



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA EN LA
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL, BASADO EN
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA
ROMY TAVERA GASPAR.**

**No. CUENTA
403068919.**

**Director del trabajo:
Lic. Querubín Enríquez González.**



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2008.



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.

ÍNDICE.

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	4
4. Marco teórico	
4.1 Proceso Atención de Enfermería.....	6
4.2 Modelo de Virginia Henderson	12
4.3 Necesidad de Higiene y protección de la piel.....	18
5. Valoración	
5.1 Descripción del caso clínico	22
5.2 Síntesis valorativa de cada necesidad	24
6. Diagnósticos de Enfermería.....	35
7. Planeación, Ejecución y Evaluación	38
8. Plan de alta	71
9. Conclusiones	74

10. Glosario.....	77
11. Anexos.....	81
12. Bibliografía.....	94

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermería es una disciplina encargada del cuidado integral para conservar, mantener y recuperar la salud de la persona, familia o comunidad en relación a sus esferas biopsicosocial, espiritual y cultural, es decir, ver a la persona de una manera holística.

La metodología propia que sigue la enfermería para resolver los problemas de su competencia en relación a la salud-enfermedad es el denominado Proceso Atención de Enfermería que es una herramienta que consta de cinco etapas sistematizadas y ordenadas que guían el ejercicio de esta profesión, para brindar un cuidado integral con calidad y calidez para obtener como resultado la prevención, recuperación o mantenimiento de la salud según el caso lo amerite.

El Proceso Atención de Enfermería, puede ser aplicado con cualquier modelo o teoría de enfermería, en este caso fue enfocado mediante el modelo de Virginia Henderson, siendo este uno de los modelos conceptuales más conocidos, con terminología de fácil comprensión y que implica medidas individualizadas para cada persona.

Para la emisión de juicios clínicos se empleó la taxonomía de la NANDA porque facilita la organización de diagnósticos de enfermería, ya que cuenta con la definición, las características definitorias y los factores relacionados para cada uno, reconociéndola como una terminología diagnóstica bien establecida.

Así el presente trabajo muestra un proceso atención de enfermería aplicado a la Sra. Virginia O. A. cursando el puerperio fisiológico mediato complicado en el hospital Materno Infantil Topilejo durante la práctica hospitalaria; donde se identificaron necesidades alteradas a través del modelo de Virginia Henderson y así poder trabajar sobre ellas implementando las intervenciones necesarias en beneficio de la salud de la paciente buscando la recuperación de su independencia y adquisición de conocimientos.

2. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Implementar el Proceso Atención de Enfermería mediante el sustento del modelo de Virginia Henderson para poner en práctica el cuidado en una paciente en específico y lograr la recuperación de su salud e independencia dentro de lo posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar mediante la valoración las necesidades alteradas de una paciente en proceso reproductivo, así como los factores de riesgo que exista en relación a su salud, para disminuir al máximo éstos.
- Elaborar diagnósticos de enfermería basados en la valoración, para posteriormente planear las intervenciones de enfermería específicas.
- Ejecutar intervenciones de enfermería y evaluarlas en beneficio de la paciente.

3. METODOLOGÍA.

Lugar: El presente Proceso se realizó en el Servicio de Hospitalización del Hospital Materno Infantil Topilejo de la Secretaría de Salud, ubicado en Avenida Santa Cruz No.1, San Miguel Topilejo, Tlalpan.

Tiempo: del 10 al 20 de Marzo del 2008, con un horario de 8:00 a 14:00 horas.

Universo: Adulta joven en edad reproductiva, en la que se encontró significativamente alterada la necesidad de higiene y protección de la piel.

Valoración: Se aplicaron los instrumentos de valoración que se utilizan en las asignaturas de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano y Obstetricia I y II. Los datos recolectados fueron validados por el asesor y organizados en datos de independencia y de dependencia.

Diagnóstico: En esta segunda etapa se realizó el análisis de los datos para la identificación de los problemas de salud de la paciente. Los diagnósticos fueron elaborados con base en el formato PES (Problema + Etiología + Signos y síntomas) y la Clasificación de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) 2005-2006.

Planeación: Con base en los diagnósticos identificados en la paciente se elaboró un plan de intervenciones en el cual se priorizaron los diagnósticos y se formularon los objetivos.

Ejecución: Las intervenciones de enfermería en la paciente se llevaron a cabo bajo la supervisión de la enfermera titular, médico adscrito y supervisora del hospital.

Evaluación: Esta etapa se realizó con base en los objetivos planteados donde se hizo revaloración de algunos puntos del plan de intervenciones.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

“Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientado al logro de objetivos.”¹

El cual consta de cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) las cuales se encuentran relacionadas entre sí.

Valoración.

Primera etapa del proceso de enfermería donde se reúne y examinan los datos del paciente para conocer su estado de salud; dichos datos pueden ser:

- Datos objetivos: Información que es medible y observable.
- Datos subjetivos: Información que el paciente expresa a la enfermera durante la valoración.

Las actividades que se realizan para dicha recolección de los datos son las siguientes:

- Recogida de datos.
- Validación de los datos.
- Organización de los datos.

¹ Alfaro-LeFevre Rosalinda, (1996). *Aplicación del proceso de enfermería*. 3ra edición, Madrid España, Ed. Mosby, p. 3.

La recogida de datos puede realizarse a través de:

- **La observación.**

Esta se realiza desde el primer contacto con el paciente a través de los sentidos del personal de enfermería, principalmente la vista para ver el estado físico del paciente, el oído para escuchar su vocablo y el olfato para oler su ambiente y persona.

- **El interrogatorio o entrevista.**

Es la realización de una serie de preguntas de manera ordenada, minuciosa y organizada para obtener información del paciente, la cual puede ser a través de un:

Interrogatorio formal: que consiste en la comunicación con un propósito específico; en el cual la enfermera realiza la historia clínica de enfermería al paciente.

Interrogatorio informal: es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente, que se desarrolla mientras este brinda atención física al paciente.

- **Exploración física y exámenes de laboratorio.**

Es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, mediante el uso de cuatro técnicas específicas:

Inspección: Es el método de exploración física que se efectúa por medio de la observación (Rosales p.136).

Palpación: Proceso de examinación del cuerpo utilizando el sentido del tacto (Rosales p.140).

Percusión: Consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos cualquier parte o segmento del cuerpo (Rosales p.142).

Auscultación: Se efectúa por medio del oído y es escuchar (oído o estetoscopio) los sonidos producidos en el cuerpo (Rosales p. 144).

Validación de datos.

El propósito es verificar que la información es real y completa para no cometer un error en la identificación de los problemas.

Organización de los datos.

Esta actividad “depende de los conocimientos, habilidades y preferencias [...] y es conveniente organizar los datos de acuerdo a un modelo de enfermería.”²

² Alfaro-LeFevre Rosalinda, *Ibíd.* p. 63.

Diagnóstico.

“Segunda etapa del proceso atención de enfermería durante el cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud (recursos y problemas de salud reales y potenciales).”³

Los diagnósticos se pueden formular en base a dos corrientes o formatos que son:

- Los establecidos por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), los cuales se conforman por lo que se denomina etiqueta diagnóstica, factores relacionados y características definitorias.
- Y los establecidos por el formato PES, cuyas siglas corresponden a P problema, E etiología y S signos y síntomas.

“El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espiritual y sociales [...] y se dirige particularmente a examinar las áreas donde se detectaron funciones de enfermería de carácter independiente. Dichos diagnósticos se clasifican en: reales, potenciales y posibles.”⁴

- **Diagnóstico real:** Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia (Problema + Etiología + Signos y Síntomas).
- **Diagnóstico potencial:** Es el que no está presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo de que puedan aparecer en un momento posterior (Problema + Etiología).

³ Alfaro-LeFevre Rosalinda, *Ibíd.* p. 2.

⁴ García González Ma. De Jesús, (1997). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. 1ar edición, México, Ed. Progreso, p. 32.

- **Diagnóstico posible:** Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la posibilidad de que este se presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

De esta forma podemos definir el diagnóstico de enfermería como: un problema de salud (de un individuo, familia o comunidad) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

Planeación.

“Durante esta etapa, usted desarrolla y anota un plan de cuidados individualizado dirigido al logro de objetivos, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr su óptimo nivel de funcionamiento.”⁵

La planificación implica:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de los resultados esperados o formulación de objetivos.
- Determinación de las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería pueden ser de tres tipos:

- **Dependientes:** Son aquellas que se encuentran relacionadas con la implantación de órdenes médicas (García González p. 9).

⁵ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Óp. cit. p. 128.

- **Interdependientes:** Son las que desarrollan mediante una labor de equipo (García González p. 9).
 - **Independientes:** Las que la enfermera está capacitada para atender, y están incluidas en el campo de diagnóstico y tratamiento de enfermería (García González p. 9).
-
- Anotación del plan de cuidados.

Ejecución.

La ejecución es la puesta en práctica del plan. Y sigue una serie de actividades como:

- Preparación para dar y recibir el informe de cambio de turno.
- Revaloración.
- Establecimiento de prioridades diarias.
- Realización de intervenciones de enfermería y registro.
- Dar el informe al cambio de turno.
- Evaluación continua y mantenimiento del plan de cuidados actualizado.

Evaluación.

“Quinta etapa del proceso atención de enfermería durante la cual se determina hasta qué punto se han logrado los objetivos, se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el proceso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según este indicado.”⁶

4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson enfermera norteamericana, nació en 1879, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la armada en Washington D.C. graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años más tarde regresó a la universidad, donde obtuvo el grado de maestra en Artes con especialización en Docencia en Enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica.

⁶ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Óp. cit. p. 2.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harmer, que se publicó en español con el nombre de Tratado de Enfermería Teórica y Práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El modelo de Enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por los teóricos, en el grupo de Enfermería Humanista, por lo que considera a la Profesión de Enfermería como un arte y una ciencia.

Henderson inicialmente no buscaba elaborar una teoría de enfermería; lo que la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación de que la función de enfermería no se encontraba determinada, ya que desde su época de estudiante sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

Así Henderson busca un modelo conceptual adecuado a la enfermería el cual maneja cuatro metaparadigmas los cuales son:

PERSONA: A la que considera como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.

ENTORNO: Henderson no la define explícitamente, pero nos dice que implica la relación que uno comparte con su familia y puede afectar a la salud, los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

ENFERMERÍA: La define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud, a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevara a cabo estas actividades sin ayuda.

SALUD: Henderson en sus escritos comparo la salud con la independencia, interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda sus catorce necesidades básicas.

De acuerdo con la función propia de enfermería que propone Henderson menciona al individuo como su objeto del cuidado, el cual tiene componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales por lo cual señala 14 necesidades básicas y estas son:

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones adecuadas.

5. Sueño y descanso.
6. Selección de ropa adecuada.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Mantenimiento de la 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. Vivir de acuerdo con sus creencias.
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 permita un desarrollo normal y salud normales.

Cuando estas 14 necesidades no se pueden satisfacer aparece un grado de dependencia, que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad”⁷

1.- Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación [...].

⁷ Fernández Ferrín Carmen, Novel Martí Gloria, (1992). *El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos*. Barcelona, Ed. Masson, p. 5.

2.- Falta de conocimiento. Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Dependencia. Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por una persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.⁸

Independencia. Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.⁹

⁸ Fernández Ferrín Carmen, *Ibidem.* pp. 6-7.

⁹ Fernández Ferrín Carmen, *Ibidem.* p. 6.

Al implementar la fase de diagnóstico Henderson se basa en el grado de dependencia o independencia que tiene el paciente en cada una de sus necesidades, según el grado de la valoración, donde se puede utilizar perfectamente la Taxonomía Diagnóstica de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

En la fase de planificación se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente, y que integre los tres tipos de funciones que ejecuta la enfermera (independientes, dependientes, interdependientes) así como las que el paciente pueda ejecutar.

En la fase de ejecución la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad (o a tener una muerte pacífica).

La evaluación se hará según el grado de actuación independiente.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:¹⁰

- 1.- La enfermera como sustituto del paciente.
- 2.- La enfermera como ayuda del paciente.
- 3.- La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

¹⁰ García González Ma. De Jesús, Óp. cit. p. 15.

4.3 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Definición: Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el cuerpo del individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

“La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participar en la eliminación de residuos (sudor, etc.), refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor. Para cumplir estas funciones, la piel debe estar limpia, aseada y cuidada. La piel se prolonga a través de las mucosas que protegen los orificios (nariz, ojos, orejas, vagina y recto) que deben estar aseadas y cuidadas para asegurar el bienestar del individuo y facilitar el buen funcionamiento de los órganos. La piel tiene también la función de absorción de ciertas sustancias como cremas hidratantes. Además, el organismo posee faneras (pelos, cabellos, uñas, dientes) que, estando limpios y cuidados, participan en la protección del organismo contra la penetración de sustancias perjudiciales o nocivas.”¹¹

¹¹ Riopelle Lise, Grandon Lovise, Phaneuf Margot, (1993). *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, p. 41.

La limpieza es esencial para mantener un estado físico y mental normal. Entre los primeros requisitos de la vida higiénica se encuentran los hábitos de aseo personal, que incluyen el aseo diario de piel, las uñas, la boca, la nariz, el cabello y la ropa.

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad.

- Biofisiológicos: Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos: Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- Socioculturales: Cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos, aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente).

La valoración sobre el estado de la piel, pelo, dientes y boca del paciente se basa ante todo en la observación. En la valoración clínica inicial la enfermera puede obtener información sobre la higiene del paciente, y es necesario que conozca los hábitos de higiene del paciente. Debe conocer las capacidades motoras del paciente, valorar su estado nutricional y otros posibles problemas de salud que afecten la piel. Se debe tomar en cuenta el efecto de la edad en la piel, pelo, uñas y el estado de los dientes, encías y tejidos blandos de la boca. Los familiares del paciente son una buena ayuda de información y de asistencia en los cuidados de la higiene personal.

Puntos de referencia para la observación de las manifestaciones de independencia.

- Cabellos: longitud, aspecto, limpieza.
- Orejas: limpieza, configuración.
- Nariz: limpieza, mucosas, humedad de las mucosas.
- Piel: limpieza, pigmentación, turgencia, lisa, suavidad, flexibilidad, coloración rosada, grado de humedad (transpiración), olor.
- Ojos: limpieza, prótesis.
- Boca: limpieza, aliento, humedad.
- Dientes: prótesis, coloración blanca, limpieza, configuración.
- Uñas: longitud, limpieza, coloración rosada.
- Hábitos de aseo: baño o ducha (frecuencia, duración, productos usados), boca, lavado de dientes (frecuencia, productos usados), cabellos, lavado (frecuencia, productos usados).

Los pacientes que necesitan ayuda para realizar sus medidas de higiene son de principal prioridad. Si no se dan los cuidados básicos de la piel y la higiene en forma regular y planeada, puede presentar problemas serios. La reparación de los daños es un proceso lento que conlleva a grandes molestias, sufrimientos del paciente y mucho trabajo a la enfermera. Los procedimientos de limpieza que son adecuados para una persona sana pueden modificarse para satisfacer las necesidades del enfermo.

Interacción entre la necesidad de higiene y protección de la piel y las otras necesidades.

Necesidad fundamental.	Factores que influyen en la necesidad.
Oxigenación.	Mucosas respiratorias lubricadas. Coloración rosada de la piel, mucosas y faneras.
Nutrición e Hidratación.	Aporte líquido y alimentario suficiente.
Eliminación.	Eliminación adecuada.
Movilidad y Postura.	Actividades físicas moderadas. Postura y circulación adecuadas.
Descanso y Sueño.	Reposo y tranquilidad.
Vestir adecuadamente.	Ropas adecuadas.
Termorregulación.	Temperatura corporal normal.
Evitar peligros.	Medidas de prevención contra el frío, el calor, la infección y los accidentes.
Comunicarse.	Comunicación eficaz relacionada con la apariencia física y la higiene.
Creencias y valores.	Creencias y valores: importancia de la higiene.
Trabajo y realización.	Importancia de la apariencia y pulcritud.
Recreación.	Actividades recreativas moderadas.
Aprendizaje.	Dominio de las medidas adecuadas de higiene y protección de los tegumentos.

FUENTE: Riopelle Lise, Grandon Lovise, Phaneuf Margot, (1993). *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona.*, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, p. 43-44.

5. VALORACIÓN.

5.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

La Sra. Virginia O. A. de 30 años de edad refiere haberse encontrado en su hogar cuando comenzó con “dolores en la cintura los cuales eran muy débiles” por lo que no les tomó mucha importancia y se metió a bañar “sintió escurrir agua por sus piernas hasta llegar a las rodillas” pero aun así se acostó a dormir; al día siguiente “el vientre se le comenzó a poner duro y los dolores a hacerse más presentes e intensos” así que se levantó y se arregló para ir a revisión médica.

La Sra. Virginia ingresa el día 7 de Marzo del 2008 a las 10:55 horas al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil Topilejo; refiriendo dolor en la cintura con contracciones fuertes, constantes, severas y durables, con pérdidas transvaginales líquidas, transparentes que escurrían hasta las rodillas con 12 horas de evolución.

A la exploración física se observa orientada y ansiosa con ligera palidez de tegumentos, abdomen globoso a expensas de útero gestante, refiriendo movimientos fetales suaves y espaciados, Fondo uterino (FU) de 32cm, Frecuencia cardiaca fetal (FCF) 118 por minuto, Presentación cefálica (PC), Dorso a la derecha (DD), Situación longitudinal (SL), al tacto vaginal (TV) se encuentra dilatación de 6cm, borramiento de 70% con salida del tapón mucoso.

La Sra. Virginia es Gesta 1 (G-1), Partos 0 (P-0), Abortos 0 (A-0), Cesáreas 0 (C-0), con Fecha de última menstruación (FUM) el 05-06-07 y Fecha probable de parto (FPP) el 13-03-08, con embarazo de 39.1 semanas de gestación (SDG) x FUM + trabajo de parto fase activa (TPFA) + ruptura prematura de membranas (RPM).

Sus signos vitales son:

T/A 130/80 mmHg.

FC 80 por minuto.

FR 22 por minuto.

Temperatura 36.5° C.

Plan: Ingresa al servicio de Tococirugía para cesárea.

Ese mismo día es operada y trasladada al servicio de hospitalización. El día 9 refiere “comezón” en el sitio de la herida y salida de liquido como “pus”, por lo que es valorada por el médico diagnosticando infección en la herida por lo cual había necesidad de abrir nuevamente planos.

Los medicamentos indicados que tiene son:

Ampicilina 1gr IV c/ 6 horas.

Metronidazol 500mg IV c/8horas.

Ketorolaco 1 ampula IV c/8 horas.

5.2 SÍNTESIS VALORATIVA DE CADA NECESIDAD.

1. Necesidad de Oxigenación.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

La Sra. Virginia refiere no tener dificultad para respirar, ni antes ni después del parto. En parte lo atribuye a los cuidados que implementa, como el no fumar ya que dice “es dañino para el organismo”, procura no estar con personas fumadoras.

Se observan fosas nasales permeables, hidratadas, cuello simétrico con tráquea centrada y movable, FR de 20 por minuto, inspiraciones y espiraciones profundas y sostenidas, campos pulmonares con ventilación adecuada, no hay datos de estertores, sibilancias y/o secreciones; TA de 130/80 mmHg y FC de 80 por minuto, buena coloración de tegumentos y llenado capilar de 3 segundos.

Los resultados de laboratorio fueron:

Hemoglobina 13.5 g/dL

Hematocrito 39.9%

Plaquetas 242000

DATOS DE DEPENDENCIA:

No se identifican.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere consumir alimentos de todo tipo 3 veces al día con escasez de picante, con la siguiente frecuencia:

- Carne, queso, frituras, yogurt y embutidos 1 vez por semana.
- Verduras, frutas, leguminosas, pastas y arroz 3 veces por semana.
- Leche, pescado, dulces, manteca, mantequilla, enlatados, chocolates y galletas no los consume.
- Sal, azúcar y aceite vegetal del diario.

No presenta dificultad alguna para la ingesta de los mismos.

Durante su embarazo tomó como complemento ácido fólico y sulfato ferroso.

Actualmente no toma vitamínicos.

Durante la hospitalización refiere que consume de manera aceptable todos los alimentos y no presentar molestias.

Se observa cavidad oral hidratada, rosada al igual que la lengua, labios hidratados y piezas dentales completas.

DATOS DE DEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere consumir los alimentos en su hogar casi siempre sola. Los alimentos que consume con mayor frecuencia son: el huevo, pan y las tortillas.

Escasa ingesta de líquidos, aproximadamente 1/2 litro diario de agua de sabor y fría.

Presenta abdomen globoso (panículo adiposo), blando y depresible, peso de 62 kilos, estatura de 1.52 cm.

Durante su hospitalización tiene indicada dieta normal sin grasa e irritantes con abundantes líquidos.

Desconoce el valor nutritivo de los alimentos.

Se le ministra una solución fisiológica de 1000cc p/24.

Su glucosa en sangre es de 72 mg/dL.

3. Necesidad de Eliminación.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere que en su hogar no presentaba problemas digestivos, miccionaba y evacuaba de manera normal y sin problemas, menciona que no tiene la necesidad de ingerir medicamentos para satisfacer esta necesidad y cuenta con un WC adecuado.

Durante la hospitalización micciona de 3 a 5 veces diariamente, la orina se observa de color ámbar y abundante.

A la exploración física se observa sangrado transvaginal (STV) escaso no fétido.

DATOS DE DEPENDENCIA.

Evacua heces duras y secas de color paja cada 2 o 3 días.

Se le dificulta el ir al sanitario, por dolor en la herida quirúrgica y venoclísis.

4. Necesidad de Movilidad y Postura.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Se observan miembros torácicos y pélvicos simétricos, arcos de movimiento funcionales, pulsos braquial y radial palpables.

DATOS DE DEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere sentirse un tanto “inútil”, ya que no está acostumbrada a estar mucho tiempo en reposo o inactiva. Para su movilización “le estorba la venoclisis” que tiene en miembro torácico izquierdo y el dolor por la herida quirúrgica.

Se le administra ketorolaco una ampula IV c/8horas.

5 .Necesidad de Descanso y Sueño.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere que habitualmente duerme 10 horas diarias y tiene periodos de descanso establecidos.

DATOS DE DEPENDENCIA:

Durante la hospitalización se siente incómoda con los factores externos en la habitación y la demanda del bebe. Refiere que le cuesta trabajo conciliar el sueño y se observa irritable.

Se le está ministrando una ampolleta de ketorolaco IV c/8 horas.

6. Necesidad de Vestir adecuadamente.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere que en su hogar acostumbra vestir con pantalón de mezclilla y playeras holgadas. La ropa hospitalaria no le desagrada, pide doble bata para cubrirse bien.

DATOS DE DEPENDENCIA:

No se identifican.

7. Necesidad de Termorregulación.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere que se le facilita adaptarse a la temperatura del medio ambiente, pero de preferencia le gusta el clima templado.

Se puede palpar su piel templada y se observa una temperatura corporal de 36 grados centígrados.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se identifican.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere el corte de uñas y cabello lo hace de forma frecuente, el aseo de su hogar es diario, el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño así como antes de preparar sus alimentos. Durante la hospitalización se asea a diario (baño de regadera y cambio de ropa).

Se observan conjuntivas normocrómicas, narinas hidratadas, piel hidratada, uñas de manos y pies cortas y de coloración rosado.

DATOS DE DEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere que en su casa realiza baño total cada tercer día y su aseo bucal una vez al día. En el hospital no realiza aseo bucal porque el familiar no le llevó su cepillo y al preguntarle cual era la técnica de cepillado no contestó correctamente, menciona que no visita con frecuencia al dentista, se observa cavidad oral poco aseada con presencia de caries y sarro alrededor de los molares. Tiene herida quirúrgica dehiscente en región abdominal con bordes regulares, eritematosos con salida de secreción purulenta y fétida, muestra dolor con expresión facial y verbal y llanto al momento de la curación.

Se ministra ampicilina IV 1gr c/6 horas y metronidazol 500mg IV c/8 horas.

9. Necesidad de evitar peligros.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere contar con su esquema de vacunación completo, conoce los riesgos de las personas que son alcohólicas, toxicomaniacas y fumadoras por lo cual no practica estas adicciones, tiene una pareja sexual y durante su embarazo iba a sus citas puntualmente. En su hogar procura no convivir con animales, y toma medidas de prevención de accidentes en su casa.

En la hospitalización procura tener cuidado sobre todo con el manejo del recién nacido por lo cual accede a que el bebe sea dado de alta a su hogar sin ella a pesar de no querer dejarlo porque lo quería amamantar y estar con él, para su recuperación se asea diario colabora en sus curaciones aunque el dolor sea severo y pide que le coloquen su vendaje para evitar tener la herida expuesta.

Los tiempos de coagulación fueron:

PT 11.7

APTT 23.1

DATOS DE DEPENDENCIA.

Durante su embarazo no se aplico ninguna vacuna.

Se está ministrando ampicilina IV 1gr c/6 horas y metronidazol 500mg IV c/8 horas.

10. Necesidad de Comunicarse.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere llevar buena comunicación con su familia, amigos y esposo, hay confianza para tratar cualquier tema. El personal médico le da informes sobre su estado de salud.

A la exploración física se registra un Glasgow de 15:

Apertura ocular de 4.

Respuesta verbal de 5.

Respuesta motora de 6.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se identifican.

11. Necesidad de Creencias y Valores.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere ser católica, no asiste regularmente a misa, tiene una imagen religiosa en su cabecera.

En relación a los valores le gusta que la gente y sobre todo su familia sean amables y respetuosas para llevar un trato armónico, piensa que la vida y la muerte es algo que solo Dios otorga.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se identifican.

12. Necesidad de trabajo y realización.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere estar acostumbrada al trabajo pesado y no le molesta hacerlo, ya que en ocasiones es necesario aunque ahora no los realiza.

Esto la hace sentir satisfecha y en relación a las actividades domésticas siempre procura hacerlas de manera correcta y con gusto ya que todo es en beneficio de su familia.

Sus ingresos económicos no siempre han sido generosos pero trata de adaptarse.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se identifican.

13. Necesidad de Recreación.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Refiere que en su hogar tiene tiempo para realizar actividades recreativas y/o deportivas pero prefiere salir a visitar a su familia. Durante la hospitalización cuida de su bebé lo cual lo hace con mucho gusto y platica con sus compañeras de cubículo.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se identifican.

14. Necesidad de Aprendizaje.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

No se identifican.

DATOS DE DEPENDENCIA.

La Sra. Virginia refiere “no tener con amplios conocimientos académicos ya que solo cuenta con tercer grado de primaria.”

Refiere tener escasos conocimientos sobre su embarazo y el puerperio etapas por las que está cursando y de los cuidados que debería tener. Así mismo dispone de una mínima información sobre la lactancia materna, cuidados al recién nacido y cuidados adecuados para su recuperación.

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD.	DIAGNÓSTICOS.
Oxigenación.	
Nutrición e Hidratación.	Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con alimentación deficiente en calidad y cantidad, manifestado por abdomen globoso (panículo adiposo).
Eliminación.	Estreñimiento relacionado con malos hábitos alimenticios manifestado por heces duras, secas y de color paja.
Movilidad y Postura.	Deterioro de la deambulación relacionado con dolor y venoclisis manifestado por limitación en la deambulación y espalda encorvada durante esta actividad.
Descanso y Sueño.	Deterioro del patrón de sueño relacionado con dolor manifestado por irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.
Vestir adecuadamente.	
Termorregulación.	

<p>Higiene y protección de la piel.</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida dehiscente, manifestado por bordes irregulares eritematosos con salida de secreción purulenta y fétida.</p> <p>Déficit del aseo bucal relacionado con mala técnica de cepillado y ausencia de la misma manifestado por presencia de caries y sarro alrededor de los molares.</p> <p>Dolor agudo relacionado con la curación de la herida quirúrgica, manifestado por llanto, expresión facial y verbal.</p>
<p>Evitar peligros.</p>	<p>Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con infección, manifestado por dehiscencia de herida quirúrgica.</p>
<p>Creencias y valores.</p>	
<p>Trabajo y realización personal.</p>	
<p>Recreación.</p>	

Aprendizaje.	<p>Conocimientos deficientes sobre el proceso reproductivo, lactancia materna y cuidados al recién nacido, relacionados con falta de información manifestados por aplicación de una incorrecta técnica de amamantamiento y miedo en el manejo del recién nacido.</p> <p>Lactancia materna ineficaz relacionada con déficit de conocimientos e interrupción de la lactancia manifestada por aplicación incorrecta de la técnica de amamantamiento.</p>
--------------	---

7. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

Diagnóstico:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida dehiscente, manifestado por bordes irregulares eritematosos con salida de secreción purulenta y fétida.

Fundamentación del diagnóstico:

“Una herida es la interrupción de las estructuras y función anatómicas normales, resultante de procesos patológicos que se inician interna o externamente al órgano(s) afectado(s). La dehiscencia ocurre cuando una herida no cicatriza adecuadamente, las capas de piel o tejido pueden separarse. Esto sucede casi siempre antes de que se forme el colágeno (3 a 11 días después de la herida). La dehiscencia es la separación parcial o total de las capas de la herida.”¹²

Objetivo:

Favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica y evitar mayores complicaciones.

¹² Potter Patricia A., Griffin Perry Anne, (2002). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid España. Ed. Mosby., Vol. II., 5ta edición, p. 1581.

Intervenciones / Fundamentación:

- Valorar la herida quirúrgica.

La valoración frecuente asegura el reconocimiento inmediato y el tratamiento de posibles mayores complicaciones o su mejora.

- Realizar curación de la herida quirúrgica con isodine.

Las metas básicas de la acción de enfermería en la atención de pacientes con heridas son: promover la cicatrización tisular, evitar el desarrollo de infecciones en la herida y promover la comodidad del paciente.

- Proporcionar dieta rica en proteínas (leguminosas, leche, carne, pescado, verduras y frutas).

Las proteínas constituyen y reparan tejidos corporales, formando parte de las estructuras de protección y sostén del organismo.

- Orientar acerca del baño de regadera diario, secando perfectamente alrededor de la herida quirúrgica.

El baño abre los poros de la piel y permite la limpieza de exudados, que facilita la transpiración del cuerpo y disminuye la proliferación de microorganismos.

- Aplicar cremas humectantes en la piel para ofrecer sensación de bienestar.

La humectación de la piel ayuda a prevenir la proliferación de microorganismos y posibles lesiones en zonas de frecuente fricción.

- Colocar vendaje abdominal después de la curación.

La fuerza y compresión que realiza el vendaje sirve como soporte para la movilización y evita el contacto directo de la herida con el medio ambiente.

- Ministrar fármacos prescritos:

Ampicilina IV 1 gr c/6 horas (2, 8, 14 y 20 horas).

La ampicilina es un antibiótico que está indicado para el tratamiento de infecciones debidas a cepas susceptibles de bacterias gramnegativas y grampositivas, ya que tiene efecto bactericida e interfiere con la síntesis de la pared bacteriana y facilita su destrucción; esta acción es producto de inhibir la síntesis de peptidoglicano, componente heteropolímero de la pared celular que provee su estabilidad mecánica y rigidez.

Metronidazol 500 mg IV c/8 horas (8,16 y 24 horas).

El metronidazol es un fármaco antiprotozoárico ampliamente conocido por su acción amebicida y que cuenta con un importante espectro antibacteriano sobre los microorganismos anaerobios responsables de infecciones graves de tipo septicémico, su acción se ejerce fundamentalmente a nivel celular, produciendo metabolitos que inhiben la síntesis de DNA, esto le confiere un verdadero efecto bactericida para anaerobios.

Ejecución:

- Se valoró el estado de la herida quirúrgica.
- Se realizaron las curaciones y vendajes pertinentes.
- Se verificó que La Sra. Virginia llevara a cabo el baño y aplicación de humectantes de la piel.

Evaluación:

La piel recupera de manera progresiva la integridad, la herida quirúrgica se muestra con bordes afrontados, sin salida de líquido o datos de infección.

Diagnóstico:

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con alimentación deficiente en calidad y cantidad, manifestado por abdomen globoso (panículo adiposo).

Fundamentación del diagnóstico:

“A fin de que una persona funcione en su nivel óptimo, debe consumir las cantidades adecuadas de alimento que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana. Una mala dieta y hábitos alimenticios aumentan el riesgo de experimentar un aumento de peso, en relación con la ingesta que excede las necesidades metabólicas.”¹³

Objetivo:

La Sra. Virginia recuperará su estado nutricional mediante una dieta adecuada en calidad y cantidad.

¹³ Witter Dugas Beverly, (2000). *Tratado de enfermería práctica*, 4ta edición, México, Ed. McGraw-Hill, p. 207.

Intervenciones / Fundamentación:

- Informar sobre una dieta recomendable.

El plato del bien comer es la representación gráfica propuesta para México en el proyecto de Norma Oficial Mexicana para brindar orientación acorde a las necesidades y características de los mexicanos (tiene alimentos que acostumbramos comer en México Anexo 1). El objetivo de una adecuada ingesta de alimentos durante este período es mantener un buen estado nutricional de la madre y recuperar las pérdidas del parto, así como una producción adecuada de leche.

- Ingerir alimentos ricos en fibra como cereales, manzana, etc. por lo menos 4 veces por semana.

El consumo de alimentos ricos en fibra contribuye a la digestión por que aumenta el bolo fecal a través d al absorción de agua y reduce el tiempo de transito y la irritación de las paredes del intestino al paso de las heces.

- Informar sobre la importancia de ingerir por lo menos 8 vasos de agua diariamente.

Los líquidos deben ingerirse en mínimo de 2 a 3 litros diarios incluyendo la leche, con el fin de favorecer los procesos metabólicos de eliminación durante el puerperio, favorecer la eliminación intestinal y ayudan al reblandecimiento de las heces y a la producción de leche materna.

- Establecer horarios y lugares fijos de comida.

Esto contribuye a no dejar periodos de ayuno prolongado y evita el padecer enfermedades por la falta de higiene y probables anemias o desnutrición tanto de la mujer como del bebé.

- Canalizar con el nutriólogo.

El nutriólogo es la persona que tiene la especialidad en esta área y junto con la enfermera pueden orientar mejor a la paciente sobre su peso y los alimentos que puede o no comer y cuales disminuir o aumentar (ver plan de alta).

Ejecución:

- La Sra. Virginia mostró mayor gusto por los vegetales y leguminosas en sus comidas.
- La Sra. Virginia tomó al menos un litro de agua al día.
- La Sra. Virginia ingirió alimentos en horarios preestablecidos.

Evaluación:

La Sra. Virginia mostró una ingesta total de los alimentos durante su hospitalización los cuales eran adecuados y nutritivos para su salud.

Diagnóstico:

Dolor agudo relacionado con curación de la herida quirúrgica, manifestado por llanto, expresión facial y verbal.

Fundamentación del diagnóstico:

La curación de heridas infectadas tiene como objetivos: “activar la cicatrización por curación húmeda, favorecer el rápido crecimiento de tejido de granulación y epitelial; con lo cual una limpieza vigorosa utilizando una cantidad excesiva de fuerza mecánica puede provocar estimulación de terminaciones nociceptivas.”¹⁴

Objetivo:

Disminuir al máximo la sensación del dolor para que La Sra. Virginia colabore lo más satisfactoriamente en su cuidado.

¹⁴ Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, (2004). *Fundamentos de enfermería.*, 3ra edición, México, Ed. Manual Moderno, , p. 78.

Intervenciones / Fundamentación:

- Valorar las características del dolor.

Las características del dolor valoran el tipo de intervención que puede aliviarlo. El uso de instrumentos para cuantificar la cantidad y el grado de dolor dependen si el cliente este cognitivamente despierto y es capaz de entender las instrucciones de la enfermera. Las características a valorar son: inicio y duración, localización, intensidad y factores agravantes o precipitantes.

- Administrar fármaco prescrito Ketorolaco 1 ampola IV c/8 hrs (8, 16 y 24 horas).

Es un analgésico cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la ciclooxigenasa y, por consiguiente, de la síntesis de las prostaglandinas y no tiene ningún efecto sobre los receptores de los opiáceos. Además, no afecta de forma importante al SNC en los animales y carece de propiedades sedantes o ansiolíticas. No es un opiáceo ni se ha descrito ningún efecto suyo sobre los receptores centrales para los opioides. Carece de efectos intrínsecos sobre la respiración y no potencia la sedación ni la depresión respiratoria relacionada con los opioides.

- Aplicar compresas calientes alrededor de la herida quirúrgica.

El calor ayuda a disminuir espasmos musculares dando por resultado la relajación de los músculos y disminución del dolor.

- Proporcionar masajes en los sitios de dolor durante 5 minutos.

El masaje contribuye a un aumento de la circulación y estímulo de terminaciones nerviosas.

- Emplear prácticas distractoras como: leer, escribir, oír música, platicar, etc. durante la curación.

Los distractores contribuyen al alivio del dolor en menor grado.

- Realizar cambios de posición cada 4 horas y mantener una alineación adecuada.

Disminuyen la tensión muscular en el área afectada y mantiene el funcionamiento corporal en equilibrio del sistema circulatorio junto con aparatos musculoesquelético, respiratorio y urinario.

- Explicar en forma clara la importancia del procedimiento de la curación de la herida quirúrgica.

El conocimiento de los procedimientos en forma clara disminuyen la ansiedad de la paciente y ofrece mayores posibilidades de colaboración.

- Enseñar a la Sra. Virginia técnicas de relajación y respiración cuando el dolor sea muy intenso.

Las inspiraciones y exhalaciones lentas y profundas contribuyen a la relajación de los músculos. La relajación del cuerpo causa una sensación de bienestar.

Ejecución:

- Se ministró el fármaco prescritos en los horarios establecidos.
- Se colocaron las compresas calientes y se dio el masaje en el sitio de dolor.
- Se realizarón cambios de posición cada 4 horas.
- Se implementaron pláticas con la Sra. Virginia durante las curaciones.

Evaluación:

La Sra. Virginia refirió disminución del dolor durante la curación y al término de esta continua con sus actividades con mayor calma y alivio.

Diagnóstico:

Conocimientos deficientes sobre el proceso reproductivo, lactancia materna y cuidados al recién nacido, relacionados con falta de información manifestados por aplicación de una incorrecta técnica de amamantamiento y miedo en el manejo del recién nacido.

Fundamentación del diagnóstico:

“Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos, por tanto la falta de información conlleva a no poder mantener o recobrar la salud.”¹⁵

Objetivo:

Conocerá la técnica de amamantamiento e importancia de la lactancia materna para su beneficio y el del recién nacido.

¹⁵ Riopelle Lise, et.al., Óp. cit., p. 68

Intervenciones / Fundamentación:

- Dar a conocer de forma demostrativa la técnica de amamantamiento y explicar su importancia, para que posteriormente la Sra. Virginia nos muestre como amamantar su bebé.

La aplicación de una técnica correcta contribuye a disminuir los riesgos de broncoaspiración del bebe mientras la madre está dando de lactar al bebé.

- Proporcionar masaje en las mamas, de la parte distal a la proximal de la mama con las yemas de los dedos realizando una leve presión y con movimientos circulares.

El masaje favorece la circulación y producción de la leche materna por que el calor dilata los conductos lactíferos.

- Después de alimentar al recién nacido hacerlo eructar.

Esto evita que el estomago del bebé contenga aire y se distienda el abdomen.

- Colocar al bebé en decúbito lateral izquierdo al terminar de amamantarlo.

Esto evita la regurgitación y por lo tanto una posible broncoaspiración del bebé.

- Informar sobre los cambios que se producen en la mujer durante la etapa reproductiva (cambios emocionales, físicos, hormonales y anatómicos), así como sus cuidados y los del recién nacido.

El implementar cuidados y tener los conocimientos necesarios sobre el proceso reproductivo contribuyen al bienestar propio y de la familia.

- Recomendar sobre una dieta recomendable para la mujer durante la lactancia.

El objetivo de una adecuada ingesta de alimentos durante este período es mantener un buen estado nutricional de la madre y recuperar las pérdidas del parto, así como una producción adecuada de leche.

Ejecución:

- Se mostró la técnica adecuada de la lactancia materna explicando sus beneficios tanto para la Sra. Virginia como para el recién nacido.
- Se explicó la importancia de conocer su cuerpo, los cambios durante el embarazo y después de este para que la Sra. Virginia identifique lo que es normal o no.
- Se mostró como cuidar al recién nacido, desde el baño hasta el cómo dormirlo.

Evaluación:

La Sra. Virginia conoció la manera adecuada de realizar la lactancia materna, así como sus beneficios y cuidados y en próximos embarazos tendrá los conocimientos adecuados para tener un embarazo satisfactorio al igual que su recuperación.

Diagnóstico:

Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con infección, manifestado por dehiscencia de herida quirúrgica.

Fundamentación del diagnóstico:

“La infección de heridas es el segundo tipo de infecciones nosocomiales (relacionada con hospital) en frecuencia [...]. Una herida está infectada si de ella sale material purulento, aunque no se haya tomado aun muestra para cultivo o de resultados negativos [...]. Una herida contaminada o traumática puede mostrar signos de infección bastante pronto, en el plazo de 2 a 3 días.”¹⁶

Objetivo:

Disminuir al máximo la infección para una pronta y optima cicatrización de la herida

¹⁶ Potter Patricia A., et. al., Ibid., p. 1573.

Intervenciones / Fundamentación:

- Realizar la curación diaria de la herida quirúrgica.

Las metas básicas de la acción de enfermería en la atención de pacientes con heridas son: promover la cicatrización tisular, evitar el desarrollo de infecciones en la herida y promover la comodidad del paciente.

- Cambiar los apósitos después de cada curación.

Se cambian el apósito cuando esté húmedo, pero nunca con mayor frecuencia de la necesaria, porque cada vez que se descubre una herida aumenta la posibilidad de inicio de una infección.

- Ministrar fármacos prescritos:

Ampicilina IV 1 gr c/6 horas (2, 8, 14 y 20 horas).

La ampicilina es un antibiótico que está indicado para el tratamiento de infecciones debidas a cepas susceptibles de bacterias gramnegativas y grampositivas, ya que tiene efecto bactericida e interfiere con la síntesis de la pared bacteriana y facilita su destrucción; esta acción es producto de inhibir la

síntesis de peptidoglicano, componente heteropolímero de la pared celular que provee su estabilidad mecánica y rigidez.

Metronidazol 500 mg IV c/8 horas (8,16 y 24 horas).

El metronidazol es un fármaco antiprotozoárico ampliamente conocido por su acción amebicida y que cuenta con un importante espectro antibacteriano sobre los microorganismos anaerobios responsables de infecciones graves de tipo septicémico, su acción se ejerce fundamentalmente a nivel celular, produciendo metabolitos que inhiben la síntesis de DNA, esto le confiere un verdadero efecto bactericida para anaerobios.

- Lavar y secar correctamente la herida quirúrgica.

El baño abre los poros de la piel y permite la limpieza de exudados, que facilita la transpiración del cuerpo y disminuye la proliferación de microorganismos.

- Valorar la herida quirúrgica en busca de evolución de los datos de infección (prurito, eritema, pus).

La valoración deberá hacerse con buenas condiciones de iluminación y con las mayores medidas de asepsia posibles para valorar: presencia de hemorragias, forma, longitud y extensión de la herida, etc.

Ejecución:

- Se lavó y secó perfectamente la herida quirúrgica, cambiando el apósito.
- Se ministraron los antibióticos prescritos en sus horarios.
- Se valoró la herida quirúrgica.

Evaluación:

La herida quirúrgica se mostró sin datos de infección y con los bordes afrontados correctamente.

Diagnóstico:

Deterioro del patrón de sueño relacionado con dolor manifestado por irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.

Fundamentación del diagnóstico:

“El dolor agudo tiene un inicio rápido, variando de intensidad (de leve a intenso), y es de corta duración, y se percibe en el sistema reticular activador (SRA) localizada en el tronco superior cerebral donde también se activa el sueño.”¹⁷

Objetivo:

Disminuir en lo posible los factores externos e internos que interfieren en el sueño.

Intervenciones / Fundamentación:

- Colocar en posición cómoda (semi-fowler) con algunos aditamentos como almohadas.

La posición de semi-fowler favorece la relajación de músculos y por consiguiente la disminución del dolor, las almohadas evitan el movimiento brusco de extremidades.

¹⁷ Potter Patricia A., et. al., Ibid., p. 1311.

- Proporcionar un ambiente adecuado cerrando cortinas o persianas, apagar la luz y disminuir en lo posible los ruidos.

La disminución de factores externos e internos que afectan el descanso y sueño proporcionan la satisfacción de esta necesidad y que la paciente no se encuentre irritable.

- Realizar actividades según el interés y grado de movilidad de la paciente como movimientos pasivos, deambulación, lectura, pláticas con las compañeras de cuarto.

Las actividades realizadas producen un gasto de energía y por consiguiente el descanso contribuye a la reposición de esta.

- Proporcionar masaje corporal.

Proporciona comodidad al paciente, ayuda a nutrir zonas de presión, favorece la circulación y el descanso e induce el sueño.

- Realizar baño en regadera con agua tibia.

El agua tibia relaja los músculos y favorece el descanso.

Ejecución:

- La Sra. Virginia realizó actividades durante su hospitalización como el cuidado de su hijo, deambulación en el cuarto y platica con las demás pacientes.
- Se colocó a la Sra. Virginia en posición de semi-fowler al dormir o descansar.
- Durante los periodos de sueño se procuró correr las cortinas y apagar las luces cuando fuese posible.
- La Sra. Virginia realizó su baño en regadera y posteriormente se le dió masaje en la espalda, brazos y piernas.
- Se insistió a la Sra. Virginia en que caminara.

Evaluación:

Con la realización de las actividades antes mencionadas, la Sra. Virginia refirió tener mayor descanso y se mostró menos irritable, así mismo concilió mejor el sueño.

Diagnóstico:

Déficit del aseo bucal relacionado con mala técnica de cepillado y ausencia de la misma manifestado por presencia de caries y sarro alrededor de los molares.

Fundamentación del diagnóstico:

“El mal cepillado hace un medio propicio para la proliferación de bacterias que aumenta el riesgo de caries y de enfermedad periodontal (piorrea).”¹⁸

Objetivo:

Procurar que la paciente lleve a cabo su técnica de cepillado adecuadamente.

Intervenciones / Fundamentación:

- Dar a conocer y mostrar la técnica correcta de cepillado dental realizándolo 3 veces al día.

Los cuidados de la boca incluyen la atención regular del dentista y el aseo adecuado de los dientes. El cepillado dental elimina las partículas de alimentos que hacen un medio propicio para la proliferación de bacterias. Asimismo, da

¹⁸ Witter Dugas Beverly, Ibídem, p. 514.

masaje a las encías y estimula la circulación. Ayuda a conservar húmeda y limpia la lengua, las mucosas de la boca y los labios (Anexo 3).

- Dar a conocer la importancia de la revisión dental de 1 a 2 veces al año.

Para tratar o prevenir la formación de caries y la presencia de posibles complicaciones o enfermedades.

- Fomentar la ingesta adecuada de alimentos con alto contenido de calcio y flúor y disminuir el consumo excesivo de carbohidratos (dulces, chocolates, refrescos, etc.).

La ingesta de nutrientes ricos en calcio y flúor contribuye al fortalecimiento del esmalte y composición de los dientes. El consumo moderado de carbohidratos previene la formación de caries.

- Dar a conocer la importancia y uso del hilo dental.

El hilo dental remueve los residuos de alimentos de los lugares donde el cepillo no llega.

- Fomentar el cambio de cepillo dental cada 3 meses.

Las cerdas del cepillo dental se desgastan y no limpian adecuadamente la dentadura y cavidad oral.

Ejecución:

- Se mostró a la Sra. Virginia la técnica correcta de cepillado y el uso de hilo dental.
- Se proporcionó información sobre el cuidado dental y la importancia para su salud.
- Se enseñó a la Sra. Virginia que alimentos contienen calcio y cuales le producen caries.

Evaluación:

La Sra. Virginia mostró mayor interés por su salud dental y maneja mejor la técnica de cepillado.

Diagnóstico:

Deterioro de la deambulación relacionado con dolor y venoclisis manifestado por poca deambulación y espalda encorvada durante esta actividad.

Fundamentación del diagnóstico:

“El dolor es uno de los fenómenos de defensa corporales del ser humano e indica que la persona experimenta un problema, por lo tanto impide la realización adecuada de las actividades entre ellas la deambulación que provoca evitar deterioro muscular y beneficia la involución uterina.”¹⁹

Objetivo:

Que la Sra. Virginia se movilice con la mayor facilidad y de manera progresiva.

Intervenciones / Fundamentación:

- Proporcionar información sobre los beneficios de la deambulación y movilización durante el puerperio.

Mantener la posición sentada e iniciar la deambulación precoz a fin de facilitar el drenaje de los loquios.

¹⁹ Wolff Luverne, (1988). *Curso de enfermería moderna.*, 7ta edición, México, Ed. Harla, , p. 574.

- Colocar vendaje abdominal compresivo.

La fuerza y compresión que realiza el vendaje sirve como soporte para la movilización.

- Proporcionar a la Sra. Virginia un tripie para que se le facilite la deambulaci3n y manejo de su soluci3n.

Los aditamentos para la deambulaci3n (triple) evitan realizar esfuerzos mayores ya que se pueden mover con facilidad.

- Mantener alineaci3n corporal correcta y cambios frecuentes de posici3n por lo menos cada 2 horas.

La alineaci3n corporal y cambios de posici3n previenen contracturas o lesiones cut3neas y mantiene un tono muscular adecuado.

- Realizar ejercicios pasivos cada 4 horas, en serie de 10 en cada miembro (flexi3n, extensi3n, rotaci3n, abducci3n, aducci3n, etc.) conforme lo tolere.

Los ejercicios pasivos contribuyen a la movilizaci3n de extremidades y disminuye la posibilidad de atrofia de los m3sculos.

Ejecución:

- Se colocó vendaje abdominal compresivo después del baño de la Sra. Virginia.
- Se colocó la solución de la Sra. Virginia en un tripie para la deambulaci3n.
- Se procur3 que la Sra. Virginia mantuviera alineada su espalda durante la deambulaci3n.
- Se realizaron ejercicios de flexi3n, extensi3n, rotaci3n, abducci3n, aducci3n, etc. cada 4 horas.

Evaluaci3n:

La Sra. Virginia mostr3 mayor seguridad y fuerza al deambular, moverse y levantarse de la cama.

Diagnóstico:

Lactancia materna ineficaz relacionada con déficit de conocimientos e interrupción de la lactancia manifestada por aplicación incorrecta de la técnica de amamantamiento.

Fundamentación del diagnóstico:

La lactancia materna es una función natural, pero no necesariamente un instinto natural en las madres. La mayoría de las madres tienen pocos conocimientos sobre la lactancia materna por lo cual requieren educación durante el embarazo para brindarles alternativas sobre cómo y con qué alimentar a sus bebés; también requieren apoyo, estímulo y asistencia después del nacimiento para establecer, mantener y disfrutar de la alimentación y el cuidado de sus bebés para evitar complicaciones.

Objetivo:

Enseñar a la Sra. Virginia a aplicar correctamente la técnica de amamantamiento y extracción manual de leche.

Intervenciones / Fundamentación:

- Corregir de manera demostrativa la técnica de amamantamiento.

Una técnica correcta de amamantamiento favorece una buena alimentación del recién nacido (Anexo 2).

- Enseñar a la Sra. Virginia la técnica de extracción de leche para que esta se siga produciendo.

La extracción manual de la leche ayuda a aumentar la cantidad, prevenir o aliviar el endurecimiento de los senos, para su conservación en situaciones especiales, para continuar la lactancia exclusiva en los hijos de madres trabajadoras o cuando la madre o el niño deben ser hospitalarios.

- Mencionar la importancia y beneficios de la lactancia materna al recién nacido.

La lactancia materna presenta una serie de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional.

- Hacer hincapié en que la paciente lleve a cabo una dieta recomendable y con ingesta adecuada de líquidos.

El objetivo de una ingesta recomendable de alimentos durante este período es mantener un buen estado nutricional de la madre y recuperar las pérdidas del parto, así como una producción adecuada de leche (Anexo 5).

- Dar masaje en forma circular a cada mama por 5 minutos.

Esto favorece la descongestión de las mamas y salida de leche.

Ejecución:

- Se dió la información necesaria a la Sra. Virginia sobre la lactancia materna, sus beneficios y formas de amamantamiento.
- Se proporcionó agua a la Sra. Virginia para favorecer la producción de leche.
- Se informó a la Sra. Virginia sobre la importancia de una dieta adecuada.
- Se dió masaje en las mamas a la Sra. Virginia.

Evaluación:

La Sra. Virginia mostró interés por alimentarse en forma adecuada y realiza correctamente la técnica de amamantamiento y extracción de leche.

Diagnóstico:

Estreñimiento relacionado con malos hábitos alimenticios manifestado por heces duras, secas y de color paja.

Fundamentación del diagnóstico:

“Los malos hábitos alimenticios influyen en la eliminación. Una alimentación diaria equilibrada ayuda a mantener un ritmo regular del peristaltismo producto de las contracciones de las paredes intestinales dando lugar al reflejo de la defecación.”²⁰

Objetivo:

Procurar que la Sra. Virginia evacue adecuadamente y sin molestias.

Intervenciones / Fundamentación:

- Ingerir alimentos que contengan fibra como cereales, pan integral, manzana, etc.

Es necesaria suficiente fibra en la dieta para producir un volumen fecal y estimular la defecación.

²⁰ Patricia A Potter., et. al., Óp. cit., p. 1465.

- Tomar por lo menos 8 vasos de agua diariamente.

Cuando las personas ingieren pocos líquidos o las pérdidas son excesivas por alguna razón (loquios, lactancia materna), el organismo sigue absorbiendo líquido del quimo, cuando pasa a través del colon. Esto hace que aparezcan heces duras.

- Tomar agua o té caliente en ayunas.

Los líquidos calientes estimulan el movimiento de peristaltismo del intestino.

- Realizar alguna actividad física o deambulación.

Ayuda a mantener el tono muscular y estimula el peristaltismo, y de esta forma facilita el movimiento del quimo a lo largo del colon.

- Promover medidas para evitar o aliviar la tensión como baños con agua caliente, lectura, caminatas, etc.

Los estados emocionales intensos, inhiben el peristaltismo a través de la acción de la epinefrina y sistema simpático.

- Procurar que haya intimidad para la defecación.

Disponer de facilidades para ir al baño, tener el hábito de defecar a horas regulares en que se dispone de tiempo son cosas que contribuyen a la satisfacción de esta necesidad.

- Establecer horarios de comida.

Comer en horarios irregulares altera la defecación regular por que se altera el patrón de actividad peristáltica del colon.

Ejecución:

- A la Sra. Virginia se le proporcionó dieta rica en fibra y con abundantes líquidos en horarios establecidos.
- Por las mañanas se procuró que la Sra. Virginia tomara algún líquido caliente.
- Se animaba a la Sra. Virginia a caminar en su habitación e ir al baño a defecar.

Evaluación:

La Sra. Virginia refirió mayor facilidad al evacuar y describió que sus heces eran más blandas.

8. PLAN DE ALTA.

Nota de egreso de la paciente:

Egresada del servicio de hospitalización la Sra. Virginia de 30 años conciente, orientada en sus tres esferas, conjuntivas normocrómicas, buena coloración de tegumentos, mucosa oral y narinas permeables, campos cardiopulmonares sin compromiso, mamas simétricas con secreción láctea, ruidos intestinales presentes, abdomen blando depresible con herida quirúrgica limpia con bordes bien afrontados, sin datos que muestren residuos de infección, loquios serohemáticos escasos, canaliza gases, evacua y micciona sin problema, miembros pélvicos sin edema.

Signos y síntomas de alarma para asistir a urgencias:

- Que aparezca sangrado rojo brillante.
- Sangrado abundante o de mal olor.
- Fiebre con o sin escalofríos.
- Área localizada enrojecida, caliente o dolorosa en las mamas.
- Molestia o sensación de quedarse con ganas al orinar.
- Dolor o sensibilidad en la parte baja del abdomen.
- Dolor en la herida quirúrgica o salida de secreción con sangre o pus y con mal olor.
- Ansiedad o irritabilidad.

Recomendaciones sobre la dieta:

- Lavado de manos previo a cualquier manipulación.
- Lavado de boca y dientes después de los alimentos.
- Consumir los alimentos a temperatura ambiente.
- El tiempo de ingesta de alimentos debe ser en un tiempo aceptable.
- Consumir alimentos de los tres grupos.
- Deben ser alimentos suficientes en calidad y cantidad.
- Establecer horarios fijos de comida.
- Tomar abundantes líquidos de preferencia 2 litros diarios o más.
- Consumir alimentos ricos en fibra como manzanas, pan integral y cereales.
- Alimentos recomendados:

Cereales y tubérculos.	Pan, tortilla, arroz inflado, atoles, hojuelas de maíz, galletas, maíz palomero, papa, etc.	
Leguminosas.	Frijol, haba, lenteja, arvejonas, soya, germinados, garbanzo, etc.	
Verduras.		
Abundantes:	Moderado:	
Acelgas, apio, berro, brócoli, cilantro, col, coliflor, chayote flor de calabaza, chícharo, etc.	Betabel, calabaza, cebolla, chile, hongos, quelites, zanahoria, etc.	

Frutas.		
Alto contenido en fibra:	Mediano contenido en fibra:	Bajo contenido en fibra:
Fresa, granada, guayaba, pera, tunas, etc.	Capulín, ciruela, chabacano, durazno, higo, lima, mandarina, mango, manzana, naranja, papaya, piña, etc.	Ciruela pasa, jícama, mamey, manzana, melón, pasas, plátano, sandía, toronja, uvas, etc.
Alimentos de origen animal.		
Contenido bajo en lípidos:	Contenido medio en lípidos:	Contenido alto en lípidos:
Res (falda, filete, aguayón), cordero (pierna, costilla, lomo), ternera (pierna, costilla, lomo), pollo, conejo, pescado, mariscos, clara de huevo, queso (cottage y requesón).	Res (chuleta, espaldilla, maciza), cerdo (jamón, lomo, espaldilla), cordero (pierna), vísceras (corazón, riñón, molleja, sesos), huevo, queso (añejo y oaxaca).	Res (costilla o molida), cordero (pecho), cerdo, yema de huevo, embutidos (salchicha, mortadela, salami), chicharrón seco, chorizo.

FUENTE: Lic. Servin Rodas Ma. Del Carmen. (2003). Nutrición Básica y Aplicada., México., Ed. UNAM., , p. 172-179.

- Alimentos que debe disminuir en su dieta:

Grasas: manteca, mantequilla.
Irritantes: café, té, refresco, chile.
Embutidos: salchicha, jamón, salami, mortadela, tocino, chorizo, longaniza.
Harinas y pastas: sopa, galletas.
Dulces: chocolates, chicharrones, galletas, refresco.

FUENTE: Lic. Servin Rodas Ma. Del Carmen. (2003). Nutrición Básica y Aplicada., México., Ed. UNAM., p. 172-179.

Recomendaciones sobre los medicamentos:

Paracetamol (Acetaminofén).

Dosis: 1 tableta de 500 mg.

Efecto terapéutico: Analgésico y antipirético.

Efectos secundarios: Erupciones cutáneas, náuseas, vómito, dolor en el estomago (epigástrico), somnolencia, piel color amarillo (ictericia), anemia, daño al hígado (hepático), daño al riñón (renal).

Horario: 7 de la mañana, 3 de la tarde, 11 de la noche.

Modo de ministración: Vía Oral.

Recomendaciones: antes de los alimentos.

Cuidados generales:

- Planear por lo menos un periodo de reposo al día de ser posible cuando el bebé duerme. Si tiene otros niños pequeños en casa, analizar la posibilidad de que algún familiar la releve en su cuidado.
- Tratar de dormir bien por las noches.
- Tomar baño diario, recordando hacer aseo perineal del frente hacia atrás. Si se realizó episiotomía, los puntos se reabsorberán solos y no realizar duchas vaginales.
- Ingerir abundantes líquidos para favorecer la producción de leche, micción y evacuación.
- Sobre las tareas domésticas, evitar levantar objetos pesados por lo menos durante las primeras tres semanas posteriores al parto y continuar con ejercicios para fortalecer músculos.
- La actividad sexual es segura tan pronto como la secreción vaginal se ha vuelto blanca, en caso de episiotomía por lo menos después de un mes que haya sanado.
- Empezar a usar anticonceptivos tan pronto como se reanuden actividad sexual (solo puede utilizar algunos métodos como: el coito interrumpido, la lactancia materna o el preservativo).
- Durante el baño lavar con fricción suave y constante la herida, para luego enjuagar y secar perfectamente sin colocar cremas o lubricantes en esa área.
- Ir a retiro de puntos según lo indique el médico.

9. CONCLUSIONES.

El Proceso Atención de Enfermería facilita la identificación de problemas del paciente y sobre todo la jerarquización de estos, para implementar los cuidados necesarios y corregir estos, así como disminuirlos o prevenir los que pudieran surgir.

Si la profesión de enfermería sigue utilizando esta herramienta metodológica como lo es el Proceso Atención de Enfermería, podrá brindar un cuidado integral y continuo del paciente, sobre todo con calidad y calidez.

Hay que recordar que la base de la salud es la prevención, por lo cual en nuestro país se está fomentando esta actividad en beneficio de la población para la disminución de costos en la curación de enfermedades.

En cuanto al trabajar con un paciente en etapa reproductiva en este caso durante el puerperio complicado por dehiscencia de herida fue una experiencia única; ya que su manejo es delicado y como con todo paciente se debe de tener una gran responsabilidad en la realización de su cuidado por todas las complicaciones que estas conllevan y sobre todo porque se sabe que si algo le llegara a suceder no solo está en riesgo su vida sino también el bienestar de su hijo.

10. GLOSARIO.

- 1.- **Abducción:** acto de separar una parte del eje del cuerpo.

- 2.- **Aducción:** Movimiento pasivo o activo que acerca un miembro al plano medio.

- 3.- **Ansiolítico:** Sedante o tranquilizante menor que se emplea fundamentalmente para el tratamiento de episodios de ansiedad como los barbitúricos, las benzodiazepinas, la clorhexidona, la hidroxicina, el meprobamato y el tiamato.

- 4.- **Dehiscencia:** Separación de una incisión quirúrgica o ruptura del cierre de la herida.

- 5.- **Ejercicio activo:** Ejercicio muscular voluntario.

- 6.- **Ejercicio de resistencia:** Método para incrementar la fuerza de un músculo débil o lesionado.

- 7.- **Ejercicio isométrico:** Ejercicio activo que aumenta la tensión muscular aplicando una fuerza contra una resistencia estable.

- 8.- **Ejercicio isotónico:** Forma de ejercicio activo en donde el músculo se contraen y producen movimientos sin que se produzcan importante cambios en la resistencia, de forma que la fuerza de contracción permanece constante.
- 9.- **Ejercicio pasivo:** Ejercicio muscular producido por medios mecánicos.
- 10.- **Eversión:** Versión hacia fuera, especialmente de los tejidos que rodean un orificio.
- 11.- **Fanera:** Un término general para designar las estructuras permanentes de la piel, como las uñas, el pelo, etc.
- 12.- **Infección nosocomial:** Infección adquirida durante la hospitalización, frecuentemente producida por *Candida albicans*, *Escherichia coli*, etc...
- 13.- **Nociceptiva:** Un heptadecapéptido, también llamado orfanina FQ, ligando endógenos del receptor epiceno huérfano. Es expresado en las mismas aéreas del cerebro que procesan el dolor y tienen mecanismos celulares similares a los de los opioides pero ejercen efectos distintos sobre las respuestas nociceptivas.
- 14.- **Panículo:** Capa membranosa construida por las numerosas láminas de fascia que cubren distintas estructuras corporales.

- 15.- **Peristaltismo:** Contracción coordinada, rítmica y en series de la musculatura lisa que obliga a los alimentos a avanzar por el tubo digestivo, a la bilis a través del conducto biliar y a la orina a circular por los uréteres.
- 16.- **Piorrea:** Secreción de pus. Inflamación purulenta de los tejidos que rodean los dientes.
- 17.- **Placa dentobacteriana:** Capa compuesta de microorganismos que se fijan a los dientes y con frecuencia causan caries e infecciones en las encías.
- 18.- **Prostaglandina:** Uno de los diversos ácidos grasos no saturados de tipo hormonal que actúan en proporciones sumamente pequeñas sobre órganos diana locales.
- 19.- **Quimo:** Contenido viscoso, semilíquido presente en el estómago, durante la digestión de la comida.
- 20.- **Sarro:** sustancia amarillenta terrosa que se acumula en el cuello y corona de los dientes.
- 21.- **Supinación:** Uno de los tipos de rotación que permiten determinadas articulaciones esqueléticas como las del codo o las de las muñecas, que permiten volver la palma de la mano hacia arriba.

11. ANEXOS.

ANEXO 1.

PLATO DEL BIEN COMER.

El plato del bien comer es la representación gráfica propuesta para México en el proyecto de Norma Oficial Mexicana para brindar orientación acorde a las necesidades y características de los mexicanos. (tiene alimentos que acostumbramos comer en México).



FUENTE: <http://www.esuelapapadres.com/neiya/alimentacion/epdbc.htm>

Este esquema tiene como único propósito el ilustrar los grupos de alimentos y explicar a la población como conformar una dieta completa, equilibrada y lograr una alimentación saludable, para ello es necesario fomentar la combinación y la variación de alimentos.

Uno de los mensajes centrales recomienda que en cada comida, se incluya por lo menos un alimento de cada uno de los tres grupos.

En el Plato se evita dar recomendaciones de cantidades, ya que las necesidades nutrimentales difieren en forma muy notable con la edad, el tamaño corporal, el sexo, la actividad física y el estado en el que se encuentra la persona (crecimiento, embarazo, lactancia etc.) Por lo tanto no se recomiendan cantidades. (para mayores detalles consulta a tu nutriólogo).

ANEXO 2.

TECNICA DE AMAMANTAMIENTO.

POSICIÓN PARA AMAMANTAR.

Amamantar al bebé los primeros 6 meses es una propuesta saludable porque la leche materna es un alimento completo, es protectora por su composición especial que previene las infecciones, es económica porque se produce en forma natural por la madre y beneficiosa por la relación afectiva que se establece entre madre e hijo.

Busque las posiciones que le resulten cómodas. Es beneficioso que las combine.

Posición clásica.



Posición acostada.



Posición invertida o de balón de americano.



- Relájese, use almohadones para sostener la espalda y los brazos.
- Sostenga su pecho delicadamente con la mano abierta.



Coloque al bebé panza
con panza.

Estimule los labios del
bebé con su pezón hasta
que abra bien grande la
boca.



Lleve al bebé hacia su pecho.

La boca debe abarcar el
pezón y la aréola.



**Su bebé mama lo
suficiente cuando:**

- Mama 8 o más veces por día durante el primer mes.
- Lo escucha o lo ve tragar.
- Moja 6 a 8 pañales al día.

FUENTE: <http://mamamundo.netfirms.com/Informacion/lactancia/posiciones.htm>

ANEXO 3.

TECNICA CORRECTA DE CEPILLADO.

Para tener una adecuada higiene bucal, necesitas cepillar tus dientes con la Técnica correcta, Fíjate bien:

PASO 1.- CEPILLADO DE DIENTES SUPERIORES.



Coloca el cepillo a lo largo de la línea de la encía, en forma inclinada, cuando cepilles los dientes de arriba, realiza movimientos de barrido de arriba hacia abajo.

Este movimiento se realiza 10 veces, cada dos tres dientes. Cepilla la cara interna del diente (la del paladar).

PASO 2.- CEPILLADO DE DIENTES INFERIORES.

Para cepillar los dientes inferiores se empieza por la encía, con movimientos de abajo hacia arriba, barriendo la totalidad de la superficie dental. Este movimiento se realiza 10 veces, cada dos o tres dientes.



Procede a cepillar la cara interna del diente (la de la lengua).

PASO 3.- CEPILLADO DE LAS SUPERFICIES MASTICATORIAS.

Realiza movimientos circulares, tanto en las superficies dentales superiores como en las inferiores.

Esta acción se realiza 5 veces cada dos o tres dientes.



PASO 4.- CEPILLADO DE CARA INTERNA.

Coloca el cepillo verticalmente para cepillar la cara interna de los dientes de enfrente, tanto superiores como inferiores.

PASO 5.- CEPILLADO DE LA LENGUA.

Efectúa movimientos de barrido de atrás hacia adelante.

Evita llegar a la parte de atrás de la lengua, para evitar el reflejo del vómito.

FUENTE: <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=237>

ANEXO 4.

DEHISCENCIA DE HERIDA.

(Dehiscencia de Herida Quirúrgica, Dehiscencia de Herida Operativa, Dehiscencia)

Definición:

La dehiscencia de herida es la separación de las capas de una herida quirúrgica. Las capas superficiales o bien se separan o la herida completa se abre. Esta es una condición seria y requiere cuidado por parte de su médico.

Causas:

La dehiscencia de herida varía dependiendo del tipo de cirugía que tenga. La siguiente es una lista de causas generalizadas:

- Infección en la herida.
- Presión en las suturas.
- Sutures demasiado ajustadas.
- Lesión en el área de la herida.
- Tejido débil del músculo en el área de la herida.
- Técnica de sutura incorrecta usada para cerrar el área operativa.
- Mala técnica de cerrado en el momento de la cirugía.
- Uso de alta dosis de corticosteroides o por tiempo prolongado.
- Deficiencia severa de vitamina C (escorbuto).

Factores de Riesgo:

Los siguientes factores incrementan sus probabilidades de desarrollar dehiscencia de herida.

- Sobrepeso.
- Presión arterial alta.
- Edad avanzada.
- Mala nutrición.
- Sexo: femenino.
- Diabetes.
- Fumar.
- Tumor maligno.
- Presencia de una cicatriz anterior en el lugar de la incisión.

Síntomas:

Si experimenta uno o más de estos síntomas en el área quirúrgica, consulte a su médico.

- Sangrado.
- Dolor.
- Inflamación.
- Enrojecimiento.
- Fiebre.
- Suturas rotas.
- Herida abierta.

Diagnóstico:

Su médico le preguntará acerca de sus síntomas y examinará el área quirúrgica.

Las pruebas pueden incluir las siguientes:

-Pruebas de Laboratorio

Cultivos de la herida y tejido para determinar si hay una infección

Pruebas de sangre para determinar si hay una infección

-Estudios de Imagen

Radiografías para evaluar la extensión de la separación de la herida

Ultrasonido para evaluar si hay pus y bolsas de líquido

Tomografía computarizada para buscar pus y bolsas de líquido

Tratamiento:

-Terapia de Medicamentos:

Terapia de antibióticos.

-Tratamiento Médico:

Cuando es apropiado, cambios frecuentes en el vendaje de la herida para prevenir infecciones.

Cuando es apropiado, exponer la herida al aire para acelerar la curación y prevenir la infección, y permitir el crecimiento de nuevo tejido desde abajo.

-Intervención Quirúrgica:

Retiro quirúrgico de tejido muerto y contaminado.

Volver a suturar.

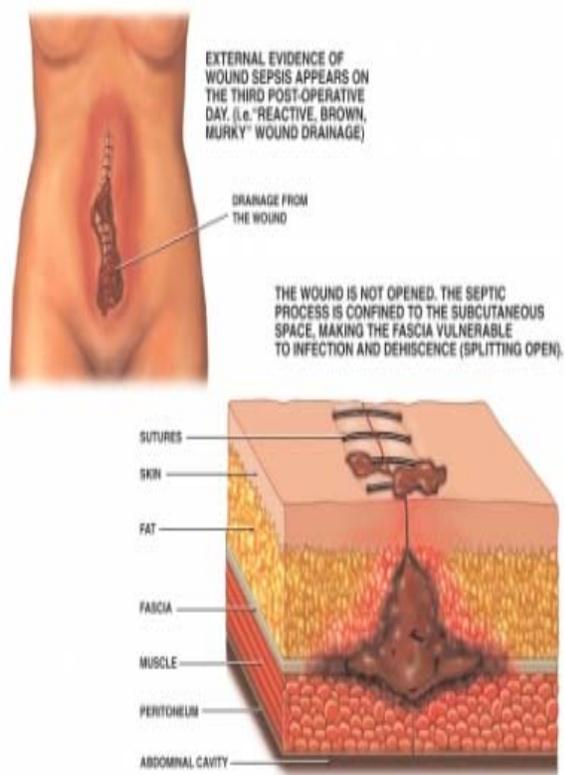
Prevención:

Cuando es apropiado, terapia de antibióticos antes de la cirugía.

Cuando es apropiado, terapia de antibióticos después de la cirugía.

Cuando use vendaje para heridas, mantenga presión ligera sobre la herida.

Mantenga limpia el área de la herida.



FUENTE: <http://www.facs.org/>

ANEXO 5.

MENÚ.

	Platillo.	Cantidad.	Equivalentes.
Desayuno.	* Jugo de naranja. * Melón en pedacitos. * Pan francés: - Pan bimbo. - Huevo. - Manquilla. - Miel. * Leche.	4 piezas. 1 taza. 3 piezas. 3 piezas. 1 pieza. 2 cuch. 2 cuch. 1 taza.	2 frutas. 1 fruta. 3 cereal. 1 carne. 2 grasas. 2 azúcar. 1 leche.
Comida.	* Sopa de fideo seco: - Fideo. - Jitomate. - Cebolla. - Ajo. * Pollo jardinero:	1 taza. 60 gr.	2 cereal y ½ verdura. 2 carne.

	<ul style="list-style-type: none"> - Muslo. - Nopales. - Zanahoria. - Calabacita. - Salsa de jitomate. - Aceite. * Frijoles de la olla. * Tortilla. * Gelatina de piña. * Agua de limón. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 taza. ½ litro. 1 cuch. ½ taza. 1 pieza. 1/3 taza. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 verdura. ½ verdura. 1 grasa. 1 leguminosa. 1 cereal. 1 azúcar. 1 fruta.
Cena.	<ul style="list-style-type: none"> * Torta de mortadela: - Bolillo (sin migajón). - Mortadela. - Frijoles. - Jitomate. - Lechuga. - Mayonesa. * Papaya. * Café con leche: 	<ul style="list-style-type: none"> 1 pieza. 30 gr. ½ taza. 2 reb. ½ taza. 1 cuch. ¾ taza. 1 taza. 2 cuch. 	<ul style="list-style-type: none"> 2 cereal. 1 carne. 1 leguminosas. 1 verduras. 1 grasas. 1 fruta. 1 leche. 2 azúcar.

	- Leche. - Azúcar.		
Refrigerio.	* Galletas con paté: - Paté. - Jitomate.	3 piezas. 1 cuch. 2 reb.	1 cereal. 1 grasa. 1 verdura.
Refrigerio.	* Galletas marías con ate: - Ate. - Guayaba.	4 piezas. 1 pieza.	1 cereal. 1 fruta.

FUENTE: Ana Berta Reno Del Gallo, Leticia Marvan Laborel., *Dietas. Los alimentos en la salud y enfermedad normales y terapéuticos.*, México., Ed. La Prensa Medica., 1996., 3ra. edición, p. 38.

12. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALFARO-LEFEVRE Rosalinda. (1996), *Aplicación del proceso de enfermería*. Madrid España, Ed. Mosby, 3ra edición, p. 254.
- 2.- Dr. SRUY DÍAZ KEYROS José Antonio, Dr. BARRAGÁN JAÍN. (2007), Ramón *Endonutrición. Estado del arte en nutrición clínica.*, Ed Intersismas, México p. 300.
- 3.- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM, Ed. Thompsom, 2007.
- 4.- Diccionario Mosby. Medicina, enfermería y ciencias de la salud. Ed. Elvester-Mosby, España, 2003, Vol. I y II, 6ta edición.
- 5.- ESPEJO SANCHEZ Ma. Dolores, ARMERO BARRANES David. (2004), *Procedimientos diarios en enfermería del adulto*. Murcia, Ed. Diego Martín Libero Editor, p. 374.
- 6.- FERNÁNDEZ FERRÍN Carmen, NOVEL MARTÍ, Gloria. (1992), *El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos*. Barcelona, Ed. Masson, p. 178.

- 7.- GARCÍA GONZÁLEZ Ma. De Jesús. (1997), *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México, Ed. Progreso, 1ar edición, p. 320.
- 8.- GRIFFINT Janet W., CHRISTENSEN Paula J. (1993), *Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México, Ed. Manual Moderno, p. 406.
- 9.- GUZMÁN CASTELAS Rico. (2005), *Fundamentos en ginecología y obstetricia.*, México. Ed. Méndez, 1ra edición, p 5176.
- 10.- LUIS RODRIGO Ma. Teresa. (2000), *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. Barcelona, Ed. Masson, p. 279.
- 11.- MARRINER TOMEY Ann, RAILE ALLIGOOD Martha. (2007), *Modelos y Teorías en enfermería*. España, Ed. Elversier-Mosby, 6ta edición, p. 838.
- 12.- MONDRAGON CASTRO Hector. (2005), *Gineco-obstetricia elemental.*, México, Ed. Trillas.
- 13.- NANDA. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2005–2006.*, Madrid España, Ed. Elsevier, 2005., p. 299.

- 14.- POTTER Patricia A., GRIFFIN PERRY Anne. (2002), *Fundamentos de Enfermería*. Madrid España, Ed. Mosby, Vol. I y II, 5ta edición, p. 1748.
- 15.- NORDMARK Madeleyn T., ROHWEDER Anne W. (1979), *Bases científicas de la enfermería*. México, Ed. Prensa Medica Mexicana, p. 812.
- 16.- PHANEUF Margot. (1999), *La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado*. México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, p. 284.
- 17.- RENO DEL GALLO Ana Berta, MARVAN LABOREL Leticia. (1996), *Dietas. Los alimentos en la salud y enfermedad normales y terapéuticos*. México, Ed. La Prensa Medica, 3ra edición, p. 158.
- 18.- RIOPELLE Lise, GRANDON Lovise, PHANEUF Margot. (1993), *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, p. 136.
- 19.- RIOPER Nancy, LOGAN W. Winifred, TIERREY Alison J. (1993), *Modelo de enfermería*. México, Ed. Interamericana, p. 359.
- 20.- ROSALES BARRERA Susana, REYES GOMEZ Eva. (2004), *Fundamentos de enfermería*. México, Ed. Manual Moderno, p. 636.

- 21.- STRIGHT R. Barbará. (1999), *Enfermería materno-neonatal*. Madrid España, Ed. McGraw-Hill, p. 295.
- 22.- TORTORA J. Gerard; REYNOLDS GRABOWSKI, Sandra. (2002), *Principios de anatomía y fisiología*. México D.F, Ed Oxford, 9na edición, p. 356.
- 23.- WESLEY Ruby L. (1997), *Teorías y modelos de enfermería*. México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2da edición, p. 179.
- 24.- WITTER DUGAS Beverly. (2000), *Tratado de enfermería practica*. México, Ed. McGram-Hill, 4ta edición, p.725.
- 25.- WOLFF Luverne, WEITZEL Marlene H., ZORNOW Ruth Ann, ZSOHAR Helen. (1998), *Biblioteca básica de enfermería*. México, Ed. Oxford-Harla, Tomo I, p. 981.
- 26.- WOLFF Luverne. (1988), *Curso de enfermería moderna*. México, Ed. Harla, 7ta edición, p. 574.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA.

- 1.- Coordinación de Biblioteca y Documentación Multimedia. Secretaría Académica. UNLZ., “Lista de fuentes bibliográficas. Presentación de bibliografía, referencias y notas en tesis y trabajos académicos.”, edición de Internet 5 Julio del 2003 ,
<http://www.unlz.edu.ar/biblioteca/tutores/tutor2c/dos.htm>, consultada 12 Junio de 2008.
- 2.- FLORES VILADRAZA Leticia., “El plato del bien comer.”, De cuadernos de Nutrición Volumen 26 Número 6 Nov - Dic 2003, edición de Internet,
<http://www.escuelaparapadres.com/neiya/alimentacion/epdbc.htm>, consultada 14 de Agosto del 2008.
- 3.- <http://mamamundo.netfirms.com/Informacion/lactancia/posiciones.htm>, consultada 28 Marzo del 2008.
- 4.- <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=237>, consultada 14 de Agosto del 2008.
- 5.- <http://www.facs.org/> , consultada 28 Marzo del 2008.