



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

## PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO EN UN ADULTO MADURO CON ALTERACIÓN  
EN LA NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL  
RELACIONADA CON HERIDA QUIRÚRGICA MEDIANTE EL  
ENFOQUE CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

**GUADALUPE VELÁZQUEZ VILLAGRA**

No. DE CUENTA 083457478



DIRECTOR DEL TRABAJO L.E.O. QUERUBIN ENRIQUEZ GONZALEZ

0349846



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptonal.  
NOMBRE: Guadalupe Velázquez Villagrá  
FECHA: 9-11-05  
FIRMA: [Firma]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO EN UN ADULTO MADURO CON ALTERACIÓN  
EN LA NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL  
RELACIONADA CON HERIDA QUIRÚRGICA MEDIANTE EL  
ENFOQUE CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

GUADALUPE VELÁZQUEZ VILLAGRA  
Nº DE CUENTA 083457478

DIRECTOR DEL TRABAJO

  
L.E.O. QUERUBÍN ENRIQUEZ GONZÁLEZ

## AGRADECIMIENTOS

A mi Dios

Por permitirme terminar mis estudios.

A mi Asesor de Proceso

Lic. Querubín Enríquez Gozález

Por su tiempo y su interés en mi trabajo.

## DEDICATORIAS

A mi madre Isabel Villagra Godínez  
con especial cariño y admiración.

Por tu gran esfuerzo mostrado en  
cada momento de mi vida, porque  
me has dedicado tu valioso tiempo,  
cariño y comprensión.

Por que siempre tengo tu compañía,  
confianza y dirección.

A mis hermanos

por su apoyo condicional  
en todo momento y por ser

parte de mi motivación a superarme.

Juana Velázquez Villagra, Saúl Velázquez Villagra y  
Gregorio Velázquez.

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN	
- OBJETIVOS	
- METODOLOGÍA	
I MARCO TEÓRICO .....	1
1.- Proceso Atención de Enfermería	
1.1 Historia.....	2
1.2 Definición.....	2
1.3 Objetivos.....	3
1.4 Organización.....	3
1.4.1 Valoración.....	3
1.4.2 Diagnóstico.....	3
1.4.3 Planeación.....	2
1.4.4 Ejecución.....	4
1.4.5 Evaluación.....	4
2.- Hacia la construcción de una disciplina Enfermera.....	5
3.- Paradigma de Enfermería.....	7
4.- Cuatro dominios del conocimiento: Tipología.....	7
5.- Teoría de Virginia Henderson.....	9
6.- Higiene y protección de la piel.....	13
7.- Clasificación de las heridas.....	15
8.- Proceso de cicatrización de heridas.....	16
9.- Complicaciones en la cicatrización de heridas.....	17
II VALORACIÓN.....	18
III DIAGNÓSTICO.....	26
IV PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	29
V PLAN DE ALTA .....	67
VI CONCLUSIONES .....	68
VII GLOSARIO .....	69
VIII BIBLIOGRAFÍA .....	70
IX ANEXOS .....	71
Anexo 1 Hoja de información nutricional	
Anexo 2 Anatomía y fisiología de vesícula Biliar	

## INTRODUCCIÓN

La litiasis vesicular es una de las principales patologías en la salud nacional dando como resultado más de 500000 colecistectomías por año. La mayoría de las cirugías son por litiasis vesicular sistemática y más del 40% de las colecistectomías se realizan por vía laparoscópica, otras formas de tratamiento son paliativas y no curativas.

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico. Además, los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería. El profesional de enfermería como prestador de atención sanitaria cubre las necesidades totales del cliente. Desde entonces, han aparecido varios factores que han alterado las dimensiones de la práctica de la enfermería, como cambios sociales, científicos o tecnológicos, docentes, económicos y políticos.

Durante el proceso evolutivo, el hilo central que se ha mantenido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del cliente. Sin embargo, los factores identificados anteriormente han cambiado también el aspecto de la atención sanitaria en general. El papel que desempeña el profesional de enfermería en la prestación de estos servicios secundarios ha pasado de prestador a coordinador. Esto permite al profesional de enfermería concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería en cuanto a la resolución de los problemas del cliente. El método mediante el cual se consigue es el proceso atención de enfermería, contiene un caso clínico de un adulto maduro con alteración en la necesidad de higiene y protección de la piel relacionada con herida quirúrgica. Al cual se aplican los conceptos de Virginia Henderson y se visualiza a la persona con una perspectiva holística e individualizada con base a las catorce necesidades, con la finalidad de dar un cuidado de calidad, para preservar, restablecer o recuperar la salud.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- ✚ Aplicar el proceso atención de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson para proporcionar un cuidado integral, individualizado y holístico en el individuo con alteración en su salud.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Aumentar la calidad asistencial utilizando un instrumento para la continuidad de cuidados.
- ✚ Utilizar herramientas que hagan ágil la aplicación de la metodología enfermera.
- ✚ Implementar el cambio cultural de los profesionales hacia el usuario como parte de la filosofía del hospital.
- ✚ Elaborar un plan de cuidados integral y personalizado, así como un seguimiento completo del paciente, favoreciendo la capacidad de relación enfermera-cliente.

## METODOLOGÍA

La elaboración de este proceso atención de enfermería se llevó a cabo del 20 al 31 de agosto del 2005, tiempo en el que se interactuó en forma significativa con la Sra. Ma. De los Ángeles, hospitalizada en la cama 413 del servicio de cirugía general en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS.

### VALORACIÓN

Dos horas antes de que la Sra. Ángeles fuera llevada al servicio de quirófano, se inició la conversación con ella y se le pidió su autorización para aplicarle el Proceso Atención de Enfermería. Una vez que la Sra. Ángeles aceptó se procedió a realizarle la valoración, para ello se utilizó el instrumento de valoración estructurado por la Academia del adolescente, del adulto y del anciano. Los datos recabados fueron primeramente válidos junto con el asesor del trabajo y en seguida organizados en datos de independencia y datos de dependencia, esto según los conceptos de Virginia Henderson.

### DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos se estructuraron con base en las etiquetas de la NANDA y el formato PES.

### PLANEACIÓN

En esta etapa los diagnósticos se priorizaron, se plantearon objetivos dirigidos al paciente y se planearon las intervenciones a llevar a cabo.

### EJECUCIÓN

Se puso en marcha el plan, donde se tomó en cuenta tanto a la paciente como a su familia.

### EVALUACIÓN

Reconociendo que la evaluación se lleva a cabo en cada etapa del proceso, en esta se puntualiza además que tan efectivos fueron las intervenciones realizadas con base en los objetivos planteados.



# I MARCO TEÒRICO

## 1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.<sup>(1)</sup>

### 1.1 HISTORIA

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La American Nurses Association (ANA) utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado.<sup>(2)</sup>

### 1.2 DEFINICIÓN

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que "el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas. Pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería deberían contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible."<sup>(3)</sup>

(1) Rodríguez B. *Proceso enfermero* pag. 19

(2) IB/DEM pag. 31

(3) Alfaro R. *Proceso de Enfermería* pag. 11

### 1.3 OBJETIVO

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería.<sup>(4)</sup>

### 1.4 ORGANIZACIÓN

Como se ha señalado anteriormente, el proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de ellas puede describirse de la siguiente forma.<sup>(5)</sup>

#### 1.4.1 VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de la enfermería.<sup>(6)</sup>

#### 1.4.2 DIAGNÓSTICO

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases.<sup>(7)</sup>

#### 1.4.3 PLANIFICACIÓN

Es la fase de planificación, se diseña un plan de cuidados basados en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente y se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

- 1) Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- 2) Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
- 3) Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- 4) Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.<sup>(8)</sup>

(4) op cit pag.30

(5) op cit pag.32

(6) op cit pag.35

(7)(8) op cit pag.33, 51

## 1.4.4 EJECUCIÓN

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de la planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente; o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.<sup>(9)</sup>

## 1.4.5 EVALUACIÓN

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el proceso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación.<sup>(10)</sup>

TEÓRICA	VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Henderson	- Henderson no hace referencia directa pero puede ser inferida de su descripción. - Implica el uso de las necesidades básicas para determinar la necesidad de ayuda. - Recoge los datos sobre cada necesidad básica.	-Se formuló muchos años después de la publicación de la definición de Henderson y, por tanto, no es tratada por ella. -Puede inferirse del análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades; si una persona no puede satisfacer una necesidad específica, la enfermera identificará el problema y formularía un diagnóstico enfermero.	-Forma parte de todo cuidado enfermero efectivo. -Debería incluir un plan de cuidados de enfermería por escrito, ya que esto fuerza a la enfermera a pensar en las necesidades del cliente -Implica formular y poner al día un plan basado en las necesidades del cliente.	-Implica realizar actividades que el paciente no puede llevar a cabo de forma independiente o que están recogidas en el plan del médico. -Ayuda al cliente a satisfacer las 14 necesidades básicas. -Depende de la relación enfermera-cliente.	-Valora la velocidad o el grado en el que el cliente realiza de forma independiente actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. -Implica la observación y la documentación de los cambios.

(11)

(9) op cit pag. 89

(10) op cit pag. 93

(11) monografías. Com/trabajos16/virginia\_henderson.shtml

## 2. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA DISCIPLINA ENFERMERA

### 2.1 ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ENFERMERÍA?

Un desarrollo disciplinar, que se han aceptado los 4 patrones fundamentales sobre la construcción del conocimiento de enfermería.

1. Conocimiento empírico (ciencia de enfermería)
2. Conocimiento estético (arte de enfermería)
3. Conocimiento moral (ética de enfermería)
4. Conocimiento personal (uso terapéutico de uno mismo.)

### 2.2 ¿QUÉ INTENTA REALIZAR LA ENFERMERÍA?

Los expertos de enfermería están profundamente comprometidos en el proceso de desarrollo de la ciencia de enfermería, estableciendo y estudiando las interconexiones entre los conceptos dominantes del metaparadigma (persona, entorno, salud y enfermería) que así ordenan la aparición de aspectos filosóficos y científicos de utilidad para la enseñanza, la investigación y el ejercicio profesional.<sup>(12)</sup>

### 2.3 ¿POR QUÉ LAS ENFERMERAS HACEN LO QUE HACEN COMO ENFERMERAS?

Han organizado sus conocimientos, han desarrollado métodos propios o, mas frecuentemente, han adoptado otro pre existente a su situación específica y han desarrollado técnicas apropiadas a la naturaleza de su objeto. Por todas las razones expuestas es por lo que resulta, muy conveniente la reflexión de los profesionales, los/as enfermeras, sobre su propia historia, sobre su propia práctica, sobre su organización y la de sus saberes. Producirán así un metaconocimiento del desarrollo de enfermería que pueda servir de orientación y guía en su proceso de construcción como disciplina.

### 2.4 ¿EN QUÉ SE BASAN LAS FUNCIONES PROPIAS DE LA ENFERMERA?

Una disciplina como ciencia, debe pensarse y construirse.

- Desde la historia
- Desde la práctica profesional
- Desde la filosofía de la ciencia
- Desde la historia comparada de las ciencias

El método científico constituye el medio instrumental por el que la ciencia debe llegar a lograr sus objetivos como tal:<sup>(13)</sup>

- Describir la verdad
- Explicar la realidad
- Predecir la realidad
- Controlar la realidad

(12) Esteban M. La construcción de una disciplina Antologías del SUA (teorías y modelos pag. 101)

(13) IBIDEM pag. 102

## 2.5 ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DEL LEGADO HISTÓRICO DEL EJERCICIO ININTERRUMPIDO DE LA PRÁCTICA DE CUIDADOS?

La enfermería cuenta con milenios de práctica de cuidados que ha llegado a constituir una habilidad un oficio artesano y personal, sometido a lo largo del tiempo, por imperiosa necesidad de organización e institucionalización de estos cuidados el desempeño de funciones y actividades no siempre convergentes con la idea central de su original objeto: los cuidados enfermeros. La enfermería cuenta pues, no solo con una practica si no también con una historia sobre la vicisitudes de su desarrollo sobre lo que puede y debe reflexionar para ubicar su espacio.

En el transcurso de su historia, la practica enfermera ha desarrollado técnicas desde las primitivas rudimentarias a los mas matizados y sutiles e incluso tecnificados con que cuenta en la actualidad.<sup>(14)</sup>

## 2.6 ¿POR QUÉ Y PARA QUE NECESITA LA ENFERMERÍA CONSTITUIRSE COMO DISCIPLINA?

El estatus científico de una disciplina no se puede adscribir a un momento si no a un proceso, un itinerario en el que se debe confluir y que la autonomía disciplinar es mas para que sea reconocida por las ciencias fronterizas que para ser practicada, pues siempre es necesario acudir a los conocimientos vecinos para producir otros nuevos mas ajustados al propio objeto. La enfermería con los elementos con que cuenta en la actualidad para adquirir no ya el estatuto disciplinar si no la conciencia de poseerlo y de serlo.<sup>(15)</sup>

## 2.7 ¿DESDE DÓNDE DEBE PENSARSE Y CONSTRUIRSE UNA DISCIPLINA?

-Una práctica	Deben delimitar un objeto específico y
-Una historia	deslindar las fronteras con otras disciplinas
-Una tecnología	afines, en un contexto de interacción e
-Un conocimiento	interdisciplinariedad.
- Y un método científico	

## 2.8 ¿POR QUÉ EXISTE LA NECESIDAD DE GENERAR TEORIAS QUE EXPLIQUEN LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES PROPIAS DE LAS ENFERMERAS?

Implica un ejercicio profesional, en una forma determinada de actuar y proceder, en el uso de una técnica en la aplicación de un estilo y una ética con carácter propio. Por tanto implica en el desarrollo y sistematización de una practica, en el diseño una tecnología al servicio de los conceptos disciplinares y unas técnicas orientadas a un fin. La ordenación sistemática y coordinada de sus conocimientos proyecte una explicación mas completa y autónoma de la función y actividad enfermera y comprometa a los enfermeros/as en una práctica implicada en las prescripciones de un objeto específico.<sup>(16)</sup>

(14) op cit pag. 110

(15) op cit pag. 112

(16) op cit pag. 113

### 3. PARADIGMA DE ENFERMERÍA<sup>(17)</sup>

#### Persona

La persona se define de dos maneras. Primero holísticamente. Segundo, teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas, espirituales y sociales) y según su rol como receptor real o potencial del cuidado de enfermería.

#### Salud

La salud se interpreta como un estado o proceso que puede existir independientemente de la enfermedad ya que una persona puede lograr un estado de bienestar a pesar de mantener una condición patológica que en circunstancias comunes se define como enfermedad.

#### Cuidado de enfermería

Son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente.

#### Contexto

Se conceptualiza como el entorno de la persona y forma parte integral e indivisible de ella, con el que interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente.

### 4. CUATRO DOMINIOS DEL CONOCIMIENTO: TIPOLOGÍA<sup>(18)</sup>

La topología de los dominios del conocimiento de enfermería es otra forma de estructurar el conocimiento y de darle orden a los múltiples y proliferativos delineamientos de los fenómenos de enfermería. Es importante en cuanto el conocimiento se hace visible y específico para los individuos que ejercitan la práctica de la disciplina (Hinshaw, 1987).

#### Dominio del cliente

El énfasis del dominio es ganar conocimiento acerca del fenómeno humano desde el punto de vista de enfermería.

Existen tres tipos de esfuerzos científicos para la generación de conocimiento científico en el dominio del cliente: 1. Generación de teoría y reformulación teórica de proposiciones 2. Prueba empírica de teorías de alcance medio pertinentes a la explicación y predicción del fenómeno del cliente 3. Clarificación conceptual del fenómeno del cliente.

#### Dominio cliente enfermera

Se define como el área de estudio de enfermería que se relaciona con fenómenos que surgen del encuentro entre el cliente y la enfermera.

(17) Duran De Villalobos M. *Ciencias de Enfermería Antologías del SUA teorías y modelos* pag. 138, 139

### Dominio de la práctica

Se refiere a los aspectos cognoscitivos, de comportamiento, y sociales que lleva a cabo la enfermera al cuidar al cliente y cuando trata de colaborar en la solución de sus problemas.

### El dominio del ambiente

El ambiente del cliente se relaciona con tres aspectos: tiempo, espacio y calidad. Existen múltiples datos sobre la naturaleza e influencia del ambiente en la literatura, tales como, morbilidad, percepción de la salud, comportamientos, de riesgo para la salud, comportamientos de atención a la salud, etc. Así mismo existen dudas sobre los comportamientos adaptados por los profesionales de salud dentro del ambiente mismo del cuidado de salud y los ambientes sociales de las instituciones.



## 5 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON<sup>(19)</sup>

### 5.1 FUENTES TEÓRICAS

Tres factores le condujeron a compilar su propia definición de enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Bertha Harper. El segundo factor fue su participación como integrante del comité de la Conferencia Regional de la Nacional Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W. Goodrich, Carolina Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thomdike, Dr. George Deaver, Bertha Harper, e Ida Orlando.

### 5.2 TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

### 5.3 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

### 5.3.1 Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

### 5.3.2 Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

### 5.3.3 Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

### 5.3.4 Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

### 5.3.5 Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normas, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

#### 5.4 SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorece la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

#### 5.5 AFIRMACIONES TEORICAS

##### Relación enfermera – paciente

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

### Relación enfermera – médico

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

### Relación enfermera – equipo de salud

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

### 5.6 MÉTODO LÓGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

## 6 HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### 6.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DE LA PIEL<sup>(20)</sup>

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, y lo recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, las lesiones y las infecciones, también cumple estas funciones:

- Regula la temperatura corporal.
- Almacena agua y grasa.
- Es un órgano sensorial.
- Evita la pérdida de agua.
- Previene la entrada de bacterias.

Las características (es decir, el grosor, el color, la textura) no son uniformes en todo el cuerpo. Por ejemplo, la cabeza presenta más folículos capilares que cualquier otra parte del cuerpo, mientras que la planta de los pies no tiene ninguno. Además, la piel de la planta de los pies y de la palma de las manos es mucho más gruesa.

La piel está compuesta de las siguientes capas, y cada una de ellas desempeña funciones específicas:

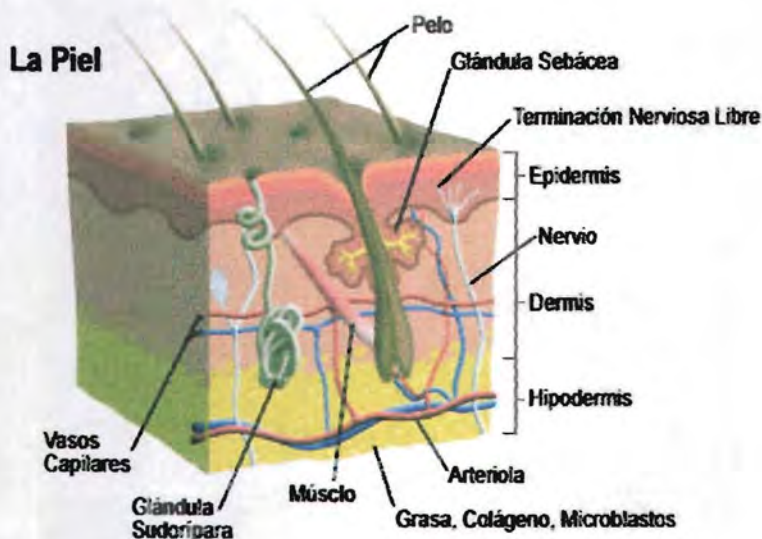
- Epidermis.
- Dermis.
- Capa de grasa subcutánea.

#### Epidermis

La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta de las tres partes siguientes:

- Estrato córneo (capa dura)  
Esta capa está compuesta por queratinocitos completamente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratinas). La capa externa se renueva constantemente. El estrato córneo previene la entrada de la mayoría de las sustancias extrañas y la pérdida de fluidos corporales.
- Queratinocitos (células escamosas)  
Esta capa, que se encuentra justo debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo.
- Capa basal  
La capa basal es la capa más profunda de la epidermis y contiene células basales. Las células basales se dividen continuamente formando nuevos queratinocitos para reemplazar los antiguos que se desprenden de la superficie de la piel.

	La epidermis también contiene melanocitos, o células que producen melanina (el pigmento de la piel).
Dermis	<p>La dermis es la capa media de la piel. La dermis está compuesta de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasos sanguíneos.</li> <li>• Vasos linfáticos.</li> <li>• Folículos capilares.</li> <li>• Glándulas sudoríparas.</li> <li>• Fibras de colágeno.</li> <li>• Fibroblastos.</li> <li>• Nervios.</li> </ul> <p>La dermis se mantiene unida por una proteína llamada colágeno, compuesta por fibroblastos. En esta capa se encuentran los receptores del dolor y del tacto.</p>
Hipodermis	La hipodermis es la capa más profunda de la piel. Consta de una red de células de colágeno y grasa, y ayuda a conservar el calor corporal, además de proteger el cuerpo de las lesiones amortiguando los impactos.



## 7 CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS <sup>(21)</sup>

DESCRIPCIÓN	CAUSAS	IMPLICACIONES PARA LA CICATRIZACIÓN
<p><b>Estado de integridad de la piel:</b>  <b>ABIERTA</b>                      Herida consistente en una rotura de la piel, o las membranas mucosas.</p>	<p>Traumatismo con un objeto cortante o romo (incisión quirúrgica, venopunción, herida por arma de fuego).</p>	<p>La rotura de la piel expone el cuerpo a la invasión de microorganismos. A través de la herida se produce una pérdida de sangre y de líquidos corporales. Hay una reducción del funcionamiento de una parte del cuerpo.</p>
<p><b>CERRADA</b>                      La herida no presenta ninguna rotura en la piel.</p>	<p>Parte del cuerpo que recibe el golpe de un objeto romo; fuerza de giro, tensión o deceleración sobre el cuerpo (fractura ósea, torsión de un órgano visceral).</p>	<p>La herida puede predisponer a la persona a padecer una hemorragia interna. La función de la parte del cuerpo afectada esta reducida.</p>
<p><b>AGUDA</b>                      Herida consecuencia de un proceso reparador ordenado y a tiempo, que resulta en una restauración permanente de la integridad anatómica y funcional.</p>	<p>Traumatismo con un objeto agudo.</p>	<p>Normalmente las heridas se limpian y reparan fácilmente. Los bordes de la herida están limpios e intactos.</p>
<p><b>CRÓNICA</b>                      Herida que no es consecuencia de un proceso reparador ordenado y a tiempo, que resultaría en una restauración permanente de la integridad anatómica y funcional.</p>	<p>Úlceras, llagas expuestas a fricción, secreciones, presión.</p>	<p>La exposición continua a presión, fricción y secreciones impide la cicatrización de la herida pueden estar necróticos, y puede haber secreción.</p>
<p><b>Causas INTENCIONADA</b>                      Herida resultante del tratamiento.</p>	<p>Incisión quirúrgica. Introducción de una aguja en una parte del cuerpo.</p>	<p>Normalmente la incisión se ha realizado con una técnica aséptica para minimizar las posibilidades de infección. Los bordes de la herida suelen ser lisos y limpios.</p>
<p><b>NO INTENCIONADA</b>                      Herida producida de forma inesperada.</p>	<p>Lesión traumática (herida por cuchillo, quemadura).</p>	<p>Normalmente la incisión se ha realizado con una técnica aséptica para minimizar las posibilidades de infección. Los bordes de la herida suelen ser lisos y limpios.</p>

## 8. PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS<sup>(22)</sup>

La cicatrización de heridas implica un proceso fisiológico integral: la naturaleza de la cicatrización es la misma para todas las heridas, con variaciones, dependiendo de la localización, la gravedad y la magnitud de la lesión, la capacidad de las células y los tejidos para regenerarse o recuperar una estructura normal a base de crecimiento celular también afecta la cicatrización. Las células del hígado, tubulos renales y neuronas del sistema nervioso central normalmente se regeneran con lentitud o no se regeneran en absoluto.

### CICATRIZACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN

La cicatrización se produce en varias fases, que se describen como inflamatoria, proliferativa y de maduración, o como las 3 R: reacción, regeneración y remodelación.

### CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN

Cuando la pérdida de tejido de una herida es extensa, la cicatrización dura mas tiempo. Una gran herida abierta normalmente secreta más líquido que una cerrada. A menudo, la inflamación es crónica y los defectos de tejido se llenan con tejido de granulación frágil en lugar de un colágeno. El tejido de granulación es una forma de tejido conjuntivo que tiene un riego sanguíneo más abundante que el colágeno. Debido a que la herida es mayor, la cantidad de tejido conjuntivo cicatrizal también es mayor.

(22) IBIDEM pag. 1579



## 9 COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS<sup>(23)</sup>

### HEMORRAGIA

La hemorragia o sangrado de una herida, es normal durante e inmediatamente después del traumatismo inicial. La hemostasis se produce pocos minutos después, a menos que estén infectados grandes vasos sanguíneos o que el cliente tenga una mala coagulación. La hemorragia que se produce después de la hemostasis indica que se ha soltado una sutura quirúrgica, se ha desplazado un coágulo, o hay una infección o una erosión de un vaso sanguíneo producida por un cuerpo extraño. La hemorragia puede ser externa o interna.

### INFECCIÓN

Una herida esta infectada de ella sale material purulento, aunque no se haya tomado muestra para cultivo o de resultados negativos.

Una herida contaminada o traumática puede presentar signos de infección bastante pronto, en el plazo de 2 a 3 días. La infección de una herida quirúrgica no suele desarrollarse hasta el cuarto o quinto día posquirúrgico. El cliente tiene fiebre, irritación y dolor en el punto de la herida, y un elevado recuento leucocitario. Los bordes de la herida pueden tener un aspecto inflamado. Si hay un drenaje, es mal oliente y purulento, con un color amarillo, verdoso o pardo, dependiendo del microorganismo casual.

### DEHISCENCIA

Cuando una herida no cicatriza adecuadamente, las capas de piel y tejido pueden separarse. Esto sucede casi siempre antes de que se forme el colágeno (de 3 a 11 días después de la herida). La dehiscencia es la separación parcial o total de las capas de herida.

### EVISCERACIÓN

Cuando se produce la separación total de las capas de una herida, puede producirse una evisceración (protusión de órganos viscerales a través de la abertura de una herida). Este cuadro es una urgencia médica que requiere reparación quirúrgica.

### FÍSTULAS

Es una comunicación anómala entre dos órganos o entre un órgano y el exterior del cuerpo.

# II VALORACIÓN

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

La Sra. Ma. De Los Ángeles de 45 años de edad: ingresa al servicio de cirugía general el día 20 de agosto del 2005, por presentar dolor abdominal con predominio en hipocondrio derecho, distensión abdominal y vómito después de comer. Se le realiza un ultrasonido abdominal, en el cual se observa la vesícula llena de "litos", por lo que se programa para colecistectomía laparoscópica, el día 22 de agosto del mismo año.

La Sra. Ma. De Los Ángeles es originaria del Distrito Federal y reside actualmente en el Edo. de México donde habita en casa propia que cuenta con todos los servicios urbanos. Como antecedente heredo familiar patológico la Sra. Ma. De Los Ángeles tiene un abuelo materno con diagnóstico médico de hipertensión arterial sistémica.

### I NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

La señora Ma. De los Ángeles y su familia no fuman, no presentan signos ni síntomas de dificultad respiratoria, ni antecedentes de importancia. Su frecuencia respiratoria es de 21 por minuto.

Es hipertensa desde hace 10 años, sin embargo la controla con una tableta de metoprolol cada 12 horas. Su presión arterial es de 120/70 mmHg y la frecuencia cardiaca de 75 por minuto.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

En miembros pélvicos presenta venas prominentemente dilatadas y tortuosas sin tratamiento y cuidados.

### II NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Consumo regularmente a la semana leche, huevo, carne de pollo, cerdo, res y pescado, fruta y verduras. Se alimenta 2 veces al día.

Antes de la cirugía presentaba náusea y vómito de contenido alimenticio, dolor en hipocondrio derecho, con distensión abdominal después de comer. Lo cual lo controlaba con metoclopramida antes de cada alimento y ranitidina una tableta cada 12 horas por prescripción médica.

La Sra. Ángeles consume diario un litro de agua.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Su peso es de 112 Kg y su talla de 160cm. Por lo que presenta, obesidad con un índice de masa corporal de  $35\text{Kg/m}^2$

Tiene mucosas orales secas, abdomen con abundante panículo adiposo, globoso, blando depresible y doloroso.

En los laboratorios preoperatorios presenta una glucosa de 147.0 mg/dL.

La Sra. Angeles conoce el valor nutritivo de algunos alimentos; sin embargo, sus alimentos favoritos son quesadillas, gorditas y por lo regular siempre tiene sed.

### III NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Evacua 2 veces al día, sus heces son de consistencia formada de aspecto y olor normal, micciona 5 veces al día dependiendo del consumo de agua, la orina es de color amarillo en ocasiones concentrada.

Se presenta su menstruación cada 28 días, con duración de 3 días con sangrado moderado, presentando dolor el primer día, pero este es tolerado.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Actualmente los ruidos intestinales son hipoactivos estos se presentan 3 veces por minuto.

### IV NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Como actividad física tiene su quehacer doméstico, va al mercado y recoge a sus hijos de la escuela.

Presenta cansancio al término de su actividad física y dolor de espalda a nivel lumbar cuando esta mucho tiempo de pie (3 a 4 horas), esto lo controla recostándose de 30 minutos a una hora y con 30 minutos de descanso.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Dejó de realizar ejercicio desde hace 15 años.

Deambula encorvada por dolor en heridas quirúrgicas (son 4 y se localizan en hipocondrio derecho, flanco izquierdo, flanco derecho y en hipogástrico de aproximadamente 2 ½ cm.), está imposibilitada para agacharse por las mismas.

No presenta satisfacción al terminar su quehacer doméstico porque dice "faltarle tiempo para terminarlo, ya que el quehacer nunca termina."

### V NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Por lo regular en su casa duerme 8 horas por la noche, y descansa durante el día entre 30 minutos y una hora.

Cuando duerme y descansa su estado emocional es estar contenta.

Ronca cuando duerme esto lo controla durmiendo de lado izquierdo o derecho.

El lugar donde vive es tranquilo por lo que no interfiere en su sueño y descanso.

Tiene pesadillas cuando se encuentra estresada o preocupada por ejemplo cuando se entero que la iban a operar o cuando es injusta con sus hijos. Pero deja de tenerlas en cuanto se resuelven los problemas.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Actualmente presenta ojeras y bostezos por no poder dormir, al estar en una misma posición. Al voltearse tiene dolor en las heridas quirúrgicas lo cual la mantiene despierta.

Así mismo refiere padecer cansancio por no poder dormir.

### VI NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Elige ropa holgada, ya que dice que esta obesa como para usar ropa apretada

Utiliza la ropa adecuada para cada estación del año sin problema.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Tiene dificultad para vestirse en cuanto a agacharse para ponerse un pantalón, falda y ropa interior (pantaleta) por las heridas quirúrgicas que presenta.

## VII NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Cuando hace demasiado calor esto la pone de mal carácter, pero para controlarlo se baña lo cual la refresca y cambia su carácter a un mejor estado de ánimo.

En su casa abre o cierra las ventanas para la ventilación de acuerdo a si hace calor o frío, así regula el clima en su hogar.

No hay presencia de signos de hipertermia ni hipotermia, tiene una temperatura de 36° C

### DATOS DE DEPENDENCIA:

No se observan.

## VIII NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Se baña una vez al día con horario dependiendo el clima.

Se lava los dientes 3 veces al día.

Se lava las manos cuando sale del baño, antes de comer o cocinar y después de realizar su quehacer.

Considera la higiene personal y de su casa importante para evitar enfermedades.

No utiliza crema para la piel ya que dice "que es de piel grasosa".

Se observa cabello, uñas, cara y dientes limpios.

### DATOS DE DEPENDENCIA:

Tiene piel seca.

Palidez de tegumentos moderada.

Presenta 4 heridas quirúrgicas de aproximadamente 2 1/2cm, en hipocondrio derecho, flanco izquierdo, flanco derecho y en el hipogástrico.

Estas son recientes sin evidencia de infección y sangrado, con un drenaje de penrose de 1/2 en hipocondrio derecho con gasto leve serohemático.

Presenta dificultad para bañarse querer lavarse los miembros pélvicos por no poder agacharse, por el dolor que le producen las heridas quirúrgicas.

## IX NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Tiene vida sexual activa, se realiza el papanicolaou una vez al año en su clínica familiar. Es heterosexual y tiene un solo compañero sexual y no ha presentado infecciones de transmisión sexual.

No ingiere bebidas alcohólicas ya que dice es una "enfermedad" lo mismo opina de las drogas.

En su etapa adulta cuenta con las vacunas del tétanos y antigripal que le aplicaron este año en curso.

Es cuidadosa en cuanto a evitar peligros en su casa.

Cuando se presenta alguna urgencia que le genere estrés trata de pensar en lo bueno, de relajarse, teniendo fe en Dios y manteniendo la calma para encontrar una solución.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

No sabe realizar la autoexploración mamaria, acude a realizársela cada año en su clínica familiar.

Ha ingerido medicamento Cotoynedal (antigripal) sin prescripción médica al igual que ingirió pastillas para bajar de peso sin saber el nombre del medicamento.

### X NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Vive en unión libre con su pareja, con la que tiene dos hijos. La relación con su familia y vecinos es buena.

Considera buena su relación sexual con su pareja, dice "que es mas importante el decir te quiero que tener sexo."

Su comunicación oral es fluida y clara. Pertenece a una mesa directiva en la escuela de sus hijos.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Desconoce al 100% el trabajo de su esposo por lo que cuando este le comenta sus problemas o necesidades de trabajo, se siente incapacitada para aconsejarlo u orientarlo, únicamente lo consuela.

### XI NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

#### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Profesa la religión católica.

Acude a su centro religioso una vez al mes.

Su religión no interfiere en su salud o familia.

Cree muy importante inculcarles valores a sus hijos.

Considera la vida como "todo lo que florece, ver crecer y reproducirse."

Considera la muerte como algo desconocido.

No tiene imágenes religiosas en la cabecera de su cama y buró.

#### DATOS DE DEPENDENCIA:

No se observan.

## XII NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Tiene roles en la familia de madre, amiga y hermana, se siente satisfecha con estos roles.

Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas.

Como expectativa quiere dar un buen ejemplo en la escuela de sus hijos.

### DATOS DE DEPENDENCIA:

Presenta Fascies de tristeza al comentar que quiere trabajar para aportar más económicamente, pero no hay quien le cuide a sus hijos ya que tienen edad de 8 y 12 años.

## XIII NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Sus hijos influyen en su estado de ánimo para jugar juegos de pelota, lo cual realiza cada 15 días.

Cuando termina de jugar con sus hijos se siente satisfecha.

Acude al cine cada mes y a fiestas cuando la invitan.

### DATOS DE DEPENDENCIA:

Su condición física no le permite jugar el tiempo que ella quisiera, ya que se cansa rápidamente nada mas aguanta jugando una hora.

Se observa al hacer la entrevista que piensa las respuestas al preguntarle del juego y recreación.

## XIV NECESIDAD DE APRENDIZAJE

### DATOS DE INDEPENDENCIA:

Tiene escolaridad hasta el segundo semestre de vocacional.

No tiene ningún problema para el aprendizaje.

Conoce su padecimiento actual.

Sabe que tiene fuente de apoyo para el aprendizaje en su comunidad como es el DIF y escuelas para continuar su educación en sistema abierto.



#### DATOS DE DEPENDENCIA:

Desconoce hasta qué tiempo podrá realizar bien sus actividades cotidianas como es su quehacer.

Desconoce los alimentos que debe consumir después de que le quitaron la vesícula.

Desconoce los cuidados que debe tener con las heridas quirúrgicas y penrose cuando la den de alta a su domicilio.

Desconoce cuando deben de retirarle puntos de las heridas quirúrgicas y penrose

Desconoce la dieta que debe llevar para bajar de peso.

# III DIAGNÓSTICO

## DIAGNÓSTICOS POR NECESIDADES

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS
I NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	-Disfunción neurovascular periférica relacionada con obstrucción vascular <i>manifestada por venas prominentes dilatadas y tortuosas en miembros pélvicos.</i>
II NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Desequilibrio nutricional por exceso <i>relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por el índice de masa corporal de 35Kg/m<sup>2</sup>, abundante pániculo adiposo abdominal y glucosa de 147.0mg/dL.</i> - Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdidas insensibles, ayuno prolongado de 24 horas y pérdida de sangre por cirugía <i>manifestado por piel y mucosas orales secas y sensación de sed.</i>
III NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	-Riesgo de estreñimiento relacionado con efectos secundarios de la anestesia y actividad física insuficiente.
IV NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA	-Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de heridas quirúrgicas <i>manifestado por deambulación encorvada e imposibilidad para agacharse.</i>
V NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO	- Deterioro del patrón del sueño relacionado con desvelo generado por dolor a la movilización de heridas quirúrgicas <i>manifestado por ojeras y bostezos.</i> - Fatiga relacionada con privación del sueño <i>manifestado por cansancio.</i>
VI NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	- Déficit de autocuidado en el vestido relacionado con dolor de heridas quirúrgicas <i>manifestado por la dificultad al ponerse la ropa inferior del cuerpo.</i>
VII NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos por heridas quirúrgicas <i>manifestado por informe verbal.</i> - Riesgo de infección relacionado con pérdida de continuidad de la piel por heridas quirúrgicas en hipocondrio derecho, flanco izquierdo, flanco derecho y en el hipogástrico. - Déficit de autocuidado Baño/higiene relacionado con dolor de heridas quirúrgicas <i>manifestado por la dificultad para lavar parcialmente el cuerpo.</i>

IX NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos deficientes sobre la autoexploración mamaria relacionados con la falta de interés en el aprendizaje manifestado por la verbalización del problema.</li> <li>- Riesgo de intoxicación relacionado con el consumo de fármacos sin prescripción médica.</li> </ul>
X NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	-Conocimientos deficientes sobre la actividad laboral del cónyuge relacionado con la poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestado por la verbalización del problema.
XII NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN	- Ansiedad relacionada con la situación económica manifestada por las fascies de tristeza y preocupación.
XIV NECESIDAD DE APRENDIZAJE	- Conocimientos deficientes sobre los cuidados de la herida quirúrgica y penrose relacionado por la falta de exposición médica manifestado por la verbalización del problema.

# IV PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos por heridas quirúrgicas manifestado por e informe verbal.

### FUNDAMENTACIÓN:

Las células lesionadas liberan enzimas proteolíticas que desdoblan la bradiquinina y otras sustancias químicas similares de las globulinas hacia el líquido intersticial. Estos compuestos son encargados de estimular los receptores para el dolor.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Angeles disminuirá el dolor posterior a la aplicación de medidas específicas	<p>1. Enseñarla a relajarse mediante la respiración rítmica (inhalar lentamente por la nariz y exhalar por la boca).</p> <p>2. Ministrarle analgésicos prescritos.</p> <p>2.1 metamizol 1 gramo intravenoso cada 8 horas.</p> <p>2.2 ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas.</p>	<p>1. Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión ayudando a la paciente a centrarse en relajarse ciertas partes corporales y promueven la liberación de endorfinas. Las endorfinas también potencian los analgésicos narcóticos.</p> <p>2. Los analgésicos son apropiados para el dolor leve bloquea la síntesis de prostaglandinas mediadores inflamatorios generados por la lesión histica que sensibilizan los receptores del dolor.</p> <p>2.1 Analgésico y antitérmico en todos los procesos con dolor y fiebre de diversa intensidad y origen. Actuando a nivel periférico, por impregnación de los algiorreceptores; a nivel del sistema nervioso central sobre las sinapsis de la cadena neural transmisora del dolor y sobre el tálamo óptico en donde eleva el umbral de la percepción dolorosa y altera por ser moderadamente sedante, la reacción psíquica del dolor.</p> <p>2.2 Es un medicamento antiinflamatorio no esteroideo, potente. Inhibe la síntesis de</p>

	<p>3. vigilar signos vitales.</p> <p>4. Vigilar el estado emocional.</p> <p>5 Evitarle movimientos innecesarios ofreciéndole el cómodo para orinar.</p>	<p>Prostaglandinas; puede considerarse un analgésico de acción periférica asociada al isómero. Carece de propiedades sedantes y ansiolíticas.</p> <p>3. el monitoreo de las constantes vitales permiten valorar el estado hemodinámico y el dolor.</p> <p>4. El dolor origina cambios en el estado de ánimo (generalmente estrés) El vigilar es un medio por el cual, la enfermera puede aplicar medidas oportunas en el cambio emocional generado por el dolor para así poder evitar fases de agotamiento.</p> <p>5 La persona postoperada durante sus primeras 24 horas necesita de una amable ayuda de la enfermera para cubrir sus necesidades, ayudando a su recuperación y disminuyendo el dolor.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## EJECUCIÓN

- Desde los primeros días de postoperada se le administraron los analgésicos prescritos cada 8 horas cada uno (6-14-22 horas), se le checkaron signos vitales y su estado emocional, hasta su egreso.
- Cuando presentaba dolor se le enseñó como debería respirar para relajarse.
- Las primeras 24 horas la señora Ángeles requirió ayuda proporcionándole el cómodo, el segundo día ella se trasladaba con ayuda al baño y se le dió una charla de 15 minutos atendiendo sus dudas con respecto a su recuperación de actividades cotidianas, y el tercer día se trasladaba sola al baño.

## EVALUACIÓN

- Al cabo de una hora del inicio de las intervenciones la Sra. Ángeles verbaliza alivio al dolor.



## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de autocuidado Baño/Higiene relacionado con el dolor de heridas quirúrgicas manifestado por la dificultad para lavar parcialmente el cuerpo.

### FUNDAMENTACIÓN:

Ante una situación que altera el bienestar se limitan actividades cotidianas como la higiene personal.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Angeles expresará sus necesidades de higiene durante su estancia hospitalaria	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ayudarle durante su baño de regadera.</li><li>3. Explicar dudas sobre tiempo en que podrá reanudar sus actividades cotidianas.</li><li>4. Apoyarla con ascos parciales (lavado de manos).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. El brindarle ayuda disminuye la ansiedad y le da mas seguridad aumentando su capacidad para participar en la actividad de baño de regadera.</li><li>3. La explicación y aclaración de dudas disminuye la ansiedad y aumenta la capacidad para participar en las actividades.</li><li>4. Apoyarla en movimientos innecesarios como es el traslado de su cama al baño para lavarse las manos, lo cual minimizara la recurrencia del dolor de heridas quirúrgicas.</li></ol>

## EJECUCIÓN

- En el segundo día de postoperada se le asistió en el baño de regadera y se aprovechó con una charla para disiparle dudas con respecto a su recuperación.
- Se le apoyó en toda su estancia hospitalaria con el lavado de manos antes de cada alimento y después de usar el cómodo cuando lo requirió.

## EVALUACIÓN

- Egresó todavía con la dificultad para lavar parcialmente el cuerpo.
- Presenta satisfacción al informarle que en un mes reanudará sus actividades cotidianas.

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de infección relacionado con la pérdida de la continuidad de la piel, por heridas quirúrgicas en hipocondrio derecho, flanco izquierdo, flanco derecho y en el hipogástrico.

### FUNDAMENTACIÓN:

La piel forma una barrera protectora importante cualquier lesión en ella proporciona una puerta de entrada potencial para los microorganismos infecciosos.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- La señora Ángeles identificará los cuidados que debe tener con las heridas quirúrgicas y los signos y síntomas de infección durante su estancia hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar periódicamente, color y secreción de heridas quirúrgicas.</li> <li>2. Valorar la temperatura corporal cada 4 horas.</li> <li>3. Explicar y verificar la importancia de mantener las heridas quirúrgicas limpias mediante el baño diario y secar perfectamente éstas.</li> <li>4. Vigilar la cantidad de sangre que drena por el penrose.</li> <li>5. Informarle sobre signos y síntomas de infección y cuidados de heridas quirúrgicas en su domicilio. (ver plan de alta).</li> <li>6. Ministrarle de antibiótico prescrito - cefotaxima 1 gramo intravenoso cada 8 horas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La valoración regular promueve la detección temprana de infección en la herida quirúrgica.</li> <li>2. La febrícula en los tres primeros días del postoperatorio esta asociada a la respuesta inflamatoria normal. La fiebre que persiste mas tiempo puede significar infección.</li> <li>3. Una herida limpia y seca tiene menos riesgo de infección.</li> <li>4. El drenaje de sangre roja brillante a través del penrose puede indicar hemorragia interna.</li> <li>5. La información le permitirá a la señora identificar las características de una herida quirúrgica limpia y una infectada. Promueve su sensación de control y minimiza la ansiedad y el temor durante la preparación para el alta domiciliaria.</li> <li>6. Es un antibiótico parenteral semisintético, bactericida de la familia de los antibióticos betalactámicos y del grupo de las cefalosporinas de tercera generación</li> </ol>

## EJECUCIÒN

- Desde el primer día de postoperada y hasta su alta, se valorò las características de las heridas quirúrgicas y el drenaje del penrose. Se tomó la temperatura dos veces por turno, se administrò el antibiótico con el horario de 6-14-22 horas.
- El tercer día de postoperada se diò una charla con la Sra. Ángeles de 30 minutos sobre los cuidados de herida quirúrgica y penrose.

## EVALUACIÒN

- Egresò sin ningún signo ni sintoma de infección.
- La Sra. Ángeles enumerò antes de egresar a su domicilio los cuidados en las heridas quirúrgicas.

## NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por el índice de masa corporal de 35Kg/m<sup>2</sup>  
Abundante pániculo adiposo abdominal y glucosa de 147.0 mg/dL.

### FUNDAMENTACIÓN:

La obesidad ocurre cuando la ingesta de calorías es mayor que la cantidad de energía gastada en la actividad física. Por lo que se almacena un exceso de grasas en músculos y en corazón, ocasionando sobrepeso para el sistema esquelético que da como resultado cansancio, debilidad o puede poner en riesgo su vida con una cardiopatía isquémica.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>La señora Ma. De los Ángeles expresará sus sentimientos respecto a su responsabilidad de bajar de peso durante su estancia hospitalaria.</p> <p>La señora Ángeles discutirá la importancia de que le practiquen glicemia capilar y muestras de laboratorio.</p>	<p>1. Orientar sobre: 1.1 La cantidad y calidad de alimentos que debe ingerir, una dieta blanda de 1500 calorías (ver hoja anexa de información nutricional).</p> <p>3 observar signos de hiperglicemia (palidez, confusión, diaforesis, cefalea, debilidad, respiración superficial, irritabilidad, agitación o estupor, poliuria, polidipsia y polifagia).</p> <p>4 Realizar glicemia Capilar por turno.</p> <p>5 Orientar sobre 5.1 la importancia del control médico familiar para que le realicen exámenes de laboratorio (química sanguínea).</p>	<p>1. El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.</p> <p>3. El conocimiento de estas características ayuda a la enfermera a correlacionar los signos y síntomas con los picos y depresiones en los niveles de glucosa por la que pasa la paciente y así proporcionar tratamiento médico oportuno.</p> <p>4. En el diagnóstico y establecimiento de un plan de tratamiento inicial es esencial la valoración frecuente de los niveles de glucosa para controlar la respuesta individual del paciente.</p> <p>5.1 La detección oportuna de una diabetes mellitus puede permitir intervenciones oportunas para su tratamiento y cuidado evitando así complicaciones futuras que pongan en riesgo su vida.</p>

	<p>5.2 Las complicaciones de la obesidad (diabetes Mellitus y cardiopatía isquémica).</p>	<p>5.2 La información es la base para que sigan determinados patrones de conducta que resulta benéfico para la salud.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## EJECUCIÓN

- Desde que se hospitalizó hasta su egreso se le realizó glicemia capilar preprandial (18hrs pm) y no se observaron complicaciones de hiperglicemia.
- En el tercer día de postoperada se le dió una charla sobre la calidad y cantidad de los alimentos, así como la importancia de acudir con el médico en forma periódica.

## EVALUACIÓN

- La Sra. Ángeles egresó con un resultado de glicemia de 90-120mg/dL.
- Comprendió y entendió la importancia de bajar de peso.
- En su plan de alta se le asignaron las porciones de consumo de alimentos diarios y se le entregó su hoja de información nutricional, por lo cual quedó satisfecha.

## NECESIDAD DE NURICIÓN E HIDRATACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdidas insensibles, ayuno prolongado de 24 horas y pérdida de sangre por cirugía manifestado por piel y mucosas orales secas y sensación de sed.

### FUNDAMENTACIÓN:

La pérdida de líquidos inicialmente afecta al espacio extracelular, los déficit finalmente resultan también en deshidratación intracelular a medida que los líquidos y electrolitos salen de las células en respuesta al cambio de osmolalidad. Se reduce el volumen sanguíneo y aumenta la presión osmótica. En respuesta los osmorreceptores hipotalámicos estimulan el centro de la sed.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>La señora Angeles mejorará su hidratación durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>1. Ministrar solución parenteral prescrita (solución Hartman 1000ml. Para 8 horas).</p> <p>2. Proporcionarle líquidos orales (una jarra de agua de aproximadamente un litro).</p>	<p>1. La reposición intravenosa se establece más fácilmente los líquidos antes de que el déficit sea grave y, por tanto aparezca el consiguiente colapso vascular. La solución hartman se incluye dentro de las soluciones polielectrolíticas isotónicas, alcalizantes. Tiene una función de reposición hidroelectrolítica del espacio extracelular. Compuesto de Cloruro de sodio, potasio, calcio y lactato de sodio</p> <p>2. Es más probable que el paciente cumpla con la prescripción de líquidos si comprende su importancia. Llevar la cuenta de los aportes y pérdidas de líquidos es una forma sencilla de implicar al paciente en su autocuidado y puede aumentar su autoestima y participación activa en la recuperación.</p>



	<p>3. Aplicar crema en la piel seca.</p> <p>4. Orientar a la Sra. Ángeles y a su familia sobre la importancia de ingerir líquidos.</p>	<p>3. La crema mantiene la piel lubricada y blanda, previene la pérdida de agua a través de la epidermis.</p> <p>4. El contar con redes de apoyo como la familia, es importante sostén para el apoyo a los cuidados.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## EJECUCIÓN

- Desde que egresó de recuperación a piso traía una solución parenteral cada 8 horas la cual se retiró hasta que egresó.
- Se mantuvo en ayuno el primer día de postoperada, inició líquidos y dieta blanda al segundo día.
- En las primeras horas de postoperada se aplicó crema en cara y miembros torácicos.

## EVALUACIÓN

- Comprendió la importancia de consumir 2 litros de agua, dejó de tener sed, mejorando la hidratación de mucosas orales y piel.

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro del patrón del sueño relacionado con desvelo generado por dolor a la movilización de heridas quirúrgicas manifestado por ojeras y bostezos.

### FUNDAMENTACIÓN:

El dolor provoca insomnio y la privación de sueño puede resultar en confusión, irritabilidad, pérdida de memoria a corto plazo u otras manifestaciones neuropsiquiátricas.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>La señora Ma. De los Angeles logrará dormir mediante las medidas empleadas.</p>	<p>Orientarla sobre</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. técnica de relajación (masajear espalda y hombro o enseñar al familiar a que le proporcione el masaje).</li> <li>2. Brindarle baño tibio de regadera.</li> <li>3. Ministrarle de analgésicos prescritos.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metamizol 1 gramo intravenoso cada 8 horas.</li> <li>- Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>-1. Masaje proporciona estimulación cutánea. La estimulación por el tacto de las fibras sensitivas limita la transmisión del impulso doloroso a lo largo de las vías ascendentes y a la vez produciendo relajación de las fibras nerviosas, como resultado el sueño.</li> <li>2. El agua caliente hace que los músculos se relajen favoreciendo la presencia de lipotimia.</li> <li>3. Los analgésicos son apropiados para el dolor leve bloquea la síntesis de prostaglandinas mediadores inflamatorios generados por la lesión histica que sensibilizan los receptores del dolor. (Acción de los medicamentos referido con anterioridad).</li> </ol>

## EJECUCIÒN

- En el segundo día de postoperada la Sra. Ángeles se da un baño de regadera con agua tibia, se le dió un masaje y al mismo tiempo una charla de 30 minutos sobre la técnica de masaje demostrativa al familiar. Ministrando analgésicos desde el primer día de postoperada.

## EVALUACIÒN

- La Sra. Ma. De Los Ángeles después de los cuidados logró dormir 2 horas continuas en que se despertó, para cenar, platicar con su familiar, para después volver a dormir toda la noche, despierta por momentos para su toma de signos vitales.

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Fatiga relacionada con privación del sueño manifestada por cansancio.

### FUNDAMENTACIÓN:

La falta de sueño es por sí mismo agente estresante y como tal disminuye la energía disponible para la adaptación.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La Señora Ma. De las Angeles mantendrá un patrón de relajamiento y descanso durante su estancia hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Animar a la Sra. Ángeles a usar la distracción como método para relajación mediante escuchar música.</li><li>2. Colocarle en una posición cómoda (lateral o la posición que ella elija).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. El encéfalo tiene una actividad eléctrica que varía ante cualquier excitación, como es el sonido dependiendo si es música ruidosa o relajante que induce a la lipotimia.</li><li>2. Sirve para evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa.</li></ol>

## EJECUCIÓN

- El segundo día de postoperada a las 16 horas pm se le da una charla de 15 minutos sobre algunos distractores para relajar, como fue la música sus efectos que proporcionan.
- Se colocó en una posición cómoda desde el primer día de postoperada.

## EVALUACIÓN

- Al tercer día de postoperada la Sra. Ángeles refiere haber dormido mejor y sentirse menos cansada.

## NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de heridas quirúrgicas manifestado por deambulaci3n encorvada e imposibilidad para agacharse.

### FUNDAMENTACI3N:

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres est3n ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos. Aunque las lesiones muy localizadas, no producen un dolor demasiado intenso en las regiones que poseen 3nicamente una distribuci3n difusa de receptores para el dolor, la estimulaci3n generalizada de los receptores puede causar dolor intenso.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACI3N
La se1ora 3ngeles mostrar3 mayor tolerancia a la deambulaci3n con el paso de los d3as a la cicatrizaci3n de las heridas quir3rgicas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistir a la se1ora 3ngeles durante su deambulaci3n.</li> <li>2. Orientar sobre la importancia de la deambulaci3n y que debe caminar derecha.</li> <li>3. Ofrecer comodidad y seguridad (verificando que siempre este el banco de altura se lado derecho de su cama y triple).</li> <li>4. Ministran analg3sicos prescritos.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metamizol 1 gramo intravenoso cada 8 horas.</li> <li>- Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El ejercicio previene la contractura articular y mejora el tono muscular, la circulaci3n mejora con las actividades musculoesquel3ticas, el paciente puede lograr una sensaci3n de 3xito a medida que mejora la deambulaci3n.</li> <li>2. La movilizaci3n frecuente y posici3n correcta previene lesiones neuromusculoesquel3ticas y formaci3n de ulceras.</li> <li>3. El uso de apoyos ofrecen comodidad, seguridad y previenen accidentes.</li> <li>4. Los analg3sicos son apropiados para el dolor leve, bloquea la s3ntesis de prostaglandinas mediadores inflamatorios generados por la lesi3n histica que sensibilizan los receptores del dolor. (Acci3n de los medicamentos referido con anterioridad).</li> </ol>

## EJECUCIÓN

- En las primeras 24 horas se mantuvo en reposo.
- En el segundo día inició la deambulación de la cama al baño y conforme se sentía bien aumentó la distancia de la cama al control de enfermería con duración de 15 minutos.
- Se le dió una charla de 15 minutos sobre la importancia de la deambulación.
- El analgésico ministrado fue metamizol y ketorolaco, desde el primer día de postoperada cada 8 horas (6-14-22).

## EVALUACIÓN

- El cuarto día de postoperada su postura en la deambulación mejoró caminaba derecha sin ayuda.
- Egresó todavía con incapacidad para agacharse.



## NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADA

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de autocuidado en el vestido relacionado con dolor de heridas quirúrgicas manifestado por la dificultad al ponerse la ropa inferior del cuerpo.

### FUNDAMENTACIÓN:

La lesión histica sensibiliza a los receptores del dolor, el hecho de cambiar de posición (inclinarse) aumenta temporalmente el dolor.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>La señora Angeles expresará sus necesidades de vestido durante su estancia hospitalaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayudar a la señora durante su cambio de ropa inferior.</li>   <li>2. Orientar al familiar para que ayude a la Sra. Angeles a vestirse.</li>   <li>3. Proporcionar apoyo emocional escuchándola y consolándola.</li>   <li>4. Ministrar analgésicos prescritos.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metamizol 1 gramo intravenoso cada 8 horas.</li> <li>- Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El brindarle ayuda disminuye la ansiedad y le da mas seguridad aumentando su capacidad para participar en la actividad de cambio de ropa inferior.</li>   <li>2. Una respuesta positiva de los seres queridos estimula una respuesta mas positiva al tratamiento y disminuye la sensación de impotencia.</li>   <li>3. La narración de los problemas que producen tensión y emociones en presencia de un oyente que no juzgue pero que si sea receptivo puede reducir el grado de tensión o emoción temporal o permanente.</li>   <li>4. Los analgésicos son apropiados para el dolor leve bloquea la síntesis de prostaglandinas mediadores inflamatorios generados por la tensión histica que sensibilizan los receptores del dolor. (Acción de los medicamentos referido con anterioridad).</li> </ol>

## EJECUCIÓN

- Desde sus primeras horas de postoperada hasta su egreso se le dió apoyo con el cambio de ropa y emocional.
- Se orientó a su hermana de la Sra. Ángeles cuando llegó a visitarla por la tarde en el segundo día de postoperada.
- El analgésico ministrado fue metamizol y ketorolaco desde el primer día de postoperada cada 8 horas (6-14-22).

## EVALUACIÓN

- Egresó todavía con la dificultad para ponerse la ropa inferior del cuerpo.
- Entendió y comprendió que con el paso de los días recobrará esta actividad con un plazo de un mes, egresó satisfecha con esta información.
- El familiar comprendió la necesidad de la Sra. Ángeles y pasó la información a toda su familia que la asistieran cuando la fueran a visitar.

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de estreñimiento relacionado con efectos secundarios de la anestesia y actividad física insuficiente.

### FUNDAMENTACIÓN:

En la sedación se utilizan narcóticos como el fentanyl el cálculo definitivo de eliminación de vida media es de 475 minutos, actúa sobre el sistema nervioso central, puede causar rigidez muscular, alterando como consecuencia el tránsito intestinal.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Ángeles disminuirá factores de riesgo para el estreñimiento.	<p>1 Valorar el estado del peristaltismo intestinal, presencia de distensión abdominal, flatulencia y esfuerzo para defecar.</p> <p>2. Proporcionar líquidos orales y cerciorarse de su ingesta.</p> <p>3. Iniciar en la Sra. Ángeles un plan de ingesta gradual de alimentos ricos en fibra (lechuga, jitomate, zanahoria, manzana, pera y papaya etc.).</p> <p>4. Orientar sobre la importancia de la deambulación.</p> <p>5. Informar a la señora Ángeles sobre signos y síntomas de estreñimiento y la importancia de ingesta de líquidos, alimentos ricos en fibra y deambulación.</p>	<p>1. Los ruidos intestinales hipoaactivos inicialmente deberán normalizarse a los 2 días del postoperatorio, la presencia de gases o heces señala el retorno del peristaltismo, la distensión abdominal y ausencia de sonidos intestinales, gases y heces puede indicar un íleo paralítico.</p> <p>2,3 La ingesta de líquidos superior a 2 litros diarios y alimentos ricos en fibra contribuyen a la eliminación intestinal al hidratar y dar consistencia a las heces.</p> <p>4. La actividad física produce contracciones voluntarias de los músculos de la pared abdominal ayudan a la expulsión de las heces.</p> <p>5. La información sobre medidas para la prevención del estreñimiento puede originar conductas de autocuidado.</p>

	<p>6. Observar características de evacuaciones y efectuar anotaciones en hoja de enfermería.</p> <p>7. Proporcionar el cómodo por razón necesaria.</p>	<p>6. La valoración de las características de las evacuaciones. manifestaciones de estreñimiento nos permite conocer el problema, estimar su severidad y evaluar la respuesta a los cuidados.</p> <p>7. La persona postoperada durante sus primeras 24 horas necesita de una amable ayuda de la enfermera para cubrir sus necesidades de eliminación ayudando a su recuperación y disminuyendo su ansiedad.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## EJECUCIÓN

- Desde las primeras horas de postoperada se valoró el estado de los ruidos intestinales.
- La Sra. Ángeles al segundo día de postoperada ingirió una jarra de agua y consumió fruta (manzana) que le trajo su familiar.
- Realizó su deambulación temprana en el segundo día.
- Se orientó durante 15 minutos la importancia de consumir fibra y agua.

## EVALUACIÓN

- La Sra. Ángeles evacuó una vez al segundo día de postoperada las heces fueron de características normales.

## NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Disfunción neurovascular periférica relacionada con obstrucción vascular manifestada por venas prominentemente dilatadas y tortuosas en miembros pélvicos.

### FUNDAMENTACIÓN:

La tromboflebitis es el proceso inflamatorio agudo, grave de las venas de pequeño y medio calibre asociado a la formación secundaria de un trombo. Estasis venoso por sedentarismo, obesidad o bien por un estrechamiento o degeneración vascular resultante de la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, neuropatía, ictus o tabaquismo.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>La señora Ma. De los Ángeles disminuirá factores de riesgo para la insuficiencia arterial aguda.</p> <p>- La señora Ma. De los Ángeles enumerará los signos y síntomas de insuficiencia arterial aguda durante su estancia hospitalaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar el estado neurocirculatorio periférico (color, calor y llenado capilar etc. en los miembros pélvicos inferiores).</li> <li>2. Mantener reposo y elevar los miembros pélvicos unos 30° (elevando la piécerca de la cama).</li> <li>3. Explicar a la señora Ángeles que debe evitar el uso de almohadas debajo de la rodilla, y cuando se le permita levantarse de la cama evitar cruzar las piernas y permanecer sentada demasiado tiempo.</li> <li>4. Fomentar la realización cada hora de ejercicios pasivos de piernas y pies, como son ejercicios isométricos (contracción de cuádriceps o flexión plantar contra los pies de la cama) ejercicios isotónicos (flexión y extensión activa o pasiva de la pierna o pie y rotación del tobillo)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La observación permite distinguir los signos de una insuficiencia arterial aguda que requieran una pronta atención médica.</li> <li>2,3. El reposo en cama y la elevación de las extremidades mejoran mecánicamente el retorno venoso aprovechando la gravedad para reducir el gradiente de presión entre esta y el corazón. Así mismo el reposo en cama reduce los requerimientos de oxígeno, reduce el riesgo de desalojo del trombo y promueve la fibrinólisis y absorción del trombo. Las restantes medidas evitan el aumento de la presión poplitea que comprime las venas impidiendo, por tanto el retorno venoso.</li> <li>4. El retorno venoso facilita con el efecto del bombeo de los músculos de la pantorrilla, los ejercicios suaves ayudan a disminuir la formación de un nuevo trombo, pero los ejercicios vigorosos pueden desalojar los ya existentes</li> </ol>

	<p>5. Aumentar la ingesta de líquidos a 2000ml.</p> <p>6. Orientar sobre el uso de medias antitrombóticas.</p> <p>7. Orientar sobre: 7.1 Signos y síntomas de insuficiencia arterial (dolor, cianosis y enfriamiento en extremidades).</p> <p>7.2 A que acuda con un médico especialista en angiología para que reciba tratamiento médico oportuno.</p>	<p>5 El aumento de aporte de líquidos aumenta el volumen vascular mejorando la velocidad y viscosidad de la sangre.</p> <p>6. Las venas superficiales con frecuencia son dilatadas y tortuosas, las medias antiembolismo pueden reforzar el retorno venoso comprimiendo las venas superficiales y dirigiendo el flujo a las más profundas.</p> <p>7.1 La socialización y comprensión de los signos y síntomas normales y de alarma de insuficiencia arterial aguda puede ayudarle a la señora Ángeles a mejorar el cumplimiento del plan y reducir riesgos.</p> <p>7.2 Identificar el especialista al que debe acudir evitará confusiones y retraso en su tratamiento.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## EJECUCIÓN

- Desde el primer día de postoperada hasta su egreso se valoró el estado neurocirculatorio periférico. Siempre que se recostó o durmió la piécera de la cama se elevó a 30° se verificó la ingesta de líquidos, el primer día estuvo en ayuno en el segundo día de postoperada ingirió una jarra de agua durante todo el día y en el tercer día de postoperada fue media jarra hasta su egreso.
- En el segundo día, se le dio una charla de 30 minutos sobre los ejercicios isométricos e isotónicos en forma demostrativa, los cuales realizó ese día y sobre la importancia de los cuidados que debería tener para la tromboflebitis, y sobre signos y síntomas de una insuficiencia arterial, así como la importancia de acudir con un angiólogo para tratamiento.

## EVALUACIÓN

- La Sra. Ángeles mostró disposición a la enseñanza, solicitó asesoría constante en los ejercicios realizados.
- La Sra. Ángeles egresó a su domicilio convencida de que deberá acudir con un especialista angiólogo.



## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conocimientos deficientes sobre la autoexploración mamaria relacionados con la falta de interés en el aprendizaje manifestado por la verbalización del problema.

### FUNDAMENTACIÓN:

Existe un déficit de conocimiento cuando una persona expresa o muestra una falta de los conocimientos o habilidades psicomotoras necesarios para la recuperación o mantenimiento de la salud.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Ángeles demostrará la técnica de la autoexploración mamaria durante su estancia hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar a la Sra. Ángeles y contestar dudas del por qué debe de realizarse la exploración mamaria.</li><li>2. Dar a conocer a la Sra. Ángeles, la técnica de autoexploración mamaria.</li><li>3. Sugerir visita a su clínica de adscripción para un chequeo cada 6 meses.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. La explicación y aclaración de dudas disminuye la ansiedad de la señora Ángeles y aumenta su capacidad para participar en la actividad.</li><li>2. El conocimiento de la técnica de acuerdo a las manecillas del reloj en la autoexploración mamaria ayudará a la señora a prevenir o detectar oportunamente cáncer mamario.</li><li>3 Mantener cierta habilidad para controlar la propia vida, ayuda a combatir los sentimientos de indefensión.</li></ol>

## EJECUCIÓN

- El quinto día de postoperada se le enseñó y demostró la técnica de exploración mamaria, y se aprovechó para darle la orientación sobre la importancia de acudir con el médico.

## EVALUACIÓN

- La Sra. Ángeles demostró una autoexploración mamaria sin problema al egresó a su domicilio.

- Demostró atención hacia la orientación que se le dió.

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de intoxicación relacionado con el consumo de fármacos sin prescripción médica.

### FUNDAMENTACIÓN:

El individuo tiende a buscar la satisfacción de sus necesidades de salud, anteponiendo en riesgo su vida al consumir medicamentos sin prescripción médica.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Ángeles expresará sus sentimientos respecto a la responsabilidad de ingerir medicamentos sin prescripción médica.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar y orientar a la señora Ángeles las consecuencias de una automedicación.</li><li>2. Recomendarle que asista con su médico familiar en caso necesario.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los adultos aprenden mejor cuando la enseñanza se basa en conocimientos o experiencias previas. La enseñanza es más efectiva cuando la persona está dispuesta a aprender.</li><li>2. La comprensión total ayuda a minimizar el riesgo de errores inadvertidos y/o la falta de seguimiento del tratamiento. El control farmacológico puede disminuir el riesgo de muerte por intoxicación o sobredosis de medicamentos.</li></ol>

## EJECUCIÒN

- En su alta se le explico con respecto a sus medicamentos que debería ingerir por prescripción médica, se le diò la orientación de los problemas o consecuencias que le podía acarrear si seguía automedicándose y la importancia de llevar un control médico.

## EVALUACIÒN

- Se fue de alta tomando en consideración las recomendaciones que se le dieron.

## NECESIDAD DE APRENDIZAJE

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conocimientos deficientes sobre los cuidados de herida quirúrgica y penrose, relacionado con la falta de exposición médica manifestado por la verbalización del problema.

### FUNDAMENTACIÓN:

La persona puede inicialmente sentirse abrumada e insegura sobre su capacidad para aprender debido a la magnitud, urgencia o desconocimiento de la adaptación necesaria a los cuidados postoperatorios.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Angeles identificará los cuidados que debe de tener con la herida quirúrgica y penrose durante su estancia hospitalaria.	Orientar sobre: 1. Cuidados de las heridas quirúrgicas en su domicilio (ver hoja de alta). 2. A que acuda a los 2 días después de su alta a su clínica familiar para que le retiren puntos y penrose. 3. El tiempo aproximado que debe realizar sus actividades cotidianas en 1 mes en su totalidad.	1,2 y 3 Las necesidades de aprendizaje determinan el contenido apropiado. El aprendizaje se produce más rápidamente cuando guarda relación con las necesidades actuales o experiencias anteriores. Las preocupaciones y respuestas previsibles y las actividades necesarias para el autocuidado ayudan a la enfermera a identificar las necesidades de aprendizaje de los que el paciente o familia pueden no ser conscientes.

## EJECUCIÓN

- En el séptimo día se le explicó y orientó sobre los cuidados de las heridas quirúrgicas y penrose.
- Se contestaron dudas que tenía al respecto de su recuperación durante 30 minutos antes de su egreso que fue a las 17:30 horas.

## EVALUACIÓN

- Mostró interés en aprender los cuidados que debe tener con las heridas quirúrgicas y penrose.
- Expresó satisfacción con el aprendizaje conseguido.

## NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conocimientos deficientes sobre la actividad laboral del cónyuge relacionados con la poca familiaridad con los recursos para obtener información manifestado por la verbalización del problema.

### FUNDAMENTACIÓN:

Pueden ser incapaces dos personas de proporcionarse mutuamente apoyo emocional cuando no existe o es poca su comunicación.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Ángeles compartirá con su pareja sus inquietudes respecto con el trabajo de este.	1. Proporcionar apoyo emocional escuchándola.  2. Animar a la Sra. Ángeles y a su pareja a compartir sus preocupaciones.	1. La narración de los problemas que producen tensión y emociones en presencia de un oyente que no juzgue pero que si sea receptivo puede reducir el grado de tensión o emoción temporal o permanente.  2. Las parejas pueden presentar dificultad para expresar sus sentimientos. La enfermera puede facilitar el dialogo de forma no amenazadora.

## EJECUCIÓN

- Desde el primer día de hospitalización hasta su egreso se le apoyó emocionalmente escuchándola.

## EVALUACIÓN

- Expresó que en cuanto este con su pareja a solas le expresará sus inquietudes que tiene del trabajo que desempeña este.

- Su pareja de la Sra. Ángeles trabaja por las tardes, la visita por las mañanas, por lo que nunca se tuvo contactó con él y no se le pudo dar la charla.



## NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Ansiedad relacionada con la situación económica manifestada por las facies de tristeza y preocupación.

### FUNDAMENTACIÓN:

La ansiedad es una emoción que puede alterarse por situaciones ambientales. La reacción emocional y su correlación fisiológica, cuando se sostiene durante cierto periodo puede conducir a cambios estructurales fisiológicos (por ejemplo hipertensión, colitis ulcerosa y úlcera gástrica).

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
La señora Ángeles verbalizará sus sentimientos de preocupación durante su estancia hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Orientar a la señora Ángeles porque es importante que le exprese sus preocupaciones a su pareja.</li><li>2. Proporcionarle Alternativas de solución (que acuda a una bolsa de trabajo, donde le proporcionen trabajos que pueda realizar en su casa y en sus ratos libres).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. La narración de los problemas que producen tensión y emociones en presencia de un oyente que no juzgue pero que si sea receptivo puede reducir el grado de tensión o emoción temporal o permanente.</li><li>2. Presentar la información esencial pronto en el periodo de hospitalización permite asegurarse de que se había cubierto toda la información en el momento del alta.</li></ol>

## EJECUCIÓN

- El sexto día de postoperada después de su cena, se le dió la charla de la importancia de expresar su preocupación a su pareja.

## EVALUACIÓN

- A su egreso a su domicilio la Sra. Ángeles aseguró tomar en cuenta las sugerencias e información obtenida.

## PLAN DE ALTA

### CRITERIOS PARA EL ALTA DE ENFERMERÍA

- ✓ Ausencia de infección de las heridas quirúrgicas.
- ✓ Ausencia de fiebre.
- ✓ Signos vitales estables.
- ✓ Ausencia de complicaciones pulmonares y cardiovasculares.
- ✓ Capacidad de tolerar la dieta según órdenes médicas.
- ✓ Capacidad para deambular igual que antes de la cirugía.
- ✓ Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- ✓ Referencia a servicios de atención médica (clínica de medicina familiar Numero 24.

### NORMAS DE EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA PARA EL ALTA:

#### *LA SEÑORA MA. DE LOS ÁNGELES Y LA FAMILIA COMPRENDERÁN*

- ✓ Signos y síntomas de infección de la herida (color morado y salida se secreción purulenta).
- ✓ Modificaciones dietéticas (la señora Ángeles tiene prescrita una dieta baja en grasas durante 6 meses) (hoja anexa de información nutricional).
- ✓ Reanudación de las actividades normales (en un mes).
- ✓ Dosis, horario de administración del analgésico prescrito por el médico (paracetamol 500miligramos cada 8 horas) y efectos secundarios (erupción eritematosa o urticaria ocasionales generalmente, pero a veces es mas seria puede acompañarse con fiebre y lesión en mucosas).
- ✓ Cuidados en las heridas quirúrgicas y penrose (baño diario secar perfectamente las heridas, no retira la bolsa colectora de penrose hasta los 2 días en su clinica familiar).
- ✓ Como vaciar el contenido de la bolsa colectora de penrose.
- ✓ Día, hora y lugar de la visita médica de control (19-09-06 a las 17:45 horas consultorio 232 de la consulta externa de centro médico la raza con el Dr. Villalpando).
- ✓ Acudir con su médico familiar de la clinica num. 24 para controles de glucosa (pruebas de laboratorio).
- ✓ Acudir con la dietista de su clínica familiar para el control el su peso.
- ✓ Cuidados en la disfunción neurovascular periférica.

## V CONCLUSIONES

El realizar este proceso atención enfermería me ha permitido vislumbrar el futuro de lo que tiene la enfermera en sus manos. Es independiente en cuanto al cuidado, aunque trabaja en forma interdisciplinaria con otras profesiones.

El tomar como base el modelo de Virginia Henderson me dio la visión de aplicar un proceso en forma sistemática, rápida y me permitió establecer un vínculo entre enfermera-paciente, entre la atención de enfermería y la calidad de los cuidados otorgados.

Esto marca el abismo entre una enfermera tradicionalista a una enfermera actualizada profesionista, siempre dispuesta al cambio para mejorar la atención y crear una nueva imagen de la enfermera en México.

Sería deseable que todas las pasantes de licenciatura en enfermería se titularan a través del proceso, ya que esto es el alma y el éxito de la enfermería.

## VI GLOSARIO

**Bradiquinina:** Es un mediador químico, produce vasodilatación, edema, dolor, prurito y contracción del músculo liso.

**Endorfinas:** Son el vehículo material del placer, la euforia, la felicidad y el alivio del dolor. Son nuestra morfina interna.

**Enzimas:** Las enzimas son un tipo de proteínas que tienen la facultad de, permaneciendo inalterables aumentar notablemente la velocidad de las reacciones químicas de las sustancias de su entorno.

**Globulinas:** Son un grupo extremadamente importante de proteínas simples se dispersan parcialmente en agua y en soluciones salinas. Muchas globulinas de diferentes tipos se encuentran en sangre. Estas proteínas de la sangre unen y transportan varias. Moléculas a través de ella. Otras globulinas de la sangre hacen parte de las inmunoglobulinas que atacan y neutralizan las proteínas extrañas que entran en el sistema vascular.

**Isométricos:** Etimológicamente significa de igual medida estos ejercicios contraen los músculos sin producir movimiento o exigir cantidades apreciables de oxígeno.

**Isotónicos:** Etimológicamente son aquellos que tienen igual tensión trabaja especialmente los músculos esqueléticos y no demanda gran consumo de oxígeno.

**Prostaglandinas:** Mediador químico actúan produciendo vasodilatación edema, broncoespasmo contracción del músculo liso e inhiben la agregación plaquetaria.

**Proteolíticas:** Son enzimas.

**Quimo:** Masa ácida resultante de la digestión de los alimentos en el estómago. El alimento, después de transformarse en quimo, pasa al intestino.

**Volemia:** Como el volumen total de sangre un individuo.

## VII BIBLIOGRAFÍA

DURAN, de Villalobos M., "Ciencia de Enfermería", en Enfermería Universidad Nacional de Colombia 1ª edic. 1998 *Antologías del SUA ENEO teorías y modelos* pp 138,139,143,144,145

ESTEBAN M. "Hacia la construcción de una disciplina enfermera". Adaptado como material didáctico de: *La construcción de una disciplina*, Universidad de Murcia España 1994, Responsable: Lic. Severino Rubio Domínguez., 1996 *Antologías SUA ENEO teorías y modelos* pp. 103-113

MILLA Y LEAVELL "Manual de anatomía y fisiología" segunda edic. en español Ediciones científicas la Prensa Médica Mexicana S.A. 1979 pp 566, 608, 629

NORDMARK, R. Bases científicas de la enfermería, segunda edición, la prensa médica Mexicana 1991 pp 22,25,128,129,130,261,303,370,417,596

POTTER/PERRY "Fundamentos de Enfermería" Volumen IV quinta edición Harcourt/océano pp. 1577,1579,1581,1582

ALFARO R. "Proceso de Enfermería" Seg. Edic. Mosby/Doyma Libros Barcelona 1992 pp. 10-15

RODRIGUEZ B. "Proceso de Enfermero" segunda edición talleres de EDYTEC pp. 19,20,29,31,35,51,89

THOMSON Diccionario de Especialidades Farmacológicas cuadragésima octava edición 2002 pp- 466,944

<http://www.ifelaboratorios.com/lactatoringer.htm>

<http://www.cirugia.net/vesicula.htm>

[http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_skin\\_sp/anatomy.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_skin_sp/anatomy.cfm)

[Monografias.com/trabajos16/virginia\\_henderson.shtml](http://Monografias.com/trabajos16/virginia_henderson.shtml)

[www.elmundo.es/diccionarios](http://www.elmundo.es/diccionarios)

# **IX ANEXOS**

INFORMACION NUTRICIONAL

**VEGETALES:**

LECHUGA	150 g.
CHILES FRESCOS	al gusto
TOMATE VERDE	100 g / 4 pzas
PEPINO	100 g. / 1/2 pza. chica
NOPALES	90 g / 1 taza
BROCOLI	95 g.
RABANITOS	115 g. / 5 pzas. chicas
CALABACITA	70 g. / 1 pza. chica
JITOMATE	250 g.
CHILACAYOTES	250 g. / 2 pzas. chicas
QUELITES	80 g. / 1 taza
FORO	40 g. / 1/2 taza
CHILE POBLANO	50 g. / 1 pza. med.
CHAYOTE	80 g. / 1 pza. chica
FLOR DE CALABAZA	150 g.
EJOTES	140 g.
APIO	120 g.
COL	95 g.
HUAUZONTLE	75 g. / 6 ramitas
LIMON	100 g. / 2 pzas. med.
GRANO DE ELOTE	30 g. / 3 cucharadas
BETABEL	1/2 pza. chica
ZANAHORIA	50 g. / 1 pza. med.
HABA VERDE	40 g. / 3 cucharadas
CHICHARDO LIMPIO	20 g. / 3 cucharadas

**AZUCARES:**

ATE O JALEA	20 g
AZUCAR	10 g. / 1 cucharada
MIEL, CAJETA, MERMELADA	10 g. / 1 cucharada
CARAMELOS	10 g
PILONCILLO	10 g.

**RECOMENDACIONES:**

- \* Realizar 3 comidas al día respetando horarios.
- \* Masticar los alimentos adecuadamente
- \* Higienizar todos sus alimentos.
- \* Lavarse las manos antes de comer.
- \* Consumir agua diariamente ( 1 a 2 1/2 L.)
- \* Es muy importante que realice sus alimentos en un ambiente agradable.
- \* Respetar los alimentos y cantidades calculadas en su dieta.
- \* No consumir bebidas alcohólicas.
- \* Evitar el consumo de alimentos no nutritivos (golosinas, refrescos, café y condimentos)
- \* Evitar el consumo de chicharrón de harina y de cerdo, papitas, aceitunas, cacahuates, cueritos en vinagre, chamoy, dátiles, pistaches, pepitas, agua mineral, bicarbonato de sodio, alka seltzer, Sal de Uvas, refrescos azucarados y dietéticos.
- \* Evitar el consumo de sal, embutidos, y alimentos enlatados, ablandador de carne y consomé de pollo granulado ó en cubos.

N.D. Angeles Susate  
Servicio: nutrición

IMSS

72

DELEGACION 2 NORESTE

H.E.C.M.R.

" DR. ANTONIO FRAGA MOURET "



NUTRICION Y DIETETICA

NOMBRE: Ma Delus Angeles  
TALLA: 170 cm  
PESO IDEAL: 67 Kg  
PESO ACTUAL: 112 Kg



Db 1500 Cal.

**DIETA MODIFICADA SODIO Y LIPIDOS**

**DESAYUNO:**

LECHE	1
CARNE	2
CEREALES	2
FRUTAS	2
VEGETALES	2
AZUCARES	-
GRASAS	1

**COMIDA:**

CARNE	2
CEREALES	3
FRUTAS	2
VEGETALES	2
AZUCARES	-
GRASAS	1

**CENA:**

LECHE	1
CARNE	1
CEREALES	1
FRUTAS	1
VEGETALES	2
AZUCARES	-
GRASAS	1

**LECHE:**

YOGHURT S/ SABOR	100 ml. / 1/2 vaso
LECHE EN POLVO	3 cucharadas
LECHE EVAPORADA	120 ml. / 1/2 vaso
LECHE DESCREMADA	240 ml. / 1 vaso

**CARNES:**

RES	30 g.
POLLO	30 g.
PESCADO FRESCO	30 g.
GERMEN DE TRIGO	30 g.
QUESO COTTAGE	30 g.
QUESO PANELA	30 g.
JAMON DE PAVO	35 g.
HUEVO	50 g.
SOYA TEXTURIZADA	20 g.

**CEREALES:**

TORTILLA DE MAIZ	1 pza. med.
AVENA CRUDA	2 cucharadas
BIZCOCHO	50 g. / 1 pza. chica
ARROZ COCIDO	3 cucharadas
GALLETA SODA	4 pzas.
GALLETAS INTEGRALES	4 pza.
GALLETAS MARIAS	20 g. / 3 pzas.
PAN TOSTADO	1 rebanada
PAN DE CAJA	1 rebanada
PAN INTEGRAL DE CAJA	1 rebanada
PAN NEGRO	1 rebanada
HARINAS INTEGRALES	2 cucharadas
CEREALES INDUSTRIALIZADOS	20 g.
PASTA PARA SOPA (CRUDO)	30 g.
FRIJOL O HABA COCIDA	1/2 taza
GARBANZOS O LENTEJA COC.	1/2 taza
PAPA	80 g. / 1 pza. med.
CAMOTE	75 g.

**GRASAS:**

ACEITE	5 ml. / 1 cucharada
CREMA LIGERA	3 cucharadas
MARGARINA SIN SAL	5 g. / 1 cucharada

**FRUTAS:**

SANDIA	280 g. / 1 reb.
MORA	150 g. / 1 vaso
TUNA	100 g. / 1 pza.
CHABACANO	90 g. / 3 pzas. med.
GRANADA CHINA	100 g. / 2 pzas. med.
DURAZNO	85 g. / 1 pza. med.
PERA	50 g. / 1 pza. chica
PIÑA	120 g. / 1 reb.
FRESA	170 g. / 18 pzas.
LIMA	200 g. / 1 pza. gde.
MANDARINA	90 g. / 1 pza. med.
MANZANA	80 g. / 1 pza. med.
MANGO	1 pza. chica
CAPULIN	80 g. / 10 pzas.
TEJOCOTE	45 g. / 3 pzas.
FRUTAS SECAS	15g.
PLATANO	45 g. / 1/2 pza. med.
JICAMA	130 g. / 1 pza. med.
MELON	160 g. / 1/4 pza.
PAPAYA	160 g. / 1 reb.
TORONJA	90 g. / 1/2 pza.
GRANADA ROJA	100 g. / 1/2 vaso
CIRUELAS FRESCAS	70 g. / 2 pzas.
ZAPOTE	100 g.
PITAHAYA	100 g.
NARANJA	100 g. / 1 chica
GUAYABA	75 g. / 2 gdes.
LIMON DULCE	100 g. / 1 gde.
MEMBRILLO	80 g. / med.
UVA	80 g. / 12 pza.
CHIRIMOYA	80 g.
MAMEY	80 g.
HIGO FRESCO	80 g. / 2 gdes.

### ¿Qué es la vesícula biliar?

R: la vesícula biliar es un órgano en forma de pera. Esta ubicada en la superficie inferior del hígado y sirve de reserva para la bilis que es producida en el hígado, la que a su vez ayuda a digerir los alimentos con grasa y es almacenada en la vesícula. Durante y después de una comida, la vesícula se contrae para expulsar la bilis, la cual entra al conducto cístico y luego al conducto principal o colédoco para llegar al intestino (duodeno).

### 1. Anatomía Quirúrgica de la Vesícula Biliar

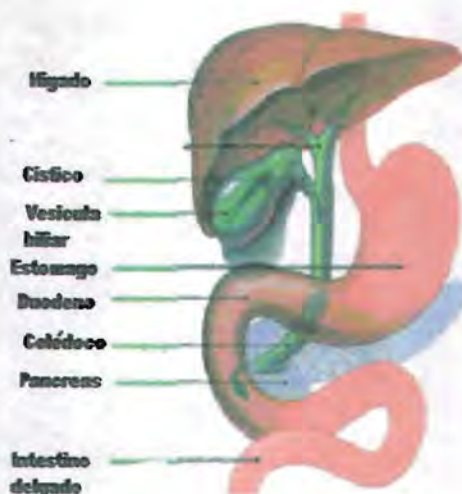
La vesícula se localiza en la fosa vesicular, en la cara inferior del hígado, entre los lóbulos derecho y cuadrado; por lo general es extrahepática pero se presentan algunos casos de vesículas empotradas y menos frecuentemente vesículas intraparenquimales.

Mide de 7 a 10cm. de largo por 3cm de diámetro transversal en el cuerpo; su capacidad es de 30 a 35cc; es periforme con el fondo hacia delante llegando hasta el borde hepático, se continúa con el cuerpo y el cuello que termina en la ampolla y luego se continúa con el conducto cístico que se une al hepático común en ángulo agudo para formar el colédoco; el conducto cístico tiene en su interior una válvula espiral llamada de Heister que dificulta su cateterización.

La vesícula biliar es irrigada principalmente por la arteria cística que en la mayoría de los casos es rama de la hepática derecha, en otros casos se desprende de la hepática común y con menos frecuencia de la hepática izquierda. El principal medio de fijación es el peritoneo que recubre a la vesícula en la zona que sobresale del lecho hepático.

### 2 Fisiología

La vesícula biliar no es un órgano vital, puede ser extirpada sin producir mayores molestias. Sirve como reservorio de la bilis secretada por el hígado, la cual es concentrada hasta la décima parte mediante la absorción de agua; la presencia de alimentos ingeridos, especialmente grasas, durante la digestión producen la contracción de la vesícula, gracias a su capa muscular, eliminando la bilis concentrada a través del cístico hacia el colédoco y luego al duodeno. La contracción vesicular es estimulada por la colecistoquinina, producida en el duodeno.



### ¿Qué es el colédoco?

R: Es el conducto biliar principal que se forma por la unión de dos conductos hepáticos que se originan en el hígado. Tiene entre 8-10 mm de diámetro y termina con el duodeno (intestino delgado), donde existe un esfínter llamado de Oddi. La vesícula expulsa su bilis al colédoco a través del conducto cístico y de ahí llega al duodeno para ayudar en la digestión.

### ¿Qué es colelitiasis?

R: Colelitiasis significa formación de cálculos (piedras en la vesícula. Estos cálculos se forman por la precipitación de cristales de colesterol debido a una alteración en la relación entre sales biliares, pigmentos biliares y colesterol. Es una enfermedad muy frecuente.

### ¿Qué síntomas da la colelitiasis?

R: Los pacientes con cálculos biliares pueden ser totalmente sintomáticos (sin molestias) por mucho tiempo o presentar síntomas como dolor o dispepsia (indigestión) después de comer, particularmente comidas con grasa. Es más común en mujeres, especialmente después de los 40 años y con sobrepeso. Una vez que se presentan síntomas, éstos pueden ser cólicos biliares, que se manifiestan por dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (boca del estómago e hígado), que generalmente se irradian a la espalda. Este dolor puede durar entre 2-4 horas y luego desaparecer completamente. Se produce por la contracción de la vesícula que trata de expulsar la bilis, cuando un cálculo se ubica en el cuello de la vesícula impidiendo la salida de la bilis. Otros síntomas pueden incluir: escalofríos, fiebre, ictericia (color amarillo de la piel y mucosas), los cuales generalmente se presentan como complicaciones de la colelitiasis.

## ¿Qué complicaciones puede dar la colelitiasis?

R: Las complicaciones más frecuentes incluyen:

### 1). Colecistitis Aguda:

Es una inflamación aguda de la vesícula producida en el 95% de los casos por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula. Esto lleva a que la vesícula se distienda e inflame y que se infecte la bilis, produciendo dolor abdominal, fiebre y vesícula palpable en un tercio de los pacientes. En casos más graves se puede producir gangrena, perforación y peritonitis.

### 2) Coledocolitiasis:

Ocurre en un 10% de los casos. Se produce por el paso de cálculos desde la vesícula al colédoco y generalmente se manifiesta con ictericia (color amarillo de la piel y ojos), con o sin dolor. Otras posibles complicaciones de la coledocolitiasis incluyen colangitis (infección grave de la bilis en el colédoco) o pancreatitis.



Son los exámenes de laboratorio y estudios de imágenes de la vesícula biliar

R: Leucocitosis (elevación de los glóbulos blancos) y aumento de las enzimas hepáticas. Puede ocurrir dependiendo de la complicación, sin embargo esta información no es específica.

### Ultrasonido (Ecografía):

Es un examen no invasivo y rápido que da información acerca de la vesícula, presencia de cálculos y examina la vía biliar (conductos).

### Cintigrafía Biliar (HIDA):

Es un examen realizado con tecnecio 99 y una gama-cámara que permite ver la vesícula y conductos. Es el mejor examen para confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda.

## CPRE:

Significa “colangio-pancreatografía-retrograda-endoscòpica”. Esta técnica se realiza por medio de un endoscopio que se introduce por la boca hasta llegar al duodeno. Allí se identifica el esfínter de Oddi (o papila de Vater), y se inyecta medio de contraste para visualizar los conductos biliares y el conducto pancreático. Se puede hacer diagnóstico de coledocolitiasis y al mismo tiempo extraerlos. Este es uno de los procedimientos más comunes en caso de sospecha de coledocolitiasis u obstrucción de esfínter de Oddi.

## ¿Qué es el tratamiento de las enfermedades de la vesícula biliar?

R: Pacientes con cálculos biliares sin síntomas o molestias y sin complicaciones. La recomendación actual es no operar, excepto en ciertas poblaciones de pacientes donde la incidencia de cáncer de vesícula es muy alta, por lo que, todo paciente con colelitiasis se opera. En caso de tener síntomas o presentar complicaciones, la recomendación es realizar un tratamiento quirúrgico (colecistectomía que significa extirpación de la vesícula con los cálculos).

## TÉCNICA:

Colecistectomía Laparoscòpica: Fue introducida en 1987 y en los 90 se ha convertido en uno de los procedimientos más comunes hoy en día. Esta cirugía se realiza con anestesia general, se introduce gas abdominal a través de una aguja, creando un neumoperitoneo. Luego se introducen 4 trocres (tubos) por donde pasan los instrumentos laparoscòpicos y el laparoscopio para realizar el procedimiento. Esta cirugía se realiza observando un monitor con imagen ampliada y de buena calidad de la vesícula y otros órganos abdominales. En alrededor de un 10% que “convertir” el procedimiento en técnica abierta, generalmente en enfermedades más graves o por complicaciones durante la cirugía. Este es un procedimiento de “Cirugía Invasiva Mínima”, que se caracteriza por tener una recuperación muy rápida, un postoperatorio muy confortable, con mínimo dolor y con no más de 1 ó 2 días en el hospital.

