



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA  
PACIENTE CON PUERPERIO QUIRÚRGICO MÁS  
DEHISCENCIA DE HERIDA ADAPTADO AL MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
PRESENTA:

**FLORES MUÑOZ VERÓNICA BEATRIZ**

Nº cta.  
305066554

DIRECTORA ACADEMICO

---

E.E.C.V. SELENE MONTALVO ALVAREZ



MÉXICO 2013



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

**Que siempre ha estado a mi lado, porque me ha regalado enormes bendiciones y con ello una vida muy afortunada.**

### **A MIS PADRES**

**Ya que a ellos les debo la vida, los valores, principios y gran parte de lo que soy, este logro también es de ellos, los Amo.**

### **A MI DIRECTORA ACADEMICO**

**La profesora Selene Montalvo Álvarez por su inmensa paciencia y ayuda.**

## INDICE

1.-INTRODUCCIÓN	4
2.-JUSTIFICACIÓN	5
3.-OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1.-OBJETIVO GENERAL:	6
3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
4.- MARCO TEÓRICO	7
5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	44
5.1.- CLÍNICA DE ENFERMERÍA	44
5.1.1.-NOTA DE INGRESO	44
5.1.2.FICHA DE IDENTIFICACIÓN:	44
5.1.4.-TERAPEUTICA EMPLEADA	47
5.1.5.-EXAMENES DE LABORATORIO	47
6.-PLAN DE CUIDADOS	48
7.-PLAN DE ALTA	73
8.-CONCLUSIONES	77
9.- ANEXOS	78
8.1.- GUÍA DE VALORACION DE ENFERMERÍA	78
8.2.-GLOSARIO	83
10.-REFERENCIAS	84
9.1 BIBLIOGRAFÍAS	84
9.2 CIBERGRAFIA	85

# 1.-INTRODUCCIÓN

---

En la actualidad la incidencia de infección de una herida quirúrgica ocupa el tercer lugar en infección nosocomial reportada más a menudo; constituyen 14 a 16% aproximadamente de todas las infecciones nosocomiales en pacientes hospitalizados, siendo la principal causa de muerte materna en mujeres mexicanas. El papel de enfermería se centra en la promoción y prevención de dicha complicación postquirúrgica basada en el método científico que conocemos como proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta fundamental en la práctica de enfermería. Concebido en términos generales como un método ordenado y sistematizado para obtener información e identificar las necesidades e salud del individuo, la familia y la comunidad, cuya finalidad es la de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, priorizando necesidades, con el objetivo de otorgar calidad de vida satisfactoria.

El proceso de atención de enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otras personas que requieren de sus cuidados.. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud.

El presente PAE tiene por objeto analizar las intervenciones de enfermería en una persona que cursa con puerperio fisiológico, haciendo notar los cambios anatómicos y fisiológicos que suceden después del parto.

Así mismo se incluyen conceptos básicos del proceso de atención de enfermería y sus etapas, la jerarquización de necesidades enfocadas al modelo de atención de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas, el plan de cuidados de enfermería empleado en la persona durante su estancia hospitalaria así como el plan de alta que nos permitió evaluar la implementación de las acciones de enfermería para el mantenimiento y conservación de la salud.

Se comentan las conclusiones generales del trabajo, así como bibliografía básica, un glosario de términos técnicos y anexos para complementar las acciones de enfermería llevadas a cabo en este proceso.

## 2.-JUSTIFICACIÓN

---

La progresiva complejidad de la práctica de la enfermería en la sociedad moderna ha estimulado, en especial a partir del siglo XIX, la elaboración de diversas teorías sobre las cuales se han de cumplir los objetivos globales de esta profesión, así como el establecimiento de pautas capaces de definir de forma inequívoca las competencias y funciones propias del personal de enfermería, y criterios para evaluar la calidad de la asistencia prestada.

La enfermera profesional requiere del proceso de enfermería como método sistemático de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención de calidad y calidez del paciente, familia y sociedad. Esto permite dar una atención óptima satisfaciendo las necesidades que el paciente junto con su familia o sociedad requiere para una pronta recuperación, incorporación a su vida diaria o mantenimiento de la salud.

De esta manera el presente proceso atención de enfermería sirve como instrumento en la práctica del profesional asegurando la calidad de los cuidados que brinda al sujeto de atención. Además proporciona la base del fundamento científico en las acciones del que brinda cuidado. Asegurando la atención individualizada, ofrece ventajas en el proceso de evaluación para poder determinar el impacto de la intervención de enfermería sobre la persona.

El proceso de enfermería amplía actividades para beneficio del paciente, ya que es un medio del que dispone el personal de enfermería para demostrar el interés y responsabilidad dirigida hacia el paciente, tales como los cuidados realizados a pacientes que se encuentran cursando puerperio quirúrgico y con presencia de dehiscencia de herida secundaria a infección de la misma.

# 3.-OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

---

## **3.1.-Objetivo general:**

- ❖ Aplicar el proceso atención de enfermería basado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson a una paciente con dehiscencia de herida quirúrgica postcesárea, para así concretar los conocimientos teórico-práctico adquiridos en la formación académica como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

## **3.2.-Objetivos específicos:**

- ❖ Realizar una valoración correcta para detectar necesidades que se encuentran afectadas para así brindar cuidados adecuados y proporcionar tratamiento terapéutico oportuno.
- ❖ Identificar y comprender las necesidades de salud que se presentan en la persona con dehiscencia de herida quirúrgica durante su estancia hospitalaria.
- ❖ Formular diagnósticos, planear los cuidados e intervenciones de enfermería siempre priorizando las necesidades alteradas de la persona.
- ❖ Planear y ejecutar en forma sistemática los cuidados de enfermería fundamentados en bases científicas.
- ❖ Ejecutar el plan de cuidados y evaluar los resultados de éstos, reflejados en el estado de salud de la paciente.
- ❖ Brindar a la persona un cuidado holístico fundamentado en la calidez y calidad humana.

# 4.- MARCO TEÓRICO

---

## **4.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA**

---

La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Se considera ciencia o disciplina ya que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual; en otras palabras, se dedica al cuidado integral del individuo o la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Enfermería se caracteriza por el liderazgo, la toma de decisiones y enfoques para encontrar todas las necesidades de un paciente, no sólo sus preocupaciones de salud inmediatas. Implica tanto la enseñanza como el aprendizaje, la formación ética y legal, la capacidad de trabajar en equipo y técnicas de razonamiento rápido. Las obligaciones principales de una enfermera como parte del concepto de enfermería son promover el bienestar, prevenir la enfermedad y la lesión, brindar los cuidados propios de los enfermos así como de las personas que se encuentran en agonía, es la encargada de hacer lo que sea posible para aliviar el sufrimiento, siempre y cuando sean tanto éticas como legales.

Virginia Henderson fue una de las primeras autoras que intento esclarecer la naturaleza de la enfermería. Definió la enfermería en términos funcionales.

Afirmo que “la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios (...)” (Henderson, 1996).

## **4.2.-MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

---

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

El concepto de 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 sus necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

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

**Los criterios** de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia, de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales)

**Las causas de la dificultad** son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades; siendo estas:

**Falta de fuerza:** interpretamos por fuerza, no solo capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también a la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

**Falta de conocimientos:** en 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.

**Falta de voluntad:** entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado, es decir, de acuerdo a los niveles de relación enfermera paciente. (FERNANDEZ, 2000,pp1-10)

De acuerdo con definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, precisa su conceptualización de individuo o persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, y socioculturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que se debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su crecimiento y desarrollo. (RIOPELLE, 2000, pp 18)

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades, las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las

de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 11 a la 14 con la autorrealización (WESLEY, 1977 pp 24-25). De esta manera se considera que las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

### ***NECESIDADES BÁSICAS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.***

---

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ADECUADA.

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber nutrientes de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES.

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

Dormir y descansar es una necesidad de todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. NECESIDAD DE ESCOGER ROPA ADECUADA; VESTIRSE Y DESVERTIRSE.

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad del movimiento.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL ENTORNO.

Mantener una temperatura dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante.

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

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

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

La necesidad de comunicarse con los demás es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.

Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo ser humano; hacer ademanes, gestos y actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.  
Recrearse es una necesidad de divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud. (RIOPELLE, 1977).

15. SEXUALIDAD. Actualmente se está considerando una necesidad N.15 que corresponde a la sexualidad.

## ***VIRGINIA HENDERSON Y EL METAPARADIGMA***

---

### **A. Persona**

Ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende hacia la independencia. Es considerada como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad. Además de que se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

### **B. Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Implica la relación que uno comparte con su familia. 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. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

### **C. Salud**

Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano. Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. Salud es igual a Independencia. Es la habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

### **D. Enfermería**

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible

Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas), o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

### **4.3.-PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

---

#### **DEFINICIÓN:**

El proceso de atención 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. Es decir, 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.(IYER, 1997)

El proceso de enfermería tiene 6 propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica.

#### **ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

##### **VALORACIÓN**

Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. En la recopilación de datos intervienen el cliente, seres queridos y prestadores de atención sanitaria cuando se considera oportuno.

La valoración es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería.

Tipos de datos: los datos se clasifican según puedan ser observados, medidos y/o supuestos en:

Datos subjetivos: aquellos que se pueden observar y medir; por tanto, delatan una información exenta de parcialidad y concreta, por ejemplo:

- a. Signos vitales (respiración, pulso, temperatura, tensión arterial)
- b. Cantidad de fluidos (cantidad de orina)

- c. Pruebas de laboratorio (hematocrito, glucosa, etcétera).

Datos subjetivos: los que reflejan hechos y situaciones reflejados por el propio paciente. Comprenden las percepciones, sentimientos, pensamientos e ideas de la persona sobre si misma y sobre su situación de salud. Por ejemplo:

- a. Dolor
- b. Malestar
- c. Opresión
- d. Percepciones.

Métodos de recogida de datos:

1. Entrevista:  
Interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud relevantes.
2. Observación:  
Consiste en el uso de sentidos, donde los hallazgos identificados durante la observación, exige una nueva investigación, que puede confirmar o negar sus impresiones iniciales.
3. Exploración física.  
Ya sea cefalocaudal o por aparatos y sistemas emplea cuatro técnicas específicas:

Inspección: u observación cuidadosa y critica del usuario para determinar características físicas, como el tamaño, forma, posición localización anatómica, color, movimiento, simetría, etc.

Palpación: o uso del tacto para determinar características de estructuras situadas por debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión: o golpeteo suave con los dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que variaran dependiendo del tipo de estructura.

Auscultación: o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales, lo cual permite identificar la frecuencia, intensidad calidad y duración de los sonidos detectados. (Luis, 2000)

## DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.(IYER ,1977) Definida por la NANDA es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales.los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. (NANDA 1999, p.149).

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar.

Diagnóstico real: describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoyan en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas). (Luis, 2000, p.7)

Diagnostico de alto riesgo: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo (...) para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Incluyen factores de riesgo como son conductas, enfermedades o circunstancias (IYER, 1977, p95)

Diagnósticos de bienestar: describe respuestas humanas en un individuo familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior. (NANDA, 1999, p149).

## PLANEACIÓN

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnostico e enfermería. Durante la fase de planeación, se elaborarán los objetivos y las intervenciones de enfermería respectivamente de cada diagnostico.

Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos. (Iyer, 1977).



## EJECUCIÓN

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Es decir, se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos.

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

- 1) Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
- 2) Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
- 3) Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- 4) Preparar el entorno para llevar a cabo las actividades en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

La ejecución debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de atención de enfermería.

## EVALUACIÓN

La etapa final del proceso de enfermería, donde evaluar es comparar una situación con los resultados esperados; por consiguiente, la evaluación es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente.

Esta etapa es importante porque, además de conocer y medir el progreso de los pacientes basado en fuentes documentales, se pueden obtener resultados sobre la eficacia de los cuidados, en su conjunto.

#### **4.4.-PUERPERIO**

---

Se le llama puerperio al periodo que va desde la finalización del parto o cesárea hasta que el organismo materno regresa a su estado basal (previo al embarazo). Tradicionalmente, se considera que este periodo dura de 6-8 semanas. Pero no todos los sistemas de la mujer se recuperan en este tiempo, algunos estudios consideran que la mujer tardara un año en volver a su estado previo al embarazo. (CABERO. 2007, p479).

El puerperio se distingue de tres periodos según los protocolos de la SEGO (sociedad española de Ginecología y Obstetricia):

Puerperio inmediato: abarca desde el alumbramiento hasta las primeras 24 horas.

Puerperio mediato: desde las primeras 24 horas hasta 7 días después del nacimiento del neonato.

Puerperio tardío: a partir del 8vo día hasta los 42 días, incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales y la aparición de la primera menstruación así como la normalización de las funciones cardiovasculares y psicológicas que pueden requerir meses.

El cuadro clínico varía en la paciente, según se trate el puerperio inmediato, mediato y tardío:

Puerperio inmediato:

- Agotamiento físico
- Escalofríos
- Somnolencia
- Febrícula
- Bradicardia
- Loquios abundantes de aspecto hemático
- Coágulos sanguíneos
- Altura del fondo uterino: unos 4 cm( dos través de dedo) debajo de la cicatriz umbilical
- Útero contraído

Puerperio mediato:

- Recuperación parcial
- Temperatura y pulsos normales
- Loquios serohemáticos
- Fondo uterino progresivamente más bajo.

- Dolor a la contracciones uterina (“entuetos”)
- Puede existir depresión postparto en las mujeres que han tenido conflictos psico-emocionales durante el embarazo.

Puerperio tardío:

- Útero de tamaño normal que ocupa la cavidad pélvica.
- Loquios muy escasos y serosos. (MONDRAGON, 2001, p493)

Durante el puerperio, la nueva madre se ve sometida a diversos cambios, tanto físicos como psicológicos:

## CAMBIOS ANATÓMICOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

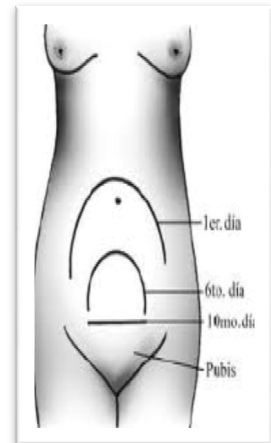
### Temblores posparto

Fenómeno se observa en un 25-50% de las mujeres (comienza 1-30min y cesa entre 2-60 min). El mecanismo es desconocido, probablemente hay varios factores implicados: hemorragia materna, termorregulación materna brusca a la separación de la placenta.

### Involución uterina

Inmediatamente después del alumbramiento, el útero se palpa como una estructura dura a nivel umbilical.

El fondo del útero se localiza cerca del ombligo las primeras 24 hrs. En la primera semana del puerperio, el útero está entre la sínfisis del pubis y el ombligo. El útero no es palpable dos semanas después de parto, y vuelve a su tamaño normal 6-8 semanas después del parto-cesárea.



El peso del útero pasa de 1000 g., inmediatamente después del parto- cesárea a 60 g de 6-8 semanas después.

### Involución del endometrio

Los loquios son la secreción posparto que procede de la cavidad endometrial:

- Primeros 3-4 días: loquia rubra (decidua necrótica, con sangre, tejido de granulación y restos de membranas).
- 5-7 días: loquios serosa, disminuye el sangrado y aumenta el exudado por lo que los loquios son más claros.

- En la tercera semana: loquia alba, aumenta la secreción mucosa y los leucocitos, lo que le confiere un aspecto blanquecino.

### Regeneración endometrial

Entre el 2º y 3º día después del parto, la decidua, se divide en dos:

- Una capa superficial necrótica, que se descama progresivamente, formando parte de los loquios.
- Una capa profunda, situada en contacto con el miometrio, que contiene los fondos de las glándulas endometriales, cuya proliferación dará lugar al nuevo endometrio.

La regeneración del endometrio es bastante rápida salvo en el sitio de inserción placentaria. Así este queda desarrollado a la tercera semana después del parto. Histológicamente presenta una reacción leucocitaria que no debe confundirse con una endometritis franca, sino que es un proceso reparador fisiológico.

### Vasos Uterinos

En el puerperio el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la Hemostasia Uterina Los vasos extrauterinos disminuyen hasta alcanzar el tamaño que tenían antes del embarazo. Los vasos uterinos se cierran por cambios hialinos, se reabsorben de manera gradual y son sustituidos por vasos más pequeños.

### Entuertos

Las contracciones uterinas durante el puerperio son proporcionalmente más intensas que durante el parto, pero menos dolorosas ya que no se dilata el cuello uterino ni se estira el suelo de la pelvis. Durante los primeros días del puerperio se perciben como episodios intermitentes de dolor localizados en la región hipogástrica, denominados entuertos. Estos son más comunes en multíparas (por la pérdida de tono muscular) que en primíparas, y se acentúan con la lactancia por la secreción de oxitocina (en el lóbulo posterior de la hipófisis materna) provocada por la succión del pezón (reflejo neurohormonal).

### Cuello uterino

El borde externo del cuello suele estar lacerado sobre todo lateralmente. La apertura cervical se retrae lentamente y durante los días siguientes admite fácilmente dos dedos.

Pero al final de la primera semana sólo queda una abertura que admite la punta de un dedo. A medida que la abertura cervical se reduce, el cuello uterino se engruesa y vuelve a formar un canal.

### Vagina.

Inmediatamente después del parto la vagina es blanda, flexible y fácilmente distensible. La mucosa está edematosa. El introito vaginal es laxo y está entreabierto con poco tono muscular, y pequeños y múltiples desgarros himenales. La vagina volverá a su forma y tamaño inicial a las tres semanas, aunque en la mujer lactante amenorreica la falta de estrógenos puede inducir a una atrofia de la mucosa. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa (carúnculas mirtiformes).

### Cambios extrauterinos.

#### Mamas

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria. En los primeros cinco días posparto se produce la secreción de calostro, que es más rico en inmunoglobulina A, minerales y menos azúcares y grasas. En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina. Una madre que lacta puede producir 600 ml/día por la acción de la prolactina entre otras hormonas, que se manifiesta intensamente a partir del quinto día. Las hormonas que intervienen en la lactancia son:

- La prolactina, que favorece la producción de leche que se queda en el alveolo mamario.
- La oxitocina, que produce eyección de leche estimulada por la succión del niño.

#### Pared abdominal

Después del parto o cesárea la pared abdominal queda laxa, se recupera con ejercicio. La cicatriz de la cesárea tarda en recuperarse lo mismo que cualquier otra cicatriz de localización abdominal.

#### La piel

El cloasma y las alteración es en la pigmentación desaparecen después del parto aunque el tiempo es variable. Las estrías de color rojo que se produjeron durante el embarazo, principalmente en abdomen, muslos y mamas, resultado del estiramiento y rotura de las fibras elásticas de la piel, adquieren de forma

progresiva durante el puerperio un aspecto nacarado. A menudo estas marcas no desaparecen por completo.

### Pérdida de peso

Con la evacuación total del útero se pierden de 5-6 kg. Con el aumento de la diuresis en el posparto se pierden 2-3 kg. La mayoría de las mujeres recuperan el peso previo al embarazo a los seis meses del parto.

Un reciente estudio de Sarkar NR, Taylor R, concluyó que la lactancia durante un periodo prolongado, estimula la pérdida de peso en la madre respecto a la lactancia artificial. CABERO, 2007, p479-480)

### Cambios en el tracto urinario

El tejido vesical se encuentra edematoso, congestionado e hipotónico en el puerperio inmediato lo que puede ocasionar vaciamiento incompleto, sobre distensión y éxtasis urinario. Por tanto puede existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad vesical y sobredistensión de la vejiga. Disminuye el deseo de miccionar, de manera que todo lo anterior da lugar a incontinencia por rebosamiento. Normalmente el tono vesical se recupera pasadas las primeras 24-48 horas del parto.

### Sistema gastrointestinal

El tono y la motilidad gastrointestinal se normalizan en el plazo de 2 semanas. Los dos o tres primeros días del puerperio la mujer esta sedienta, tal vez por las restricciones de líquidos durante el parto y la redistribución de los líquidos extravasculares. La mayor parte de las mujeres sienten hambre poco después del parto.

Hemos de destacar que el estreñimiento es común durante el puerperio, se debe a la relajación intestinal durante el embarazo y a la distensión de los músculos abdominales. La evacuación intestinal puede retrasarse dos o tres días después del parto. El dolor por hemorroides, laceraciones o episiotomía contribuyen a que no se produzca la evacuación.

### Cambios cardiovasculares

La mayoría de los cambios cardiovasculares significativos que se producen en el embarazo desaparecen a la segunda semana del puerperio. A los pocos días después del parto la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el consumo de oxígeno y los líquidos totales del organismo regresan a sus promedios anteriores al embarazo.

## Sistema endocrino

Haremos referencia fundamentalmente al descenso sufrido por las hormonas placentarias una vez que ha ocurrido el alumbramiento. Este descenso posibilita un aumento de la prolactina y en consecuencia la instauración de la secreción láctea materna.

El mecanismo exacto responsable de la reanudación del ciclo menstrual no se conoce totalmente. La menstruación se restablece generalmente antes que la ovulación. La mayoría de los primeros ciclos son anovulatorios después de la amenorrea.

En general se admite que la mayoría de las mujeres que no amamantan a sus hijos menstruarán antes que las que si lo hacen. Las mujeres que no lactan tienen el retorno de la menstruación entre la 6ª y 8ª semana después del parto en el 50% de los casos. Para las mujeres lactadoras el retorno ocurre entre la 12ª y 36ª semana en el 75% de los casos.

## Cambios psicológicos

Se atraviesan las 3 fases maternas de Rubín:

1. Periodo de conducta dependiente: la madre se centra en su necesidad de dormir y comer, se centra en si misma, se siente aliviada del parto y manifiesta una conducta dependiente y pasiva.
2. Transmisión de dependencia a independencia: se amplía el alcance mental para incluir otras actividades, es independiente en las actividades de auto asistencia, expresa preocupación por las funciones corporales de ella y su hijo, acepta bien las instrucciones de asistencia de ella y el bebe, falta de confianza.
3. Adopción de nuevas responsabilidades, incrementa la independencia en cuanto a cuidados de ella y su hijo, identifica a su hijo como una entidad separada de ella, expresa aflicción por las funciones a desempeñar y las expectativas que se tienen de ella y ocurren cambios en la interacción familiar para aceptar al nuevo miembro.

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO**

En el puerperio inmediato la mayoría de las mujeres permanecen hospitalizadas, por cuanto es un período crítico, pues el útero debe contraerse eficazmente para evitar problemas hemorrágicos, a la vez que deben instaurarse los mecanismos de hemostasia correctos. Por otra parte, se dan en este período los principales reajustes hemodinámicos y cardiovasculares con la consiguiente fluctuación de los signos vitales.

Antes de analizar la valoración inicial de Enfermería se considera los siguientes elementos que se consideran fundamentales en la asistencia al puerperio. Estos son:

- Uso de guantes cuando se esté en contacto con sangre o fluidos corporales.
- Dar explicaciones a la puérpera antes y después de cada procedimiento.
- Promover la participación de la puérpera en los cuidados personales.
- Proporcionar intimidad a la hora de realizar los procedimientos.
- Apoyar a los padres durante su estancia en la maternidad.

Valoración física inicial:

#### 1- Coloración de piel y mucosas:

El color de la piel y mucosas es un fiel reflejo de la circulación y perfusión, por tanto se valora la existencia de palidez, enrojecimiento y/o cianosis.

#### 2- Constantes vitales:

Con la medición de la tensión arterial, pulso y respiraciones valoramos la normalidad de la volemia y de los primeros reajustes fisiológicos. Con la medición de la temperatura podemos determinar si la mujer está deshidratada, o existe algún problema de infección.

#### 3.- Mamas:

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro.

#### 4- Vejiga urinaria:

Se debe valorar el estado de la vejiga urinaria, una vejiga distendida y palpable por encima de la sínfisis del pubis puede interferir en la normal contracción uterina y poner a la mujer en riesgo de hemorragia. No debemos olvidar que la vejiga puede encontrarse llena y la mujer no tener necesidad de orinar por el traumatismo del parto, por atonía o porque ha aumentado su capacidad al liberarse de la presión abdominal. Debemos procurar que la mujer orine para proceder a la siguiente valoración.

#### 5- Involución uterina:

Para valorar los cambios que ocurren en el útero inmediatamente después del parto, debemos proceder de la siguiente forma:



### 5.1. Determinar la localización, y tamaño del útero:

Colocamos una mano sobre el segmento inferior del útero y con el lado de la mano dominante precisamos la altura del fondo uterino. Lo encontraremos a medio camino entre el ombligo y la sínfisis del pubis. La altura se mide por través de dedo o con una cinta métrica. Una elevación del útero por encima del ombligo o una desviación de su línea media nos ponen en sospecha de una vejiga urinaria llena que impide su correcta contracción y acomodación.

### 5.2. Determinar la consistencia o firmeza uterina:

La consistencia del útero después del parto debe ser dura, leñosa. Esto es indicativo de una correcta contracción o formación del globo de seguridad y su palpación no debe llevar a una sensibilidad excesiva. La yema de nuestros dedos corrobora la consistencia. Un útero pastoso, esponjoso, pone a la mujer en riesgo de hemorragia. Aprovechando la valoración de la involución uterina palpamos el abdomen de la mujer revisando distensión, flacidez, dureza, rigidez o sensibilidad. También exploramos la existencia de separación de los músculos rectos abdominales.

### 6.- Loquios:

Las características que debemos observar son cantidad, color, consistencia y olor de los loquios.

Durante las primeras horas del puerperio los loquios deben ser rojo oscuro, de apariencia similar al flujo menstrual. Son normales pequeños coágulos de sangre acumulados en la vagina. Sin embargo debe investigarse la aparición de los loquios con grandes y numerosos coágulos. Normalmente estos coágulos son expulsados cuando hacemos una expresión suave del fondo uterino.

- En cuanto al olor no debe ser fétido aún cuando tienen un olor característico, el mal olor es indicio de infección. Quizás lo que resulte más conflictivo sea valorar la normalidad de la cantidad de loquios expulsados. Esta valoración depende de la absorción de la compresa utilizada y de la frecuencia con que se cambie. (RUÍZ y ÁLVAREZ, 2008,pp124-125)

### 7.-Área perineal:

En el período expulsivo se practica una incisión quirúrgica en el periné, la episiotomía, para facilitar la salida del producto. En otras ocasiones ocurren desgarros espontáneos. En esta valoración del área perineal se comprueba la existencia de episiotomía o desgarros. Si resulta afirmativo, valoramos la integridad de las suturas. David son desarrollo un método válido para valorar la

episiotomía y su proceso de cicatrización, basado en la observación de 5 parámetros, y que se corresponden con el anacronismo REEDA o EEEDA; rubor o enrojecimiento, edema, equimosis, drenaje y aproximación de los bordes.

Normalmente nos encontraremos en las primeras horas un perineo ligeramente edematoso, sin drenaje, con los bordes bien aproximados, que puede ser mínimamente sensible a la palpación suave. La equimosis o hematomas en esta región pueden interferir con el bienestar de la puérpera, con la cicatrización y predisponer a la infección. Esto requiere una mayor valoración.

Aún cuando no se ha realizado episiotomía el periné se puede encontrar edematoso debido al traumatismo del parto.

Simultáneamente la enfermera valorará la existencia de hemorroides alrededor del ano, su tamaño, número, dolor y sensibilidad.

#### 8.- Extremidades inferiores:

Diariamente se deben valorar las extremidades inferiores, en busca de calor, edema, rubor y sensibilidad dolorosa. Para hacer la valoración se debe estirar y relajar el miembro inferior, a continuación se toma el pie y se realiza una flexión dorsal enérgica. No debe presentarse molestia alguna. Si se produce dolor en la pantorrilla, la mujer tiene un signo de Homans positivo que debe comunicarse.

El dolor se localiza normalmente en la cara posterior de la pierna, es causado por la inflamación de los vasos, lo que puede deberse a una tromboflebitis. La temperatura de la piel y el edema también deben valorarse, cuando el signo de Homans es positivo. La deambulación precoz, evitar cruzar las piernas, así como evitar la presión sobre la parte posterior de las rodillas, es la mejor forma de prevenir este problema. (RUÍZ y ÁLVAREZ, 2008, pp126-128)

#### 9.- Indicaciones terapéuticas:

##### a) Útero retractores:

- Ergotínicos: se utilizara ergonovina 0.6 mg./día, vía oral o intramuscular, metil ergometrina 0.6 mg./día intramuscular, metil ergonovina 0.4 mg./día vía oral. El uso de ergotínicos esta contraindicado en pacientes hipertensas, se indicará por 24 hs. o se podrá utilizar mas días según evolución obstétrica.
- Oxitócicos: está indicado en pacientes hipertensas o con factores de riesgo para hemorragias, se usará asociado a ergotínicos.

b) Antibioticoterapia: se indicará el uso de antibióticos en pacientes con episiorrafia, cesárea abdominal y factores de riesgo para infección. Si durante la cesárea abdominal o la episiorrafia se mantuvieron normas de asepsia y no

existen factores de riesgo para infecciones se realizará antibioticoprofilaxis con cefalotina 1 gr. por vía endovenosa o intramuscular durante el acto quirúrgico y otro gramo a las 6 hs. si no se dan las condiciones enunciadas anteriormente se realizará tratamiento antibiótico completo durante 7 – 10 días, las drogas de elección son: ampicilina, amoxicilina, cefalexina, cefalotina, eritromicina, gentamicina, etc.

c) Analgesia: en caso de cesárea abdominal o episiorragia se indicará analgesia reglada las primeras 24 hs. (Dr. Cassella, *etal*, 2004, pp 2-6)

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO MEDIATO Y TARDIO.**

1.- Valoración del estado general de la paciente.

2.-Constantes vitales:

Se debe considerar la toma de signos vitales cada 4 horas para descartar hipotensión y taquicardia que son datos de hemorragia o bien taquicardia y fiebre que nos indica infección.

3.- Mamas:

Se fomentara la lactancia materna a libre demanda. Se evaluarán las mamas, su areola, su pezón, buscando escoriaciones o grietas que constituirán puertas de entrada para infecciones mamarias.

4.- Vejiga urinaria:

Se debe valorar el estado de la eliminación vesical, la cual comienza a ser constante.

5.- Involución uterina:

Conforme al paso de las horas y de los días el útero debe ir involucionando a una velocidad de 1 o 2 centímetros por día. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.

6.- Loquios:

Para esta etapa los loquios son de tipo serosa hasta el día 10, posteriormente se vuelven loquios alba como ya se mencionado anteriormente las características de cada tipo. De igual manera que en el puerperio inmediato se valora cantidad, color, olor y presencia de coágulos. Cabe mencionar que los loquios tienden a desaparecer hacia la tercera semana pos parto.

#### 7.-Área perineal:

Durante los próximos días posteriores al parto la vulva continua edematizada, para posteriormente en el puerperio tardío disminuye el edema y la episiotomía se encuentre ya cicatrizada. Se debe inspeccionar el estado de la episiotomía y observar si hay signos de infección, así mismo instruir acerca forma de cuidado e higiene de la incisión de episiotomía.

#### 8.- Eliminación intestinal:

Se debe propiciar la deambulacion para promover la movilidad intestinal, si a las 72 hs. pos parto no se produce la evacuación intestinal se administrara laxantes suaves o se realizará enema evacuante.

#### 9.- Extremidades inferiores:

Se aconsejará la movilización y deambulación precoz, se evitará con esta medida la estasis circulatoria que predisponen a las tromboflebitis.

## ***COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EL PUERPERIO***

---

### **A) HEMORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO**

Se considera que hay hemorragia cuando se pierden 500 ml de sangre o más. Para valorarlo habría que cuantificar toda la sangre expulsada desde el período expulsivo y durante el alumbramiento (pesando gasas, compresas, etc.).

Las causas principales son:

- 1.- Atonía uterina
  - 2.- Traumatismos del canal del parto
  - 3.- Retención de placenta
  - 4.- Alteraciones de la hemostasia.
- Todos suponen fallos en la fisiología.

#### **ATONÍA UTERINA**

Es un fallo de la contracción de la musculatura uterina. Se produce por:

- 1.- fatiga muscular por parto prolongado
- 2.- vejiga llena de orina y distendida
- 3.- gran sobredistensión en embarazo (embarazo gemelar o polihidramnios)
- 4.- parto demasiado rápido

#### **Manifestaciones Clínicas**

- 1.- Pérdida hemática
- 2.- Útero aumentado de tamaño
- 3.- Taquicardia
- 4.- Hipotensión
- 5.- Palidez
- 6.- Shock hipovolémico materno

#### **Intervenciones de enfermería**

- 1.- Valorar la pérdida hemática
- 2.- Control de constantes: pulso, T
- 3.- Vaciar el útero de restos
- 4.- Masaje uterino (o aplicar frío) para estimular las contracciones
- 5.- Avisar al equipo obstétrico
- 6.- Cateterizar una vía
- 7.- Administrar oxitócicos y ergóticos
- 8.- Sondaje vesical
- 9.- Información y apoyo

## TRAUMATISMOS DEL CANAL DEL PARTO

Revisión y sutura de desgarros

## RETENCIÓN DE PLACENTA

- 1.- extracción manual (con anestesia), y
- 2.- administración de ergóticos y oxitócicos

## ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA

- 1.- Feto muerto
- 2.- Preeclampsia y sepsis
- 3.- Embolismo

## **B) INFECCIÓN PUERPERAL**

Se da en 3-4% de puérperas. Fiebre puerperal es el aumento de la temperatura 38 °C, no obstante debe estar fuera de las primeras 24 horas tras el parto y durar más de dos días. Tiene como puerta de entrada el aparato genital, o puede producirse por gérmenes que habitan en la madre (microorganismos endógenos procedentes del tracto genital, aparato urinario, mamas o vías respiratorias altas) como *Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis* y *Clostridium*), o por infecciones nosocomiales (*Streptococcus beta hemolítico* y *Estafilococcus aureus*).

Manifestaciones Clínicas:

Dependen de la forma clínica que adquiera:

- 1.- Endometritis, afecta a la cavidad uterina.
- 2.- Salpingitis, afecta a las trompas.
- 3.- Pelvipерitonitis (peritoneo de la pelvis obstétrica).
- 4.- Celulitis pélvica (afecta al peritoneo pélvico y los parametrios, o sea, los espacios pélvicos).
- 5.- Tromboflebitis pélvica, se da a nivel vascular.
- 6.- Peritonitis generalizada, afectación de la cavidad peritoneal.

Manifestaciones clínicas:

- 1.- Temperatura y pulso aumentados. A veces la elevación de la temperatura es de forma súbita.
- 2.- Malestar y cansancio.
- 3.- Útero blando y doloroso (subinvolucionado si la infección se encuentra en él).
- 4.- Loquios abundantes y fétidos, cuando la infección es grave incluso purulentos.
- 5.- Aumento de temperatura y dolor abdominal. Si la infección no se trata puede haber trastornos digestivos.

#### Intervenciones de enfermería

- 1.- Aislamiento hasta que se normalice la temperatura y comience el tratamiento.
- 2.- Antibioticoterapia (suele ser muy eficaz).
- 3.- Analgésicos.
- 4.- Control de constantes (pulso, temperatura, TA y FR).
- 5.- Medidas de confort físico y para reducir la fiebre.
- 6.- Higiene de genitales varias veces al día y cambio frecuente de compresas.
- 7.- Información y educación sobre evolución y autocuidados.
- 8.- Evitar infecciones cruzadas.

### **C) ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

El parto y puerperio son estados de hipercoagulabilidad y éxtasis venoso. Se da en un 1-2% de embarazadas. Normalmente aparece pasada la primera semana y la sintomatología de la inflamación de los vasos sanguíneos depende de las formas. No es lo mismo la sintomatología de una embolia pulmonar como consecuencia de tromboflebitis que unas varices en las piernas.

#### Manifestaciones clínicas según las formas:

- 1.- Dolor, calor y tumefacción (en tromboflebitis superficial: afecta a las venas superficiales de las piernas).
- 2.- Fiebre, dolor, impotencia funcional, signo de Hoffman positivo (dorsiflexión y puntos dolorosos), y edema. Diámetro mayor de la pierna por edema (en tromboflebitis venosa profunda; afecta al plexo venoso muscular).
- 3.- Dolor pleurítico, polipnea (carácter superficial o amplio de la disnea), hipotensión y fiebre (en embolia pulmonar).

#### Tratamiento e intervenciones de Enfermería

- 1.- Prevención y profilaxis
  - i. Asesoramiento en embarazo (no estar mucho tiempo de pie y estática, caminar diariamente, etc.).
  - ii. Movilización (deambulación precoz en puerperio).
  - iii. Evitar traumatismos.
  - iv. Heparina en mujeres predispuestas.
- 2.- Descansos con frecuencia durante embarazo y puerperio
- 3.- Analgésicos
- 4.- Medias elásticas de compresión
- 5.- Heparina vía intravenosa
- 6.- Reposo en cama absoluto

## **D) MASTITIS**

Presenta entre un 3-7% de incidencia. No se suele presentar en la primera semana del puerperio. Es la inflamación de la mama (una de las dos normalmente) a la que contribuye el éxtasis de la leche y un microorganismo infeccioso que es *Estafilococcus aureus* presente en el parénquima mamario.

Este microorganismo puede estar en boca o nariz del neonato, y puede pasar a la madre. El neonato lo puede adquirir en el hospital.

Por tanto la mastitis es a veces infecciosa y a veces no (sólo inflamatoria por éxtasis de leche). La puerta de entrada suelen ser las laceraciones del pezón (grietas).

### Manifestaciones clínicas

Cursa con zona enrojecida, caliente y dura, la mama está tensa. A veces hay fiebre hasta de 40°C, taquicardia, dolor, malestar y al palpar hay fluctuación o absceso mamario, o sea, infección localizada.

### Intervenciones de enfermería

- 1.- Recogida y cultivo de leche y antibiograma.
- 2.- Antibioticoterapia.
- 3.- Estimular el vaciamiento del pecho (ponerse al niño, cuando la secreción es purulenta se saca con sacaleches).
- 4.- Información sobre medidas higiénicas.
- 5.- Se suspende la lactancia cuando hay un cuadro agudo o en los días agudos del proceso (sólo de la mama afecta).
- 6.- Incisión y drenaje del absceso, cuando no se resuelve con las medidas anteriores.

## **C) ENDOMETRITIS.**

Es la infección de la cavidad uterina luego del parto y el alumbramiento.

### Manifestaciones clínicas

Se presenta luego de 4 o 5 días y se manifiesta con fiebre, malestar general, dolor abdominal y sangrado vaginal maloliente. Como factores asociados se encuentran la cantidad de tactos vaginales durante el trabajo de parto y la instrumentación.

El tratamiento es con antibióticos, muchas veces en el ámbito hospitalario según su severidad.

## **D) INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

En pacientes luego de una cesárea se puede presentar la infección de la sutura a nivel de la piel.



Manifestaciones Clínicas:

La manifestación puede ser fiebre, secreción de pus en la herida, enrojecimiento y dolor.

Puede requerir manejo antibiótico local o por vía oral. Usualmente no tiene ninguna complicación. (RUÍZ y ÁLVAREZ, 2008, pp135-139)

## ***INDICACIONES Y RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO***

---

**REPOSO:** Indicar a la madre que repose por lo menos 30 minutos después de haber llegado al hogar del hospital, y que lo haga también varias veces al día durante las primeras semanas.

**DIETA:** Luego de la primera evacuación intestinal se le indicara una dieta general rica en leche y sus derivados, frutas, verduras, fibra, carnes, deberá continuar la suplementación con hierros y vitaminas. Informarle que también requiere dos o tres litros de líquido al día.

**LACTANCIA MATERNA:** Fomentar el seno materno a libre demanda. Ayudar a usar almohadillas para posición y almohadas mientras está sentada o acostada. Valorar la situación de las mamas y los pezones. Inspeccionar estos para detectar rubor, erosiones o fisuras, hacer hincapié en que no se debe untar pomadas, ungüentos o algún remedio en ellos. Para mantener la higiene de los pechos será suficiente con una ducha diaria. Enseñar a la madre a utilizar un sostén que proporciones buen apoyo durante el día y la noche.

**HIGIENE:** Iniciar baños de asiento para aliviar la molestia perineal luego de las primeras 24 horas. Usar tres veces al día durante 15-20 minutos. No utilización de tampones durante las dos o tres semanas mientras dura la eliminación del exudado vaginal (loquios). Dejar escurrir agua caliente sobre el perineo después de cada micción y defecación varias veces al día para promover el bienestar, la limpieza y la cicatrización. Realizar cambio de toalla sanitaria las veces que sea necesario.

**MEDICACIÓN:** informar que se irá a casa con tratamiento antibiótico completo durante 7 – 10 días, las drogas de elección son: ampicilina, amoxicilina,

cefalexina, cefalotina, eritromicina, gentamicina, etc. Y de igual manera tratamiento de Analgesia.

**ACTIVIDAD SEXUAL:** Informarle que puede reiniciar el coito cuando las heridas perineales y uterinas hayan cicatrizado y hasta que desaparezcan los loquios. Se le darán la información correspondiente sobre anticoncepción.

**ACTIVIDAD Y EJERCICIO DE RECUPERACIÓN FÍSICA:** A partir del décimo quinto día se le sugerirá ejercicios suaves para recuperar el tono de la prensa abdominal, de los elevadores, y de los músculos de la pantorrilla.

Ejercicios del piso pélvico; contraer los glúteos contar hasta 5 y relajarse. Contraer los glúteos y apretar los muslos; contar hasta siete y relajarse. Contraer los glúteos, apretar los muslos y contraer el ano. Contar hasta diez y relajarse. (RUÍZ y ÁLVAREZ, 2008, p. 141)

**Bicicleta:** acostarse boca arriba en el piso con los brazos a los lados y las palmas hacia abajo. Comenzar a mover las piernas como en una bicicleta, acercando lo más posible las rodillas hacia el tórax y luego estirándolas y enderezándolas lo más posible. Respirar en forma profunda y uniforme. Realizar los ejercicios a velocidad moderada y no cansarse

**Ejercicios para fortalecer las nalgas:** colocarse sobre el estomago y mantener rectas las piernas. Levantar la pierna izquierda en el aire y luego repetir con la pierna derecha. Mantener fija la cadera en el piso y repetir diez veces.

**Giros:** colocarse de pie con las piernas separadas. Poner los brazos a los lados, los hombros nivelados y las palmas hacia abajo. Girar el cuerpo de un lado al frente y atrás.

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS:** Indicar a la mujer que reserve para ella momentos tranquilos en el hogar, y ayudarla a establecer objetivos realistas y renovar sus intereses y relaciones sociales.

Informar a la madre y a la pareja de la posible aparición de tristeza puerperal en los primeros días después del parto. Informarlos también de los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal, indicando la necesidad de acudir a un especialista si los síntomas persisten o se agravan. (RUÍZ y ÁLVAREZ, 2008, p.142)

## **4.5.-PUERPERIO FISIOLÓGICO VS PUERPERIO QUIRÚRGICO**

---

Hay otra clasificación de puerperio, las cuales se pueden presentar dependiendo la vía de término del embarazo, parto o cesárea, llamados Puerperio Fisiológico y Puerperio Quirúrgico respectivamente; los cambios anatómicos fisiológicos son iguales, sin embargo, la vía de salida del producto es donde se marcan las diferencias que a continuación se mencionan:

<b>PUERPERIO FISIOLÓGICO (parto vaginal)</b>	<b>PUERPERIO QUIRÚRGICO (cesárea)</b>
<b>Menor morbilidad- mortalidad</b>	Mayor riesgo de sufrir una hemorragia, una infección en la herida quirúrgica (dehiscencia de herida), lesión de órganos internos, incluyendo útero.
<b>Hospitalización más corta (24 hrs) y menos onerosa</b>	Hospitalización más prolongada 48 hrs o más, mas costos.
<b>Episiotomía media o media lateral, se realiza sólo en primigestas.</b>	Incisión Corporal o clásica, Segmento corporal (Tipo Beck), Segmento arciforme (TipoKerr). Se realiza en primigestas y multigestas.
<b>Herida quirúrgica de menor tamaño y profundidad, que sana con mayor facilidad y en menor tiempo.</b>	Herida quirúrgica que tarda aproximadamente 3 meses en sanar por la profundidad ya que llega hasta cavidad uterina, por lo tanto requiere de más cuidados y por más tiempo.
<b>Menor cantidad de pérdida sanguínea.</b>	Más cantidad de sangrado y por la incisión de vasos durante la cirugía.
<b>Menos dolor en herida.</b>	Mayor dolor en la periferia de la herida.
<b>Menor cantidad de loquios</b>	Más cantidad de loquios hemáticos.
<b>No requiere retiro de sutura.</b>	Requiere de retiro de sutura a los 8 ó 10 días posteriores a la cirugía.
<b>Se sugiere el uso o no de vendaje abdominal</b>	Requiere vendaje abdominal compresivo obligatorio durante los tres meses seguidos a la cesárea.
<b>Facilidad para propiciar la lactancia</b>	Dificultad para cargar al neonato y para brindar la lactancia materna.

## **4.6.-PUERPERIO QUIRÚRGICO**

De manera particular y en base a nuestro caso que a continuación se verá a detalle, el puerperio quirúrgico se da cuando ha ocurrido una cesárea y es similar al de un parto normal, desde el punto de vista de los cambios fisiológicos, pero con otros cambios y malestares propios de una cirugía mayor abdominal. No tiene algunas de las molestias vaginales y en general tiene síntomas añadidos que incrementan las posibilidades de una recuperación dolorosa, más lenta y molesta.

### **Características del puerperio quirúrgico.**

- El dolor en la herida se siente como un ardor y tensión en la piel, molesta al toser, moverse y cambiar de posición y molestan los puntos tensos o muy apretados. Este dolor cede gradualmente, en horas permite la movilización en la cama o el caminar, que favorece la expulsión de gases por la boca y por el recto, mejorando la evolución.
- El útero y demás capas de tejidos debido a la incisión, están más sensible y las contracciones provocadas por la succión del pezón al amamantar al bebé o por la oxitocina que se coloca de rutina en el postoperatorio, hacen que la paciente presente más dolor que en un parto vaginal.
- El sangrado uterino es con frecuencia mayor que en un parto normal por el corte de los vasos sanguíneos durante la cirugía y es, a veces, mayor en el puerperio.
- Puede haber dolor en la espalda y cefalea por la anestesia peridural.
- El uso rutinario y obligatorio de la sonda urinaria en la cesárea explica la mayor incomodidad al orinar las primeras veces en el puerperio y la estadística de la infección urinaria más frecuente en las operadas.
- Paulatinamente la herida quirúrgica debe doler cada día menos, es de vital importancia brindar cuidados a la herida para prevenir posibles infecciones (color, olor, rubor, calor).
- El dolor por los cólicos del intestino tratando de expulsar los gases es frecuente entre el segundo y el tercer día del postoperatorio y por una frecuencia mayor de estreñimiento

### **COMPLICACIONES DE LA CESAREA EN EL PUERPERIO**

Atonía uterina, hemorragia, choque hipovolémico que podría terminar en legrado, histerectomía de urgencia, daño renal y /o la muerte; las complicaciones tardías incluyen prolapso vesical, uretral o uterino, hemorroides, prolapso rectal, problemas relacionado con la lactancia materna, así como la infección de herida, que con lleva a dehiscencia de herida.

## **4.7 INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA**

---

En cualquier caso, el trauma tisular inevitable compromete las defensas locales del huésped, y brinda un ambiente ideal para la invasión y multiplicación bacteriana. Aun con técnicas quirúrgicas asépticas modernas, el riesgo de contaminación bacteriana del sitio operatorio permanece alto, particularmente cuando no son usados antibióticos profilácticos o el régimen escogido es inapropiado.

La infección de una herida quirúrgica son la tercera infección nosocomial reportada más a menudo; constituyen 14 a 16% de todas las infecciones nosocomiales en pacientes hospitalizados. (GERAD, 2007, p112). De manera más exacta, la frecuencia de infección de la herida abdominal después de una cesárea varía de 3 a 15 %, con un promedio de 6%. Sin embargo, si se administran antimicrobianos profilácticos, la frecuencia es menor de 2%.

Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección de herida quirúrgica, debido a que la piel está normalmente colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección.

Hay numerosos trabajos que demuestran que las Infecciones de sitios quirúrgicos incrementan los días de estadía del paciente y los costos hospitalarios.

La cesárea está considerada como un procedimiento contaminado cuando existe trabajo de parto previo o ruptura prematura de membranas y aséptico cuando estos dos eventos no se presentan.

De acuerdo a la contaminación microbiana se clasifican las heridas en:

- 1) Heridas limpias.- son el 75% de todas las heridas que se realizan en cirugías de tipo electivo, sin tendencia a infectarse, por lo que se utiliza el cierre primario para su reparación, manteniendo la técnica aséptica sin invadir la cavidad orofaríngea o los tractos respiratorio, digestivo o genitourinario.
- 2) Heridas limpias contaminadas.- En estas heridas existe contacto con la flora habitual normal de los tractos respiratorio, digestivo o genitourinario.
- 3) Heridas contaminadas.- existe abundante salida de líquidos infectados procedentes de los tractos, o no se ha podido conservar la técnica aséptica.
- 4) Heridas sucias.- Son heridas muy contaminadas o infectadas por traumatismos cirugías o lesiones previas.

En cesáreas, el agente más frecuente fue (*Staphylococcus coagulasa negativo*) *S coagulasa (-)* (30,9%).

El principal reservorio de los gérmenes que producen las IHQ es la flora endógena del paciente. Otra posible fuente es la colonización desde focos infecciosos del paciente, alejados del sitio quirúrgico. La otra fuente de infecciones es la contaminación exógena a partir del personal de quirófano, del instrumental quirúrgico o del propio quirófano.

Clasificación:

#### 1.- Infección Superficial de la incisión

La Infección ocurre durante los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico involucrando únicamente piel y tejido subcutáneo de la incisión.

- Presencia de pus en la incisión quirúrgica, con o sin cultivos positivos.
- Organismos aislados en cultivos de tejido o fluido de la incisión superficial.
- La presencia de al menos uno de los siguientes signos y síntomas: dolor, inflamación, enrojecimiento, y calor.

#### 2.- Infección profunda de la Incisión

Infección que ocurre durante los 30 días posteriores a la cirugía. Involucra, Tejidos blandos profundos de la incisión, (fascia y capa muscular) como:

- Drenaje purulento de los tejidos blandos y profundos de la incisión pero que no involucren el órgano o sitio quirúrgico.
- Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o cuando es abierta deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene uno de los siguientes signos y síntomas. Fiebre mayor de 38° C, dolor localizado, o hipersensibilidad, a menos que el sitio tenga un cultivo negativo.
- Un absceso u otra evidencia de infección profunda que se encuentre en la incisión, o en la exploración durante la re-operación, o por histopatología o en el examen radiológico.

#### 3.- Infección con involucro de órganos o espacios

Infección que ocurre durante los 30 días posteriores a la cirugía, sí no hay implante en el sitio o dentro del primer año si se dejó implante en el sitio de la infección, con una relación estrecha con el procedimiento quirúrgico. Además de la presencia de infección que involucra cualquier parte de la anatomía (órganos o espacios) distintos a la incisión y que se manejan o son abiertos durante la cirugía. Y al menos uno de los siguientes puntos:

- Drenaje purulento a través de canalización dejada en el órgano o espacio.
- Cultivos positivos obtenidos del cultivo de líquidos o tejidos del órgano o espacio.

- Abscesos u otras evidencias de infección que involucran el órgano o espacio, encontrados durante la valoración médica, re operaciones, exámenes histopatológicos o en exploraciones radiológicas.

## **FACTORES DE RIESGO**

### ➤ ENDOGENOS:

Edad: En general las revisiones muestran que existe riesgo incrementado de IHQ con el aumento de la edad. No hay evidencia que se incremente el riesgo de IHQ en relación con edad materna y embarazo

Enfermedades Concomitantes: Las pacientes complicadas con diabetes, desnutrición, anemia, obesidad, hipertensión, inmunocomprometidas y tabaquismo tienen un riesgo significativamente mayor de IHQ.

Respuesta inmunológica local deficiente (por ejemplo: cuerpos extraños, tejido dañado o formación de hematomas).

En pacientes que presentan un índice de masa corporal de 35 o más el riesgo de infección de la herida quirúrgica es de 2 a 7 veces mayor.

### ➤ EXÓGENOS:

#### DIFICULTAD DEL PROCEDIMIENTO

Existe evidencia de que los procedimientos prolongados y técnicamente difíciles, procedimientos de urgencia, perforación de los guantes del cirujano o ayudante, así como la contaminación por aire incrementan el riesgo de IHQ.

## **SINTOMATOLOGÍA**

Fiebre, signos de inflamación, rubor, calor en la zona, dolor, tumefacción localizada.

## **TRATAMIENTO**

- Ante la sospecha o confirmación de infección de sitio de herida quirúrgica se debe administrar al paciente el antibiótico que cubra la flora patógena más frecuentemente implicada.
- El grupo de trabajo recomienda como antibiótico de elección dicloxacilina 100-200 mg/kg/día.

- Se recomienda abrir el sitio quirúrgico, tomar cultivos, realizar lavado mecánico, e iniciar antibioticoterapia.
- La presencia de tejido necrótico o dañado retrasa la cicatrización además de ser un medio de proliferación bacteriana, por lo que debe de ser removido.
- En caso de ser necesario se debe de realizar lavado quirúrgico con debridamiento cortante ( bisturí o tijeras).
- IHQ cerrada o abierta parcialmente se puede manejar ambulatoriamente
- IHQ abierta totalmente el manejo debe de ser hospitalario.(cenetec.salud.gob.mx 2011)

- Drenaje de terapia de cierre asistida por vacío:

La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización de las heridas mediante la aplicación de presión negativa controlada en el lugar de la herida. Proporciona un entorno húmedo y cerrado a la vez que elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida. Con lo cual se acelera la cicatrización de la herida a la vez que se disminuye su volumen.

Existen 2 tipos de terapia: el sistema “de apósito abdominal” que permite el tratamiento del abdomen abierto, y la terapia “suprafascial” para el cierre de heridas complicadas.

El que se adecua a la paciente es de sistema “de apósito abdominal” que a continuación se describe.- Colocamos primero una espuma de poliuretano encapsulada en una sábana frenestrada no adhesiva de polietileno transparente con la cual envolvemos las vísceras a modo de un peritoneo parietal, sobre dicha sabana se coloca el GranuFoams y tras el apósito adhesivo sobre el que se aplica el tubo tractor. Este sistema facilita el tratamiento del abdomen abierto, permitiendo el retraso del cierre primario hasta la estabilización del paciente, dejando la fascia intacta y recogiendo y cuantificando la pérdida del fluido abdominal. Contribuye en la estabilización abdominal mediante el efecto de fijación a la vez que proporciona una barrera ambiental que contribuye a la protección del contenido intraabdominal.

Aplicamos una terapia VAC a una presión de 125mmHg en el caso de la modalidad “suprafascial” y a 75mmHg en los “Open abdomen”, de modo continuo, con descanso de hasta 2 h diarias y recambio cada 48–72 h del sistema.( BROX *et al*, 2011, pp.3313-314)



## PREVENCIÓN

- Corrección prequirúrgica de los pacientes con algún grado de anemia.  
Erradicación de focos sépticos previos a la cirugía como sería visita al odontólogo, ginecólogo, exámenes de laboratorios (leucocitos, proteína C reactiva). Descartar alguna infección de vías urinarias, gastrointestinales, etc.
- Se recomienda en caso de pacientes con tabaquismo positivo suspender el hábito 30 días previos al procedimiento quirúrgico
- Controlar el nivel pre quirúrgico de glucosa en sangre en pacientes diabéticas.
- Usar clorhexidina, iodo-povidona (isodine), solución iodada con base alcoholada, para la preparación de la piel en el área quirúrgica de forma pre operatoria.
- Se recomienda baño con clorhexidina 6 hrs antes de la cirugía antes de la cirugía, no poner crema ni talco. Se le solicitara al paciente uñas cortas de manos y pies.
- No se recomienda realizar tricotomía rutinaria, en caso de que el vello púbico no involucre la zona de incisión.
- En caso que el vello deba ser removido, realizar el procedimiento inmediatamente antes de la cirugía. Utilizar máquina eléctrica, no se recomienda el uso de rastrillo para remover el vello porque incrementa el riesgo de IHQ.
- Todas las mujeres programadas para operación cesárea deben de recibir información completa del procedimiento y los cuidados postoperatorios y la identificación de signos y síntomas de infección quirúrgica
- Todas las pacientes sometidas a operación cesárea de urgencia y electivas deben recibir profilaxis con antibióticos.
- El antibiótico de elección en la profilaxis antibiótica para la operación cesárea puede ser ampicilina (2gr) o una cefalosporina de 1ª (cefalotina 2gr). Generación en dosis única, si la paciente es alérgica a la penicilina se puede utilizar clindamicina o eritromicina.
- El tiempo de administración de las dosis de antibiótico profiláctico para la operación cesárea debe ser entre 15 y 60 minutos previo a la incisión. No se recomiendan dosis adicionales.
- Si el tiempo quirúrgico excede las 3 horas, o la pérdida hemática es mayor de 1,500 ml , se debe administrar una dosis adicional de antibiótico de 3 a 4 horas posterior a la dosis inicial.
- No se recomienda el uso de antimicrobianos tópicos para reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico.
- Cambiar el apósito oclusivo cada 24 hrs. (cenetec.salud.gob.mx, 2011)

## **4.8.-DEHISCENCIA DE HERIDA**

---

### **Definición**

Es la falla aguda de una herida. Es la separación postoperatoria, espontánea músculo-aponeurótica de la pared abdominal en forma aguda, y esta separación puede ser parcial o total de cualquiera de las capas de la herida quirúrgica. La mayor parte de las dehiscencias se manifiesta entre el día 1 y 21 post-operatorio, siendo más frecuente hacia el 7° día postoperatorio a través de una secreción serohemática. A pesar del avance en el cuidado perioperatorio, la dehiscencia de la herida quirúrgica continúa como una de las complicaciones más serias. La frecuencia prácticamente ha variado poco durante los últimos años con series que mencionan de 0 a 6% y hasta 10% en otras con una mortalidad de 9 al 44%. (GERAD, 2007, p24)

La Dehiscencia de herida puede cursar con 3 estadios:

- Dehiscencia: es la separación de los planos anatómicos previamente suturados de una herida quirúrgica, por lo general en el abdomen.
- Eventración: se refiere particularmente a la pared abdominal, y la separación parcial de su plano, encontrado las vísceras cubiertas por el peritoneo y la piel.
- Evisceración: indica extrusión del contenido peritoneal (exposición de las vísceras) a través de una separación facial. (SEYMOUR, 2000, p494)

Existen factores generales y locales que contribuyen a la aparición de esta complicación.

#### **A. Factores generales de riesgo**

La dehiscencia se presenta en 1.3% de pacientes menores de 45 años y en 5.4% de personas mayores de esa edad. Es más frecuente en pacientes con desnutrición (sobre todo la deficiencia de ácido ascórbico), hipoproteïnemia, obesidad mórbida, neoplasias malignas con deficiencia inmunológica, uso de citotóxicos (al inhibir la proliferación de fibroblastos o la síntesis de colágeno), uremia, diabetes (en especial cuando no hay buen control de la glucemia), ictericia, sepsis y tos con aumento en la presión abdominal. (SEYMOUR, 2000, p494)

## B. Factores locales de riesgo

Los tres factores locales más importantes que predisponen a dehiscencia de la herida son cierre inadecuado, aumento de la presión intraabdominal y curación deficiente de la herida. Las dehiscencias suelen ser resultado de una combinación de estos factores y no de uno solo. El tipo de incisión (transversa, longitudinal, etc.) no influye en la frecuencia de dehiscencia.

1. Cierre adecuado: es el factor sencillo más importante. Las capas aponeuróticas dan fuerza al cierre de la herida y cuando se rompe la aponeurosis se presenta dehiscencia de aquella. En la mayor parte se produce dehiscencia porque las suturas desgarran la aponeurosis (fascia). Los métodos para prevenir este problema incluyen en practicar una incisión limpia, evitar se desvitalicen bordes aponeuróticos mediante el manejo cuidadoso de los tejidos durante la operación, colocar y atar e manera correcta las suturas y elegir el material de sutura apropiado. Las suturas deben colocarse de 2 a 3 cm del borde de la herida y cerca de 1 cm una de la otra. La dehiscencia a menudo es consecuencia del uso de un número insuficiente de suturas y de colocarlas demasiado cerca del borde de la aponeurosis.
2. Presión intraabdominal: después de la mayoría de las operaciones intraabdominales, existe algún grado de distensión intestinal. Además, la tos produce aumento repentino de la presión intraabdominal.
3. Curación deficiente de la herida: la infección es un factor que acompaña a más de la mitad de las heridas dehiscentes. Los drenajes, seromas y hematomas de la herida también retrasan la curación. (GERAD, 2007, p24)

### **Manifestaciones clínicas**

Si bien puede presentarse dehiscencia de la herida en cualquier momento después de cerrarla, se observa con mayor frecuencia entre el quinto y octavo día postoperatorio, cuando la fuerza de la herida es menor. La dehiscencia sin evisceración se detecta por la aparición clásica de un líquido color Salmon que drena por la herida, lo que ocurre en el cuarto y quinto días posoperatorios en 85% de los casos.

Signos y Síntomas:

- Sangrado
- Dolor
- Inflamación
- Enrojecimiento
- Fiebre
- Puntos de sutura rotos
- Herida abierta

## **Diagnóstico**

La dehiscencia abdominal se manifiesta por el drenaje espontaneo de liquido serohemático a través de la herida y apertura de la sutura de la herida quirúrgica. Por tal motivo se debe recabar la toma de los siguientes estudios:

- Exámenes de Laboratorio
  - Química sanguínea y biometría hemática.
  - Cultivos de la herida y tejido para determinar si hay una infección.

### Estudios de Imagenología

- Radiografías para evaluar la extensión de la separación de la herida.
- Ultrasonido para evaluar la presencia de pus y colección de líquido.
- Tomografía Computarizada para evaluar la presencia de pus y colección de líquido.

## **Tratamiento**

- Terapia de Medicamentos
  - Terapia Antibiótica dependiendo de los resultados del cultivo de la herida y la muestra del tejido.

### Tratamiento Médico

- Cuando sea apropiado, cambios frecuentes en las vendas de la herida para prevenir infección
- Cuando sea apropiado, exposición de la herida al aire para acelerar la curación y prevenir infección, y permitir el crecimiento de nuevo tejido desde debajo

### Intervención Quirúrgica

- Extirpación quirúrgica de tejido contaminado, muerto
- Resuturación

## **Prevención**

Esquema de antibioticoterapia preoperatoria y postoperatoria.

Mantener presión ligera sobre la herida quirúrgica, se recomienda vendaje compresivo por lo menos 30 días posteriores a la operación.

Mantener limpia y seca la herida quirúrgica, aseo diario con agua y jabón de la misma.

# 5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

---

## 5.1.- CLÍNICA DE ENFERMERÍA

---

### **5.1.1.-NOTA DE INGRESO**

---

Paciente femenino de 18 años con diagnósticos G1 C1 + Puerperio patológico quirúrgico + epilepsia, la cual reingresa al servicio de ginecología por referir dolor a nivel de la herida quirúrgica que se encuentra abierta a todo lo largo, abarcando tejido celular subcutáneo y mantiene afrontando la aponeurosis, con secreción fibrinoide verde amarillenta, fétida.

### **5.1.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

---

#### **❖ DATOS PERSONALES**

NOMBRE: C. G. Z. M.

EDAD: 18 años                      SEXO: femenino                      ESTADO CIVIL: unión libre

OCUPACION: ama de casa      LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA

HABITUAL: D.F.

RELIGION: católica                      ESCOLARIDAD: preparatoria

#### **❖ SIGNOS VITALES**

TA: 110/70mmHg

PULSO: 83 x min. De buena intensidad y ritmo normal

FR: 18 x min. Buen ritmo, superficial y con expansión torácica simétrica

Tº: 36.3 °C

#### **❖ SOMATOMETRIA**

Peso: 60 Kg

Talla: 1.64 m.

#### **❖ DIAGNÓSTICO MEDICO**

G1 C1 + puerperio patológico postquirúrgico (cesárea tipo corporal) mediato + infección y dehiscencia de herida quirúrgica + postoperada de lavado quirúrgico de herida + epilepsia

## **PADECIMIENTO ACTUAL:**

Lo inicia el día 24/Nov/2012 al asistir a la visita de su bebe en la UCIN, y presentar fiebre más separación de la sutura en la herida quirúrgica postcesarea, contiene secreción purulenta y fétida por lo que se decide el reingreso al servicio de gineco-obstetricia posterior a lavado de herida quirúrgica en el cual encontraron tejido celular subcutáneo, musculo y natas de fibrinopurulentas en cara anterior de útero. Signos vitales estables.

Como antecedentes relevantes la paciente padece epilepsia de hace más 10 años controlada con levetiracetam 750mg a las 10:00 y 500 mg a las 22:00. Refiere G1 C1 con producto de 33 SDG, curso con cervicovaginitis durante el embarazo controlada con óvulos y pastillas, no recuerda el nombre del medicamento. Presento ruptura prematura de membranas de más de 36 hrs de evolución.

Se interconsulta con cirugía general quien le realizo cultivo de secreción 25/Nov/2012 siendo el resultado positivo a E. coli. Se mantiene bajo vigilancia estricta. Así mismo se interconsulta con dermatología que propone curación cada 24hrs con alginato de calcio realizadas por ellos mismos.

### 5.1.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA

#### INSPECCIÓN GENERAL

- Paciente femenino con edad aparente de acuerdo a la cronológica, orientado en sus tres esferas, con ligera coloración de tegumentos, se mantiene afebril. manifiesta angustia materna. presentando picos febriles de hasta 38.3 °C, llanto intermitente y escaso movimiento en cama durante la anamnesis.

#### CABEZA

- Craneo normocefalo, sin presencia de endostosis ni exostosis, cabello abundante, no desprendible en buen estado. Conductos auditivos simétricos, sin presencia de serumen, sin alteración en la audición. Ojos simétricos, pupilas isocóricas, isométricas, normoreflexivas. Narinas permeables. Mucosa oral hidratada. Fascies de dolor.

#### CUELLO

- Cuello cilíndrico con tráquea central y desplazable, sin presencia de adenomegalias, se palpan pulsos carotídeos.

#### TÓRAX

- Torax simétrico con ruidos cardíacos de buena amplitud, intensidad y rítmicos. presencia de catéter subclavio derecho permeable, sin datos de infección en el punto de inserción. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire. Pechos simétricos, sin salida de leche materna, la paciente refiere "deseo de proporcionar su leche para alimentar a su hija".

#### MIEMBROS TORÁCICOS

- Simétricos. Con buen tono.

#### ABDOMEN

- Blando, depresible, hipomotilidad intestinal, ausencia de eliminación intestinal de 1 día. refiere "me cuesta trabajo hacer popo".
- Presencia de herida quirúrgica abierta, dehiscente, infectada, eritema y rubicundez en la periferia de la misma, mas eliminación escasa de secreción seripurulenta. La paciente refiere dolor a la palpación, al movimiento físico, y al manipular la herida para la curación de la misma con un eva de 8, y expresión verbal "me duele mucho"

#### GENITALES

- Sin datos morfológicos ni patológicos, loquios serohemáticos escasos.

#### MIEMBROS PÉLVICOS

- Simétricos, restricción de la deambulación, sin presencia de onicomiosis.

#### **5.1.4.-TERAPEUTICA EMPLEADA**

---

1. Solución Hartmann 1000 p/12hrs.
2. Gentamicina 80mg c/8 hrs.
3. Clindamicina 600 mg c/8 hrs.
4. Ketorolaco 30 mg IV posterior a curación de herida.
5. Metamizol Sódico 1gr IV c/8 hrs.
6. Paracetamol 100 mg c/8 hrs.
7. Clexane 40 mg S.C c/ 24 hr
8. Bromocriptina 0.25 mg c/ 12 hrs.
9. Omeprazol 40mg IV c/24hrs.
10. Levetiracetam 750 mg V.O c/24
11. Se cambia el antibiótico por ceftriaxona 1 gr IV c/12hrs.(30/nov/2013)

#### **5.1.5.-EXAMENES DE LABORATORIO**

---

	<b>VALORES NORMALES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Leucocitos %</b>	4-12	11.2
<b>Neutrófilos %</b>	39.00-89.00	83.00
<b>Linfocitos %</b>	11.00-54.00	10.70
<b>Monocitos %</b>	1.00-14.00	5.40
<b>Eosinófilos %</b>	3.00-6.00	0.70
<b>Basófilos %</b>	1.00-2.00	0.20
<b>Hemoglobina</b>	12.00-15.00	12.5
<b>Hematocrito</b>	42.00-48.00	45.00
<b>Plaquetas</b>	150-450	303

	<b>VALORES NORMALES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Tiempo de protombina</b>	12.50-15.90	15.90
<b>Tiempo de tromboplastina</b>	23.00-40.00	29.80
<b>Tiempo de trombina</b>	14.00-21.00	16.20



# 6.-PLAN DE CUIDADOS

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N°1

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 2/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 7.-Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.	Causas de dificultad		Grado de Dependencia: Temporal.
Datos Objetivo: presentando picos febriles de hasta de 38.3° C, rubicundez, eritema en la periferia de la herida, dehiscencia de herida.	Datos subjetivos:		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
Diagnostico de Enfermería 1: Real: <b>Hipertermia r/c proceso infeccioso m/p rubicundez, pico febril de 38.3° C.</b>			
<b>Objetivo</b> Enfermera: brindar cuidados para descender y mantener los niveles de temperatura adecuados. Persona: mantendrá la temperatura dentro de los niveles normales.			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> <u>Ayuda</u> Orientación / Compañía	Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u>	Percibida o Esperada  Mantuvo picos febriles en dos ocasiones durante 24 hrs.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar curva térmica horaria y anotar cuando se produzca un cambio de estado.</li> <li>2. Emplear el mismo método (dispositivo) para las mediciones de temperatura en un usuario determinado para poder valorar adecuadamente las tendencias de esta.</li> <li>3. Administrar antipiréticos por orden médica, cuando la fiebre inducida por la infección este por encima de 38° C.</li> <li>4. Valorar la perdida de líquidos y facilitar la ingesta oral o administrar intravenosos para lograr la restitución hídrica. Solución Hartmann 1000 p/12hrs.</li> <li>5. Brindar control térmico por medios físicos.</li> <li>6. Administración y ministración de antipiréticos. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Metamizol Sódico 1gr IV c/8 hrs.</li> <li>b. Paracetamol 100 mg c/8 hrs.</li> </ol> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El reconocimiento del patrón de la fiebre puede ayudar a determinar su fuente.</li> <li>✓ La fiebre es una manifestación de invasión bacteriana.</li>   <li>✓ La eliminación de la fiebre interferirá en el aumento de la respuesta inmune. La elevación de temperatura va acompañada por un incremento del consumo de oxígeno y del índice metabólico.</li> <li>✓ El aumento del índice metabólico y la diaforesis asociada a la fiebre causan perdida de los líquidos corporales.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp 670-673).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 2

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 5.-Necesidad de dormir y descansar.	Causas de dificultad		Grado de Dependencia: Temporal.
Datos Objetivos: EVA de 8, llanto.	Datos subjetivos: expresión verbal "me duele mucho" después de cada curación y al movimiento físico.		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
<b>Diagnostico de Enfermería 2:</b> <b>Real: Dolor agudo r/c herida quirúrgica dehisciente m/p facies de dolor, EVA de 8, llanto, expresión verbal "me duele mucho".</b>			
<b>Objetivo:</b> <b>Enfermera: Explicar a la paciente la escala de medición de dolor para así poder identificar la intensidad del mismo y determinar el objetivo de confort/ función.</b> <b>Persona: Manifestara que el régimen de tratamiento del dolor lo alivia hasta niveles satisfactorios.</b>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> Ayuda Orientación / Compañía	Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u>	<b>Percibida o Esperada</b> Se mantuvo la paciente con EVA de 2, aumentando posteriormente a la curación de herida que sube a 10 para después descender a 2 nuevamente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorara el dolor del usuario empleando una escala de puntuación numérica del 0 al 1 o la escala de dolor de expresiones faciales.</p> <p>2. Valorar y registrar la intensidad del dolor y el malestar tras cualquier procedimiento que lo produzca, junto con cada nueva manifestación de dolor. Administración de Ketorolaco 30 mg IV posterior a curación de herida.</p> <p>3. Conseguir una prescripción para administrar un analgésico. Administrar por vía intravenosa, no por vía intramuscular. Emplear un enfoque preventivo para mantener el dolor a un nivel bajo o aceptable. En este caso se indico: Metamizol Sódico 1gr IV c/8 hrs. Y Paracetamol 100 mg c/8 hrs.</p> <p>4. Propiciar el mayor confort y tranquilidad que sea posible para la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las calificaciones de la intensidad del dolor como elemento único son fiables como mediciones de su intensidad.</li> <li>✓ La valoración y registro continuo sistemático proporcionan dirección para el tratamiento del dolor, los ajustes se basan en la respuesta de la paciente. La manifestación del dolor de la paciente es el indicador más fiable del mismo, en este caso se producía cuando le realizaban curación de la herida,</li> <li>✓ Ketorolaco: Analgésico, antiinflamatorio y antipirético, el cual está indicado en el tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos; dolor causado por el cólico nefrítico.</li> <li>✓ A menos de que este contraindicado, todos los pacientes deben recibir un agente no opiáceo las 24 hrs.</li> <li>✓ Se recomienda la vía menos invasiva de administración capaz de proporcionar el control adecuado del dolor. La vía IM se evita por la poca fiabilidad de la absorción, el dolor y la molestia. Se prefiere la vía I.V. para controlar el dolor grave.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp 570-574).

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 3

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 8.-Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	Causas de dificultad Falta de conocimiento.	Grado de Dependencia: Temporal.	
Datos Objetivos: herida quirúrgica abierta, dehiscente, infectada, enrojecimiento de la piel en la periferia de la herida, eliminación escasa de secreción seropurulenta.	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
	(Referidos por la persona o el familiar)	(Gabinete y/o Laboratorio)	
<p>Diagnostico de Enfermería 3:</p> <p>Real: <b>Deterioro de la integridad tisular r/c dehiscencia de herida m/p apertura de las capas profundas de la piel.</b></p>			
<p><b>Objetivo</b></p> <p>Enfermera: disminuir posibles complicaciones de la dehiscencia de herida quirúrgica.</p> <p>Persona: Sanara paulatinamente la herida, propiciando cuidados y evitando complicaciones.</p>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> Ayuda <u>Orientación /</u> Compañía	Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u>	Percibida o Esperada La herida se mantuvo sin complicaciones, disminuyo la secreción seropurulenta, se observa mejoría.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar la zona de deterioro de la integridad tisular una vez al día para determinar cambios de color, enrojecimiento, edema, calor, dolor u otros signos de infección. Determinar si la paciente está experimentando cambios en la percepción del dolor. Prestar atención a todas las áreas de alto riesgo como prominencias óseas, pliegues cutáneos, sacro y talones.</li> <li>2. Monitorizar el estado de la piel circundante de la herida. Vigilar las prácticas de cuidados cutáneos de la paciente, teniendo en cuenta el tipo de jabón u otros agentes limpiadores empleados, la temperatura del agua y la frecuencia de la limpieza cutánea.</li> <li>3. Monitorizar el estado de conciencia de la paciente y minimizar la exposición del deterioro cutáneo y otras áreas de la humedad causada por la orina o heces, la sudoración o el líquido drenado por la herida.</li> <li>4. Para la paciente con movilidad limitada, usar el instrumento de valoración de riesgos para valorar sistemáticamente los factores de riesgo relacionados con la erosión de la piel causada por inmovilidad.</li> <li>5. Valorar el estado nutricional del usuario.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La inspección sistemática puede identificar tempranamente los problemas inminentes. El dolor secundario a los cambios de apósito o realización de curación mediante la intervención dirigida a reducir el trauma y otras fuentes de dolor.</li> <li>✓ Individualizar el plan de acuerdo con el estado de la piel, las necesidades y las preferencias de la paciente. Evitar los agentes de limpieza extremos, el agua caliente, la fricción o la fuerza extremas o la limpieza demasiado frecuente.</li> <li>✓ Un instrumento de valoración como la escala de Norton y la de Escala de Braden se debería usar para identificar a la paciente en riesgo de erosión de la piel cauda por inmovilidad.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp 780-783).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 4

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	Causas de dificultad: falta de conocimiento	Grado de Dependencia: Temporal.	
Datos Objetivos: fiebre de 38.3, rubicundez, eritema en la periferia de la herida, dehiscencia de herida, separación de las capas de la piel, inmovilidad, dolor.	Datos subjetivos: EVA de 8	Datos complementarios	
	(Referidos por la persona o el familiar)	(Gabinete y/o Laboratorio)	
Diagnostico de Enfermería 4: Real: Retraso en la recuperación quirúrgica r/c infección postoperatoria de la herida quirúrgica m/p enrojecimiento, induración de la zona, inmovilidad, necesidad de ayuda para completar el autocuidado, dolor.			
<b>Objetivo</b> Enfermera: Proveer al paciente cuidados adecuados para reducir posibles infecciones y complicaciones de la herida dehiscente. Persona: Asistir en lo posible para completar su autocuidado de baño e higiene.			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> Ayuda Orientación / Compañía	Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u>	Percibida o Esperada Se observa tejido de granulación, herida limpia y seca.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El usuario debe seguir una dieta nutritiva con una ingesta proteica adecuada para recuperar su peso habitual. Aumentar la ingesta de proteínas e hidratos. Dieta hipoglucida y rica en fibra.</li> <li>2. Usar una técnica cuidadosamente aséptica al tratar la herida quirúrgica.</li> <li>3. Cuidados de la herida: <ul style="list-style-type: none"> <li>-anotar las características de la herida.</li> <li>-anotar las características de cualquier tipo de drenaje producido.</li> <li>-lavado con solución salina (lo realizaban los médicos).</li> <li>- cubrir con gasas estériles</li> <li>- cubrir la zona con un parche hidrocoloide.</li> <li>-inspeccionar la herida en cada cura.</li> <li>- anotar cualquier cambio producido en ella.</li> </ul> </li> <li>4. Evaluar cuidadosamente la temperatura de la paciente. Comprobar la temperatura basal y controlar las variaciones.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La infección es un obstáculo importante para la curación de las heridas. El tratamiento de las heridas crónicas debe dirigirse a los principales factores causales responsables de la herida. Además, si es posible, hay que identificar y corregir los factores que impiden la curación para que esta sea posible.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp 1083-1086.)



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 5

Tipo de valoración: (exhaustiva o focalizada) focalizada	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 4.-necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.	Causas de dificultad (falta de fuerza, voluntad o Conocimiento) falta de fuerza.		Grado de Dependencia: (Total, Parcial o Temporal) Temporal.
Datos Objetivos: restricción de la deambulación., presencia de herida quirúrgica dehiscente.	Datos subjetivos:		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
<b>Diagnostico de Enfermería 5:</b> <b>Real: Deterioro de la movilidad en la cama r/c dolor m/p incapacidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.</b>			
<b>Objetivo</b> <b>Enfermera:</b> movilizar y cambiar de posición en la medida de la tolerancia de la paciente. <b>Persona:</b> evitar lesiones en las prominencias óseas.			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> <u>Ayuda</u> <u>Orientación /</u> <u>Compañía</u>	<u>Independiente</u> <u>Dependiente</u> <u>Interdependiente</u>	<b>Percibida o Esperada</b> <b>La paciente se mantiene libre de lesiones y UPP, se moviliza continuamente.</b>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una evaluación física para determinar el riesgo que presenta la paciente de padecer aspiración, úlcera por presión y dolor.</li> <li>2. Utilizar un razonamiento y establecimiento de prioridades crítico para decidir la mayoría de las posiciones terapéuticas en la cama y la frecuencia de las rotaciones; basar esto en los antecedentes de la paciente, su perfil de riesgo y sus necesidades de prevención.</li> <li>3. Posicionar periódicamente la paciente en posición de sentado en la medida de que lo tolere.</li> <li>4. Mantener la cabecera de la cama al mínimo nivel de elevación posible, dependiendo del problema médico, para prevenir úlceras por presión.</li> <li>5. Inclinar a los pacientes 30° o menos mientras se encuentren acostados de lado.</li> <li>6. Asegurarse de que la paciente reciba cantidades adecuadas de fibra, líquidos y sustancias que aumenten el volumen y/o ablande las heces para prevenir el estreñimiento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estas condiciones garantizan cierto posicionamiento en la cama para prevenir complicaciones.</li> <li>✓ El posicionamiento para una alteración puede afectar negativamente a otra. Las guías basadas en la evidencia recomendaban que los usuarios fueran rotados al menos 2 a 4 hrs si se encontraba en un colchón que reducía la presión y al menos cada 2 hrs si se trataba de un colchón normal.</li> <li>✓ El estar en una posición vertical reduce el trabajo del corazón y las posturas anormales; cambia las presiones intravasculares y estimula los reflejos neurales; mejora la ventilación pulmonar, la exposición del aire, el alineamiento simétrico del cuerpo, y ayuda tener conciencia del entorno.</li> <li>✓ Si fuera incapaz de tolerar una cabecera baja, controlar entonces el sacro de forma recuente para valorar la presencia de signos de presión. El riesgo de lesión a nivel del sacro es alto cuando a cabecera de la cama está por encima de los 30° porque la piel puede pegarse a las sábanas si la paciente se resbala hacia abajo, causando una tirantez de la piel, quedando la misma sin tejido muscular y hueso subyacente.</li> <li>✓ Una posición completamente de lado ejerce mucha presión sobre el trocánter.</li> <li>✓ La falta de movilidad lleva a l estreñimiento por la disminución del peristaltismo, y los músculos se debilitan, y todo ello agregado a la pérdida de gravedad durante la evacuación hace que se mas difícil eliminar las heces.</li> </ul>

<p>7. Estimular la ingesta de líquidos en cantidades de 2 a 3 L. por día según se tolere.</p> <p>8. Explicar la importancia de espirar al incorporarse o al darse la vuelta en la cama durante cualquier actividad que comporte la contención del aliento o esfuerzo.</p> <p>9. Si el movimiento intensifica el nivel del dolor, entonces administrar analgésicos de forma preventiva antes de realizar el cambio postural, ejercicios o los autocuidados.</p> <p>10. Movilidad en la cama (levantar la cadera de la cama): las rodillas flexionadas y los pies planos sobre la cama, cerca de las nalgas. Asistir previniendo la rotación externa de las piernas., dar instrucciones para que haga presión de la cama con los pies, levantando entonces la cadera.</p> <p>11. Asistir a la paciente que se dé la vuelta hacia un lado y hacia el otro de manera que se sienta segura y comfortable, para así disminuir los puntos de presión.</p>	<p>✓ El aumento de la ingesta de líquidos ayuda a eliminar el calcio movilizado y las bacterias del cuerpo para prevenir las litiasis y las infecciones urinarias.</p> <p>✓ Esto previene la maniobra de Válsala y el aumento de la presión intraabdominal, y también el aumento de la presión intratorácica, que aumenta la presión arterial e impide la perfusión miocárdica y cerebral.</p> <p>✓ Esta técnica ayuda para cubrir la necesidad de eliminación vesical e intestinal y así colocar el cómodo.</p>
--	--

(ACRELEY,2007, pp 910-916)

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 6

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 8.-Necesidad De Mantener La Higiene Corporal Y La Integridad De La Piel.	Causas de dificultad: Falta de fuerza.	Grado de Dependencia: Total, Temporal.	
Datos Objetivos: deterioro neuromuscular, dolor al movimiento físico.	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
	(Referidos por la persona o el familiar)	(Gabinete y/o Laboratorio)	
Diagnostico de Enfermería 6: Real: <b>Déficit de autocuidado baño/higiene r/c deterioro neuromuscular y dolor m/p incapacidad para mover totalmente su cuerpo.</b>			
Objetivo: Enfermera: Se realizara baño de esponja e informara de que se mantiene su sentido de dignidad. Persona: Permanecerá sin olor corporal y mantendrá la piel limpia e hidratada.			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> <u>Ayuda</u> Orientación / Compañía	Independiente <u>Dependiente</u> Interdependiente	Percibida o Esperada La paciente durante el turno se mantiene limpia e hidratada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1) Desarrollar un plan de cuidados para el baño basado en la propia historia de la paciente sobre las practicas dirigido a las necesidades cutáneas, las necesidades de autocuidado, la respuesta de la paciente al baño.</p> <p>2) Individualizar el baño mediante la identificación de la función del baño (p.ej. quitar la orina, el olor), la frecuencia necesaria para conseguir la función, para satisfacer las preferencias, preservar la dignidad y hacer del baño una experiencia calmante para la paciente.</p> <p>3) Proporcionar medidas para aliviar el dolor antes del baño: infusión continua de analgésicos (fentanilo)</p> <p>4) Realizar baño de esponja de manera céfalo caudal, teniendo cuidado en la periferia de la herida dehiscente, evitando contaminar o mojar el aérea. Examinar el estado de la piel durante el baño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El baño es un ritual de curación y debería ser una experiencia confortable que se concentre en las necesidades de la paciente, más que sea una tarea planificada de forma rutinaria.</li>   <li>✓ El baño individualizado produce una experiencia positiva del baño y preserva la dignidad del usuario.</li>   <li>✓ El alivio del dolor favorece la participación en el autocuidado y preserva la dignidad.</li>   <li>✓ La observación de la piel permite la detección de problemas cutáneos.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007.pp 294-299).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 7

Tipo de valoración: (exhaustiva o focalizada) exhaustiva	Fecha:22/112012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 3.-Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.	Causas de dificultad (falta de fuerza, voluntad o Conocimiento) falta de fuerza.	Grado de Dependencia: (Total, Parcial o Temporal) Temporal.	
Datos Objetivos: deterioro neuromuscular, dolor al movimiento físico.	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
	(Referidos por la persona o el familiar)	(Gabinete y/o Laboratorio)	
<p>Diagnostico de Enfermería 7:</p> <p>Real: <b>Déficit de autocuidado uso del W.C. r/c deterioro de la habilidad para la traslación m/p incapacidad para realizar el uso del W.C., dolor al movimiento e incapacidad para levantarse y sentarse del W. C.</b></p>			
<p>Objetivo:</p> <p>Enfermera: se propiciara del uso del cómodo para ayudar en la necesidad de eliminación vesical como intestinal.</p> <p>Persona: manifestara satisfacción de la eliminación con la habilidad para utilizar el cómodo.</p>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<u>Suplencia</u> <u>Ayuda</u> Orientación / Compañía	Independiente <u>Dependiente</u> Interdependiente	Percibida o Esperada La paciente indica el uso del cómodo y así se continúa con la eliminación vesical e intestinal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar la causa de incapacidad para usar el WC con independencia.</li> <li>2. Proporcionar intimidad.</li> <li>3. Permitir que el usuario participe según sea capaz en el uso del WC y elogiar los logros. Aumentar las tareas según su capacidad y trabajar con el usuario para conseguir la independencia en el uso del WC.</li> <li>4. Mantener el papel higiénico y los artículos para limpiar las manos a la alcance de la paciente. Proporcionar un cuidado rápido de la piel y cambios de la ropa de cama después de episodios de incontinencia.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Debido a la dehiscencia de herida se prescribe la restricción de movimiento causa por la cual la paciente es incapaz de trasladarse al baño.</li> <li>✓ La intimidad puede prevenir la supresión de la eliminación resultante del abrumamiento por el ruido y el olor.</li> <li>✓ El gasto de energía de la paciente da oportunidad al cuidador para transmitir respeto por una tarea bien hecha que aumenta la autoestima.</li> <li>✓ La presencia de orina o heces en la piel lleva a lesiones cutáneas.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp 301-306).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 8

Tipo de valoración: (exhaustiva o focalizada) exhaustiva	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 3.-Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.	Causas de dificultad: Falta de fuerza.		Grado de Dependencia: Temporal.
Datos Objetivos: hipomotilidad intestinal debido dolor al movimiento físico, mas restricción del movimiento. Anticonvulsivos (levetiracetam)	Datos subjetivos: expresión verbal "me cuesta trabajo hacer popo"		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
<p>Diagnostico de Enfermería 8:  <b>Riesgo: Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal por actividad física insuficiente</b></p>			
<p><b>Objetivo:</b>  <b>Enfermera:</b> indicar medidas que previene el estreñimiento.  <b>Persona:</b> mantendrá la eliminación de heces blandas formadas cada 1-3 días sin esfuerzo.</p>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<p>Suplencia Ayuda <u>Orientación /</u> <u>Compañía</u></p>	<p>Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u></p>	<p>Percibida o Esperada Esperada: la paciente se mantuvo libre de caídas.</p>



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar el patrón usual de la defecación, incluyendo hora del día, cantidad y frecuencia de las deposiciones y su consistencia.</li> <li>2. Revisar las medicaciones que está tomando la paciente.</li> <li>3. Si el usuario está siendo tratado con opiáceos, solicitar al médico una orden para administrar un agente emoliente de las heces e instruir un régimen intestinal antes del comienzo del estreñimiento.</li> <li>4.</li> <li>5. Palpar el abdomen en busca de distensión, percudirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales.</li> <li>6. Proporcionar intimidad para la defecación.</li> <li>7. Aconsejar una ingesta de 1.5 a 2 litros por día (de 6 a 8 vasos de agua).</li> <li>8. Pedir a la paciente que efectúe una respiración profunda a través de la boca para favorecer la relajación de los músculos del suelo pélvico y el uso de los músculos abdominales para la evacuación.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suele haber múltiples razones para el estreñimiento; el primer paso consiste en la valoración de los patrones usuales de eliminación intestinal.</li> <li>✓ Muchas medicaciones están asociadas al estreñimiento crónico como los opiáceos, antidepresivos, antiespasmódicos, diuréticos, anticonvulsivos, y antiácidos que contengan aluminio. (levetiracetam).</li> <li>✓ El empleo de opiáceos suele estar asociado con el estreñimiento debido a la reducción del peristaltismo, y la prevención es la mejor intervención.</li> <li>✓ En la paciente con estreñimiento el abdomen suele estar distendido, con rigidez y doloroso. Los ruidos intestinales estarán presentes.</li> <li>✓ Se recomendará a la paciente el uso del cómodo por el tiempo necesario. La eliminación intestinal constituye un acto muy privado, y la carencia de intimidad puede conducir al estreñimiento.</li> <li>✓ El aumento de la ingesta de líquido no resulta útil para el estreñimiento solo o si además la paciente está deshidratada.</li> </ul>

(ACRELEY, Betty 2007, pp 638-640, 629-630).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 9

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 4.-Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.	Causas de dificultad: falta de conocimiento		Grado de Dependencia: Temporal.
Datos Objetivos: restricción de la deambulacón., escasa movilización en cama.	Datos subjetivos:		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
<p>Diagnostico de Enfermería 9:  <b>Riesgo:-Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c estasis venosa e inmovilización.</b></p>			
<p>Objetivo:                  Enfermera: explicar los signos de compromiso neurovascular y las formas de prevenir la estasis venosa.                  Persona: mantendrá la circulación, la sensibilidad y el movimiento de la extremidad dentro de sus propios límites normales.</p>			
Plan de Intervenciones.			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	Suplencia Ayuda Orientación / Compañía	Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u>	Percibida o Esperada  La paciente se mantiene libre de disfunción neurovascular.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una valoración neurovascular por turno.</li> <li>2. Usar la valoración de las seis P:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dolor: valorar su gravedad (en escala del 1 al 10), calidad, radiación y alivio con medicación.</li> <li>b. Pulsos: verificar los pulsos distales a la lesión (herida quirúrgica).</li> <li>c. Palidez: verificar los cambios de color y temperatura por debajo del punto de la lesión. Comprobar el llenado capilar. Si hay palidez, anotar el nivel de frialdad cuidadosamente.</li> <li>d. Parestesia (cambios de la sensibilidad): comprobar la piel proximal y distal a la lesión mediante contacto leve. Preguntar a la paciente cualquier percepción fuera de lo normal como hipersensibilidad, hormigueo, pinchazos, disminución de la sensibilidad o insensibilidad.</li> <li>e. Parálisis: pedir a la paciente que realice ejercicios con las extremidades inferiores.</li> <li>f. Presión: verificar la sensibilidad de la extremidad; observar el nuevo comienzo de firmeza de las extremidades.</li> </ol> </li> <li>3. Proporcionar una dieta nutritiva y restitución de líquidos adecuada.</li> <li>4. Administración de Enoxaparina Sódica (Clexane) 40 mg S.C c/ 24 hr.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El dolor difuso que se agrava con el movimiento pasivo y no se alivia con medicación puede ser un síntoma inicial del síndrome compartimental o un síntoma de isquemia en una extremidad.</li> <li>➤ El pulso intacto suele indicar un buen aporte de sangre en la extremidad, aunque puede haber síndrome compartimental incluso si el pulso está intacto.</li> <li>➤ Una extremidad pálida, fría o azulada indica insuficiencia o daño arterial. Una extremidad enrojecida o caliente puede indicar infección. El tiempo de llenado capilar es de 3 segundos o menos.</li> <li>➤</li> <li>➤ Los cambios de la sensibilidad indican compresión y lesión nerviosa y pueden indicar también síndrome compartimental.</li> <li>➤ La parálisis es un síntoma tardío propio del síndrome compartimental o de isquemia de un miembro.</li> <li>➤ Con el síndrome compartimental, el área afectada se pone rígida y esta firme al tocarla.</li> <li>➤ La buena nutrición y los líquidos suficientes son necesarios para favorecer la curación y prevenir complicaciones.</li> <li>➤ Profilaxis de la trombosis venosa en pacientes quirúrgicos sometidos a cirugía ortopédica o cirugía general y en pacientes no quirúrgicos inmovilizados, cuya situación pueda definirse como de riesgo moderado o elevado.</li> </ul>
--	--

(ACRELEY, 2007, pp 553-557)

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 10

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
Necesidad alterada: 9.-Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	Causas de dificultad: Falta de fuerza.		Grado de Dependencia: Temporal.
Datos Objetivos: deterioro neuromuscular, dolor al movimiento físico.	Datos subjetivos:		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
<p>Diagnostico de Enfermería 10:                  Riesgo: <b>Riesgo de caída relacionado con deterioro en la movilidad física.</b></p>			
<p>Objetivo:                  Enfermera: Se le explicaran métodos para prevenir lesiones.                  Persona: Permanecerá libre de caídas</p>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	Suplencia Ayuda <u>Orientación /</u> <u>Compañía</u>	Independiente Dependiente <u>Interdependiente</u>	Percibida o Esperada Esperada: la paciente se mantuvo libre de caídas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Determinar el riesgo de caídas a través del uso de herramientas tales como la escala de riesgo de caídas de Downton.</li> <li>2) Valorar las habilidades de estabilidad y movilidad de la paciente.</li> <li>3) Mantener barandales elevados y la cama en una posición baja. Asegurarse de que las ruedas de la cama están bloqueadas y bien situadas. Mantener una luz tenue en la habitación durante la noche.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una forma de cuantificar el riesgo de caída en los pacientes es por la escala de riesgo de DOWNTON, las medidas preventivas han de priorizarse en aquellos pacientes que obtengan tres o más puntos.</li> <li>✓ Es útil para determinar las habilidades funcionales del usuario y planificar maneras de mejorar áreas problemáticas o determinar métodos para garantizar la seguridad.</li> <li>✓ El uso de barandales sirve como ayuda al paciente para moverse además de que sirven como prevención de caídas por un costado u otro.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp 348-353).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 11

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
<p>Necesidad alterada:</p> <p>12.-Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.</p> <p>10.-Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.</p>	<p>Causas de dificultad :</p> <p>Falta de fuerza.</p>	<p>Grado de Dependencia:</p> <p>Temporal.</p>	
Datos Objetivos: pechos simétricos, sin salida de leche materna.	Datos subjetivos: deseo materno de proporcionar su leche para alimentar a su hija.	Datos complementarios	
	(Referidos por la persona o el familiar)	(Gabinete y/o Laboratorio)	
<p>Diagnostico de Enfermería 11:</p> <p>Real: <b>Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad materna m/p separación madre-hijo y deseo materno de proporcionar la lactancia materna.</b></p>			
<p>Objetivo</p> <p>Enfermera: fomentar la expresión de sentimientos y culpas de la paciente así como informar de métodos alternativos.</p> <p>Persona: expresar sentimientos y emociones respecto a la interrupción de la lactancia materna.</p>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<p><u>Suplencia</u></p> <p><u>Ayuda</u></p> <p>Orientación /</p> <p>Compañía</p>	<p>Independiente</p> <p>Dependiente</p> <p><u>Interdependiente</u></p>	<p>Percibida o Esperada</p> <p>Libero sentimientos de culpabilidad y conoció leches alternativas de alimentación para su bebe.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar tiempo a la madre/familia para expresar sus expectativas y preocupaciones y prestarles apoyo emocional. Las respuestas emocionales relativas a eventos que conducen a la interrupción de la lactancia materna pueden incluir sentimientos de duelo/perdida, culpa, ansiedad y fracaso.</li> <li>2. Informar a la paciente para que aprenda y acepte un método alternativo para alimentar al lactante.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comentar preocupaciones y diferencias entre las expectativas y las experiencias proporciona la oportunidad para que la paciente exponga lo que siente y pueda contribuir a encontrar estrategias de afrontamiento positivas</li> <li>✓ Si está claro que no se puede utilizar la lactancia materna tras la interrupción y se debe adoptar un método de alimentación alternativo, la madre necesita apoyo y educación.</li> </ul>

(ACRELEY, 2007, pp. 830-834).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA N° 12

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 22/11/2012	Hora: 8:00	Servicio: ginecoobstetricia
1. Necesidad alterada: 10.-Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	Causas de dificultad: falta de fuerza.		Grado de Dependencia: Temporal.
Datos Objetivos:	Datos subjetivos: tristeza, llanto, preocupación por el estado de salud de su bebe, deseo de proporcionar seno materno, separación por enfermedad materna.		Datos complementarios
	(Referidos por la persona o el familiar)		(Gabinete y/o Laboratorio)
<p>Diagnostico de Enfermería 12:                  Riesgo: riesgo de deterioro de la vinculación r/c separación.</p>			
<p><b>Objetivo</b>                  Enfermera: brindar maneras de cómo fomentar la unión con su hija.                  Persona: se mantendrá tranquila y aprenderá como fomentar la vinculación con su hija una vez rehabilitada.</p>			
<b>Plan de Intervenciones.</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
	<p><u>Suplencia</u>  <u>Ayuda</u>  <u>Orientación /</u>  <u>Compañía</u></p>	<p><u>Independiente</u>                  Dependiente                  Interdependiente</p>	<p>Percibida o Esperada                  Se fomento el anhelo de la vinculación con su hija.</p>



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar apoyo a los padres.</li> <li>2. Informar de actividades que fomentan la vinculación padres-hijo y que puede realizar en su hogar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reconocer y apoyar las capacidades de atención del lactante/niño.</li> <li>○ Fomentar las oportunidades de interacción mutuamente satisfactorias entre el lactante y los padres.</li> <li>○ Fomentar oportunidades de proximidad física ya que se encuentren ambas en casa.</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La habilidad para organizar los estímulos sensoriales entrantes y centrar la atención en estimular y dejar de estimular e interactuar, es un hito significativo para el desarrollo cognitivo.</li> <li>✓ El proceso de vinculación implica comunicación y patrones de interacciones entre los padres y el lactante que sean rítmicos y sincrónicos.</li> <li>✓ El lactante "sincroniza" con el latido cardiaco, la respiración, el calor corporal, etc. de la madre.</li> </ul>

(ACRELEY,2007, Pp.1238-1241).

# 7.-PLAN DE ALTA

---

En el momento del alta, la paciente demostrará:

- ✓ Ausencia de infección.
- ✓ Dolor controlado mediante fármacos analgésicos.
- ✓ Buena temperatura corporal.
- ✓ Herida quirúrgica en proceso de cicatrización, limpia y seca.
- ✓ Adaptación del paciente a mecanismos de afrontamiento alternativo.

## ***CUIDADO INDIVIDUALIZADO E INTEGRAL.***

---

- \* **C:** comunicación
- \* **U:** urgente
- \* **I:** información
- \* **D:** dieta
- \* **A:** ambiente
- \* **R:** recreación y uso del tiempo libre
- \* **M:** medicamentos y Tratamiento No farmacológicos
- \* **E:** espiritualidad

## **COMUNICACIÓN**

- ❖ Comunicarle a la paciente que debe acudir al hospital “Dr. Manuel Gea González” en una semana para retiro de sutura en la herida y vigilancia de la misma, en el consultorio de gineco-obstetricia.
- ❖ Así mismo debe saber que puede acudir al hospital en caso de cualquier urgencia o bien si es que llegara a presente molestias y complicaciones nuevamente.
- ❖ Enseñarle a la paciente cuales son los signos y síntomas que se presentan en un proceso infeccioso para que ella pueda comunicarlo de manera oportuna si es que llegaran a aparecer.

## URGENTE

- ❖ Datos de infección: color, olor fétido, rubor, dolor.
- ❖ Fiebre de 38°C.
- ❖ Dolor en la herida.
- ❖ Separación de la sutura de la herida quirúrgica.
- ❖ Secreción de la herida.

## INFORMACIÓN

Dirigida a la persona o al familiar (cuidador):

Técnicas de autocontrol.

### ❖ REPOSO

Se le indicara reposo durante 15 días aproximadamente, puede caminar, ir al baño, realizar cuidados propios de su bebe, etc. Cabe mencionar que no debe cargar objetos pesados, ni hacer esfuerzo con el abdomen, así mismo no debe permanecer mucho tiempo sentada ya que interfiere en la cicatrización adecuada de la herida.

### ❖ DIETA

Una vez en su casa la paciente debe seguir una dieta normal pero balanceada, consumir leche y sus derivados, frutas, verduras, fibra, carnes, deberá continuar los suplementos con hierros y vitaminas.

Esto con el fin de suministrar suficiente energía y nutrición para una óptima recuperación, tratando de consumir todo los grupos alimenticios, los cuales se representan en el plato del buen comer el cual clasifica a los alimentos en tres grupos.



- \* Un adecuado aporte de calorías, proteínas y micronutrientes evitará la pérdida de peso y masa corporal y permitirá el proceso de cicatrización.

Recomendaciones:

- No omitir el desayuno.
- Consumir 3 comidas al día.
- Consumir alimentos de cada uno de los tres grupos de alimentos en cada comida.
- Consumir alimentos baja en grasas saturadas y grasas trans saturadas, colesterol, azúcares, sal y alcohol.

Por ejemplo: Reemplace la leche entera con leche baja en grasa o de un porcentaje menor en grasa, Use aceite vegetal líquido, elimine la mantequilla y sustitúyala por margarina libre de grasa trans. Evite a toda costa la manteca o las barras de margarina.

- Consumir dos o tres litros de líquido al día para una adecuada eliminación.

#### ❖ HIGIENE

Realizar baño diario en casa, tener estricta higiene en herida quirúrgica, lavar con jabón neutro y agua al gusto de la paciente, secar perfectamente sobre la herida, oprimir alrededor de esta para verificar que no supure cualquier líquido seromatoso. Hacer cambio diario de ropa. Si gusta y para comodidad puede fajarse correctamente.

#### ❖ ACTIVIDAD SEXUAL:

Informarle que puede reiniciar el coito hasta que la herida este completamente cicatrizada. Informarle métodos de planificación familiar y cuál es el que más se adecua a ella. Referirla a planificación familiar.

### **AMBIENTE**

- ✓ Factores de riesgo de infección que debe evitar:
  - Falta de higiene. (sugerir baño diario)
  - No Acudir a curación en la frecuencia que se indique.
  - Estancia en casa, trabajo da la forma antihigiénica.

### **RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE**

- ✓ Sugerirle ambiente óptimo en compañía de su esposo y familiares más cercanos.
- ✓ Incluir terapia psicológica: Indicar a la mujer que reserve para ella momentos tranquilos en el hogar, y ayudarla a establecer objetivos realistas y renovar sus intereses y relaciones sociales. Mantener actitud positiva en cuanto al estado de salud de su bebe.

### **MEDICAMENTOS**

Antibióticos: Ciprofloxacino 500 mg V.O. cada 12 hrs por 10 días.

Analgésicos: Ibuprofeno 400 mg V.O. cada 8 hrs por 7 días.

Antiepilépticos: Levetiracetam 750 mg V.O. cada 24 hrs.

## **ESPIRITUALIDAD**

- El daño físico y emocional sufrido puede tener efectos duraderos que prohíben un desarrollo normal.
- Contrarrestar culpa.
- Sugerir oración.
- Momento de replantear.
- No aseverar que es «castigo».
- Elevar autoestima.

## 8.-CONCLUSIONES

---

La infección de herida quirúrgica postcesarea que con lleva a la dehiscencia de la misma es la tercera causa de infección nosocomial que más se presenta en los hospitales de nuestro país, donde lo más lamentable es que esta complicación puede ser prevenible.

En conclusión, entre las medidas más importantes para reducir la morbimortalidad por infecciones de herida quirúrgica postcesarea se encuentra la administración de un adecuado esquema de antibioticoterapia preoperatoria y postoperatoria, así mismo, otra medida la cual no siempre se lleva a cabo, es que a cada mujer programada para cesárea, debe recibir información completa de el procedimiento, así como de los cuidados postoperatorios y de la identificación oportuna de signos y síntomas de infección quirúrgica para prevenir posibles complicaciones.

Por lo anterior, el papel de Enfermería se basa en la promoción y prevención de este tipo de complicación postcesarea, ya que somos nosotros quien acompañamos a la paciente durante su estancia hospitalaria, por tal motivo debemos informar y esclarecer cualquier tipo de duda antes del egreso de la paciente, fomentando la confianza enfermera-paciente.

Así mismo concluyo que nuestro método científico el PAE es una gran herramienta que utilizamos para llevar a cabo el papel de enfermería para así poder brindar cuidados específicos de calidad y calidez en base a las necesidades de la paciente.

El presente trabajo fue una experiencia muy satisfactoria al ver el progreso de una paciente joven, con gran deseo de ser madre y de salir adelante por su hija. Al alta de la paciente se mostro satisfecha por la atención brindada, no presento signos de complicaciones. Y demostró actitud cooperadora para llevar a cabo el plan de alta

# 9.- ANEXOS

## 8.1.- GUÍA DE VALORACION DE ENFERMERÍA



### GUÍA DE VALORACIÓN PARA LA MUJER EMBARAZADA

Fecha de elaboración 25/nov/2012 Pasante de enfermería Flores Muñoz Verónica Beatriz

#### I. DATOS GENERALES

Nombre de la embarazada: C.G.Z.M.  
 Dirección: Mediterráneo N° 11, colonia El Rosedal, Distrito Federal.

**Anote en las casillas correspondientes riesgo bajo (B), riesgo medio (M) o riesgo alto (A) respectivamente.**

1. Edad 18  M  20-30 (B)  15-19 (M)  31-35  14 y - (A)  36 y +

2. Estado civil Unión Libre  B  Casada (B)  Unión libre  Soltera (M)  Viuda  Sin cónyuge (A)

5. Estatura (cm) 164  B  150 y + (B)  145 a 149 (M)  144 y - (A)

6. Peso al inicio (Kg) 60  B  51 a 64 (B)  65 a 75 (M)  41 a 50  76 y + (A)  40 y -

Fecha de nacimiento 09/Abr/1994 Lugar de nacimiento Distrito Federal  
 Residencia Distrito Federal Religión Católica  
 Nombre del cónyuge o persona responsable Cristian Pacheco Mollado Edad 20 años  
 Escolaridad Secundaria Ocupación Obrero Gpo y Rh lo ignora

#### II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Anote en las líneas el parentesco edad, evolución y anote en las casillas: (B) sin antecedente familiar o (M) con antecedente familiar.

7. Diabetes <u>abuelo materno y tío</u>	<input type="checkbox"/> M	15. Embarazo gemelar <u>tía materna</u>	<input type="checkbox"/> M
8. Hipertensión arterial <u>madre</u>	<input type="checkbox"/> M	16. Embarazos molares _____	<input type="checkbox"/> B
9. Epilepsia <u>hermano menor</u>	<input type="checkbox"/> M	17. Malformaciones _____	<input type="checkbox"/> B
10. Enfermedad cerebrovascular _____	<input type="checkbox"/> B	18. Cardiopatía _____	<input type="checkbox"/> B
11. Cáncer <u>zona</u> _____	<input type="checkbox"/> B	19. Nefropatías <u>madre IR</u>	<input type="checkbox"/> M
12. Obesidad _____	<input type="checkbox"/> B	20. Enfermedad tiroidea _____	<input type="checkbox"/> B
13. TB pulmonar _____	<input type="checkbox"/> B	21. Enfermedades autoinmunes _____	<input type="checkbox"/> B
14. Retraso mental _____	<input type="checkbox"/> B	22. Otro. _____	<input type="checkbox"/> -

#### III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Anote en las líneas edad de aparición, evolución y anote en las casillas correspondientes (B) no presenta, (M) controlada o (A) activa

23. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> B	31. Alergia _____	<input type="checkbox"/> B
24. Hipertensión crónica _____	<input type="checkbox"/> B	32. Alcoholismo u otras drogas _____	<input type="checkbox"/> B
25. Epilepsia <u>julio ultima vez</u>	<input type="checkbox"/> M	33. Tabaquismo _____	<input type="checkbox"/> B
26. Enfermedad cerebrovascular _____	<input type="checkbox"/> B	34. Cardiopatía _____	<input type="checkbox"/> B
27. Cáncer <u>zona</u> _____	<input type="checkbox"/> B	35. Nefropatías _____	<input type="checkbox"/> B
28. Obesidad _____	<input type="checkbox"/> B	36. Enfermedad tiroidea _____	<input type="checkbox"/> B
29. TB pulmonar _____	<input type="checkbox"/> B	37. Enfermedades autoinmunes _____	<input type="checkbox"/> B
30. Retraso mental _____	<input type="checkbox"/> B	38. Hipercolesterolemia _____	<input type="checkbox"/> B
		39. Otro. _____	<input type="checkbox"/> B

40. ¿Utiliza medicamentos por indicación médica o automedicación? ¿cuáles? Levetiracetam 750 mg 10.00 y 500 mg 22.00

#### IV. ANTECEDENTES EN ANTERIORES EMBARAZOS

Anote en las casillas correspondientes riesgo bajo (B), riesgo medio (M) o riesgo alto (A) respectivamente

41. Paridad <u>1</u> <input type="checkbox"/> B 1 a 3 (B), 4 a 6 (M) Nulipara	46. Gemelaridad <input type="checkbox"/> B no (B) 2 fetos (M) 3 fetos y + (A)	50. Hijos - de 2500g <input type="checkbox"/> M no (B) 1 (M) 2 y +
42. Parto anterior <input type="checkbox"/> normal (B) difícil (M) traumático (A)	47. Parto pretérmino <u>33 SDG</u> <input type="checkbox"/> M no (B) 1 (M) 2 y + (A)	(A) <input type="checkbox"/> B
43. Abortos consecutivos <input type="checkbox"/> B no (B) 2 y + (M)	48. Preeclampsia <input type="checkbox"/> B no (B) sí (M)	51. Hijos de + de 4000g <input type="checkbox"/> B no (B) sí (A)
44. Muerte perinatal <input type="checkbox"/> B no (B) 1 (M) 2 y + (A)	49. Cesáreas previas <input type="checkbox"/> B no (B) 1 (M) 2 y + (A)	52. Cirugía pélvica <input type="checkbox"/> B no (B) ginecológica (M) en útero (A)
45. Malformaciones <input type="checkbox"/> B no (B) sí (A)		53. Otro, especifique _____ _____ _____

#### V. EMBARAZO ACTUAL

54. Consanguinidad <input type="checkbox"/> B no (B) sí (A)	60. Alcoholismo <input type="checkbox"/> B no (B) sí (M)	66. Hb en g. <u>12.5</u> <input type="checkbox"/> B 11 y + (B) 8 a 10.9 (M) - de 8 (A) <input type="checkbox"/> B no (B)
55. Tabaquismo n° al día <input type="checkbox"/> B no (B) sí (M)	61. Toxicomanías <input type="checkbox"/> B no (B) sí (M)	67. Hemorragia ginecológica <input type="checkbox"/> B controlada (M) activa (A)
56. Amenaza de aborto <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)	62. A.P.P. <input type="checkbox"/> M no (B) controlada (M) activa (A)	68. Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)
57. Cardiopatía <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)	63. Nefropatía <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)	69. Otros. especifique _____ _____ _____
58. Preeclampsia <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)	64. RPM <input type="checkbox"/> A no (B) 6-8hrs. (M) +8 hrs. (A)	
59. Torch <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)	65. ITS <input type="checkbox"/> B no (B) controlada (M) activa (A)	

Si es necesario ampliar la información acerca de los puntos del apartado V. hacerlo

aquí \_\_\_\_\_

#### VI. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Después de realizar el análisis anote en la casilla si el riesgo es bajo (B), o medio (M)

70. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.

B

Pavimentación <u>SI</u>	Iluminación <u>SI</u>	Banquetas <u>SI</u>	Recol. de basura <u>SI</u>
<u>SI</u>	Medios de transporte <u>SI</u>	Centros educativos <u>SI</u>	
Centros de salud <u>SI</u>	Centros de recreación <u>SI</u>		
Centros comerciales <u>SI</u>	Fábricas contaminantes <u>NO</u>		

71. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

M

Propia, rentada o prestada <u>propia</u>	Material de construcción <u>tabique</u>	Casa, departamento o cuarto <u>SI</u>
<u>SI</u>	Iluminación <u>SI</u>	Ventilación <u>SI</u>
N° de habitaciones <u>una</u>	Higiene de la vivienda <u>SI</u>	Forma de recolectar basura (bote, bolsas, no recolecta, la clasifica) <u>en bolsas, no la clasifica</u>
Fauna nociva Hacinamiento, especificar <u>6 personas habitan en la casa, 2 suegros, 2 cuñados su pareja y ella</u>		

72. HÁBITOS HIGIÉNICOS.

B

Baño <u>diario</u>	Cambio de ropa interior <u>diario</u>	Lavado de manos <u>constantemente</u>
Higiene bucal <u>3 veces al día</u>	Aspecto de la mujer en cuanto a la higiene <u>relativamente limpia</u>	



## 73. DESCANSO, SUEÑO Y ACTIVIDAD

Descanso, tipo y frecuencia al día el descanso es continuo, tranquilo, todos los días  
 Cuántas horas duerme al día, características (amanece descansada, pesadillas) 8 hrs por la noche y 1 hora en el día  
 Hábitos para favorecer el sueño un vaso de leche caliente  
 Actividades que realiza en el trabajo baño, quehaceres domésticos, lavar trastes, planchar  
 Actividades que realiza en el hogar no trabaja  
 Actividades que realiza en su tiempo libre dibujar, ver la televisión  
 Práctica ejercicio para facilitar el T. de P., tipo y frecuencia no realiza alguna actividad

## 74. ALIMENTACIÓN

N° de comidas que realiza al día, lugar dónde come y con quien come 3 con su familia en casa  
 Existencia de intolerancia a alimentos, en caso afirmativo, especificar ninguno  
 Alimentos que gustan / desagradan chilaquiles verdes/ verdura chayote  
 Suplementos alimenticios / vitaminas, especificar utrin materna  
 Uso de medicamentos relacionados con la ingestión / digestión,  
 especificar no  
 ¿Qué sentido le da a la comida? (placer, sobrevivir, no le encuentra mucha importancia) disfruta al comerlo  
 Frecuencia semanal del consumo completo/incompleto y cantidad diaria de

carne <u>3</u>	verdura _____	aceite vegetal <u>7</u>	Cereal <u>7</u>
huevo <u>1</u>	fruta <u>3 dos frutas</u>	mantequilla _____	Leguminosas <u>7</u>
quesos _____		manteca _____	Arroz <u>7</u>
pescado _____		chocolate _____	n° de pan blanco <u>1</u>
leche <u>7 2 vasos de 200 mL</u>	sal <u>muy poco</u>	frituras _____	n° de pan de dulce <u>1</u>
yogurt <u>de vez en cuando 1 porción</u>	azúcar <u>diario</u>	embutidos <u>2 dos porciones</u>	galletas _____
	dulces <u>1</u>	enlatados <u>no le gusta</u>	tortillas <u>7</u>
			pastas <u>7</u>

## 75. INGESTION DE LIQUIDOS

Líquidos que consume en 24 hrs., cantidad y tipo 2 L  
 Líquidos que le gustan/desagradan agua de fruta o de tang  
 Preferencia en cuanto a temperatura de líquidos tibias  
 Problemas durante la ingestión de sólidos y líquidos. Especifique ninguna  
 anorexia \_\_\_\_\_ náusea \_\_\_\_\_ vómito \_\_\_\_\_ pirosis \_\_\_\_\_ polifagia \_\_\_\_\_  
 polidipsia \_\_\_\_\_ regurgitación \_\_\_\_\_ Dolor epigástrico \_\_\_\_\_ diarrea \_\_\_\_\_

## 76. ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal, características y n° de veces dos veces duras  
 Eliminación vesical, características y n° de veces cinco veces, amarillo claro normal.  
 Problemas en la eliminación intestinal y vesical actualmente lleva 1 día sin evacuar refiere que "me cuesta trabajo hacer popo"  
 Infección urinaria no (B), controlada (M) activa (A) \_\_\_\_\_

## 77. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

N° de integrantes 8 tipo de familia: nuclear \_\_\_\_\_ extensa \_\_\_\_\_ monoparental si  
 Características de la familia (integrada, desintegrada) desintegrada, su padre no vive con ellos  
 Comunicación con la pareja efectiva refiere ella  
 Relaciones sexuales satisfactorias si no satisfactorias, especifique \_\_\_\_\_  
 no tiene, especifique \_\_\_\_\_

## 78. AUTOIMAGEN/AUTOCONCEPTO, RELACIONES SOCIALES Y ESTRÉS

M

El embarazo fue planeado?, especificar \_\_\_\_\_ si tres meses antes \_\_\_\_\_

¿El embarazo es aceptado?, especificar \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente al encontrarse embarazada? \_\_\_\_\_ rara pero feliz \_\_\_\_\_

Preparativos para la llegada del recién nacido, especificar "no no pudimos hacerlos ya que se me adelanto mi bebe y me hicieron cesárea"

Qué persona le ayudará cuando el bebé nazca ¿lo ha pensado? \_\_\_\_\_ mi suegra y mi pareja \_\_\_\_\_

Cree que su religión influye en el embarazo y nacimiento. ¿de que manera? \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Tiene alguna practica o costumbre en el cuidado del embarazo y nacimiento, especifique \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Cuenta con amigos, ¿cada cuándo los ve? \_\_\_\_\_ si cada semana \_\_\_\_\_

Dificultades para el cumplimiento de rol como esposa, madre, trabajadora, embarazada, especificar: "como esposa no, pero como madre preocupación por el estado de salud de mi bebe, yo quería poder darle pecho"

Preocupaciones relacionadas con el embarazo, especificar \_\_\_\_\_ de que saliera bien \_\_\_\_\_

Manejo del estrés (situaciones de angustia o tensión) ¿cómo las maneja o controla? \_\_\_\_\_ respiro profundo \_\_\_\_\_

## 79. CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO

B

Inmunizaciones aplicadas antes y durante el embarazo \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

Conocimiento acerca del embarazo y sus cuidados \_\_\_\_\_ "si por mi sobrina que cuide un tiempo" \_\_\_\_\_

Conocimiento de datos de alarma en el embarazo ( percepción de movimientos fetales, datos de vasoespasmo, datos de urosepsis, contracciones uterinas, pérdidas transvaginales, etc) \_\_\_\_\_ " si me los explicaron en el centro de salud" \_\_\_\_\_

Conocimiento de trabajo de parto y parto, así como de la cesárea \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Preparación para la lactancia \_\_\_\_\_ "no pero no podre alimentar a mi bebe con mi pecho" \_\_\_\_\_

## 80. NIVEL SOCIOECONÓMICO

B

Nivel socioeconómico	0	1	2	calific.
Piso	Cemento/mosaico/madera		Tierra	
Agua	Intradomiciliaria	Fuera de la vivienda pero dentro edificio o vecindad De la llave pública	No dispone de agua/ Acarrea	0
Baño	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda	No dispone de baño	0
Drenaje	Conectado al drenaje de la calle	Conectado a una fosa séptica	Desagua al suelo, canal o lagos	0
No, de cuartos para Dormir _____ No. Total de personas que habitan la vivienda _____	1 cuarto hasta 3 pers. 2 cuartos hasta 6 pers. 3 cuartos hasta 9 pers. 4 cuartos hasta 12 pers. 5 cuartos hasta 15 per	1 cuarto con 4 o 5 per. 2 cuartos con 7 a 10 per. 3 cuartos con 10 a 15 per. 4 cuartos con 13 o + per. 5 cuatros con 16 o + per.	1 cuarto con 6 o + per 2 cuartos con 11 0 + 3 cuartos con 16 o + 4 cuartos con 20 o + Cuarto redondo	2
Tiene refrigerador	Sí	No		0
Tiene lavadora	Sí	No		0
Tiene computadora	Sí	No		0
Tiene horno microondas	Sí	No		0
Tiene automóvil	Sí	No		1

Suma total \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

SI LA SUMATORIA FUE 15-20  
SI LA SUMATORIA FUE 6-14  
SI LA SUMATORIA FUE 0-5

CLASIFICACION RIESGO ALTO (A)  
CLASIFICACION RIESGO MEDIO (M)  
CLASIFICACION RIESGO BAJO (B)

**VII ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS. ANOTE EN LA CASILLA EL RIESGO.**

81. GINECOLÓGICOS

M

Telarca 11 años Pubarca 9 años Menarca 9 años Ciclos cada 30 días Dismenorrea si  
 Incapacitante no  
 Uso de métodos anticonceptivos (cuál, año, duración) antes del embarazo nada  
 ¿Utilizará un método anticonceptivo posterior al embarazo?, especificar preservativo M  
 DOC CU y de mama. (último año, resultado,) no si ha realizado (B), no o + (M)  
 IVSA 15 N° de compañeros sexuales 2 Con protección o sin protección s/p A sexo seguro(B), sin protección (A)

82. OBSTÉTRICOS

FUR 06/mar/2013  
 G 0 B 1-3 (B), +3 (M)  
 P 0 1-3 (B) nulipara (M) 4 y +  
 Abortos consecutivos 0 B 0 (B), 2 y + (M)  
 C M 0 (B), 1 (M) 2 y + (A) FPP 29/DIC/2012 SDG 33  
 Periodo intergénésico 1-3 años (B), -1 año (M)  
 En el embarazo salida de secreción vaginal (características, tratamiento) amarillenta con óvulos y pastillas no(B), si (M) M

83. Características de los embarazos previos:

n° de gestas	fecha de nacimiento	resolución del embarazo	defectos al nacimiento	peso del r.n.	apgar	sexo	muerte antes del primer mes	duración de lactancia
GI	19/nov/2012	cesarea	prematurez	1.873	7/9	mujer	no	nada
GII								
GIII								
GIV								
GV								

84. Lugar donde lleva su control prenatal (sólo en comunidad) centro de salud y hospital "dr manuel gea gonzalez"

85. n° de consultas prenatales y problemas detectados a lo largo del embarazo 3 consultas

## 8.2.-GLOSARIO

---

1. **Periodo de incubación:** al intervalo de tiempo entre la exposición, infección o infestación, y el inicio de signos y síntomas clínicos de enfermedad en un huésped hospitalario.
2. **Inoculación:** El verbo *inocular* proviene del latín *inoculare* y significa injertar. Ubicar algo que crecerá y se reproducirá, y comúnmente se utiliza esta cabo respecto a la introducción de suero sanguíneo, una vacuna o una sustancia antígeno dentro del cuerpo de un humano o de un animal, especialmente para producir inmunidad a una enfermedad específica. La comunicación de una enfermedad a un organismo vivo por transferencia del agente causal en el organismo, la implantación de microorganismos o material infeccioso a un medio de cultivo como puede ser en la fabricación de cerveza o una placa Petri, o poner microorganismos o virus en el lugar donde la infección es posible.
3. **Virulencia:** Virulencia deriva del latín *virulentus* que significa «lleno de veneno» y designa el carácter patogénico y nocivo de un microorganismo, como una bacteria, hongo, protozoo, microalga o virus, o en otras palabras, la capacidad de un microbio de causar enfermedad.  
Es el grado de patogenicidad de un serotipo, de una cepa o de una clona microbiana en un huésped susceptible.
4. **Flora endógena o residente:** aquellas bacterias que normalmente residen en la piel, ya sea en la epidermis o en la dermis. Estas no producen daño a menos que sean introducidas dentro del cuerpo a través de una herida en la piel.  
Ejemplo: *staphylococcus epidermidis*
5. **Flora exógena o transitoria:** aquellas que han sido adquiridas de una fuente contaminada. Estas incluyen a cualquier bacteria que pueda vivir sobre la piel, incluidas las que son patógenas y mortales. Para ayudar a la piel.

# 10.-REFERENCIAS

---

## 9.1 BIBLIOGRAFIAS

---

- ACRELEY, Betty J., *et al*, "MANUAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. Guía para la planificación de los cuidados", 7ma edición, Editorial Elsevier. Madrid España. 2007.
- CABERO, ROURA, ET AL, "Obstetricia y Medicina Materno Fetal", Ed. Medica Panamericana. Madrid, España. 2007.
- CARPENITO JUALL Lynda "Manual de diagnósticos de enfermería", editorial McGrawHill Interamericana, 9º Edición, Madrid, España 2000.
- CARPENITO JUALL, Lynda, "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería", Editorial McGrawHill Interamericana, 1ª edición, Madrid España, 2007.
- CONNINGHAM F. Gary, et al, "Williams Obstetricia", Ed. MASSON, Barcelona, 1996.
- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2005-2006 NANDA Internacional.
- FERNANDEZ, Carmen, et al, "Enfermería, enfermería fundamental", Ed. MASSON, Barcelona España, 2000.
- FREDERICKSON, Helen, et al, "Secreto de la Gineco Obstetricia", Ed. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, México D.F. 1999.
- GERAD M. Doherty, et al "Diagnostico y tratamiento quirúrgicos". 9na edición, Editorial Manual Moderno, México D.F., 2007.
- IYER,W. et al, "Proceso y Diagnósticos de Enfermería" 3ra edición, Editorial Mc Graw-Hill, Philadelphia, USA 1977.
- LUIS, Rodrigo, etal, "De la Teoría a la Practica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI", 2da. Edición, Editorial MASSON, Barcelona España, 2000.
- MONDRAGON, Castro Héctor, et al. "Gineco- Obstetricia, de la Niñez a la Senectud". Ed. Trillas. México D.F. 2001.

- RIOPELLE, Lise, et al, "Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en la necesidades de la persona", Editorial Mc Graw-Hill, España 1977.
- SEYMOUR, I. Schawartz, et al, "Principios de Cirugía". 7ma edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, México D.F., 2000.
- TORTORA AGNANOSTAKOS, "Principios de Anatomía y Fisiología", 11° edición, Editorial MCGraw-Hill Interamericana, México D.F. 2011.
- WESLEY L., "Teorías y Modelos de enfermería", 2da ed., Editorial Mc Graw-Hill, México, 1977.

## **9.2 CIBERGRAFIA**

---

- Revisado el día 15/05/2013, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la INFECCIÓN EN HERIDAQUIRÚRGICA POST CESÁREA En los Tres Niveles de Atención, México, secretaria de salud, 2011 disponible en ([http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/527\\_GPC\\_Infeccixn en HxQxpostcesxrea/GPC EVR PREV DIAG TRAT. HxQx POST CESAREA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/527_GPC_Infeccixn%20en%20HxQxpostcesxrea/GPC%20EVR%20PREV%20DIAG%20TRAT.%20HxQx%20POST%20CESAREA.pdf))
- Revisado el día 15/07/2013, Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo escrito por Antonia Brox-Jimenez, *et al*, CIRUGIA ESPAÑOLA, pp.3313-314, Julio 2011, disponible en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/36/36v87n05a13150096pdf001.pdf>
- Revisado el día 23/10/2013, PUERPERIO NORMAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA escrito por Francisco Javier Ruíz Peregrina y Carmen Álvarez Nieto, 2008, disponible en [http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/apuntes\\_puerperio.pdf](http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/apuntes_puerperio.pdf)
- Revisado el día 15/10/2012, PUERPERIO NORMAL escrito por Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, *etal*, en Revista de Posgrado de la Catedra VI Medicina N°100 Diciembre/2004, pag 2-6, disponible en [http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio\\_normal.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.pdf)
- Revisado el día 25/03/2013 en NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales disponible en [salud.gob.mx/.../normas/NOM-026-STPS-2008](http://salud.gob.mx/.../normas/NOM-026-STPS-2008).