • Vestir con prendas cómodas.

		• Aconsejar el uso de un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Monitorizar el perfil de la marcha y las condiciones clínicas antes de iniciar la terapia de deambulación. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según la tolerancia. • Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso. • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Enseñar a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar en el traslado, cuando sea necesario. • Aplicar y proporcionar un dispositivo de ayuda (p. ej., bastón, muletas, silla de ruedas) para la deambulación si es necesario. • Ayudar con la deambulación inicial, si es necesaria. • Instruir acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras. • Vigilar la utilización de muletas, bastones u otros dispositivos de ayuda para evitar caídas. • Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. • Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

Diagnóstico de enfermería	Riesgo de lesión del tracto urinario R/C Uso prolongado de catéter urinario						
Definición	Susceptible a daños inadvertidos en las estructuras genitourinarias inferiores.						
Dominio 11	Seguridad / protección	**Clase 2**	Lesión física	**Etiqueta diagnóstica**	Riesgo de lesión del tracto urinario	**Código**	00250
Problema	**NOC**	**NIC (Actividades)**					
• Uso de sonda vesical	**Eliminación urinaria (Código NOC: 0503)** **Indicadores:** • **Patrón eliminación** **PI:** 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido • **Cantidad de**	**Cuidados del drenaje urinario (1876)** • Usar órdenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto. • Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. • Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. • Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente). • Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo.					

	orina **PI:** 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido	• Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. • Irrigar el sistema del catéter urinario usando una técnica estéril adecuada. • Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro. Cambiar sonda vesical cada 7 a 15 días. • Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente. **Sondaje vesical (0580)** • Verificar la identificación y asegurar la ausencia de alergias a los materiales de la sonda. • Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje. • Reunir el equipo adecuado. • Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada con paños para preservar su pudor (es decir, exponer solo los genitales). • Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro. • Aplicar un lubricante estéril en la punta del catéter o directamente en la uretra, según proceda. • Confirmar que la sonda esté insertada lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.

		• Fijar el catéter a la piel, según corresponda. • Monitorizar las entradas y salidas. • Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda. • Colocar de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino)

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de caídas en adultos R/C Lesión grave M/P Deterioro de la movilidad física.</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Susceptibilidad de un individuo >18 años de edad a experimentar un evento que resulte en un aterrizaje inadvertido en el suelo, piso u otra superficie inferior.</td></tr>
<tr><td>Dominio 11</td><td>Seguridad / Protección</td><td>Clase 2</td><td>Lesión física</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de caídas en adultos</td><td>Código</td><td>00303</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Riesgo de caída medio
• Capacidad parcial y limitada para colaborar en el cuidado del drenaje.</td><td colspan="2">Conocimiento: prevención de caídas (Código NOC: 1828)
Indicadores:
• Utilización correcta de los dispositivos de seguridad
PI: 2 Conocimiento escaso
PD: 5 Conocimiento extenso
• Cuando pedir</td><td colspan="5">Prevención de caídas (6490)
• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
• Revisar los antecedentes de caídas.
• Instaurar pautas de seguridad contra caídas (p. ej., señalización, ropa de color, brazalete), según la política del centro.
• Ayudar a ir al baño a intervalos frecuentes y programados. • Evaluar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
• Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
• Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
• Colocar los objetos al alcance de la mano. • Instruir para que pida ayuda para moverse, si lo precisa.
• Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia.</td></tr>
</table>

	ayuda personal **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 5 Conocimiento extenso • **Estrategias para deambular con seguridad** **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 5 Conocimiento extenso	• Establecer un acuerdo de seguridad frente a las caídas, según proceda. **Ayuda con el autocuidado (1800)** • Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria. • Monitorizar la necesidad de dispositivos adaptados para la higiene personal, el vestido, el acicalamiento, el uso del inodoro y la comida. • Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Patrón respiratorio ineficaz R/C afección grave M/P taquipnea</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante la inspiración y/o la espiración.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad/ descanso</td><td>Clase 4</td><td>Respuestas cardiovasculares/ pulmonares</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Patrón respiratorio ineficaz</td><td>Código</td><td>00032</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td>NOC</td><td colspan="6">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Frecuencia respiratoria 21–25 rpm (taquipnea leve).</td><td>Función respiratoria (Código NOC: 0415)
Indicadores:
• Frecuencia respiratoria
PI: 3 Desviación moderada del rango normal
PD: 5 Sin desviación del rango</td><td colspan="6">Monitorización respiratoria (3350)
• Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
• Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
• Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO2, SvO2, SpO2) siguiendo las normas del centro y según esté indicado
• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
• Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar</td></tr>
</table>

	normal • **Saturación de oxígeno** **PI:** 3 Desviación moderada del rango normal **PD:** 5 Sin desviación del rango normal	los resultados. • Monitorizar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran. **Oxigenoterapia (3320)** • Verificar la prescripción de oxigenoterapia antes de administrarla, según esté indicado. Oxigenoterapia si la saturación esta <90%. • Asegurarse de que se dispone de pulsioximetría para monitorizar la respuesta a la terapia, según esté indicado. • Documentar las observaciones basales, incluidas la saturación, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia del pulso. • Monitorizar el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y el nivel de consciencia. • Colocar en una posición que permita una respiración óptima (p. ej., en posición alta o semiFowler). • Monitorizar el flujo de oxígeno en litros. • Comprobar rutinariamente el dispositivo de administración de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita (es decir, el tubo no está torcido, la máscara o la cánula no están en una posición errónea). • Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Dolor agudo R/C Agente de lesión física M/P Informe verbal del dolor</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, un daño tisular real o potencial, con una duración de menos de 3 meses</td></tr>
<tr><td>Dominio 12</td><td>Confort</td><td>Clase 1</td><td>Confort físico</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Dolor agudo</td><td>Código</td><td>00132</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Dolor moderado al movilizarse</td><td colspan="2">Nivel de dolor (Código NOC: 2102)
Indicadores:
• Intensidad del dolor referido
PI: 2 Sustancial
PD: 4 Leve
• Vocalización negativa
PI: 2 Moderado</td><td colspan="5">Manejo del dolor agudo (1410)
• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agravan.
• Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla).
• Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
• Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
• Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en</td></tr>
</table>

	PD: 4 Leve **Control del dolor (Código NOC: 1605)** **Indicadores:** • **Informa al profesional sanitario de los síntomas del dolor no controlados** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 4 Frecuentemente demostrado	aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. • Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. • Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. Paracetamol I.V 1 gramo PRN. • Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis. • Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso. • Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

		• Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos. • Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular. • Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda. • Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. • Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. • Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de desequilibro de la presión arterial R/C afección grave</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Susceptible a la elevación o disminución recurrente de la fuerza ejercida por el flujo sanguíneo sobre la pared arterial, por encima o por debajo de los niveles individuales deseados.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad/Reposo</td><td>Clase 4</td><td>Respuestas cardiovasculares/pulmonares</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de desequilibro de la presión arterial</td><td>Código</td><td>00362</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Tensión arterial 140/90 mmHg (hipertensión grado 1).</td><td colspan="2">Estado circulatorio (Código NOC: 0401)
Indicadores:
• Presión arterial sistólica PI: 3 Desviación</td><td colspan="5">Monitorización de los signos vitales (6680)
• Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de los signos vitales.
• Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
• Monitorizar la presión arterial mientras la persona está acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
• Auscultar manualmente la presión arterial en ambos brazos y compararla.
• Comparar las lecturas manuales de la presión arterial con las lecturas de la monitorización automática al menos una vez al día.</td></tr>
</table>

	moderada del rango normal **PD:** 5 Sin desviación del rango normal • **Presión arterial diastólica** **PI:** 3 Desviación moderada del rango normal **PD:** 5 Sin	• Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. • Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. **Manejo de la hipertensión (4162)** • Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo, incluyendo el uso de medicamentos. • Identificar las posibles causas de la hipertensión. • Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes (p. ej., diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, síndrome metabólico, ser mayor de 60 años, sexo, raza, tabaquismo, hiperuricemia, estilo de vida sedentario, antecedentes familiares de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, antecedentes de accidente cerebrovascular). • Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión (p. ej., normal, menos de 120/80; elevada, 120 a 129/80 o menos; hipertensión en estadio 1, 130 a 139/80 a 89; hipertensión en estadio 2, igual o mayor de 140/90). • Asegurar una valoración adecuada de la PA (es decir, la clasificación se basa en la media de dos o más lecturas de PA correctamente medidas, sentado y tomadas en dos o más visitas a la consulta). • Instruir al paciente sobre las posibles causas de la hipertensión.

	desviación del rango normal	• Ayudar a los pacientes con hipertensión en estadio 2 y sin afecciones comórbidas (p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) a practicar cambios en el estilo de vida y a utilizar la terapia farmacológica adecuada (p. ej., combinaciones de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio). Losartán 100 m g VO cada 24 horas. Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas. • Monitorizar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión. • Instruir al paciente y a su familia para que asuman un papel activo en el manejo del proceso de la enfermedad (p. ej., indicaciones y administración de medicamentos, mantenimiento de una dieta adecuada, ejercicio y hábitos saludables, dejar de fumar, reducir el estrés, el peso, la ingesta de sodio y el consumo de alcohol, aumentar el ejercicio, tal y como se indica). • Instruir al paciente y a su familia sobre el uso y las indicaciones de los medicamentos. **Administración de medicación (2300)** • Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa

		y segura de medicamentos. • Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada. • Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta). • Garantizar que las órdenes de prescripción de medicamentos contengan el nombre de la persona, el nombre del medicamento, la cantidad y frecuencia de la dosis, la vía de administración, el motivo de la medicación y la firma adecuada para la autorización. • Administrar los medicamentos de acuerdo con la autoridad prescriptora, el protocolo, la política y el procedimiento. • Anotar las alergias antes de administrar la medicación y retener los medicamentos, según proceda. • Utilizar una técnica aséptica para la administración de medicamentos parenterales. • Monitorizar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones por los medicamentos administrados.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Patrón de sueño ineficaz R/C régimen terapéutico M/P Insomnio</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Dificultad para experimentar la suspensión periódica y natural de la conciencia relativa, lo que perjudica el funcionamiento.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad / Reposo</td><td>Clase 1</td><td>Sueño / Reposo</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Patrón de sueño ineficaz</td><td>Código</td><td>00337</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td>NOC</td><td colspan="6">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Insomnio (Sueño ausente)
• Sueño interrumpido o fragmentado</td><td>Descanso
(Código NOC: 0003)
Indicadores:
• Tiempo total de descanso
PI: 2 Sustancialmente comprometido
PD: 4 Levemente comprometido
• Calidad de</td><td colspan="6">Mejorar el sueño (1850)
• Determinar el patrón de sueño y actividad.
• Tener en cuenta el ciclo regular de sueño y vigilia en la planificación de los cuidados.
• Explicar la importancia de un sueño adecuado durante diferentes fases y acontecimientos de la vida (p. ej., embarazo, enfermedad, situaciones de estrés psicosocial, etc.).
• Determinar los efectos que tiene la medicación sobre el patrón de sueño.
• Monitorizar y registrar el patrón y el número de horas de sueño.
• Monitorizar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor o molestias y frecuencia urinaria) y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</td></tr>
</table>

	descanso **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido **Sueño** **(Código NOC: 0004)** **Indicadores:** • **Horas de sueño por noche** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente	• Indicar que monitorice los patrones de sueño. • Monitorizar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio excesivo. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Indicar que se limite el uso de dispositivos electrónicos (p. ej., teléfono, internet, televisión). • Disminuir o eliminar los cuidados nocturnos rutinarios no esenciales. • Animar a establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de irse a la cama, los indicios de inicio de sueño y los objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, un baño caliente, etc.), según corresponda. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Monitorizar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. • Indicar que se eviten los alimentos y las bebidas que interfieran en el sueño a

	comprometido • **Patrón de sueño** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido	la hora de irse a la cama (p. ej., bebidas con cafeína, alimentos con alto contenido de azúcar, alimentos formadores de gas). • Ayudar a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que estimule la vigilia, según corresponda. • Fomentar el uso de dispositivos y aplicaciones para mejorar el sueño, según proceda. • Proporcionar medidas no farmacológicas para mejorar el sueño (p. ej., aromaterapia, disminución de la intensidad de la luz). • Considerar combinaciones de dispositivos, medios de confort y otras medidas. • Favorecer el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. • Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. • Tener en consideración las medicaciones para el sueño. Risperidona 0.5 ml a 1 ml.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Hipertermia R/C Deterioro del estado de salud M/P 38,3 °C (100,9 °F) o más en adultos.</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Elevación anormal de la temperatura corporal, generalmente como resultado de la incapacidad de regular la temperatura corporal central debido a factores no patológicos.</td></tr>
<tr><td>Dominio 11</td><td>Seguridad/Protección</td><td>Clase 6</td><td>Termorregulación</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Hipertemia</td><td>Código</td><td>00007</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td>NOC</td><td colspan="6">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Temperatura corporal > 38 °C</td><td>Termorregulación (Código NOC: 0800)
Indicadores:
• Hipertemia
PI: 2 Sustancialmente comprometido
PD: 4 Levemente comprometido
• Aumento de la temperatura</td><td colspan="6">Regulación de la temperatura (3900)
• Determinar la causa de la alteración de la temperatura (p. ej., exposición excesiva al calor, pérdida de volumen, esfuerzo inducido por fármacos, radiación, evaporación, conducción, convección, infección).
• Monitorizar los valores de laboratorio de los electrólitos séricos, el análisis de orina, los hemocultivos y el hemograma completo.
• Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
• Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos en dos veces y luego según el protocolo para hipotermia e hipertermia tratadas mediante monitorización continua con dispositivo de monitorización</td></tr>
</table>

	cutánea **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido **Severidad de la infección** **(Código NOC: 0703)** **Indicadores:** • **Inestabilidad térmica** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Leve • **Fiebre** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Leve	de la temperatura central), según corresponda. • Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. • Monitorizar el color y la temperatura de la piel. • Tratar la hipertermia según el protocolo (p. ej., mantas refrigerantes, líquidos intravenosos refrigerados, ventilador, compresas frías, colocación en agua refrigerada). • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la persona. • Administrar medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos. • Administrar medicación antipirética, según proceda. Paracetamol 1gramo I.V PRN; Metamizol 1 gramos I.V cada 12 horas. • Administrar antibióticos, según proceda. • Monitorizar la aparición de complicaciones (p. ej., insuficiencia renal, desequilibrio ácido-base, coagulopatía, edema pulmonar, edema cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica). • Promover una adecuada ingesta de líquidos y nutrientes, si corresponde. • Dar instrucciones sobre cómo prevenir el agotamiento por calor o el golpe de calor. **Manejo de la hipertermia (3786)**

		• Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal (p. ej., infección, insolación, deshidratación, exposición a elementos). • Hidratar los labios secos y la mucosa nasal. • Aflojar o quitar la ropa. • Aplicar métodos de enfriamiento externo (p. ej., compresas frías en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo, las axilas y las ingles; mantas de hidrogel o de enfriamiento con circulación de aire), según proceda. • Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.3 Resultado del objetivo 3: Diseñar una guía de cuidados de intervenciones basada en evidencia científica para optimizar la atención y prevenir complicaciones según las necesidades de los pacientes.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

"GUÍA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN"

AUTORES:

MARILIN ESTEFANIA ORDOÑEZ BERRONES

JESSICA ADRIANA QUICALIQUIN ROCHINA

TUTOR:

LIC. MERY REA GUAMÁN, PHD

GUAYAQUIL –GUAYAS – ECUADOR

AGOSTO- DICIEMBRE 2025

INTRODUCCIÓN

El manejo de los drenajes quirúrgicos forma parte esencial del cuidado postoperatorio y requiere conocimientos técnicos actualizados por parte del personal de enfermería, debido a que estos dispositivos permiten la evacuación de fluidos y la prevención de acúmulos que comprometen la cicatrización. Su uso incluye drenajes de succión cerrada, sistemas torácicos y terapias de presión negativa, cuya efectividad depende de una atención segura y estandarizada (Bhattacharjee et al., 2020).

En el ámbito de los servicios hospitalarios, los drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC se utilizan de manera frecuente en procedimientos de diversa complejidad, lo que exige que los profesionales de enfermería posean criterios claros para su manejo, control y monitoreo. La ausencia de guías educativas específicas dificulta la unificación de criterios y limita la aplicación sistemática de cuidados basados en evidencia científica (Alvarenga et al., 2021).

Desde el contexto nacional, los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador destacan que el manejo inadecuado de dispositivos invasivos constituye un factor prevenible en la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las competencias del personal sanitario. En este marco, la capacitación estructurada del profesional de enfermería se establece como un componente prioritario para la seguridad del paciente (Ministerio de Salud Pública, 2020).

La presente guía educativa tiene como objetivo fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en el manejo de los drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, integrando aspectos técnicos, preventivos y educativos. Su enfoque se sustenta en la educación en salud como herramienta para mejorar la práctica clínica, promoviendo la seguridad del paciente, la calidad del cuidado y el desempeño profesional en el contexto asistencial (Vizcaíno et al., 2023).

MARCO TEÓRICO

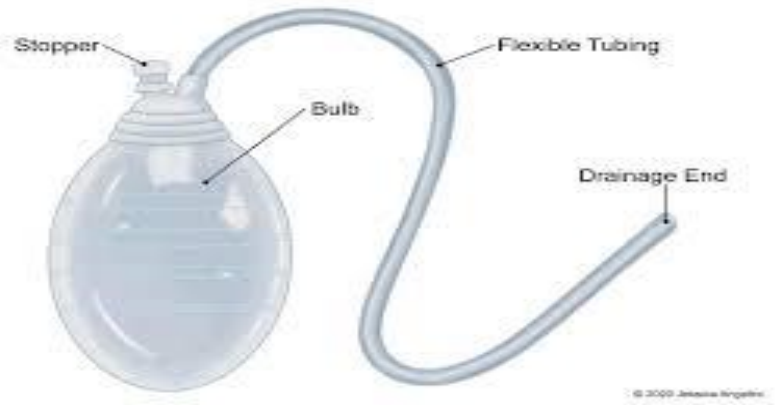
Heridas quirúrgicas

Según Castillo Cermeño (2024), las heridas son la pérdida de la continuidad anatómica de la piel y de los tejidos subyacentes, que puede ser causada por un agente físico o químico, permitiendo una comunicación entre el ambiente y microorganismos. Estas pueden ser heridas quirúrgicas y traumáticas y ambas requieren una adecuada atención para evitar infecciones, favorecer la cicatrización, curación y prevenir complicaciones.

Descripción de cada tipo de drenaje

Drenaje Jackson-Pratt

El drenaje Jackson-Pratt (JP) es un sistema de drenaje quirúrgico cerrado utilizado comúnmente en cirugías abdominales, mamarias y ortopédicas. Este dispositivo consta de un reservorio de succión bulbosa flexible que se conecta a un tubo drenante; su función es evacuar fluidos corporales, como sangre y exudados, de la cavidad quirúrgica. El sistema de succión se mantiene mediante la compresión manual del reservorio, creando presión negativa que facilita la extracción continua de fluidos. Es fundamental vigilar regularmente el volumen, color y características de los fluidos drenados, y vaciar el dispositivo conforme sea necesario para mantener la succión efectiva (Choi et al., 2023).



Drenaje Pleurevac

El drenaje Pleurevac es un dispositivo utilizado principalmente en procedimientos torácicos, como la cirugía pulmonar y la pleurotomía, para drenar líquidos y aire de la cavidad pleural. El sistema incluye una botella colectora con un sello de agua que permite el drenaje sin permitir el retorno del aire, evitando la contaminación y el colapso pulmonar. El drenaje Pleurevac se caracteriza por su capacidad para mantener la presión negativa y ofrecer una indicación visual clara de la circulación de aire y fluido mediante la oscilación del agua en el sello. La monitorización continua de la oscilación y la burbuja en el sello es esencial para asegurar la efectividad del drenaje y prevenir complicaciones (Bello Gil et al., 2022).



Drenaje VAC

La Terapia de Presión Negativa (VAC), también conocida como sistema de drenaje VAC o sistema de succión terapéutica, es un dispositivo que aplica presión negativa sobre una herida para promover la cicatrización y reducir el riesgo de infecciones. Se utiliza en heridas crónicas, quemaduras, úlceras por presión y en algunas cirugías abdominales. El sistema VAC consta de una esponja o apósito especial que se coloca directamente sobre la herida, cubriéndola con un sellado hermético; se conecta a una bomba que genera presión negativa, estimulando la circulación sanguínea y la eliminación de exudados. Este tratamiento acelera la curación de heridas y previene

complicaciones como la infección del sitio quirúrgico (Bastawisy et al., 2025).

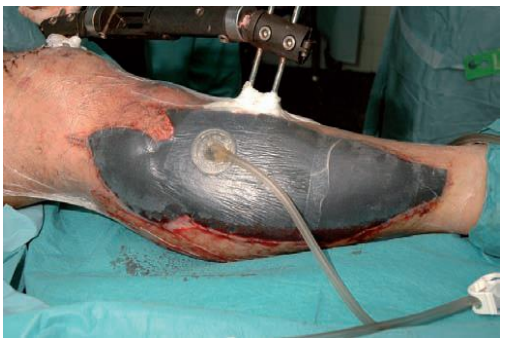


Indicaciones de los drenajes

El uso de drenajes es fundamental en diversas situaciones clínicas. En casos de abscesos, permiten evacuar pus y otros líquidos, evitando un cierre falso de la herida e impidiendo reinfecciones, favoreciendo así la cicatrización por segunda intención. En lesiones traumáticas, se colocan para drenar el exceso de líquido extravasado, ayudando a controlar la inflamación y prevenir complicaciones.

Como profilaxis en una cirugía general es preciso colocar un drenaje ya que conlleva siempre riesgos de fuga o hemorragias. Tras cirugías radicales, como grandes resecciones, se pierde en exceso líquido linfático y sangre que no deben acumularse y por ello la necesidad de colocar un sistema de drenaje, su colocación es clave para reducir riesgos postoperatorios y favorecer la recuperación del paciente (Alvarenga et al., 2021).









Complicaciones

Según Gallardo at al.,(2025), menciona que toda intervención quirúrgica conlleva el riesgo de presentar diversas complicaciones, y el uso del drenaje, al ser un dispositivo invasivo, representa una vía abierta para la entrada de infecciones, dificultando así la recuperación rápida del paciente. Las complicaciones más comunes incluyen: infecciones, obstrucciones o mal funcionamiento del sistema del drenaje, dolor, problemas al retirarlo por el tiempo prolongado de uso, e incluso la extracción accidental del dren debido a movimientos bruscos del paciente y la manipulación inadecuada puede causar daño en tejidos adyacentes o incluso la ruptura del drenaje.

Factores de riesgo asociados

Estos pueden ser relacionados con el paciente la edad, las comorbilidades, el estado nutricional. También con el procedimiento quirúrgico tipo de cirugía y con el manejo del drenaje.

Intervenciones de Enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y Vac

Diagnóstico de enfermería	Deterioro de la integridad cutánea R/C Dispositivos médicos M/P Dolor agudo						
Definición	Herida en la epidermis y/o dermis.						
Dominio 11	Seguridad / Protección	**Clase 2**	Lesión física	**Etiqueta diagnóstica**	Deterioro de la integridad cutánea	**Código**	00044
Problema	**NOC**	**NIC (Actividades)**					
• Tiempo de permanencia del drenaje >15 días • Obstrucción del sistema del drenaje • Riesgo de desconexión del drenaje. • Riesgo de tracción del drenaje • **C**anister del VAC con fugas o rebosado • La esponja VAC no está	**Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Código NOC: 1101)** **Indicadores:** • **Hidratación** **PI:** 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 No comprometido • **Integridad de la**	**Vigilancia de la piel (3590)** • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. • Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. • Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). • Monitorizar el color y la temperatura de la piel. • Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.					

completamente colapsada, indicando que la presión negativa no está funcionando correctamente. • El drenaje no mantiene un flujo adecuado sin necesidad de maniobras adicionales como comprimir el tubo o manipularlo. • Orientación incompleta sobre el autocuidado y manejo del drenaje.	**piel** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 3 Moderadamente comprometido **Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (Código NOC: 0204)** **Indicadores:** • **Dolor** **PI:** 3 Moderado **PD:** 4 Leve • **Pérdida de amplitud de movimiento** **PI:** 3 Moderado	• Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel. • Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Monitorizar si hay zonas de presión y fricción. • Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales). • Curación de heridas según indicación médica. **Cuidados del drenaje (1870)** • Usar ordenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto. • Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del drenaje. • Mantener la permeabilidad del drenaje, según el tipo de drenaje y las indicaciones del fabricante. • Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado. • Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental. • Monitorizar la permeabilidad del catéter y del dispositivo o sistema de

	PD: 4 Leve **Conocimiento: proceso terapéutico (Código NOC: 1814)** **Indicadores:** • **Uso correcto de los equipos** **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 4 Conocimiento sustancial • **Cuidado adecuado de los equipos** **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 4 Conocimiento	drenaje, anotando cualquier dificultad de drenaje. • Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo. • Vaciar el dispositivo de recogida, según las normas del centro, la afección del paciente y las instrucciones del fabricante. • Asegurar la correcta colocación del tubo. • Asegurar el funcionamiento del tubo y del equipo correspondiente. • Cambiar el tubo con frecuencia, según indicación del protocolo del centro. • Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel, según corresponda. • Administrar cuidados de la piel y cambios del apósito en el sitio de inserción del tubo, según corresponda. • Ayudar al paciente a fijar el tubo y/o los dispositivos de drenaje al caminar, sentarse y estar de pie, según corresponda. • Pinzar el tubo, para facilitar la deambulación, si procede. • Enseñar al paciente y a la familia el propósito del drenaje y los cuidados que deben prestársele, según corresponda. • Proporcionar apoyo emocional para enfrentarse al uso a largo plazo de los

	sustancial	tubos y/o los dispositivos de drenaje externos, según corresponda. **Cuidado de las heridas: drenaje cerrado (3662)** • Ayudar al paciente a ponerse en una posición cómoda. • Retirar el tapón o desconectar el tubo, dependiendo del sistema de drenaje (p. ej., Hemovac o Jackson-Pratt). • Vaciar el drenaje en un frasco para muestras, evitando la contaminación de la boquilla del drenaje. • Limpiar la boquilla del drenaje con una gasa empapada en antiséptico. • Comprimir el sistema de drenaje y sujetarlo con fuerza mientras se reinserta el tapón o se conecta el tubo. • Colocar el sistema de forma adecuada (es decir, evitar el acodamiento del tubo y fijarlo a la ropa del paciente o de la cama, según corresponda). • Registrar el volumen y las características del drenaje (p. ej., color, consistencia y olor). • Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad de la bomba y del catéter, teniendo cuidado de no retirar suturas de forma involuntaria, si están presentes. • Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias

		alrededor del drenaje. • Notificar al profesional sanitario adecuado la oclusión del catéter, los signos de infección o molestias, el desplazamiento de los tubos y los sistemas de drenaje que estén llenos. **Cuidados del drenaje torácico (1872)** • Determinar la indicación del tubo pleural permanente (p. ej., neumotórax frente a drenaje de líquidos). • Mantener una higiene adecuada de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del tubo de tórax. • Monitorizar que no haya fugas de aire audibles después de la inserción; la inserción incorrecta del tubo requerirá suturas adicionales o su recolocación. • Asegurar la familiaridad con el dispositivo de válvula torácica (p. ej., el drenaje sellado bajo agua, válvula de drenaje o válvula vibratoria) y drenaje. • Seguir las recomendaciones del fabricante para el cuidado del dispositivo de válvula de tórax y drenaje. • Monitorizar el funcionamiento correcto de los dispositivos, la colocación

		adecuada en el espacio pleural y la permeabilidad del tubo (es decir, fluctuación respiratoria u oscilación del líquido cuando el paciente respira, ya sea en el tubo o en el menisco de líquido). • Observar la presencia de burbujeo continuo durante la inspiración y la espiración, lo que indica un posible empeoramiento del estado del paciente, o una discontinuidad en el sistema de drenaje cerrado. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de neumotórax. • Fijar el tubo firmemente. • Verificar que se usan dispositivos de drenaje de sello bajo el agua de tipo multicámara que proporcionan cámaras separadas para el drenaje, el sello de agua y la succión, cuando lo indica el estado del paciente. • Documentar la oscilación del sello de agua del tubo de tórax, el drenaje recogido y las fugas de aire. • Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleural. • Observar y registrar el volumen, tono, color y la consistencia del drenaje del pulmón. • Observar si hay signos de infección. • Enviar el material recogido por el tubo de drenaje que sea sospechoso para

		realizar un cultivo y antibiograma (p. ej., el drenaje turbio o purulento o paciente con fiebre). • Documentar la respuesta del paciente a la tos, la respiración profunda y los cambios posturales, incluida la fluctuación oscilación de la columna del sello de agua y el burbujeo en el tubo de tórax y el sistema de drenaje. • Limpiar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo. • Cambiar el vendaje alrededor del tubo torácico cada 48-72 horas, si es necesario. • Instruir al paciente y a su familia sobre el cuidado adecuado del tubo de tórax. **Identificación de riesgos (6610)** • Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Determinar el cumplimento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.

		Enseñanza: individual (5606) • Determinar la preparación del paciente para aprender. • Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. • Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad). • Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente. • Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje. • Instruir al paciente, cuando corresponda. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. • Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces. • Incluir a la familia, si es adecuado

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Daño a la epidermis y/o dermis</td></tr>
<tr><td>Dominio 11</td><td>Seguridad / Protección</td><td>Clase 1</td><td>Infección</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de infección</td><td>Código</td><td>00004</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Eritema en el sitio de inserción del drenaje.
• Inflamación en el sitio de inserción del drenaje.
• Úlceras por presión.
• Maceración de la piel.
• Mal olor en el sitio de inserción del drenaje.
• Secreción en el sitio de inserción del drenaje.
• Líquido drenado sanguíneo
• Líquido drenado purulento
• No esta rotulado la fecha de</td><td colspan="2">Conocimiento: manejo de la infección (Código NOC: 1842)
Indicadores:
• Signos y síntomas de infección
PI: 3 Conocimiento moderado
PD: 4 Conocimiento sustancial</td><td colspan="5">Protección contra las infecciones (6550)
• Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la adquisición y transmisión de agentes infecciosos.
• Monitorizar los aspectos de las afecciones preexistentes que aumentan el riesgo de infección de la persona (p. ej., pancitopenia, fármacos inmunosupresores).
• Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
• Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente).
• Enseñar a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
• Enseñar las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
• Limitar el número de visitas, según sea necesario.
• Aplicar técnicas de aislamiento adecuadas.</td></tr>
</table>

cambio de apósito. • Producción del drenaje moderado • Higiene corporal deficiente	• **Tratamiento de la infección diagnosticada** **PI:** 3 Conocimiento moderado **PD:** 4 Conocimiento sustancial **Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Código NOC: 1101)** **Indicadores:** • **Textura** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido	• Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudado en la piel y las mucosas. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica a intervalos regulares. • Obtener muestras para cultivo, si es necesario. • Fomentar un reposo, una ingesta nutricional y una ingesta de líquidos suficientes. • Monitorizar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. **Control de infecciones (6540)** • Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial. • Facilitar el acceso a los desinfectantes antimicrobianos para manos (p. ej., colgar el dispensador en la pared o colocarlo junto a las puertas de todas las áreas asistenciales). • Utilizar EPI siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso. • Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.

	PD: 4 Levemente comprometido • **Integridad de la piel** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometida • **Lesiones cutáneas** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente	• Proporcionar habitaciones unipersonales cuando exista preocupación por la transmisión de agentes infecciosos, según las normas y la capacidad del centro. • Dar prioridad a las habitaciones unipersonales para personas que presenten situaciones que faciliten la transmisión de material infeccioso a otras personas (p. ej., heridas con drenajes; incontinencia fecal, secreciones no contenidas, malos hábitos de higiene personal). • Mantener las técnicas de aislamiento para las personas aisladas, según corresponda. • Mantener los principios básicos de la técnica aséptica para la preparación y administración de medicamentos parenterales (p. ej., uso de agujas y jeringas estériles, de un solo uso y desechables para cada inyección administrada; evitar la contaminación del equipo de inyección y de la medicación; utilizar solo viales monodosis). • Cambiar las vías intravenosas periféricas y centrales y los apósitos de acuerdo con las directrices actuales de los CDC. • Asignar los metros cuadrados adecuados por persona, según lo indicado por las directrices de los CDC (es decir, evitar el hacinamiento en las áreas

	comprometido • **Elasticidad** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido **Curación de heridas: por segunda intención (Código NOC: 1103)** • **Maceración de la piel** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Mal olor de la herida** **PI:** 2 Sustancial	asistenciales). • Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles o con diagnóstico de enfermedad transmisible, según las precauciones de aislamiento apropiadas (p. ej., contacto, transmisión aérea, gotitas, transmisión sanguínea). • Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro. • Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas las que están cerca de la persona (p. ej., barandillas de las camas, superficie de las mesillas de noche) y las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia (p. ej., pomos de puertas, superficies dentro y alrededor de los aseos de las habitaciones), en comparación con otras superficies (p. ej., superficies horizontales de las salas de espera). • Utilizar desinfectantes registrados por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) que tengan actividad microbicida contra los patógenos con más probabilidad de contaminar el entorno asistencial, según las instrucciones del fabricante. • Utilizar una técnica adecuada para el cuidado de las heridas.

	PD: 4 Escaso • **Secreción purulenta** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Secreción sanguinolenta** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Eritema de la piel circundante** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso • **Edema alrededor de la herida** **PI:** 2 Sustancial	• Contener, transportar y manipular los equipos e instrumentos o dispositivos asistenciales que puedan estar contaminados con materiales infecciosos, según las normas del centro. • Instruir a la persona y a los familiares sobre los signos y síntomas de infección y sobre cuándo comunicarlos al profesional sanitario. • Mantener el uso prudente de antibióticos. Cefazolina 1 gr IV cada 8 horas. **Cuidado de las heridas (3660)** • Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida. • Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario. • Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir inicialmente con todos los cambios de apósito, según la prescripción. • Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal), según sea necesario. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida. • Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.

	PD: 4 Escaso • **Inflamación de la herida** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Escaso **Control del riesgo: lesión por presión (Código NOC: 1942)** **Indicadores:** • **Identifica los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión** **PI:** 2 Raramente demostrado	• Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. • Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción. • Aplicar un apósito estéril apropiado (p. ej., apósito seco, apósito húmedo) que controle el exudado pero que no despegue más la herida. • Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida. • Reforzar el apósito según sea necesario. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que haya un drenaje adecuado de la curación de la herida. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Colocar una almohada que evite la tensión sobre la herida, según sea conveniente. • Posicionar de forma adecuada a la persona como mínimo cada 2 horas, según proceda. • Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda. • Remitir al médico especialista en ostomías, según corresponda.

	PD: 5 Siempre demostrado • **Identifica lo signos y síntomas de las úlceras por presión** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 5 Siempre demostrado **Conducta de autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD) (Código NOC: 0300)** **Indicadores:**	• Remitir al dietista, según corresponda. • Aplicar dispositivos para la curación de la herida (p. ej., TENS, sistemas de vacío para heridas), según la prescripción. • Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, cama de agua; gel almohadillas para el codo o talón; giro en la silla), según corresponda. • Ayudar a obtener material para el cuidado de las heridas, de las actividades de atención domiciliaria (p. ej., disponibilidad y coste de la hora de seleccionarlo), y necesidad de un uso domiciliario. **Prevención de las lesiones por presión (3540)** • Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad). • Utilizar una herramienta de evaluación de riesgos establecida para monitorizar los factores de riesgo (p. ej., escalas de Braden y Norton). • Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa. • Girar cada 1 o 2 horas o con más frecuencia, según convenga.

	• **Se baña** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 5 Siempre demostrado • **Realiza la higiene** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 5 Siempre demostrado	• Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil. • Utilizar camas y colchones especiales, según proceda. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. **Baño (1610)** • Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria (p. ej., baño completo en cama, baño parcial, baño con toallitas húmedas, baño con toalla, baño en bañera, ducha). • Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee. • Cubrir con plástico todos los catéteres intravenosos o apósitos para heridas, cuando esté indicado.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Deterioro de movilidad física R/C; procedimientos quirúrgicos M/P Malestar con el movimiento</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad/Reposo</td><td>Clase 2</td><td>Actividad/Movilidad</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Deterioro de movilidad física</td><td>Código</td><td>00085</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Riesgo moderado al movilizarse por mantener el drenaje Vac en las extremidades inferiores.
• Paciente mantiene decúbito supino prolongado</td><td colspan="2">Movilidad (Código NOC: 0208)
Indicadores:
• Movimiento articular
PI: 3 Moderadamente comprometido
PD: 4 Levemente comprometido
• Se mueve con facilidad</td><td colspan="5">Cambio de posición (0840)
• Colocar sobre un colchón o una cama terapéuticos adecuados.
• Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
• Colocar en la posición terapéutica especificada.
• Girar a la persona inmovilizada al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda. Cambios de posición cada 3 horas.
• Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
• Colocar en posición de alineación corporal correcta.
• Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semifowler), cuando corresponda.
• Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
• Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.</td></tr>
</table>

	PI: 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido	• Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición. • Colocar al paciente en una posición que favorezca el drenaje urinario, según corresponda. • Enseñar a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. • Elevar la cabecera de la cama, si resulta indicado. • Explicar el procedimiento de giro, según corresponda. • Identificar el número de profesionales necesarios para el cambio pasivo de posición. • Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter). • Colocar el timbre de llamada y los objetos de uso frecuente al alcance. • Documentar la hora y el procedimiento de los cambios de posición pasivos. **Terapia de ejercicios: deambulación (0221)** • Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario. • Vestir con prendas cómodas.

		• Aconsejar el uso de un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Monitorizar el perfil de la marcha y las condiciones clínicas antes de iniciar la terapia de deambulación. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según la tolerancia. • Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso. • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Enseñar a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar en el traslado, cuando sea necesario. • Aplicar y proporcionar un dispositivo de ayuda (p. ej., bastón, muletas, silla de ruedas) para la deambulación si es necesario. • Ayudar con la deambulación inicial, si es necesaria. • Instruir acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras. • Vigilar la utilización de muletas, bastones u otros dispositivos de ayuda para evitar caídas. • Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. • Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de lesión del tracto urinario R/C Uso prolongado de catéter urinario.</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Susceptible a daños inadvertidos en las estructuras genitourinarias inferiores.</td></tr>
<tr><td>Dominio 11</td><td>Seguridad / protección</td><td>Clase 2</td><td>Lesión física</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de lesión del tracto urinario</td><td>Código</td><td>00250</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Uso de sonda vesical</td><td colspan="2">Eliminación urinaria (Código NOC: 0503)
Indicadores:
• Patrón eliminación
PI: 3 Moderadamente comprometido
PD: 4 Levemente comprometido
• Cantidad de</td><td colspan="5">Cuidados del drenaje urinario (1876)
• Usar órdenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto.
• Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.
• Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
• Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.
• Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente).
• Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo.</td></tr>
</table>

	orina **PI:** 3 Moderadamente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido	• Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. • Irrigar el sistema del catéter urinario usando una técnica estéril adecuada. • Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro. Cambiar sonda vesical cada 7 a 15 días. • Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente. **Sondaje vesical (0580)** • Verificar la identificación y asegurar la ausencia de alergias a los materiales de la sonda. • Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje. • Reunir el equipo adecuado. • Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada con paños para preservar su pudor (es decir, exponer solo los genitales). • Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro. • Aplicar un lubricante estéril en la punta del catéter o directamente en la uretra, según proceda. • Confirmar que la sonda esté insertada lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.

		• Fijar el catéter a la piel, según corresponda. • Monitorizar las entradas y salidas. • Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda. • Colocar de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino)

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de caídas en adultos R/C Lesión grave M/P Deterioro de la movilidad física.</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Susceptibilidad de un individuo >18 años de edad a experimentar un evento que resulte en un aterrizaje inadvertido en el suelo, piso u otra superficie inferior.</td></tr>
<tr><td>Dominio 11</td><td>Seguridad / Protección</td><td>Clase 2</td><td>Lesión física</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de caídas en adultos</td><td>Código</td><td>00303</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td>NOC</td><td colspan="6">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Riesgo de caída medio
• Capacidad parcial y limitada para colaborar en el cuidado del drenaje.</td><td>Conocimiento: prevención de caídas (Código NOC: 1828)
Indicadores:
• Utilización correcta de los dispositivos de seguridad
PI: 2 Conocimiento escaso
PD: 5 Conocimiento extenso
• Cuando pedir</td><td colspan="6">Prevención de caídas (6490)
• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
• Revisar los antecedentes de caídas.
• Instaurar pautas de seguridad contra caídas (p. ej., señalización, ropa de color, brazalete), según la política del centro.
• Ayudar a ir al baño a intervalos frecuentes y programados. • Evaluar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
• Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
• Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
• Colocar los objetos al alcance de la mano. • Instruir para que pida ayuda para moverse, si lo precisa.
• Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia.</td></tr>
</table>

	ayuda personal **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 5 Conocimiento extenso • **Estrategias para deambular con seguridad** **PI:** 2 Conocimiento escaso **PD:** 5 Conocimiento extenso	• Establecer un acuerdo de seguridad frente a las caídas, según proceda. **Ayuda con el autocuidado (1800)** • Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria. • Monitorizar la necesidad de dispositivos adaptados para la higiene personal, el vestido, el acicalamiento, el uso del inodoro y la comida. • Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Patrón respiratorio ineficaz R/C afección grave M/P taquipnea.</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante la inspiración y/o la espiración.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad/ descanso</td><td>Clase 4</td><td>Respuestas cardiovasculares/ pulmonares</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Patrón respiratorio ineficaz</td><td>Código</td><td>00032</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td>NOC</td><td colspan="6">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Frecuencia respiratoria 21–25 rpm (taquipnea leve).</td><td>Función respiratoria (Código NOC: 0415)
Indicadores:
• Frecuencia respiratoria
PI: 3 Desviación moderada del rango normal
PD: 5 Sin desviación del rango</td><td colspan="6">Monitorización respiratoria (3350)
• Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
• Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
• Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO2, SvO2, SpO2) siguiendo las normas del centro y según esté indicado
• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
• Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar</td></tr>
</table>

	normal • **Saturación de oxígeno** **PI:** 3 Desviación moderada del rango normal **PD:** 5 Sin desviación del rango normal	los resultados. • Monitorizar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran. **Oxigenoterapia (3320)** • Verificar la prescripción de oxigenoterapia antes de administrarla, según esté indicado. Oxigenoterapia si la saturación esta <90%. • Asegurarse de que se dispone de pulsioximetría para monitorizar la respuesta a la terapia, según esté indicado. • Documentar las observaciones basales, incluidas la saturación, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia del pulso. • Monitorizar el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y el nivel de consciencia. • Colocar en una posición que permita una respiración óptima (p. ej., en posición alta o semiFowler). • Monitorizar el flujo de oxígeno en litros. • Comprobar rutinariamente el dispositivo de administración de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita (es decir, el tubo no está torcido, la máscara o la cánula no están en una posición errónea). • Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Dolor agudo R/C Agente de lesión física M/P Informe verbal del dolor</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, un daño tisular real o potencial, con una duración de menos de 3 meses</td></tr>
<tr><td>Dominio 12</td><td>Confort</td><td>Clase 1</td><td>Confort físico</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Dolor agudo</td><td>Código</td><td>00132</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Dolor moderado al movilizarse</td><td colspan="2">Nivel de dolor (Código NOC: 2102)
Indicadores:
• Intensidad del dolor referido
PI: 2 Sustancial
PD: 4 Leve
• Vocalización negativa
PI: 2 Moderado</td><td colspan="5">Manejo del dolor agudo (1410)
• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agravan.
• Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla).
• Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
• Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
• Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en</td></tr>
</table>

	PD: 4 Leve **Control del dolor (Código NOC: 1605)** **Indicadores:** • **Informa al profesional sanitario de los síntomas del dolor no controlados** **PI:** 2 Raramente demostrado **PD:** 4 Frecuentemente demostrado	aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. • Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. • Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. Paracetamol I.V 1 gramo PRN. • Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis. • Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso. • Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

		• Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos. • Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular. • Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda. • Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. • Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. • Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Riesgo de desequilibro de la presión arterial R/C afección grave</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Susceptible a la elevación o disminución recurrente de la fuerza ejercida por el flujo sanguíneo sobre la pared arterial, por encima o por debajo de los niveles individuales deseados.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad/Reposo</td><td>Clase 4</td><td>Respuestas cardiovasculares/pulmonares</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Riesgo de desequilibro de la presión arterial</td><td>Código</td><td>00362</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td colspan="2">NOC</td><td colspan="5">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Tensión arterial 140/90 mmHg (hipertensión grado 1).</td><td colspan="2">Estado circulatorio (Código NOC: 0401)
Indicadores:
• Presión arterial sistólica PI: 3 Desviación</td><td colspan="5">Monitorización de los signos vitales (6680)
• Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
• Monitorizar la presión arterial mientras la persona está acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
• Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de los signos vitales.
• Comparar las lecturas manuales de la presión arterial con las lecturas de la monitorización automática al menos una vez al día.
• Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.</td></tr>
</table>

	moderada del rango normal **PD:** 5 Sin desviación del rango normal • **Presión arterial diastólica** **PI:** 3 Desviación moderada del rango normal **PD:** 5 Sin	• Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. **Manejo de la hipertensión (4162)** • Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo, incluyendo el uso de medicamentos. • Identificar las posibles causas de la hipertensión. • Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes (p. ej., diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, síndrome metabólico, ser mayor de 60 años, sexo, raza, tabaquismo, hiperuricemia, estilo de vida sedentario, antecedentes familiares de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, antecedentes de accidente cerebrovascular). • Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión (p. ej., normal, menos de 120/80; elevada, 120 a 129/80 o menos; hipertensión en estadio 1, 130 a 139/80 a 89; hipertensión en estadio 2, igual o mayor de 140/90). • Asegurar una valoración adecuada de la PA (es decir, la clasificación se basa en la media de dos o más lecturas de PA correctamente medidas, sentado y tomadas en dos o más visitas a la consulta). • Instruir al paciente sobre las posibles causas de la hipertensión. • Ayudar a los pacientes con hipertensión en estadio 2 y sin afecciones comórbidas

	desviación del rango normal	(p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) a practicar cambios en el estilo de vida y a utilizar la terapia farmacológica adecuada (p. ej., combinaciones de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio). Losartán 100 m g VO cada 24 horas. Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas. • Monitorizar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión. • Instruir al paciente y a su familia para que asuman un papel activo en el manejo del proceso de la enfermedad (p. ej., indicaciones y administración de medicamentos, mantenimiento de una dieta adecuada, ejercicio y hábitos saludables, dejar de fumar, reducir el estrés, el peso, la ingesta de sodio y el consumo de alcohol, aumentar el ejercicio, tal y como se indica). • Instruir al paciente y a su familia sobre el uso y las indicaciones de los medicamentos. **Administración de medicación (2300)** • Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.

		• Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada. • Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta). • Garantizar que las órdenes de prescripción de medicamentos contengan el nombre de la persona, el nombre del medicamento, la cantidad y frecuencia de la dosis, la vía de administración, el motivo de la medicación y la firma adecuada para la autorización. • Administrar los medicamentos de acuerdo con la autoridad prescriptora, el protocolo, la política y el procedimiento. • Anotar las alergias antes de administrar la medicación y retener los medicamentos, según proceda. • Utilizar una técnica aséptica para la administración de medicamentos parenterales. • Monitorizar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones por los medicamentos administrados.

<table>
<tr><td>Diagnóstico de enfermería</td><td colspan="7">Patrón de sueño ineficaz R/C régimen terapéutico M/P Insomnio</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="7">Dificultad para experimentar la suspensión periódica y natural de la conciencia relativa, lo que perjudica el funcionamiento.</td></tr>
<tr><td>Dominio 4</td><td>Actividad / Reposo</td><td>Clase 1</td><td>Sueño / Reposo</td><td>Etiqueta diagnóstica</td><td>Patrón de sueño ineficaz</td><td>Código</td><td>00337</td></tr>
<tr><td>Problema</td><td>NOC</td><td colspan="6">NIC (Actividades)</td></tr>
<tr><td>• Insomnio (Sueño ausente)
• Sueño interrumpido o fragmentado</td><td>Descanso
(Código NOC: 0003)
Indicadores:
• Tiempo total de descanso
PI: 2 Sustancialmente comprometido
PD: 4 Levemente comprometido
• Calidad de</td><td colspan="6">Mejorar el sueño (1850)
• Determinar el patrón de sueño y actividad.
• Tener en cuenta el ciclo regular de sueño y vigilia en la planificación de los cuidados.
• Explicar la importancia de un sueño adecuado durante diferentes fases y acontecimientos de la vida (p. ej., embarazo, enfermedad, situaciones de estrés psicosocial, etc.).
• Determinar los efectos que tiene la medicación sobre el patrón de sueño.
• Monitorizar y registrar el patrón y el número de horas de sueño.
• Monitorizar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor o molestias y frecuencia urinaria) y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</td></tr>
</table>

	descanso **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido **Sueño** **(Código NOC: 0004)** **Indicadores:** • **Horas de sueño por noche** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente	• Indicar que monitorice los patrones de sueño. • Monitorizar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio excesivo. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Indicar que se limite el uso de dispositivos electrónicos (p. ej., teléfono, internet, televisión). • Disminuir o eliminar los cuidados nocturnos rutinarios no esenciales. • Animar a establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de irse a la cama, los indicios de inicio de sueño y los objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, un baño caliente, etc.), según corresponda. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Monitorizar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. • Indicar que se eviten los alimentos y las bebidas que interfieran en el sueño a

	comprometido • **Patrón de sueño** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido	la hora de irse a la cama (p. ej., bebidas con cafeína, alimentos con alto contenido de azúcar, alimentos formadores de gas). • Ayudar a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que estimule la vigilia, según corresponda. • Fomentar el uso de dispositivos y aplicaciones para mejorar el sueño, según proceda. • Proporcionar medidas no farmacológicas para mejorar el sueño (p. ej., aromaterapia, disminución de la intensidad de la luz). • Considerar combinaciones de dispositivos, medios de confort y otras medidas. • Favorecer el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. • Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. • Tener en consideración las medicaciones para el sueño. Risperidona 0.5 ml a 1 ml.

Diagnóstico de enfermería	Hipertermia R/C Deterioro del estado de salud M/P 38,3 °C (100,9 °F) o más en adultos.						
Definición	Elevación anormal de la temperatura corporal, generalmente como resultado de la incapacidad de regular la temperatura corporal central debido a factores no patológicos.						
Dominio 11	Seguridad/Protección	**Clase 6**	Termorregulación	**Etiqueta diagnóstica**	Hipertemia	**Código**	00007
Problema	**NOC**	**NIC (Actividades)**					
• Temperatura corporal > 38 °C	**Termorregulación (Código NOC: 0800)** **Indicadores:** • **Hipertemia** **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido • **Aumento de la temperatura**	**Regulación de la temperatura (3900)** • Determinar la causa de la alteración de la temperatura (p. ej., exposición excesiva al calor, pérdida de volumen, esfuerzo inducido por fármacos, radiación, evaporación, conducción, convección, infección). • Monitorizar los valores de laboratorio de los electrólitos séricos, el análisis de orina, los hemocultivos y el hemograma completo. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. • Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos en dos veces y luego según el protocolo para hipotermia e hipertermia tratadas mediante monitorización continua con dispositivo de monitorización					

	cutánea **PI:** 2 Sustancialmente comprometido **PD:** 4 Levemente comprometido **Severidad de la infección** **(Código NOC: 0703)** **Indicadores:** • **Inestabilidad térmica** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Leve • **Fiebre** **PI:** 2 Sustancial **PD:** 4 Leve	de la temperatura central), según corresponda. • Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. • Monitorizar el color y la temperatura de la piel. • Tratar la hipertermia según el protocolo (p. ej., mantas refrigerantes, líquidos intravenosos refrigerados, ventilador, compresas frías, colocación en agua refrigerada). • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la persona. • Administrar medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos. • Administrar medicación antipirética, según proceda. Paracetamol 1gramo I.V PRN; Metamizol 1 gramos I.V cada 12 horas. • Administrar antibióticos, según proceda. • Monitorizar la aparición de complicaciones (p. ej., insuficiencia renal, desequilibrio ácido-base, coagulopatía, edema pulmonar, edema cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica). • Promover una adecuada ingesta de líquidos y nutrientes, si corresponde. • Dar instrucciones sobre cómo prevenir el agotamiento por calor o el golpe de calor. **Manejo de la hipertermia (3786)**

		• Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal (p. ej., infección, insolación, deshidratación, exposición a elementos). • Hidratar los labios secos y la mucosa nasal. • Aflojar o quitar la ropa. • Aplicar métodos de enfriamiento externo (p. ej., compresas frías en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo, las axilas y las ingles; mantas de hidrogel o de enfriamiento con circulación de aire), según proceda. • Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarenga, M., Ferrer, O., Lara Muñiz, B., Guerrero, R., & Puyo, M. (2021). *El profesional de enfermería en los cuidados de drenajes*. Dialnet. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277580

Bastawisy, K. A., Hassan, B. D., Loon, M. M., Souza Lima, S. R., & Ali, M. (2025). Negative pressure wound therapy in the prevention of surgical site infections following abdominal surgery. *Cureus, 14*(7). https://doi.org/10.7759/cureus.82237

Bello Gil, A., López Cameselle, B., Remiro Monleón, S., Benedico Sánchez, C., Moreno Bona, N., & Casado Velilla, I. (2022). Cuidados de enfermería en pacientes con sistema de vacío (VAC). *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, XVI*(22). https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-sistema-de-vacio-vac/

Bhattacharjee, A., Ramteke, H., & Lamture, Y. (2020). Surgical drains: A review. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences, 9*(52), 3992–3998. https://www.jemds.com

Choi, D., Lee, H., Choi, M.-J., Kim, K., Shin, Y. H., & Kim, J.-S. (2023). Development of a drainage tube (Jackson-Pratt drain or Hemovac) management protocol. *Journal of the Korean Academy of Fundamental Nursing, 30*(3), 371–380. https://doi.org/10.7739/jkafn.2023.30.3.371

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Lineamientos para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)*. https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/infeccion_de_sitio_quirurgio_isq.-signed.pdf

Vizcaíno, P., Cedeño, R., & Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación científica: Guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(4). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1 Recursos humanos

- **Autores del proyecto:** Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin
- **Tutor del proyecto:** Lic. Mery Rea Guamán, PHD

Institucionales

Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón

Recursos materiales y tecnológicos

- Esferos
- Cuaderno de notas
- Impresiones
- Computador con accesibilidad a internet
- Dispositivo móvil con cámara
- Software de análisis de datos (SPSS)

5.2 Presupuesto

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Acceso a internet	180	0.40	$ 72
Esferos	2	0.45	$ 0.90
Impresiones de instrumento	660 hojas	0.05	$ 33
Impresiones de guías	46 hojas	0.10	$ 4.60
Impresiones de borradores	220 hojas	0.10	$ 22
Impresiones de ejemplares finales	220 hojas	0.10	$ 22
Anillados	3	7.00	$ 21
CD	1	5.00	$ 5
Transporte	25	1.80	$ 45
Total			$ 225.50

Elaborado por: Marilin Ordoñez y Jessica Quicaliquin

5.3 Cronograma de actividades

Actividad	Mes 1 Julio				Mes 2 Agosto				Mes 3 Septiembre				Mes 4 Octubre				Mes 5 Noviembre				Mes 6 Diciembre			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
	Del 1 al 6	Del 7 al 13	Del 14 al 20	Del 21 al 31	Del 1 al 10	Del 11 al 17	Del 18 al 24	Del 25 al 31	Del 1 al 7	Del 8 al 14	Del 15 al 21	Del 22 al 30	Del 1 al 5	Del 6 al 12	Del 13 al 19	Del 20 al 31	Del 1 al 9	Del 10 al 16	Del 17 al 23	Del 24 al 30	Del 1 al 7	Del 8 al 14	Del 15 al 21	Del 22 al 31
Solicitud de aceptación de tema																								
Designación del tutor																								
Desarrollo del capítulo I El problema																								
Verificación y correcciones del capítulo I																								
Desarrollo del Capítulo II Marco teórico																								
Verificación y correcciones del capítulo II																								
Diseño metodológico																								
Desarrollo del capítulo III																								

Verificación y correcciones del capítulo III																							
Recolección de información																							
Análisis de la información																							
Redacción del capítulo IV Presentación de los resultados																							
Verificación y correcciones de los resultados																							
Redacción del cuerpo final del informe y el capítulo VI conclusiones y recomendaciones																							
Verificación y correcciones finales																							
Entrega del primer borrador																							

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 **Conclusiones**

La caracterización sociodemográfica de la población permitió identificar que los pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón corresponden predominantemente a adultos jóvenes entre 26 y 35 años, con mayor representación del sexo masculino. La mayoría pertenece al estado civil casado y se identifica como etnia mestiza, lo que refleja el perfil demográfico habitual de la población atendida en esta institución. En cuanto al nivel de instrucción, predomina el bachillerato, evidenciando una población con escolaridad media que puede influir en la comprensión parcial de las indicaciones de autocuidado. Esta caracterización permitió comprender el contexto social, educativo y cultural de la población estudiada, información clave para orientar las intervenciones de enfermería, individualizados.

La valoración integral basada en las necesidades de Virginia Henderson permitió identificar necesidades insatisfechas en los pacientes con drenajes quirúrgicos, evidenciándose alteraciones como permanencia del drenaje mayor a 15 días, obstrucción del sistema, riesgo de desconexión o tracción, fallas en el funcionamiento del VAC y orientación incompleta sobre el autocuidado. Asimismo, se identificaron signos locales de infección, higiene corporal deficiente, riesgo moderado durante la movilización, uso prolongado de sonda vesical, riesgo medio de caídas, taquipnea leve, hipertensión arterial grado I, dolor moderado, insomnio e hipertermia, lo que permitió formular diagnósticos de enfermería prioritarios mediante el lenguaje estandarizado NANDA y seleccionar resultados (NOC) e intervenciones (NIC) acordes a los problemas identificados, demostrando que una valoración adecuada favorece la atención integral y la prevención de complicaciones asociadas a dispositivos invasivos.

El diseño de la guía de intervenciones de enfermería permitió consolidar una herramienta técnica, estructurada y fundamentada en evidencia científica orientado a optimizar la atención y prevenir complicaciones en pacientes portadores de drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC. La guía integró diagnósticos, los resultados que se esperan e intervenciones de enfermería utilizando los lenguajes NANDA, NOC y NIC, lo que garantizó un

abordaje holístico y sistemático del cuidado. Su elaboración responde a las necesidades reales y potenciales identificadas en la población estudiada, en este sentido, la guía constituye un aporte relevante para la práctica asistencial, al promover cuidados basados en evidencia y servir como herramienta de apoyo para el personal de enfermería en el manejo seguro de los drenajes quirúrgicos, contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado y la seguridad del paciente durante su proceso de hospitalización.

6.2 Recomendaciones

La presente investigación constituye como base para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con el cuidado de pacientes portadores de drenajes quirúrgicos, orientadas a la prevención de complicaciones y al fortalecimiento de la práctica de enfermería.

Capacitar de forma continua al personal de enfermería en el uso de la guía, enfatizando la valoración integral basada en las necesidades de Virginia Henderson y la correcta ejecución de las intervenciones y fortalecer la educación al paciente y a su familia sobre el cuidado del drenaje quirúrgico, medidas de higiene y prevención de complicación, promoviendo su participación activa en el proceso de recuperación con el propósito de mejorar la calidad del cuidado y la toma de decisiones clínicas oportunas.

Implementar la guía de intervenciones de enfermería en los servicios quirúrgicos y de hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón, como documento de apoyo para estandarizar el manejo de los drenajes Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, con el fin de reducir complicaciones, fortalecer la seguridad del paciente y unificar criterios en la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

Allande-Cussó, R., Mejías, Y., Quiñoz, M., & Porcel, A. (2025). The impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol. *BMC Nursing, 24*(463). https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-025-03105-w

Alvarenga, M., Ferrer, O., Lara, Muñiz, B., Guerrero, R., & Puyo, M. (12 de Diciembre de 2021). *El profesional de enfermería en los cuidados de drenajes.* https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277580

Arellano-Lomelí, S., & Valdivia Gómez, G. (20 de Febrero de 2020). *Bosquejo histórico de los drenajes en cirugía y sus autores*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100035

Asmamaw, M., Gedef, A., & Mulatu, K. (2023). Time to development of surgical site infection and its predictors among general surgery patients admitted at specialized hospitals in Amhara region, northwest Ethiopia: a prospective follow-up study. *BMC Infectious Diseases, 23*(334). https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12879-023-08301-0

Bakos, M., & Kutka, M. (2022). Drainage in abdominal surgery. *Biomedical, 43*(3), 34642-3648. https://biomedres.us/fulltexts/BJSTR.MS.ID.006912.php

Bao, F., Wu, L., & Xiang, C. (2023). The Impact of Drain Placement on Postoperative Complications in Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sage Journals, 90*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.1177/00031348231204906

Bastawisy, K. A., Hassan, B. D., Loon, M. M., Souza Lima, S. R., & Ali, M. (2025). Negative Pressure Wound Therapy in the Prevention of Surgical Site Infections Following Abdominal Surgery. *Cureus, 14*(7). https://doi.org/https://doi.org/10.7759/cureus.82237

Bello Gil, A., López Cameselle, B., Remiro Monleón, S., Benedico Sánchez, C., Moreno Bona, N., & Casado Velilla, I. (2022). Cuidados de enfermería en pacientes con sistema de vacío (VAC). *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, XVI*(22). https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-

pacientes-con-sistema-de-vacio-vac/

Berjillos, E., Popa, G., Campoy, J., Berne, C., Bernabeu , P., & Mendiz, M. (07 de Agosto de 2025). *Drenajes quirúrgicos: fundamentos, tipos. indicaciones y maejo clínico.* https://revistamedica.com/drenajes-quirurgicos-fundamentos-tipos/

Benítez, C., Calderón, M., Nuño, C., & Llamas, F. (2022). Complicaciones posquirúrgicas en pacientes sometidos a endarterectomía carotídea. Estudio transversal. *Revista mexicana de angiología, 9*(4). https://doi.org/https://doi.org/10.24875/rma.21000034

Bharracharjee, A., Ramteke, H., & Lamture, Y. (2020). Surgical drains- A review. *J Evolution Med Dent Sci, 9*(52), 3992+3998. https://www.jemds.com/data_pdf/Anurag%20Bhattacharjee%203,%20...pdf

Bravo, J., Valverde, F., Pacheco, V., & Cango, L. (2021). Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Dom. Cie., 7*(4). https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i6.2410

Bush, L., Vazquez, M., & Tesini, B. (2024). *Abscesos.* https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/biolog%C3%ADa-de-las-enfermedades-infecciosas/abscesos

Castillo Cermeño, E. (24 de Septiembre de 2024). *Conocimiento sobre curación de heridas quirúrgicas.* https://doi.org/https://doi.org/10.36314/cunori.v8i2.278

Cenacchi, C., Giusti, M., A., P., Quirini, S., & Tinelli, F. (2025). Optimization of nursing staff standards in the perioperative settings of the IRCCS University Hospital of Bologna. An improvement project. *Public Health, 13*. https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1601290

Cheng, E., Lawson Morris, D., Kennedy, H., Chen, K., & Indja, B. (Marzo de 2022). *Fragmentos de drenaje quirúrgico retenidos: Una revisión sistemática y un informe de caso*. ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/359042040_Retained_surgical_drain_fragments_A_systematic_review_and_case_report

Choi, D., Lee, H., Choi, M.-J., Kim, K., Shin, Y. H., & Kim, J.-S. (2023). Development of a Drainage Tube (Jackson-Pratt Drain or Hemovac)

Management Protocol. *Journal of the Korean Academy of Fundamental Nursing*, *30*(3). https://doi.org/https://doi.org/10.7739/jkafn.2023.30.3.371

Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Corpas, M., Carrasco, M., Marful, A., & Cacho, C. (2025). Drenajes quirúrgicos, artículo monográfico. *Revista Sanitaria*. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/drenajes-quirurgicos-articulo-monografico/

De Rooij, L., Bosmans, J., Van Kuijk, A., & Vissers, Y. (2021). A systemattic review of seroma formation following drain-free mastectomy. *Maatricht University*, *47*(4), 757-763. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.10.010

Dinis-Teixeira, J., Nunes, A., Leite, A., WLA, S., & C, V. (2025). Moving towards a core measures set for patient safety in perioperative care: An e-Delphi consensus study. *PLOS One*, *20*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317063

Fairhurst, K., Roberts, K., Fairbrother, P., & Potter, S. (2023). Current use of drains and management of seroma following mastectomy and axillary surgery: results of a United Kingdom national practice survey. *Breast Cancer Res Treat.*, *203*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10549-023-07042-7

Ferreira de Brito, B. K., Azabal Martín, L., Martín Fuertes, J., Mariutanu, T., Villabona Jiménez, M., & Perpiñán Sánchez, L. (2022). Cuidados de enfermería con los pacientes portadores del sistema de drenaje Pleur-Evac®. *Revista Sanitaria de Investigación*, *3*(9). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656521&

García-Altamirano, K. F., & Arroyo-Anglas, H. (2025). Drenajes quirúrgicos e infecciones nosocomiales en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2024. *Revista Médica Panacea*, *14*(2).

https://doi.org/https://doi.org/10.35563/rmp.v14i2.650

Gallardo, E., Adame, R., Gomez, J., & Tirado, A. (6 de Febrero de 2025). *Migración intraluminal de drenaje tipo Jackson-Pratt reporte de caso*. https://www.asacirujanos.com/revista/2025/36/1/04

Georgantes, E., Gunturkun, F., & Mcgreevy, B. (2024). Machine learning evaluation of inequities and disparities associated with nurse sensitive indicator safety events. *Journal of Nursing Scholarship, 57*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jnu.12983

Gutiérrez, M., Mora, e. R., & Valverde, S. (2023). Generalidades de sepsis del sitio quirúrgico. *Revista Médica Sinergia. , 8*(4). https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v8i4.1023

Haahr, C., Molgaard, J., Elvekjaer, M., Rasmussem, S., & Achiam, M. (2022). Continuous monitoring of vital sign abnormalities; association to clinical complications in 500 postoperative patients. *Acta Anaesthesiol Scand, 28*(66). https://doi.org/https://doi.org/10.1111/aas.14048

Hashem, E., El-Fatah, M., & Hassan, R. (2025). Effect of high-quality nursing care on postoperative complications and quality of life for patients undergoing common bile duct exploration. *BMC Nursing, 24*(524). https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-025-03119-4

Kamal, D., Sivaramakrishman, G., Ashour, A., & Ebrahim, B. (2025). A Systematic Review on the Role of Surgical Drains in Vascular Surgery. *Cureus, 17*(5). https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7759/cureus.83941

Kamal, D., Sivaramakrishman, G., Ashour, A., & Ebrahim, B. (2025). A systematic review on the role of surgical drains in vascular surgery . *Cureus, 17*(5). https://doi.org/https://doi.org/10.7759/cureus.83941

Lahoz, A., Lafuente, M., Ibañez, L., & Zaldivar, S. (2025). Plan de cuidados en el paciente portador drenaje quirúrgico. *Ocronos, VII*(1). https://revistamedica.com/plan-cuidados-paciente-portador-drenaje-quirurgico/

Lalaleo, C. (2024). *Intervenciones de enfermería en el cuidado de drenajes quirúrgicos: análisis teórico.* Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18592

Lattoo, M., Gupta, S., Vane, A., & Ahmad, Y. (Septiembre de 2024). *Un*

análisis comparativo sobre la utilidad de los drenajes Jackson-Pratt planos de succión cerrada frente a los drenajes de tubo pasivos basados en la gravedad después de procedimientos abdominales mayores: Un estudio observacional prospectivo. Journal of Clinical Sciences: https://journals.lww.com/jocs/fulltext/2024/21030/a_comparative_analysis_on_utility_of.3.aspx?utm_source=chatgpt.com

Lee, H., Woo, J., & Cheon, Y. (2023). Influence of Drain Characteristics and Other Known Risk Factors on Surgical Site Infection Occurrence in Plastic Surgery Patients. *Journal of Wound Managment and Research, 19*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.22467/jwmr.2022.02341

Ley de derechos y amparo al paciente. (22 de Diciembre de 2006). *(R.O. 626), Última modificación: 22-dic-2006*. Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (22 de Diciembre de 2006). *Ley Orgánica de Salud*. https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%c3%a1nica%20de%20Salud.pdf

Llovera, A., González, G., Gushqui, E., Macias, E., & Beltrán, M. (2021). Infección del sitio quirúrgico. Pacientes intervenidos quirúrgicamente Hospital Abel Gilver Pontón 2018-2019. *Revista Escaras, 21*. https://revistas.ug.edu.ec/index.php/fcm/es/article/view/405/1570

Luque, R., Geniz, L., Perez, Á., Pérez, M., Reina, G., & García , A. (31 de Agosto de 2025). *Manejo y cuidados de enfermería en pacientes con drenaje redon. Un enfoque basado en la evidencia.* https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-y-cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-drenaje-redon-un-enfoque-basado-en-la-evidencia/

Martinez, I., Arnal, D., Romero, E., & Sanduende, Y. (2024). Perioperative patient safety recommendations: systematic review of clinical practice guidelines. *BJS Open, 8*(6). https://doi.org/https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae143

Maset, J. (20 de Noviembre de 2023). *Eritema infeccioso*. https://cinfasalud.cinfa.com/p/eritema-infeccioso/

Mendoza, J. D., & Rodriguez, R. (2024). *Técnicas de drenajes post quirúrgicos de abdominoplastia en el centro estético armonia & salud*. (USGP, Editor) http://repositorio.sangregorio.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3546/1/TEC.%20EST.-2024-008.pdf

Merkle, A., Lobo, C., & Cindass, R. (19 de Marzo de 2025). *Care of chest tube.* Statpearls: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556088/

Miao, Y. (2022). The Effect of Comfort Care on Postoperative Quality of Life, Psychological Status, and Satisfaction of Pancreatic Cancer Patients. *Evid Based Complement Alternat Med., 30*. https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2022/9483762

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Lineamientos para prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Infeccion del sitio quirúrgico (ISQ): impacto, patogenia, criterios de vigilancia epidemiológica y recomendaciones.* Dirección Nacional de calidad de los Servicios de Salud. https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/infeccion_de_sitio_quirurgio_isq.-signed.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Boletín Epidemiológico Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/boletin_iaas_2021-2022_final.pdf?utm_source=chatgpt.com

NHSN. (2025). *Surgical Site Infection Event (SSI).* Narional Healthcare Safety Network. https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscssicurrent.pdf

Nieto, A., Loeches, B., Quile, I., Talavera, G., & Pizones, J. (2024). Estudio descriptivo de las infecciones asociadas con instrumentación de columna en un hospital terciario. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, *68*(3). https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.recot.2023.08.019

Öztas, B., Dursun, S., & Öztas, M. (2020). Determination of Nursing Practices Related to Drain Care. *Turkish Journal of Colorectal Disease*, *30*(2), 128-133. https://doi.org/https://doi.org/10.4274/tjcd.galenos.2020.2019-

11-3

Peña, L. (2024). *Epidemiología de las bacteriemias en un centro de salud de nivel III de la ciudad de Corrientes.* UNLP. https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/174578

Piñango, S., Level, L., & Inchausti, C. (2024). Incidencia de infección del sitio quirúrgico en el servicio de cirugía I, Hospital Dr Miguel Pérez Carreño. *Revista Venezolana de Cirugía, 74*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.48104/rvc.2021.74.2.6

Pozo Moreno, R. M., & Suárez González, J. L. (2019). *Abordaje de enfermería en las principales complicaciones de los drenajes quirúrgicos en pacientes con cirugías. Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.* Universidad Estatal Península de Santa Elena. https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/cda662ae-35a1-45d5-9692-ff0e2b3d0a6f/content

Ramesh, B., & Evans, J. (2025). *Suction Drains.* StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557687/?utm_source=chatgpt.com

Ramesh, B., James, T., & Marieta, M. (23 de Febrero de 2025). *Suction drains.* Statpearls: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557687/

Reyes, A., González, A., Martín, A., & Gazquez, M. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. *Front. Med, 11*. https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

Riad, N. A., Abd Elalem, S. M., Shehata, O. S., & Abo Shehata, O. K. (2021). Efficacy of drainage self-care management on mastectomy patients' outcomes. *Egyptian Journal of Health Care, 12*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.193006

Riad, N., Abd, S., Said, O., & Abo, O. (2021). Efficacy of drainage self-care management on mastectomy patients´outcomes. *Egyptian Journal of Health Care, 12*(1). https://ejhc.journals.ekb.eg/article_193006_93dc65258b9f5a5ae03745f1e69a2d12.pdf

Roberts, M., Rahman, N., Maskell, N., Bibby, A., & blyth, K. (2023). British Thoracic Society Guideline for pleural disease. *Guideline summary, 78*, 1143-1156. https://doi.org/https://doi.org/10.1136/thorax-2023-220304

Rodríguez, G., Camacho, F., & Umaña, C. (2020). Factores de riesgo y prevención de infecciones del sitio quirúrgico . *Revista Médica Siergia, 5*(4). https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.444

Salas Moreno, L., Simón Sanz, A., Trébol Muñoz, C., Simón Sanz, M., Murillo Zarranz, M., & Pérez Morata, S. (2020). Cuidados de Enfermería en el drenaje torácico. Pleur-evac. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 3*(8). https://revistamedica.com/cuidados-de-enfermeria-drenaje-toracico-pleur-evac/?

Salinas, B. (2020). *Conocimiento de enfermería en cuidado de pacientes posqirúrgico de traumatología con uso de sistema de drenaje por succión atendidos en un hospital de seggundo nivel.* Universidad Autónoma de Guerrero. http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2263/TE_5282046_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, E. (2023). *Morbilidad y mortalidad del absceso hepático tratado mediante drenaje quirúrgico en pacientes del Hospital General de Acapulco.* Universidad Nacional Autónoma de México. https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/1cb8a78d-3c10-4511-ab8c-5ba278d41039/content

Santos, D., Fabro, E., Medeiros Costa, R., & Nunes de Lucena, R. (2024). Estratégias para Prevenção do Seroma em Pacientes Submetidos ao Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama: Revisão Sistemática da Literatura. *Rev. Bras. Cancerol., 70*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4616

Scomacao, I., Cummins, A., Roan, E., Duraes, E., & Djohan, R. (2020). The use of surgical drains in breast reconstruction: A systematic review. *J Plast Reconstruction: A systemic review, 7*(4), 651-662. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bjps.2019.11.019

Shuiel, H., Alhatm, M., & Elshaer, O. (Marzo de 2025). *Drenaje activo versus pasivo después de procedimientos intraabdominales: una revisión sistemática y un metanálisis*. Journal of Advance Trends in Medical Research : https://journals.lww.com/atmr/fulltext/2025/01000/active_versus_passi

ve_drainage_after.3.aspx?utm_source=chatgpt.com

Subedi, A., Banjade, P., Joshi, S., & Surani, S. (2023). Updates on British Thoracic Society Statement on Pleural Disease and Procedures 2023. *Open Respir Med, 1*(17). https://doi.org/10.2174/0118743064286775231128104253

Tottesetti, M., Scalise, A., Pelliccioni, M., & Junior, F. (2022). The role of surgical drainage on compilations after sentinal Lymph Node Biopsy for Melanoma. *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open, 10*(11). https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004642

Val, E., Fuentes, D., Vicente, M., Miranda, N., & Martínez, I. (2023). Actualización en el abordaje del drenaje torácico . *Sanidad Militar, 78*(4). https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s1887-857120220004000012

Vásconez, M., & Nereida, V. (2022). Infecciones postquirurgicas de heridas en miembros inferiores en pacientes adultos atendidos en un Hospital General de Quito- Ecuador. *Enfermería Investiga, 7*(3). https://doi.org/https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i3.1680.2022

Vicente, C. (2020). *Conocimientos y prácticas del personal de enfermería en el manejo de tubos y drenajes en el servicio de cirugía e intermedios del Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango.* Universidad Rafael Landívar. http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2021/09/02/Vicente-Cindy.pdf

Vizcaíno, P., Cedeño, R., & Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación científica. *Metodología de la investigación científica guía práctica, 7*(4). https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

Walter, S., Lenz, M., Gaisendrees, C., Schalchtenberger, G., & Sicar, K. (2022). Complications associated to wound drainages in tumor spine surgery: a multicenter surveillance study from the German Spine Registry (DWG-Register). *Scientific Reports, 12*. https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41598-022-23579-x

Wilson, R., & Farooque, Y. (2023). Risks and Prevention of Surgical Site Infection After Hernia Mesh Repair and the Predictive Utility of ACS-

NSQIP. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, *26*(4). https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11605-022-05248-6

Zaver, V., & Kankanalu, P. (04 de Septiembre de 2023). *Negative Pressure Wound Therapy.* Statpearls: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576388/

ANEXOS

Anexo. 1 Aprobación del tema

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 07 de Julio de 2025

Mgtr. María Humbelina Olalla García

Coordinador/a de la Unidad de titulación Carrera de Enfermería

Presente

De mi consideración:

Yo Marilin Estefanía Ordoñez Berrones, con CI: 0606038529, y Jessica Adriana Quicaliquin Rochina, con CI: 0250328580, estudiantes de la carrera de Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud y el Ser Humano, del octavo ciclo académico/cohorte Mayo 2025 – Abril 2026, solicitamos a usted muy comedidamente se dé paso al trámite correspondiente para la aprobación del TEMA del trabajo de titulación, detallado en la siguiente tabla.

PROPUESTAS	TIPO DE TRABAJO DE TITULACIÓN	TEMA
TEMA 1	Proyecto de investigación	Cuidados de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC del Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto-Diciembre 2025.
		La presente investigación busca identificar los cuidados de enfermería que permiten prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, en el área de hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón. El estudio tiene como finalidad identificar las intervenciones de enfermería fundamentadas en las necesidades insatisfechas de los pacientes con dichos drenajes a quienes se aplicará una encuesta. La variable independiente corresponde a los cuidados de enfermería brindados, mientras que la dependiente se relaciona con las complicaciones en los pacientes con drenajes. A partir de este análisis desarrollaremos una guía de cuidados de enfermería basada en evidencia científica que permitirá proponer estrategias educativas que optimicen la práctica profesional y garanticen una atención segura y de calidad.

Agradezco de antemano la atención a mi solicitud.

Atentamente,

07/07/2025 16:40pm

Marilin Estefania Ordoñez Berrones
CI: 0606038529

Jessica Adriana Quicaliquin Rochina
CI: 0250328580

Consejo Directivo
Resolución Nro. DFCS- RCD- 417-2025 RECTIFICADA

Fecha y lugar: Guaranda, 28 de julio del 2025

EL SUSCRITO DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO. Mgtr., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión extraordinaria (13) del 28 de julio del 2025, en el:

PUNTO 4.- Tratamiento y aprobación del Memorando Nro. UEB-CCE-2025-248-M suscrito por la Lic. Stefanny Días Coordinadora de la Carrera Enfermería, quien remite el Acta de la Comisión de Titulación de fecha 17 de julio del 2025.

CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO

QUE, El Estatuto de la Universidad Estatal de Bolívar en el artículo 44.- Atribuciones del Consejo Directivo, manifiesta:
a) Sesionar ordinariamente en forma obligatoria dos veces al mes; y, en forma extraordinaria cuando el caso lo amerite; la convocatoria la realizará el presidente o la mitad más uno de sus miembros;
b) Designar al representante de la facultad, para que conforme las comisiones y comités que determine el presente Estatuto;
c) Emitir resoluciones para el funcionamiento de la gestión administrativa, académica, investigación y vinculación de la Facultad, acorde a la normativa legal;
d) Aprobar la planificación estratégica y el plan operativo anual (POA) de la Facultad y carreras, y remitir a las instancias correspondientes;
e) Aprobar la planificación académica de la Facultad, sobre la base de las políticas emitid
as por Consejo Universitario para el ciclo académico correspondiente, y remitir para conocimiento y toma de decisiones a las instancias y organismos, observando el procedimiento de ley;
f) Aprobar la planificación de los procesos de titulación;
g) Aprobar en primera instancia, proyectos de nueva oferta académica y/o de supresión de carreras;
h) Aprobar requerimientos de titularización, en primera instancia de profesores e investigadores, para presentar a los organismos correspondientes;
i) Analizar proyectos de reglamentos y reformas propuestos, para su aprobación en los organismos o instancias pertinentes;
j) Resolver en primera instancia las solicitudes de carácter académico y administrativo de profesores y estudiantes; y,
k) Las demás que determine la normativa legal.

QUE, Visto EL MEMORANDO N° UEB-CCE-2025-248-M, suscrito por la Lic. Stefanny Días Coordinadora de la Carrera Enfermería, quien remite el ACTA DE COMISIÓN DE TITULACIÓN DE FECHA 17 DE JULIO DE 2025, en que manifiesta textualmente lo siguiente:
Reciba un cordial saludo, para análisis y tratamiento en Consejo Directivo remito comunicación suscrita por la Licenciada Mario Olalla, responsable de la Unidad de Titulación de la carrera quien remite el acta de la comisión de titulación Nro. 002-UT- CE-FCSSH solicita análisis y tratamiento de cada uno de los puntos del acta:

1. Asignación de pares académicos de grupos de titulación
2. Asignación de fechas para sustentación de trabajos de titulación
3. Tratamiento de resolución Nro. DFCS-RCD-397-2025 y Nro. DFCS-RCD-356- 2025, Nro. DFCS-RCD-357-2025
4. Tratamiento de resolución Nro. DFCS-RCD-400-2025
5. Tratamiento de temas propuestos por los estudiantes como proyectos de investigación y estudios de caso, cohorte septiembre 2024- agosto 2025 y mayo 2025 - abril 2026

QUE, Visto el Oficio N° 010-UT-CE-FCSSH, suscrito por la Lic. María Olalla Coordinadora de la Unidad de Titulación de la quien manifiesta lo siguiente:
Reciba un saludo, como es de su conocimiento con fecha 17 de julio a las 14h00 se mantuvo reunión de la comisión de titulación de la Carrera de Enfermería, en la sala de profesores. Con este antecedente y una vez revisada el acta por cada uno de los miembros que participaron en dicha reunión, remito el Acta 002-UT-CE-FCSSH, para su análisis, tratamiento y/o aprobación en la instancia correspondiente.

9	Daniela Lisbeth Ruiz Correa Lisbeth Ailin Yánez Recalde	1724131451 2300373962	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Polifarmacia en adultos mayores atendidos en el Hospital Humberto del Pozo. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Norma Paredes
10	Anabal Anais Acan Toapanta Mayra Isabel Garófalo Hidalgo	605382886 202541090	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Rol de enfermería en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas del distrito O2D01 Guaranda. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Vanessa Mite
11	Jenifer Eloisa Huiñan Yunga Camila Anahí Sisa Pandi	605016567	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Factores asociados a la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 3 a 12 años. Hospital IEES Riobamba. Agosto – diciembre 2025	Dra. Gladys Naranjo
12	Joselin Nardelia Peñafiel Fajardo Marlene Guadalupe Vasconez Mera	0250345618 0202218038	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería en pacientes con catéter venoso central Unidad Cuidados Intensivos Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Stefanny Días
13	Esther Yadira Lema Rojas Bryan Alexander Llumitaxi Albiño	250305042 250313178	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Autocuidado en pacientes con pie diabético, Hospital General Martín Icaza. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Vanessa Mite
14	Jhonny Aurelio Álvarez Pazmiño Vanessa Wendi Alarcón Arévalo	250316452 202174652	Estudio de Caso	Mayo 2025-Abril 2026	Vivencias de los cuidadores de pacientes que se realizan hemodiálisis del hospital IEES Guaranda. Agosto – diciembre 2025	Dra. Silvana López
15	Dorys Janneth Quille Chela Norma Judith Bayas Chacha	250141124 250170255	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Plan educomunicativo sobre salud sexual en estudiantes de bachillerato Unidad Educativa 23 de Abril y CIB Pintag. Agosto – diciembre 2025	Dra. Mariela Gaibor
16	Dayana Mishell Tubón Tubón Melany Jazmin Tenelema Sinchipa	1850446772 202418125	Estudio de caso	Septiembre 2024 – Agosto 2025	Vivencias del personal de enfermería en la atención de pacientes pediátricos críticos Hospital Francisco de Icaza Bustamante. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. María Olalla
17	Jhomaira Maribel Toabanda Gomez Lizbeth Nicole Vergas Solano	250334653 202154076	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Incorporación de la inteligencia artificial en salud para el aprendizaje de los estudiantes de enfermería-UEB. Agosto – diciembre 2025	Dra. Mariela Gaibor
18	Ocaña Quilligana Leticia Lizbeth Pamela Elizabeth Velasco Bravo	1850766997 605145135	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería según Bernard en el vínculo madre-hijo, Ginecológico. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Mary Mosso
19	Heydi Vanesa Ayala Villa Diana Vanesa Callan Chela	202407383 202610168	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Análisis del agua de consulo humano como factor predisponente en la desnutrición crónica infantil proyecto EDUWASHA. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Janine Taco
20	Yurlen Alejandra Cando Paredes	1755857438	Proyecto de Investigación	Septiembre 2024 –	Lactancia materna en menores de 2 años y su	Mgtr. Janine

	Alisson Jamilex Quiñonez Andy	1501266397		2026	FINDRISC, Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano-UEB. Agosto – diciembre 2025	Taco

Dirección Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda Ecuador
Telefono. (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

	Yeseña Antonella Erazo Vega	1805474044		Agosto 2025	relación con el estado nutricional Centro de Salud Pacay. Agosto – diciembre 2025	Taco
21	Camila Alexandra Jarrín Escobar Gissela Alexandra Vega López	250303922 202428975	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Programa educativo para el autocuidado de la herida por cesárea. Ginecología Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Mary Mosso
22	Marlith Elizabeth Ramírez Fierro Carol Fabiola Ramírez Fierro	250067543 250045424	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería para el cuidado humanizado a pacientes pediátricos, Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	Mgtr. Vanessa Mite
23	María Cristina Toalombo Quinabanda Vásquez Dahua Stalin Jesús	202346961 1501096976	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Impacto del cuidado de enfermería en la calidad de vida de pacientes con quimioterapia, Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto – diciembre 2025	Dra. Silvana López
24	Jessika Vanesa Guaquipana Patín Ruth Viviana Chela Morocho	0250328424	Estudio de Caso	Pérdida modalidad proyecto	Experiencias de las madres primigestas en lactancia materna en lugares públicos Quinua Corral. Agosto – diciembre 2025	Dra. Mery Rea

Siendo las 17:50 pm se concluye la reunión de la Comisión de Titulación de la Carrera de Enfermería con la presencia de: Mgtr. Stefanny Días. Coordinadora Carrera de Enfermería, Mgtr. María Olalla García, responsable de la Unidad de Titulación, la Mgtr. Vanessa Mite Cárdenas, Profesora Investigadora, procede a retirarse a las 17:00pm por horas de lactancia materna y Mgtr. Janine Taco Vega. Profesora Investigadora

Análisis:

Se verifica los nombres y apellidos de los estudiantes y se observa que en la mayoría de ls cédulas solo constan 9 dígitos lo que se asume que fue un error de tipeo en el contenido del cuadro, adcionalmente se corrige el nombre de la casa de salud donde se realizarán los trabajos de investigación, asumiendo que por error de tipeo se enunció mal en nombre (IEES) por IESS de los temas planteados de los estudiantes que se detalla:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	MODALIDAD	COHORTE	TEMA	TUTOR
1	Jenifer Eloisa Huiñan Yunga Carla Elizabeth Rojas Morales	605016567 202116935	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Factores asociados a la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 3 a 12 años. Hospital IEES Riobamba. Agosto – diciembre 2025	Dra. Gladys Naranjo
14	Jhonny Aurelio Álvarez Pazmiño	250316452	Estudio de Caso	Mayo 2025-Abril 2026	Vivencias de los cuidadores de pacientes que se realizan hemodiálisis del hospital IEES Guaranda. Agosto – diciembre 2025	Dra. Silvana López

CONSEJO DIRECTIVO: SOBRE LA BASE DEL CONTENIDO DEL ACTA NRO. 002-UT-CE-FCSSH DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN DE LA CARRERA ENFERMERÍA, DESARROLLADA EL 17 DE JULIO DEL 2025, ACOGIENDO LA SUGERENCIA DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN, RESULEVE ACOGER LA RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN, Y SE APRUEBA LOS TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN CUANTO A SU ORIGINALIDAD, ADECUACIÓN Y PERTINENCIA SEGÚN LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN, SE APRUEBA TAMBIÉN LA DESIGNACIÓN DE TUTORES, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL SIGUIENTE CUADRO:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MODALIDAD	COHORTE	TEMA	TUTOR
1	Heidy Jhael Lumbi Taris Carla Elizabeth Rojas Morales	Proyecto de Investigación	Septiembre 2024 – Agosto 2025	Prácticas de prevención del VIH en trabajadores sexuales Centro de Salud Atarazana, Guayaquil. Agosto – diciembre 2025	DRA. MERY REA
2	Marilyn Estefanía Ordoñez Berrones Jessica Adriana Quicaliquin Rochina	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Cuidados de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC del Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto – diciembre 2025	DRA. MERY REA
3	Lizeth Jacqueline Chisag Poaquiza Alison Ginger Torres Paredes	Proyecto de Investigación	Septiembre 2024 – Agosto 2025	Nivel de conocimiento de los familiares de pacientes con Tuberculosis, del Centro de Salud Cisne II. Agosto – diciembre 2025	MGTR. PATRICIA GUERRA
4	Eydi Julisa Quingaguano Tualombo Esteban Saul Perez Reyes	Estudio de Caso	Mayo 2025-Abril 2026	Experiencias del profesional de enfermería en la interacción con familiares de pacientes hospitalizados IESS Riobamba. Agosto – diciembre 2025	MGTR. MARÍA OLALLA
5	Rosmery Marisol Rea Patín Tamara Mishel Yachimba Moposita	Proyecto de Investigación	Septiembre 2024 – Agosto 2025	Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	MGTR. VANESSA MITE
6	Cristian Steven Castillo Castellano Leydi Rosalia Arellano Cabezas	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería según el Modelo de adaptación de Callista Roy en pacientes prequirúrgicos del Hospital General Puyo. Agosto – diciembre 2025	MGTR. MORAYMA REMACHE
7	Julissa Maribel Chacan Chela Luis Adrian Gaglay Agualongo	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería en la administración de fármacos vasoactivos Hospital General Martin Icaza. Agosto – diciembre 2025	MGTR. STEFANNY DIAS
8	Maria Fernanda Borja Barragan Alisson Jamilex Quiñonez Andy	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Evaluación de riesgos de DM2 mediante la escala FINDRISC, Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano-UEB. Agosto – diciembre 2025	MGTR. JANINE TACO
9	Daniela Lisbeth Ruiz Correa Lisbeth Ailin Yánez Recalde	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Polifarmacia en adultos mayores atendidos en el Hospital Humberto del Pozo. Agosto – diciembre 2025	MGTR. NORMA PAREDES
10	Anabal Anais Acan Toapanta Mayra Isabel Garófalo Hidalgo	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Rol de enfermería en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas del distrito O2D01 Guaranda. Agosto – diciembre 2025	MGTR. VANESSA MITE
11	Jenifer Eloisa Huiñan Yunga Camila Anahí Sisa Pandi	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Factores asociados a la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 3 a 12 años. Hospital IESS Riobamba. Agosto – diciembre 2025	DRA. GLADYS NARANJO
12	Joselin Nardelia Peñafiel Fajardo Marlene Guadalupe Vasconez Mera	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería en pacientes con catéter venoso central Unidad Cuidados Intensivos Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto – diciembre 2025	MGTR. STEFANNY DÍAS
13	Esther Yadira Lema Rojas Bryan Alexander Llumitaxi Albiño	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Autocuidado en pacientes con pie diabético, Hospital General Martín Icaza. Agosto – diciembre 2025	MGTR. VANESSA MITE
14	Jhonny Aurelio Álvarez Pazmiño	Estudio de Caso	Mayo 2025-Abril 2026	Vivencias de los cuidadores de pacientes que se realizan	DRA. SILVANA LÓPEZ

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CONSEJO DIRECTIVO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

	Vanessa Wendi Alarcón Arévalo			hemodiálisis del hospital IESS Guaranda. Agosto – diciembre 2025	
15	Dorys Janneth Quille Chela Norma Judith Bayas Chacha	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Plan educomunicativo sobre salud sexual en estudiantes de bachillerato Unidad Educativa 23 de Abril y CIB Pintag. Agosto – diciembre 2025	DRA. MARIELA GAIBOR
16	Dayana Mishell Tubón Tubón Melany Jazmin Tenelema Sinchipa	Estudio de caso	Septiembre 2024 – Agosto 2025	Vivencias del personal de enfermería en la atención de pacientes pediátricos críticos Hospital Francisco de Icaza Bustamante. Agosto – diciembre 2025	MGTR. MARÍA OLALLA
17	Jhomaira Maribel Toabanda Gomez Lizbeth Nicole Vergas Solano	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Incorporación de la inteligencia artificial en salud para el aprendizaje de los estudiantes de enfermería-UEB. Agosto – diciembre 2025	DRA. MARIELA GAIBOR
18	Ocaña Quilligana Leticia Lizbeth Pamela Elizabeth Velasco Bravo	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería según Bernard en el vínculo madre-hijo, Ginecológico. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	MGTR. MARY MOSSO
19	Heydi Vanesa Ayala Villa Diana Vanesa Callan Chela	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Análisis del agua de consulo humano como factor predisponente en la desnutrición crónica infantil proyecto EDUWASHA. Agosto – diciembre 2025	MGTR. JANINE TACO
20	Yurlen Alejandra Cando Paredes Yeseña Antonella Erazo Vega	Proyecto de Investigación	Septiembre 2024 – Agosto 2025	Lactancia materna en menores de 2 años y su relación con el estado nutricional Centro de Salud Pacay. Agosto – diciembre 2025	MGTR. JANINE TACO
21	Camila Alexandra Jarrín Escobar Gissela Alexandra Vega López	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Programa educativo para el autocuidado de la herida por cesárea. Ginecología Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	MGTR. MARY MOSSO
22	Marlith Elizabeth Ramírez Fierro Carol Fabiola Ramírez Fierro	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Proceso de atención de enfermería para el cuidado humanizado a pacientes pediátricos, Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Agosto – diciembre 2025	MGTR. VANESSA MITE
23	María Cristina Toalombo Quinabanda Vásquez Dahua Stalin Jesús	Proyecto de Investigación	Mayo 2025-Abril 2026	Impacto del cuidado de enfermería en la calidad de vida de pacientes con quimioterapia, Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto – diciembre 2025	DRA. SILVANA LÓPEZ
24	Jessika Vanesa Guaquipana Patín Ruth Viviana Chela Morocho	Estudio de Caso	Pérdida modalidad proyecto	Experiencias de las madres primigestas en lactancia materna en lugares públicos Quinua Corral. Agosto – diciembre 2025	DRA. MERY REA

Notifíquese. –

ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO Mgtr.
DECANO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Lo certifico. –

LIC. TANIA HURTADO GARCÍA
SECRETARIA DE CONSEJO DIRECTIVO

CR/TH.

Anexo. 2 Designación de la tutora

UEB UNIVERSIDAD BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
Unidad de Titulación

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 15 de agosto de 2025

Doctora
Mery Rea Guamán
Profesora Investigadora

De mi consideración:

Con un cordial saludo, me permito informar que, según resolución Nro. FCSSH- CD-417-2025 del Consejo Directivo en sesión extraordinaria (13) del 28 de julio de 2025 resuelve:

Aprobar la distribución de los grupos de Titulación de la Carrera de Enfermería según: acta 002-UT-CEFCSSH de la Comisión de Titulación con la asignación de directores según la modalidad, tema presentado, líneas de investigación. Periodo académico agosto-diciembre 2025, Modalidad Proyecto de Investigación.

Por lo expuesto se ha realizado la designación como director de Tesis del proyecto según el siguiente detalle:

Nombres y Apellidos	Tema Aprobado por consejo directivo	Modalidad de titulación	Director de tesis asignado
Marilyn Estefanía Ordoñez Berrones Jessica Adriana Quicaliquin Rochina	Cuidados de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC del Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto-diciembre 2025.	Proyecto de investigación	Dra. Mery Rea

Por lo que solicito muy respetuosamente se proceda con el acompañamiento, según los tiempos establecidos

Atentamente

Recibido
29-08-2025

MARIA HUMBELINA OLALLA GARCIA

Mgtr. María Humbelina Olalla García
Coordinadora Unidad de Titulación

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo. 3 Solicitud de autorización para el desarrollo del trabajo de titulación

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Hospital de Especialidades Guayaquil
"Dr. Abel Gilbert Pontón"

Guayaquil, 11 de septiembre de 2025

Dra. Karla Alvarado Villegas, Mgs.
Coordinación de Docencia e Investigación
En su despacho.

De mis consideraciones:

Yo MARILYN ESTEFANIA ORDOÑEZ BERRONES con CI 0606038529 y JESSICA ADRIANA QUICALIQUIN ROCHINA con CI 0250328580 Internos de la Universidad Estatal de Bolívar, por medio de la presente solicitamos a usted autorización para obtener información de datos estadísticos, de las historias clínicas de pacientes de Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón", lo cuales sera usados con el fin de aportarnos información a nuestro trabajo de titulación que presentaremos previo a nuestro graduación cuyo tema es: **"CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025."**

Ademas nos comprometemos a mantener la anonimidad de los datos obtenidos y de la institución hospitalaria.

Agradecemos la atención prestada nos suscribimos de usted.

Atentamente,

Marilyn Estefanía Ordoñez Berrones
CI 0606038529

Jessica Adriana Quicaliquin Rochina
CI 0250328580

Recibido
Dra. Karla Alvarado
12/9/25

Ministerio de Salud Pública
Dirección: 29 y Galápagos
Código postal: 090404 / Guayaquil-Ecuador
Teléfono: 04-259-7400
www.hagp.gob.ec

EL NUEVO ECUADOR

Anexo. 4 Validación del instrumento

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

Título: Cuidados de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-pratt, Pleurevac y Vac del Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto-diciembre 2025

Autoras: Ordoñez Berrones Marilin Estefania y Quicaliquin Rochina Jessica Adriana

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando en el puntaje que considere que refleje su apreciación.

Criterios	Apreciación cualitativa			
	Excelente (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Deficiente (1)
Presentación del instrumento	4			
Claridad en la redacción de los ítems	4			
Pertinencia de la variable con los indicadores	4			
Relevancia del contenido	4			
Factibilidad de la aplicación	4			
Puntaje total	20			
Observaciones				

VALIDEZ				
APLICABLE	X	**NO APLICABLE**		**CRITERIOS:** Válido para aplicar: 14 a 20 puntos Válido con modificaciones: 7 a 13 puntos No válido: 6 a 0 puntos

DATOS DEL VALIDADOR

Nombres y Apellidos	MSc. Hipatia Magaly Dávila Ramos
Profesión	Licenciada en Enfermería
Lugar de trabajo	Hospital Guayaquil
Cargo que desempeña	Licenciada en Enfermería
Lugar y fecha de validación	Guayaquil 24-11-2025
Firma	Hipatia Dávila Ramos MSc Licenciada en enfermería Reg senescyt 7241258176

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

Título: Cuidados de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-pratt, Pleurevac y Vac del Hospital Abel Gilbert Pontón. Agosto-diciembre 2025

Autoras: Ordoñez Berrones Marilin Estefania y Quicaliquin Rochina Jessica Adriana

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando en el puntaje que considere que refleje su apreciación.

Criterios	Apreciación cualitativa			
	Excelente (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Deficiente (1)
Presentación del instrumento	4			
Claridad en la redacción de los ítems	4			
Pertinencia de la variable con los indicadores	4			
Relevancia del contenido	4			
Factibilidad de la aplicación	4			
Puntaje total	20			
Observaciones				

VALIDEZ				
APLICABLE	X	**NO APLICABLE**		**CRITERIOS:** Válido para aplicar: 14 a 20 puntos Válido con modificaciones: 7 a 13 puntos No válido: 6 a 0 puntos

DATOS DEL VALIDADOR

Nombres y Apellidos	Moises Israel Aguiar Rosales
Profesión	Lic en Enfermería.
Lugar de trabajo	Hospital Abel Gilbert Pontón
Cargo que desempeña	Licenciado
Lugar y fecha de validación	Guayaquil, 22/11/2025
Firma	Moises Aguiar R.

Anexo. 5 Guía de valoración aplicada

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025"

Autores: Marilin Estefanía Ordoñez Berrones y Jessica Adriana Quipaliquin Rochina

Objetivo: Describir los cuidados de enfermería en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, orientados a la prevención de complicaciones durante su hospitalización en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

Instrucciones: Marque con una "X" la opción que corresponda según la observación directa del paciente.

GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Sección I: Datos sociodemográficos

Dimensión	Ítem	Escala
Caracterización sociodemográfica	Edad del paciente	☐ 18 a 19 años ☐ 20 a 25 años ☐ 26 a 35 años ☐ 36 a 45 años ☐ 46 a 55 años ☐ 56 a 65 años ☐ Más de 66 años
	Género	☐ Femenino ☐ Masculino ☐ LGTBIQ+
	Estado civil	☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐
	Etnia	☐ Mestizo ☐ Montubio ☐ Indígena ☐ Afroecuatoriano ☐ Blanco ☐ Otro
	Nivel de instrucción	☐ Ninguno ☐ Básica ☐ Bachillerato ☐ Superior

Sección II. Valoración del modelo de Virginia Henderson

Dimensión	Ítem	Escala
Necesidad 1: Respiración	Saturación de oxigeno	□ 95% - 100% □ 91% - 94% □ 85% - 90% □ <85%
	Frecuencia respiratoria	□ <12 rpm □ 12 – 20 rpm □ 21 - 25 rpm □ >25 rpm
	Frecuencia cardiaca	□ <60 lpm □ 60 – 100 lpm □ >100 lpm
	Tensión arterial	□ <120 – <80 mmHg (Óptima) □ 120 – 80 mmHg (Normal) □ 130 – 85 mmHg (Normal alta) □ 140 – 90 mmHg (HTA 1) □ 160 – 100 mmHg (HTA 2) □ ≥ 180– ≥110 mmHg (HTA 3)
Necesidad 2: Alimentación	Tipo de nutrición	□ Oral □ Sonda nasogástrica □ Sonda orogástrica □ Sonda de gastrostomía □ Sonda gastroyeyunal □ Nutrición parenteral □ NPO
Necesidad 3: Eliminación	Eliminación urinaria	□ Micción espontanea □ Sonda vesical □ Catéter suprapúbico □ Otro
	Eliminación intestinal	□ Evacuación espontánea □ Sonda rectal □ Colostomía □ Ileostomía □ Otro
	Drenajes	□ Drenaje Jackson-Pratt □ Drenaje Pleurevac □ Drenaje Vac
	Cantidad de drenaje presente en el dispositivo	□ Ausente □ Escasa □ Moderado □ Abundante
	Características del	□ Seroso

	líquido drenado	☐ Serosanguinolento ☐ Sanguíneo ☐ Purulento	
	Olor que presenta el contenido del drenaje	☐ Normal ☐ Fétido	
	Tiempo de permanencia del drenaje	☐ De 3 a 5 días ☐ 6 a 14 días ☐ Mayor a 15 días	
	¿El drenaje mantiene un flujo adecuado sin necesidad de maniobras adicionales (como comprimir el tubo o manipularlo)?	☐ Si ☐ No	
	¿El drenaje está firmemente fijado con sutura o apósito?	☐ Si ☐ No	
	¿Esta rotulada la fecha de cambio de apósito?	☐ Si ☐ No	
	Indicación del drenaje	☐ Abdominal ☐ Torácico ☐ Pelvico ☐ Extremidades ☐ Procedimientos oncológicos ☐ Cirugía vascular ☐ Úlceras crónicas ☐ Otras	
JACKSON PRATT			
		¿Qué numeración de drenaje Jackson Pratt tiene colocado el paciente?	☐ # 7 ☐ # 10 ☐ # 15 ☐ # 19
		¿El reservorio (bulbo) mantiene un sellado correcto y conserva la presión negativa al comprimirlo?	☐ Si ☐ No
		¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la	☐ Formación de absceso ☐ Celulitis peri-insercional

		inserción o mantenimiento del Jackson Pratt?	□ Otras □ Ninguna
DRENAJE PLEUREVAC			
		¿Qué tipo de Pleurevac posee?	□ 1 cámara □ 2 cámaras □ 3 cámaras
		¿Hay burbujeo en el sello de agua?	□ Si □ No
		¿El sello de agua mantiene nivel adecuado según la marca (2 cm)?	□ Si □ No
		¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del drenaje Pleurevac?	□ Enfisema subcutáneo □ Empiema o infección de la cavidad pleural □ Atrapamiento pulmonar □ Colapso pulmonar □ Otras □ Ninguna
DRENAJE VAC			
		¿Qué tipo de sistema VAC posee?	□ Continuo □ Intermitente
		¿La esponja está completamente colapsada, indicando que la presión negativa está funcionando correctamente?	□ Si □ No
		¿El canister contiene el exudado sin rebosar ni presentar fugas?	□ Si □ No
		¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del sistema VAC?	□ Fuga de aire o pérdida del sello hermético □ Fallas o alarmas constantes en la máquina □ Crecimiento excesivo de tejido de

			granulación dentro de la esponja ☐ Otras ☐ Ninguna
Necesidad 4: Movilización y Postura	Postura corporal	☐ Decúbito supino ☐ Decúbito prono ☐ Decúbito lateral ☐ Sims ☐ Fowler ☐ Semifowler ☐ Otro	
	Fijación del drenaje	☐ Fijación correcta y segura ☐ Drenaje traccionado ☐ Salida parcial ☐ Rotura del tubo o fuga del sistema	
	Riesgo al movilizarse por presencia del drenaje	☐ Ninguno ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Alto	
	Dolor al movimiento	☐ Sin dolor ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo	
Necesidad 5: Sueño y descanso	Tipo de sueño	☐ Espontáneo ☐ Interrumpido o fragmentado ☐ Ausente (insomnio) ☐ Inducido (farmacológicamente)	
Necesidad 6: Vestimenta	Condición de la vestimenta	☐ Limpia y seca ☐ Sucia ☐ Húmeda	
	Ajuste de la vestimenta en relación con el drenaje	☐ Adecuado (no tracciona el drenaje) ☐ Inadecuado (riesgo de tracción o desplazamiento del drenaje)	
Necesidad 7: Temperatura corporal.	Temperatura corporal	☐ <36 °C ☐ 36 - 36,4 °C ☐ 36,5°C – 37.5°C ☐ 37,6 – 37,9 °C ☐ >38 °C	
	¿Presenta temperatura alta (> 37,5 °C) asociada al drenaje?	☐ Si ☐ No	
Necesidad 8:	Estado de la piel	☐ Integra	

Higiene corporal e integridad de la piel.		☐ Ulceras por presión ☐ Maceración ☐ Otras lesiones de la piel
	Higiene corporal	☐ Deficiente ☐ Buena
	Sitio de la inserción del drenaje	☐ Piel integra ☐ Eritema ☐ Inflamación ☐ Mal olor ☐ Secreción
Necesidad 9: Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros.	Riesgo de caídas según escala de MORSE	☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto
	Seguridad del entorno	☐ Todos los barandales elevados ☐ Algunos barandales elevados, otros bajados ☐ Ningún barandal elevado
	Seguridad del paciente en relación con los drenajes.	☐ Drenaje seguro ☐ Riesgo de tracción ☐ Riesgo de desconexión ☐ Obstrucción del sistema de drenaje
Necesidad 10: Comunicación con los demás.	Nivel de conciencia	☐ Alerta ☐ Letárgico ☐ Estuporoso ☐ Comatoso
	Orientación sobre autocuidado y manejo del drenaje	☐ Orientación completa y clara ☐ Orientación incompleta ☐ No recibe orientación
Necesidad 14: Aprendizaje, descubrimiento y satisfacción de la curiosidad.	Capacidad para colaborar en el cuidado	☐ Adecuada ☐ Parcial ☐ Limitada ☐ Nula

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025"

Autores: Marilin Estefania Ordoñez Berrones y Jessica Adriana Quicaliquin Rochina

Objetivo: Describir los cuidados de enfermería en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC, orientados a la prevención de complicaciones durante su hospitalización en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

Instrucciones: Marque con una "X" la opción que corresponda según la observación directa del paciente.

GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Sección I: Datos sociodemográficos Ismael Suarez Martinez 0930842708

Dimensión	Ítem	Escala
Caracterización sociodemográfica	Edad del paciente	☐ 18 a 19 años ☐ 20 a 25 años ☑ 26 a 35 años ☐ 36 a 45 años ☐ 46 a 55 años ☐ 56 a 65 años ☐ Más de 66 años
	Género	☐ Femenino ☑ Masculino ☐ LGTBIQ+
	Estado civil	☑ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐
	Etnia	☑ Mestizo ☐ Montubio ☐ Indígena ☐ Afroecuatoriano ☐ Blanco ☐ Otro
	Nivel de instrucción	☐ Ninguno ☐ Básica ☑ Bachillerato ☐ Superior

Sección II. Valoración del modelo de Virginia Henderson

Dimensión	Ítem	Escala
Necesidad 1: Respiración	Saturación de oxigeno	☑ 95% - 100% ☐ 91% - 94% ☐ 85% - 90% ☐ <85%
	Frecuencia respiratoria	☐ <12 rpm ☑ 12 – 20 rpm ☐ 21 - 25 rpm ☐ >25 rpm
	Frecuencia cardiaca	☐ <60 lpm ☑ 60 – 100 lpm ☐ >100 lpm
	Tensión arterial	☐ <120 – <80 mmHg (Óptima) ☑ 120 – 80 mmHg (Normal) ☐ 130 – 85 mmHg (Normal alta) ☐ 140 – 90 mmHg (HTA 1) ☐ 160 – 100 mmHg (HTA 2) ☐ ≥ 180– ≥110 mmHg (HTA 3)
Necesidad 2: Alimentación	Tipo de nutrición	☑ Oral ☐ Sonda nasogástrica ☐ Sonda orogástrica ☐ Sonda de gastrostomía ☐ Sonda gastroyeyunal ☐ Nutrición parenteral ☐ NPO
Necesidad 3: Eliminación	Eliminación urinaria	☐ Micción espontanea ☑ Sonda vesical ☐ Catéter suprapúbico ☐ Otro
	Eliminación intestinal	☑ Evacuación espontánea ☐ Sonda rectal ☐ Colostomía ☐ Ileostomía ☐ Otro
	Drenajes	☐ Drenaje Jackson-Pratt ☐ Drenaje Pleurevac ☑ Drenaje Vac
	Cantidad de drenaje presente en el dispositivo	☐ Ausente ☐ Escasa ☑ Moderado ☐ Abundante

	Características del líquido drenado	☐ Seroso ☑ Serosanguinolento ☐ Sanguíneo ☐ Purulento
	Olor que presenta el contenido del drenaje	☑ Normal ☐ Fétido
	Tiempo de permanencia del drenaje	☑ De 3 a 5 días ☐ 6 a 14 días ☐ Mayor a 15 días
	¿El drenaje mantiene un flujo adecuado sin necesidad de maniobras adicionales (como comprimir el tubo o manipularlo)?	☑ Si ☐ No
	¿El drenaje está firmemente fijado con sutura o apósito?	☑ Si ☐ No
	¿Esta rotulada la fecha de cambio de apósito?	☐ Si ☑ No
	Indicación del drenaje	☑ Abdominal ☐ Torácico ☐ Pelvico ☐ Extremidades ☐ Procedimientos oncológicos ☐ Cirugía vascular ☐ Úlceras crónicas ☐ Otras
JACKSON PRATT		
		¿Qué numeración de drenaje Jackson Pratt tiene colocado el paciente? ☐ # 7 ☐ # 10 ☐ # 15 ☐ # 19
		¿El reservorio (bulbo) mantiene un sellado correcto y conserva la presión negativa al comprimirlo? ☐ Si ☐ No

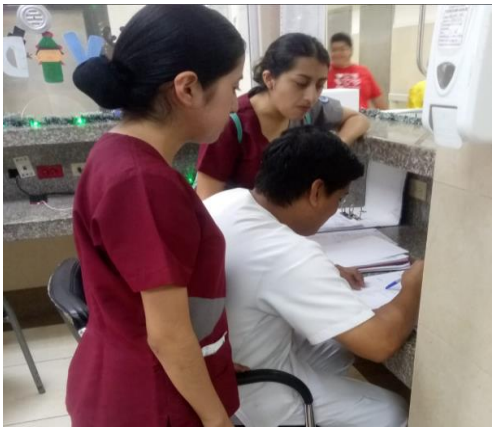
		¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del Jackson Pratt?	☐ Formación de absceso ☐ Celulitis peri-insercional ☐ Otras ☐ Ninguna
DRENAJE PLEUREVAC			
		¿Qué tipo de Pleurevac posee?	☐ 1 cámara ☐ 2 cámaras ☐ 3 cámaras
		¿Hay burbujeo en el sello de agua?	☐ Si ☐ No
		¿El sello de agua mantiene nivel adecuado según la marca (2 cm)?	☐ Si ☐ No
		¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la inserción o mantenimiento del drenaje Pleurevac?	☐ Enfisema subcutáneo ☐ Empiema o infección de la cavidad pleural ☐ Atrapamiento pulmonar ☐ Colapso pulmonar ☐ Otras ☐ Ninguna
DRENAJE VAC			
		¿Qué tipo de sistema VAC posee?	☑ Continuo ☐ Intermitente
		¿La esponja está completamente colapsada, indicando que la presión negativa está funcionando correctamente?	☑ Si ☐ No
		¿El canister contiene el exudado sin rebosar ni presentar fugas?	☑ Si ☐ No
		¿El paciente ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en la	☐ Fuga de aire o pérdida del sello hermetico

		inserción o mantenimiento del sistema VAC?	☐ Fallas o alarmas constantes en la máquina ☐ Crecimiento excesivo de tejido de granulación dentro de la esponja ☐ Otras ☑ Ninguna
Necesidad 4: Movilización y Postura	Postura corporal	☐ Decúbito supino ☐ Decúbito prono ☐ Decúbito lateral ☐ Sims ☐ Fowler ☑ Semifowler ☐ Otro	
	Fijación del drenaje	☑ Fijación correcta y segura ☐ Drenaje traccionado ☐ Salida parcial ☐ Rotura del tubo o fuga del sistema	
	Riesgo al movilizarse por presencia del drenaje	☐ Ninguno ☐ Leve ☑ Moderado ☐ Alto	
	Dolor al movimiento	☐ Sin dolor ☐ Leve ☑ Moderado ☐ Severo	
Necesidad 5: Sueño y descanso	Tipo de sueño	☐ Espontáneo ☑ Interrumpido o fragmentado ☐ Ausente (insomnio) ☐ Inducido (farmacológicamente)	
Necesidad 6: Vestimenta	Condición de la vestimenta	☑ Limpia y seca ☐ Sucia ☐ Húmeda	
	Ajuste de la vestimenta en relación con el drenaje	☑ Adecuado (no tracciona el drenaje) ☐ Inadecuado (riesgo de tracción o desplazamiento del drenaje)	
Necesidad 7: Temperatura corporal.	Temperatura corporal	☐ <36 °C ☐ 36 - 36,4 °C ☐ 36,5°C – 37.5°C ☑ 37,6 – 37,9 °C	

		☐ >38 °C
	¿Presenta temperatura alta (> 37,5 °C) asociada al drenaje?	☑ Si ☐ No
Necesidad 8: Higiene corporal e integridad de la piel.	Estado de la piel	☑ Integra ☐ Ulceras por presión ☐ Maceración ☐ Otras lesiones de la piel
	Higiene corporal	☐ Deficiente ☑ Buena
	Sitio de la inserción del drenaje	☐ Piel integra ☑ Eritema ☐ Inflamación ☐ Mal olor ☐ Secreción
Necesidad 9: Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros.	Riesgo de caídas según escala de MORSE	☐ Bajo ☑ Medio ☐ Alto
	Seguridad del entorno	☑ Todos los barandales elevados ☐ Algunos barandales elevados, otros bajados ☐ Ningún barandal elevado
	Seguridad del paciente en relación con los drenajes.	☑ Drenaje seguro ☐ Riesgo de tracción ☐ Riesgo de desconexión ☐ Obstrucción del sistema de drenaje
Necesidad 10: Comunicación con los demás.	Nivel de conciencia	☑ Alerta ☐ Letárgico ☐ Estuporoso ☐ Comatoso
	Orientación sobre autocuidado y manejo del drenaje	☐ Orientación completa y clara ☑ Orientación incompleta ☐ No recibe orientación
Necesidad 14: Aprendizaje, descubrimiento y satisfacción de la curiosidad.	Capacidad para colaborar en el cuidado	☐ Adecuada ☐ Parcial ☑ Limitada ☐ Nula

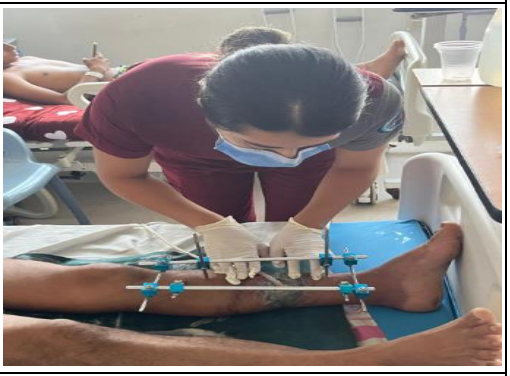
Anexo. 6 Registro fotográfico

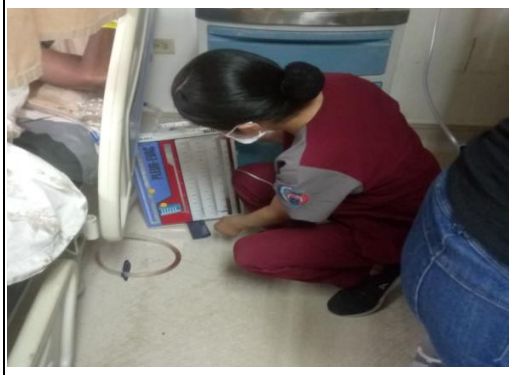
Evidencias de la validación del instrumento

	
Descripción: Validación del instrumento de investigación por juicio de experta, a cargo de la Mgtr. Hipatia Dávila.	**Descripción:** Validación del instrumento de investigación por juicio de experto, a cargo del Lic. Moises Holguin.

Evidencias de la aplicación de la guía de valoración a los pacientes portadores de drenajes Jackson Pratt, Pleurevac, VAC del Hospital Abel Gilbert Pontón.

	
Descripción: Aplicación de la sección I del instrumento de investigación: recolección de datos sociodemográficos	**Descripción:** Aplicación de la sección I del instrumento de investigación: recolección de datos sociodemográficos

para la caracterización demográfica del paciente.	para la caracterización demográfica del paciente.
	
Descripción: Aplicación del instrumento de investigación en paciente portador de drenaje Jackson pratt.	**Descripción:** Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de respiración según el modelo de Virginia Henderson, con registro de signos vitales en paciente con drenaje Pleurevac.
	
Descripción: Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de eliminación según el modelo de Virginia Henderson, mediante la clasificación del drenaje en ausente, escaso, moderado y abundante	**Descripción:** Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de higiene corporal e integridad de la piel según el modelo de Virginia Henderson, considerando el estado de la piel, la higiene y el sitio de

en paciente con sistema VAC.	inserción del sistema VAC.
	
Descripción: Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de higiene corporal e integridad de la piel según el modelo de Virginia Henderson, considerando el estado de la piel, la higiene y el sitio de inserción del drenaje Pleurevac.	**Descripción:** Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de eliminación según el modelo de Virginia Henderson, mediante la clasificación del drenaje en ausente, escaso, moderado y abundante en paciente con drenaje Pleurevac.
	
Descripción: Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de eliminación según el modelo de Virginia Henderson, mediante la verificación de la adecuada fijación y correcta rotulación del	**Descripción:** Aplicación de la sección II del instrumento: valoración de la necesidad de evitar peligros ambientales, evaluando la seguridad del drenaje VAC y los riesgos de tracción, desconexión y obstrucción.

dispositivo de drenaje VAC.	

Evidencia de la entrega de la guía de intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos Jackson-Pratt, Pleurevac y Vac.

	
Descripción: Entrega formal de la guía de intervenciones de enfermería orientada a la prevención de complicaciones en pacientes portadores de drenajes quirúrgicos (Jackson-Pratt, Pleurevac y VAC) a la Lic. Lisbeth Arriaga Jefa de Enfermería.	**Descripción:** Socialización de la guía de intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones en pacientes con drenajes quirúrgicos al personal de salud.

Anexo. 7 Certificado antiplagio

CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025

2% Textos sospechosos

2% Similitudes
0 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas
0% Idiomas no reconocidos
17% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DRENAJES QUIRÚRGICOS JACKSON-PRATT, PLEUREVAC Y VAC DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AGOSTO-DICIEMBRE 2025.docx
ID del documento: 8bbc36768f3caa7ede082ce6ae1705e46a08b7a3
Tamaño del documento original: 519,03 kB
Autores: Marilin Estefanía Ordoñez Berrones, Jessica Adriana Quicaliquin Rochina

Depositante: Universidad Estatal de Bolívar null
Fecha de depósito: 16/12/2025
Tipo de carga: Interface
fecha de fin de análisis: 16/12/2025

Número de palabras: 14.456
Número de caracteres: 98.879

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	**revistasanitariadeinvestigacion.com** | El profesional de enfermería en los cuida... https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-profesional-de-enfermeria-en-los-cuidados-de-... 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas: 1% (183 palabras)
2	**revistasanitariadeinvestigacion.com** | Tipos de drenajes quirúrgicos. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tipos-de-drenajes-quirurgicos/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (26 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	**dspace.uniandes.edu.ec** | Intervenciones de enfermería en el cuidado de drenaj... https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18592	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)
2	**doi.org** | Nursing care plan for the clinical management of children with pneumo... https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.1254	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
3	**dspace.ueb.edu.ec** https://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/6305/1/PROCESO ENFERMERO EN NEONAT...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
4	**hdl.handle.net** | Revisión narrativa sobre las estrategias de prevención y control ... https://hdl.handle.net/20.500.12495/18385	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
5	**Documento de otro usuario** #ad91cd Viene de de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)