



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL  
DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO

**DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

**MARLEN YELIZTLI CALDERON ESCUDERO**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**LIC. ENF. BERTHA ELSA BRAVO GONZALEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2018**



SECRETARÍA DE SALUD  
Dirección de Educación e Investigación  
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
Escuela de Enfermería



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.



SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN  
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO  
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN  
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM  
P R E S E N T E

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Deterioro de la integridad Tisular

Elaborado por:

1.	<u>CALDERON</u>	<u>ESCUDERO</u>	<u>MARLEN YELIZTLI</u>	Núm. de cuenta:	<u>412503757</u>
2.	_____				
3.	_____				
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 08 de enero de 2018

Nombre y firma del Asesor

  
Lic. Enf. Bertha Elsa Brava González

Nombre y firma de la  
Directora Técnica de la Carrera

  
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Sello  
Institución

Secretaría de Salud  
Escuela de Enfermería  
DIRECCIÓN  
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación  
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
Escuela de Enfermería

## INDICE

I	Introducción.....	pág. 3
II	Justificación.....	pág. 4
III	Objetivos.....	pág. 5
IV	MARCO TEORICO	
4.1	Enfermería como profesión disciplinar.....	pág. 6
4.2	El cuidado como objeto de estudio.....	pág. 7
4.2.1	Concepto.....	pág. 8
4.3	Teoría de enfermería	
4.3.1	Concepto, Objetivos y Clasificación.....	pág. 9
4.3.2	Relación de la teoría con el proceso de enfermería.....	pág. 9
4.3.3	Teoría de Virginia Henderson.....	pág. 11
4.3.4	Asunciones filosóficas.....	pág.12
4.4	El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma	
4.4.1	Concepto.....	pág. 17
4.4.2	Objetivo.....	pág. 17
4.4.3	Descripción de las etapas.....	pág. 18
4.5	La persona.....	pág. 31
4.5.1	Características biológicas, físicas y sociales.....	pág. 31
4.5.2	Enfermedades más frecuentes.....	pág. 34
4.5.3	Descripción del padecimiento.....	pág. 39
4.6	Escala Braden y Norton.....	pág. 44
4.7	Valoración de las UPP .....	pág. 47
4.7.1	Tratamiento de las UPP.....	pag. 51
4.8	Funciones de la piel.....	pag.52

## V APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

5.1 Presentación del caso clínico.....	pág. 55
Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson. ....	pág.56
Instrumento de valoración .....	pág.60
Diagnósticos de enfermería.....	pág. 65
Priorización de Diagnósticos de enfermería.....	pág. 73

### PLANES DE CUIDADOS

Diagnostico I Deterioro de la integridad tisular.....	pág.75
Diagnostico II Dolor crónico.....	pág.80
Diagnostico III Riesgo de infección.....	pág.84
Diagnostico IV Estreñimiento.....	pág. 88
Diagnostico V Desequilibrio nutricional.....	pág. 92
Diagnostico VI Riesgo de volumen de desequilibrio de líquidos.....	pág.96
Diagnostico VII Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.....	pág.100
Diagnostico VIII Ansiedad.....	pág.104
Diagnostico IX Deterioro de la movilidad en cama.....	pág.108
Diagnostico X Protección ineficaz.....	pág.112
Diagnostico XI Disposición para mejorar la esperanza.....	pág.116
Diagnostico XII Riesgo de disfunción neurovascular periférica.....	pag.120
Diagnostico XIII Disconfort.....	pag.124
Diagnostico XIV Patrón respiratorio ineficaz.....	pág.129
VI Conclusiones.....	pág.132
VII BIBLIOGRAFIAS.....	pág.134
VII Anexos.....	pág.136

## I.INTRODUCCION

Según la OMS en las últimas décadas la prevalencia de las Úlceras por presión dentro del ámbito hospitalario ha ido en aumento, desde hace 15 años se decía que el 93% de los pacientes con larga estancia hospitalaria desarrollaba úlceras por presión, incrementándose hasta la fecha en un 98%, lo cual nos dice que no se está dando la importancia a esta problemática y sus complicaciones.

La aparición de estas lesiones se da a partir de que un paciente permanece más de 1 hora 30 min en una sola posición, llegando a causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida , afectando sobre todo a pacientes ancianos, obesos, pediátricos, neurológicos e inmóviles.

El tratamiento de estas lesiones suele tener costos elevados para el sistema sanitario, por la larga estancia hospitalaria, los recursos materiales y humanos

Las úlceras por presión es un indicador importante de la mala calidad de la atención hospitalaria, pese a que sabemos que las úlceras por presión se pueden evitar en casi todos los casos y que pueden ser tratadas eficazmente, aún son muchos los profesionales de la salud que consideran que el desarrollo de estas lesiones es algo normal, sin que la gran mayoría le den la importancia al resultado potencialmente fatal y las complicaciones asociadas a este padecimiento.

Por ende, el profesional de enfermería actualmente vive un momento de desafíos y oportunidades únicas, en donde desempeña un papel vital ya que son los encargados de establecer estrategias a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión, y acelerar la recuperación del paciente.

Por lo anterior se requiere se lleven a cabo los planes de cuidados fundamentados científicamente para pacientes con afecciones crónicas.

## II.- JUSTIFICACION

El desarrollo de las úlceras por presión no es un problema nuevo sin embargo pese a todas las estrategias y programas diseñados para su erradicación; sigue siendo una problemática dentro del ámbito hospitalario el cual se convierte en un problema de salud pública.

Y si bien es un trabajo multidisciplinar del personal de salud, también es de suma importancia reiterar que en su totalidad es responsabilidad del profesional de enfermería que puede mejorar la salud del paciente, al mismo tiempo disminuir los riesgos potenciales de una larga estancia hospitalaria, y sobretodo dar a conocer que un 97% de las úlceras por presión se pueden prevenir con actividades básicas de enfermería como por ejemplo los cambios de postura en los paciente con alguna limitación física, y así evitar los costos elevados por el tratamiento de las mismas y sobre todo disminuir el tiempo de recuperación y rehabilitación del paciente.

La elaboración de éste procesoatención de enfermería (PAE) tiene como propósito el servir como instrumento guía, al profesional de enfermería, en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión en los paciente propensos a desarrollarlas.

### **III OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

- Elaborar un Proceso Atención de Enfermería a una paciente adulto mayor con úlceras por presión en 1ro. Y 2do. Grado, utilizando la valoración de Virginia Henderson con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería con base en las necesidades afectadas del individuo y así llevarla a un estado óptimo de salud.

#### **3.2 Objetivos específicos.**

- Identificar las necesidades alteradas con base en la valoración de Virginia Henderson.
- Aplicar intervenciones específicas de enfermería a un paciente adulto mayor con úlceras por presión de 1ro y 2do grado.
- Evaluar los resultados obtenidos de la aplicación de los planes de cuidados y dar a conocer la importancia de llevar a cabo actividades específicas de enfermería para la valoración, prevención, curación y rehabilitación del paciente adulto mayor con úlceras por presión de 1ro y 2do grado.



## **IV. MARCO TEORICO**

### **4.1 Enfermería como profesión disciplinar**

Es una ciencia compleja que abarca aspectos como el conocimiento, el sistema de valores y la conciencia que tienen las personas. Nos servimos de ella cuando tomamos su base metodológica para la elaboración de una filosofía de Enfermería.

La Enfermería como profesión nos permite desarrollar y orientar nuestro "saber ser", mediante la ontología y la estructura del conocimiento, para utilizar su método científico y conocer al ser mediante la epistemología; aspectos que retomamos en el proceso de enfermería como necesidad que tiene el profesional de elaborar y reflexionar acerca de su propia filosofía; comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

La Enfermería es una profesión de servicio de salud que responde a una necesidad: ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismas o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar, como causa de una situación de salud particular.

## 4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Se entiende por disciplina, aquella rama instrucción o educación que tiene una perspectiva única que la distingue por la forma particular de ver el o los fenómenos de interés y define y define los límites de esta. El saber producido por el profesional de enfermería en forma sistemática constituye el cuerpo de conocimiento propio de enfermería. Este saber le da identidad y autonomía a esta como disciplina, y debe ser compartido por comunidades que socializan sus conocimientos a través de las publicaciones.

La disciplina de enfermería se define como “El estudio del cuidados de la experiencia o vivencia de la salud humana”. Esta comprende las teorías que describen, explican y prescriben sobre el fenómeno central de su interés, el cuidado, así como los resultados de las investigaciones que se relacionan con este fenómeno. Del mismo modo, teoristas como Jean Watson y Patricia Benner mencionan que la esencia de enfermería es el cuidado, y el foco está dado en la comprensión de enfermería como fenómeno.

El cuidado nos ayuda a mantenernos en un estado de completo bienestar del cuerpo.

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por el esto es desinteresarse de uno mismo, estar dentro del paciente, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, sinceridad, seguridad y apoyo efectivo.

“es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Scielo.sid.cu 2016 [cited 27 octubre 2016]. [http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0864-03192013000300005](http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0864-03192013000300005)

## 4.2.1 CONCEPTO

El cuidar es brindar la atención necesaria a la persona, la familia y la comunidad de forma holística o cuidados holísticos, a partir de la identificación de los problemas de salud; se tienen en cuenta la utilización de la taxonomía de enfermería y las funciones interdependientes e independientes para las que está legalmente facultado, demostrando competencia y desempeño, lo que se demuestra mediante funciones, actividades y tareas.

1. **Objeto de trabajo.** Es el componente del objeto del profesional en el cual se manifiestan los problemas de salud, recibe la acción del enfermero o personas, familia, grupos de población y/o el ambiente.
2. **Modos de actuación.** Los modos de actuación determinan los métodos, técnicas y procedimientos cuya utilización y aplicación está condicionada por la profesionalidad y las estrategias de trabajo profesional. Estos modos está dirigido a elevar la competencia y el desempeño profesional.
3. **Métodos de trabajo profesional en enfermería.** Constituyen las vías o formas razonadas de actuar, donde se ordenan de manera lógica los principales elementos de la práctica profesional, que permite actuar y modificar el objeto de trabajo, alcanzar el objetivo y resolver los problemas de salud. Los métodos pueden ser generales y particulares.
4. **Método científico general.** Las proposiciones de la ciencia deben ser verdaderas o probablemente verdaderas, como los seres humanos son falibles, la verdad absoluta se convierte en una meta difícil de alcanzar; como consecuencia se solicita ayuda a los científicos para descubrir la realidad fiable, académica y sistemática. Chinn sugiere que la enfermería necesita de la teoría para encontrar sus realidades significativas, que ofrezcan una base fiable y validez de la práctica.

Para lograr los propósitos de la profesión, los científicos de la enfermería deben abstraer sistemáticamente las realidades de la enfermería.

*"las proposiciones de la ciencia deben tener un orden lógico, el estricto cumplimiento de los pasos secuenciales del método científico es necesario". Chinn y Jacobs*

## **TEORÍA DE ENFERMERÍA**

### **4.3.1 CONCEPTO, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN**

Una teoría es un sistema lógico compuesto de observaciones, axiomas y postulados, que tienen como objetivo declarar bajo qué condiciones se desarrollarán ciertos supuestos, tomando como contexto una explicación del medio idóneo para que se desarrollen las predicciones. A raíz de estas, se pueden especular, deducir y/o postular mediante ciertas reglas o razonamientos, otros posibles hechos.

Los seres humanos construyen teorías para así explicar, predecir y dominar diferentes fenómenos (cosas inanimadas, eventos, o el comportamiento de los animales). En muchas circunstancias, la teoría es vista como un modelo de la realidad. Una teoría hace generalizaciones acerca de observaciones y consiste en un conjunto coherente e interrelacionado de ideas.

### **4.3.2 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO DE ENFERMERÍA.**

Es un conjunto de estructuras (conceptos, definiciones y proposiciones) interrelacionados, que presentan una perspectiva sistemática de los fenómenos especificando las relaciones. Es el objetivo principal de la ciencia, es una combinación que se proyecta en una perspectiva sistemática de los fenómenos con el fin de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.

Según Orem (1991) , los cuidados enfermeros representan u servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos por que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen como objeto ayudar a la persona o completar el déficit de autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias del autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable, frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia : actuar, guiar, apoyar y procurar. Un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para esto la enfermera escoge un sistema de intervención total compensatorio o de asistencia-enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

La filosofía del cuidado requiere poseer:

- Universalidad
- Individualidad
- Ritmos alternos
- Paciencia
- Compromiso
- Creatividad
- Fundamento en el conocimiento
- Presencia auténtica
- Comunicación
- Intersubjetividad

El dar cuidado, cualesquiera que sean su forma o importancia, procede claramente desde una perspectiva de la que cuidando, por tanto en el cuidado se requiere de una fundamentación científica sólida y evidenciada.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Cardenas M. Teorías y Modelos de enfermería. Bases teóricas para el Cuidado Especializado México, D:F: DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO,;2006.

### 4.3.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus conocimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial. Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual. Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

Expondremos a continuación los componentes esenciales del modelo de Henderson a través de los cuales podremos entender cuál es su enfoque, orientación y filosofía.

#### **4.3.4 ASUNCIONES FILOSÓFICAS**

La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

#### **PROPOSICIONES**

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad. El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control. La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

## ELEMENTOS

**Objetivo de los cuidados.** Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

**Usuario del servicio.** La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

**Papel de la enfermería.** Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

**Enfermera como sustituta.** Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

**Enfermera como ayudante.** Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

**Enfermera como acompañante.** Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el auto cuidado.

**Fuente de dificultad.** También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

**Intervención de la enfermera.** El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo



hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

### **Consecuencias de la intervención.**

Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Conceptos Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

## **CUIDADOS BÁSICOS**

Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

**Independencia.** Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

**Dependencia.** Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

**Autonomía.** Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

**Agente de autonomía asistida.** Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

**Manifestaciones de independencia.** Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

**Manifestaciones de dependencia.** Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

## **4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA SANA O ENFERMA.**

### **4.4.1 Concepto**

El Proceso de Atención de Enfermería está basado en el pensamiento lógico y en el método científico, regido por un código ético, que se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica a partir de la teoría. Este método científico de actuación constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, sobre la base de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de atender las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno.

### **4.4.2 Objetivo**

En la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico en cada una de sus fases, lo cual nos facilita examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión.

El pensamiento científico es el método empleado por la ciencia para proporcionar una forma sistematizada especial del pensamiento y facilitar el cuestionamiento reflexivo.

En la dimensión del razonamiento científico se encuentra el uso de:

1. La lógica. Mediante el empleo del enfoque lógico, organizado y consciente podemos comprender el procedimiento del razonamiento que constituye la fuente del ser humano para aprender.
2. La competencia. Por medio de la adquisición y actualización de la base del conocimiento y mediante las experiencias de la propia práctica clínica.
3. La flexibilidad. Permite acomodarse a razonamientos e ideas divergentes.
4. La creatividad. Mediante un pensamiento creativo que promueva la curiosidad y el desarrollo de estrategias innovadoras.
5. La iniciativa. Estimula la actuación precoz y el razonamiento creativo.
6. La comunicación. Utiliza la interrelación verbal y no verbal.

Estos elementos del razonamiento científico se encuentran implícitos en las propiedades del Proceso de Atención de Enfermería y se retoman en el razonamiento crítico que se aplica en cada fase. Esto influye en las opiniones, conocimientos y habilidades personales para formar la base de la interrelación entre el enfermo y el paciente, a partir de las percepciones, valores y metas personales.

### **4.4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS**

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes:

#### **Valoración**

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia, y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas fisiopatológicas así como los recursos con los que cuentan: asimismo representa el primer contacto con el usuario tornándose continua hasta su egreso o alta.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la evolución.

En la exploración física nos apoyaremos en la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

La exploración física se podrá hacer céfalo-caudal, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Céfalo-caudal: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Debemos cerciorarnos del registro adecuado ya que favorecerá brindar cuidado de enfermería de calidad, comunicación multidisciplinario del equipo de salud y evaluar la evolución del usuario ante el cuidado de enfermería.

## DIAGNÓSTICO

Constituye la segunda etapa del proceso e inicia al concluir la valoración, consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

En esta etapa se validarán los datos y se formularán los diagnósticos de enfermería correspondientes a nuestro usuario de acuerdo a las alteraciones detectadas.

### Tipos de diagnóstico

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana a una condición de salud/ proceso vital, o a la vulnerabilidad a esa respuesta, describe problemas de salud reales o potenciales que la enfermera en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar (Gordon).

**Diagnóstico de enfermería real** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES:

**problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.**

**Diagnóstico de enfermería de riesgo** es un juicio clínico de que un individuo o familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).



**De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.<sup>3</sup>

### **Diagnósticos NANDA**

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el titulo es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

---

<sup>3</sup> Rodríguez Sánchez, Enfermería, Guadalajara, jal, México; 2016

## **Planeación**

Tercera etapa del proceso que se desarrolla una vez que se han elaborado los diagnósticos, en ella se elaboran estrategias que contribuirán a evitar, corregir o disminuir los factores relacionados y las manifestaciones de la enfermedad.

En esta etapa la enfermera deberá:

**Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

**Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.<sup>4</sup>

## **EJECUCION**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

---

<sup>4</sup> Heather TKamitsuru S. Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones NANDA. Barcelona ELSEVIER; 2015

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### **Intervenciones NIC**

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el personal de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales; las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las actividades de enfermería pueden ser:

Interdependientes: actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc

Independientes: actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales esta legamente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permita avanzar hacia el resultado esperado.

Cada intervención de enfermería se presenta con:

Una etiqueta o denominación, que describe de forma clara y concisa el concepto y el nombre del tratamiento administrado por la enfermera.

Ejemplo: potenciación de la seguridad.

Una definición, que explica el concepto de la intervención y delimita su significado.

Ejemplo: intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

Una lista de actividades, que el profesional de enfermería selecciona para llevar a cabo la intervención. Para cada intervención las actividades aparecen listadas en el orden lógico en que deberían realizarse.

Ejemplo: presentar los cambios de forma gradual.

## **Resultado NOC**

**La taxonomía NOC** se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado posee un nombre una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de las escalas. El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Los criterios de resultado, deben de dar a los profesionales de enfermería la oportunidad de evaluar los resultados que dependen de la práctica enfermera y estos se pueden utilizar en la práctica, en la investigación y en la formación de futuros profesionales.

#### Selección de resultados

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería. Para su selección utilizar la clasificación de resultados de enfermería NOC. La búsqueda del resultado esperado se puede realizar de cuatro formas:

Por relación NOC NANDA

Por taxonomías

Por especialidad

Por patrones funcionales

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema.

## Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es cuando se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

- continuar con la valoración y recolección de datos
- realizar las actividades de enfermería
- anotar los cuidados de enfermería
- dar los informes verbales de enfermería mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe mencionar la continuidad de la recolección y valoración de datos, esto debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenerlos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios que valora la enfermera son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes.

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.

2.- Señales y síntomas específicos

Observación directa

Entrevista con el paciente

Examen de la historia

3.- conocimientos:

Entrevistas con el paciente

Cuestionarios (test)



#### 4.- Capacidad psicomotora (habilidades):

Observación directa durante la realización de la actividad

#### 5.- Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de las emociones.

Información dada por el resto del personal

#### 6.- Situación espiritual (modelo holístico de salud):

Entrevista con el paciente

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, a fin de poder establecer conclusiones que sirvan para plantear correcciones, las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar son:

El paciente ha alcanzado el resultado esperado

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Etapas del PAE (Proceso de enfermería) . información sobre enfermería. 2016 [cited 5 Noviembre 2016].  
<http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html#etapa-pae-ejecucion>

## 4.5 LA PERSONA

### 4.5.1 Características Biológicas, Psicológicas y Sociales

Entendemos por tercera edad el grupo de personas mayores o ancianas. El intervalo de edad es muy amplio, existen varias generaciones. La vejez es un proceso fisiológico de todo ser humano, donde se producen cambios físicos así como psicológicos y sociales. El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable.

Se suele decir que a partir de los 65 años ya empieza la tercera edad. Este punto de inflexión para un individuo suele ser caótico. La persona puede haber dejado de trabajar y se enfrenta a una serie de cambios físicos, psíquicos, personales y económicos a los que no sabe hacer frente, o no dispone de las herramientas suficientes.

El grupo de población mayor no es un grupo homogéneo. Cada persona en función de las experiencias vitales desarrolla procesos cognitivos, destrezas o sensibilidades específicas. Por tanto, no todos los individuos envejecen de la misma manera. Además, la etapa de la vejez supone actualmente una tercera parte de la vida de una persona, por tanto es lógico que sus necesidades vayan cambiando.

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Los cambios que se pueden producir en la vejez comportan varios aspectos:

**Modificaciones celulares:** desde el punto de vista microscópico se observa una disminución en el volumen de tejidos, se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca un descenso del número de células. Aumenta el tejido adiposo y hay un descenso del agua intracelular.

**Envejecimiento de la piel:** El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce; alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de vitamina D, palidez y velocidad de crecimiento disminuida.

**Cambios fisiológicos:** las células envejecen, cambia la estructura corporal, se pierde elasticidad e hidratación en la piel (aparecen las arrugas).

**Cambios en la salud:** aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad).

**Cambios nutricionales:** las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por tanto la alimentación debe ser más específica.

**Cambios en la eliminación:** el aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, el número de glomérulos disminuye, hay una pérdida del volumen y de la capacidad de concentrar la orina, se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, pueden aparecer incontinencias, que tienen consecuencias psíquicas y sociales muy importantes para el anciano.

**Cambios en la actividad:** el ritmo de ejercicio disminuye, si bien es más necesario que nunca que el individuo se mantenga activo.

**Cambios en el sueño:** el patrón de descanso cambia, el individuo no sigue rutinas.

**Cambios en la percepción:** los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión..)

**Cambios sociales:** las relaciones sociales y los roles son distintos, incluso dentro de la familia. Muchas veces la persona tampoco se implica activamente en la sociedad.

**Órganos genitales:** aparece la pérdida del vello púbico, atrofia, pérdida de secreción facilitando las infecciones. Disminución en el tamaño de los senos debido a la atrofia de los músculos y la disminución de la secreción hormonal.

**Envejecimiento del sistema nervioso:** las células del sistema nervioso no se pueden regenerar y con la edad su degeneración es más rápida. El cerebro pierde tamaño y peso; al perderse tantas neuronas se produce un enlentecimiento en los movimientos, por lo tanto todos los cambios químicos que se producen repercuten en la actitud, la identidad así como la imagen corporal de uno mismo cambia, y suele ser negativa. Disminuye la autoestima.

Debemos saber observar la vejez como una etapa más del ciclo evolutivo. Sí que es cierto que en esta etapa de la vida se producen muchas pérdidas a nivel físico o psíquico, pero hemos de evitar estigmatizar la vejez y verlo simplemente como una etapa más que requiere intervenciones más específicas.

Según las predicciones del Instituto Nacional de Estadística, en España en el año 2052 el 37% de la población superará los 64 años. Es necesario que tomemos conciencia de este grupo de población, que sepamos cómo podemos intervenir e interactuar en esta próxima sociedad. Los recursos de hoy día son muy amplios, aunque no todos los individuos saben hacer buen uso de ellos.

## 4.5.2 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

La vejez es un proceso natural que en ocasiones va acompañado de problemas de salud. Aunque cabe recalcar que el hecho que la persona envejezca no quiere decir que lleve consecuencias de directas para la salud. Si bien es cierto que la prevalencia de enfermedades aumenta a medida que envejecemos, así como el nivel de dependencia.

Además, al aumentar la esperanza de vida notablemente, la incidencia de enfermedades crónicas o incapacidades pueden dar lugar a una mayor demanda de servicios sanitarios y asistenciales de larga duración. Las patologías que se acaban cronificando son las que aumentan discapacidad y la mortalidad.

Entre las enfermedades más comunes de este grupo etario se encuentran:

**1.- Arterioesclerosis de las Extremidades:** Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

Los problemas de riego en las extremidades en la arteriosclerosis suelen ocurrir antes en las piernas o los pies y la edad es uno de los factores de riesgo más importantes.

La persona afectada empieza a notar dolor de piernas, hormigueo en los pies estando en reposo, úlceras e incluso gangrena en los pies (el tejido "se muere", notándose visiblemente).

**2.- Artrosis:** afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular.

El tratamiento de la artrosis consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de

rehabilitación. En casos de extrema gravedad se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.

**3.- Artritis:** es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes; por microcristales (afectos de gota), neuropática (lesiones del sistema nervioso), reumatoide (origen multifactorial), infecciosa (de origen bacteriano, vírico, micótico o parasitario), sistemática (de origen cutáneo, digestivo, neuropático...), reactiva (múltiples factores), etc. Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma...

**4.-Alzheimer:** La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Por desgracia el Alzheimer sigue siendo incurable, pero la comunidad científica se muestra optimista por encontrar una cura a corto plazo.

**5.-Párkinson:** El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad.

**6.-Hipertrofia benigna de Próstata:** Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer.. Suele provocar un síndrome miccional: mayor frecuencia de orinar, irritación y obstrucción; que pueden complicarse con infecciones urinarias, cálculos renales, etc. Para su tratamiento, los pacientes deben disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse y moderar el consumo de alcohol y cafeína. En ocasiones extremas se tiene que intervenir quirúrgicamente (prostatectomía).

**7.-Gripe:** Se trata de una enfermedad "común" que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios. Es por ello que las Autoridades Sanitarias aconsejan a la tercera edad (mayores de 65 años), como grupo de riesgo, vacunarse cada año contra la gripe.

**8.-Malnutrición:** A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina), desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica...

El deterioro cognitivo puede ser causado por tantos factores no nutricionales que es fácil pasar por alto causas nutricionales potenciales, como deshidratación, desequilibrio del potasio, anemia ferropénica y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles.

En estos casos, si un especialista lo cree conveniente, se puede recurrir a suplementos de minerales y vitaminas, pero sobre todo; una dieta alta en proteínas y nutrientes es esencial para prevenir posibles problemas de nutrición que llegada la edad adulta podría conllevar problemas irreversibles.

**9.-Mareos en los mayores:** Buena parte de los mayores de 60 años, acuden al médico por culpa de inexplicables mareos o vértigos. También son habituales las pérdidas de equilibrio y otras sensaciones de aturdimiento.

Es importante que sea un médico quien determine la gravedad de nuestra situación. En todos los casos el especialista determinará con un reconocimiento físico los posibles motivos.

**10.-Sordera:** A menudo, los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.

**11.-Presión arterial alta:** La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardíaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Conviene que nosotros mismos controlemos nuestra presión arterial además de llevar hábitos de vida saludables.

**12.-Problemas Visuales:** Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, glaucoma

**13.-Claudicación intermitente:** Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades. Las paredes de las arterias sufren lesiones, llamadas "placas de ateroma", que se van agrandando dificultando el correcto riego sanguíneo y haciendo que los músculos produzcan ácido láctico. Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; generalmente en pacientes mayores de 60 años.

**14.-Demencia senil:** La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas. Los primeros síntomas suelen ser cambios de personalidad, de conducta, dificultades de comprensión, en las habilidades motoras e incluso delirios. A veces se llegan a mostrar también rasgos psicóticos o depresivos.

**15.-Osteoporosis:** La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose quebradizos y



susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte extra de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán en su prevención. Para frenar la osteoporosis conviene ponerse en manos de un profesional que determine qué hábitos de nuestra vida debemos potenciar. Los ejercicios y la gimnasia para la tercera edad son una manera de luchar contra la osteoporosis llevando una vida sana.

**16.-Accidente Cerebro Vascular (Ictus):** Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro.

Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo "dirigida" por esa parte del cerebro.

Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer cáncer es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus.

**17.-Fractura de cadera:**La fractura de cadera es la ruptura del hueso del muslo (fémur) en su unión con la pelvis, por debajo de la articulación de la cadera. El síntoma principal de una fractura de cadera es el dolor, hinchazón de la pierna e imposibilidad de mover la pierna, así como ponerse de pie y caminar.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> ¿Quién es el adulto mayor? Adulto mayor.cdmx.gob.mx 2016 [cited 26 May 2016].  
<http://www.adultomayor.cdmx.gob/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>

### 4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

#### DEFINICIÓN

Ulcera por presión (escara por presión, escara por decubito y ulcera de decubito), es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.

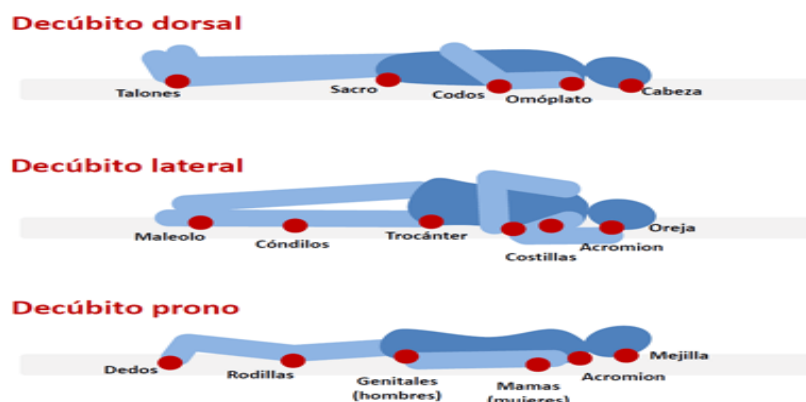
En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro- circulación.

#### FISIOPATOLOGIA:

Las úlceras por presión se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un periodo prolongado.

La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.

En la formación de las úlceras por presión parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero solo durante cortos periodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales.



En su formación participan tres tipos de fuerzas:

### **Presión**

Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con Provocando hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante.

### **Fricción**

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

### **Pinzamiento vascular**

Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

Las úlceras por presión pueden clasificarse en 4 estadios, dependiendo de los tejidos afectados:

Estadio I: Eritema cutáneo que no palidece, con piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración; se pueden utilizar también como indicadores, particularmente en las personas con piel oscura.

Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o un flictena.

Estadio III: La úlcera es más profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular pero no más allá.

Estadio IV: Destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel.



## COMPLICACIONES

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

### 1.- Complicaciones primarias

a) Locales: originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar las articulaciones y originar fistulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficies con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la úlcera. Los patógenos más frecuentes son gérmenes gramnegativos, anaerobios y staphilococo aureus meticilin resistente.

Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.

b) Sistémicas: entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fistulas, complicaciones del tratamiento.

Complicaciones secundarias:

Algunos son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del monto asistencial; y otros de tipo clínico, como el retraso en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia.

## **PREVENCION**

El Objetivo inicial en la lucha contra las UPP es evitar su aparición.

La piel debe inspeccionarse frecuentemente, lavarse con agua y jabón neutro y secarse bien con una toalla afelpada pero sin frotar. Es conveniente la aplicación posterior de una loción emoliente para conservarla suave, flexible e hidratada. Las sábanas se deben mantener firmemente estiradas y sin arrugas, porque en ocasiones son causa de irritación. Debe evitarse la humedad mantenida, secundaria a la incontinencia y sudoración, porque ésta macera la piel y predispone a las úlceras cutáneas e incluso a una infección secundaria.

Junto a esto interviene de forma significativa el estado general y nutricional del sujeto, de manera que las úlceras son más frecuentes en pacientes con trastornos hidroelectrolíticos y nutricionales. En éstos son beneficiosas las dietas ricas en proteínas así como preparados vitamínicos y minerales.

La buena circulación tisular alivia y evita su isquemia. Ésta se puede mejorar por medio de ejercicios activos o pasivos, así como el masaje cutáneo, asociado al uso de agentes químicos que actúan mejorando su trofismo. También pueden aplicarse agentes físicos como ultravioleta, magnetoterapia, diapulse, láser etc. Todo ello favorece el buen estado de la piel y los tejidos subyacentes.

Alivio local de la presión. La prevención de las UPP debe realizarse de forma primordial por la reducción de la presión sobre las áreas susceptibles de lesión. Esto se consigue con la movilización precoz y los cambios posturales, así como con el uso de ayudas técnicas como son los colchones, cojines y protectores anti escara.

Cuando no es posible la movilidad voluntaria, el cambio postural cada 2-3 horas sigue siendo una exigencia en el paciente encamado. El desplazamiento del peso de un lado a otro permite la reanudación del flujo sanguíneo y ayuda a los tejidos a recuperarse de la isquemia sufrida por la presión. Durante el tiempo nocturno, si no se observan signos de isquemia cutánea, se puede aumentar el tiempo de permanencia en la misma posición, con incrementos del mismo hasta un máximo de cuatro horas.

## **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo para la presentación de la úlceras de presión o situaciones que disminuyen la resistencia de los tejidos a las fuerzas antes mencionadas pueden agruparse en intrínsecos y extrínsecos.

**Factores intrínsecos:** Inmovilidad, alteraciones respiratorias y/o circulatorias, insuficiencia vascular, presión arterial baja, insuficiencia cardíaca, vasoconstricción periférica, alteraciones endoteliales, anemia, septicemia, medicación y desnutrición/deshidratación.

**Factores extrínsecos:** Humedad, perfumes o lociones que contengan alcohol, superficie de apoyo, masajes en la piel que cubre salientes Óseas, presencia de sondas (vesical, naso-gástrica, férulas y yesos).

## **VALORACION**

Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que pueden haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención, este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce un cambio en el nivel de actividad o movilidad.

## **4.6 ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que pueden haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP.

Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención, este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce un cambio en el nivel de actividad o movilidad.

La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UPP.

### **ESCALA BRADEN**

En ella se valorarán distintas capacidades del paciente cada una de las cuales se valorarán del 1 (menos deseable) al 4 (más deseable), excepto la fricción y rozamiento que puntuaran de 1 a 3.

Fue desarrollada basándose en una revisión de la literatura de los factores de riesgo para presentar UPP. Las capacidades a valorar serán:

- Percepción sensorial: capacidad para responder significativamente al desconfort relacionado con la presión.
- Humedad: grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.
- Actividad: grado de actividad física que puede desempeñar el paciente.
- Movilidad: capacidad para cambiar o controlar la posición del cuerpo.
- Nutrición: patrón usual del consumo alimentario.

El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. También a tener en cuenta la edad y el estado funcional.

ESCALA BRADEN					
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
	RIESGO MODERADO	≤14			
	RIESGO BAJO	≤16			



## ESCALA NORTON

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

<b>ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.</b>				
<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MOVILIDAD</b>	<b>INCONTINENCIA</b>
<b>4. BUENO</b>	<b>4.ALERTA</b>	<b>4.CAMINANDO</b>	<b>4.TOTAL</b>	<b>4.NINGUNA</b>
<b>3. DÉBIL</b>	<b>3.APÁTICO</b>	<b>3.CON AYUDA</b>	<b>3.DISMINUIDA</b>	<b>3.OCASIONAL</b>
<b>2. MALO</b>	<b>2.CONFUSO</b>	<b>2.SENTADO</b>	<b>2.MUY LIMITADA</b>	<b>2.URINARIA</b>
<b>1.MUY MALO</b>	<b>1.ESTUPOROSO</b>	<b>1.EN CAMA</b>	<b>1.INMÓVIL</b>	<b>1.DOBLE INCONTINENCIA</b>

**ÍNDICE DE 12 O MENOS: MUY ALTO RIESGO DE ESCARAS O ÚLCERAS EN FORMACIÓN.**

**ÍNDICE DE 14 O MENOS: RIESGO EVIDENTE DE ÚLCERAS EN POSIBLE FORMACIÓN.**

## **4.7 VALORACIONDE LAS UPP**

### **1.- Valoración general del enfermo**

La evolución de las heridas cutáneas esta mas a menudo mas influenciada por el estado general del enfermoque el de la ulcera se de.

### **2.-Prevención**

Todas las medidas encaminadas a evitar que aparezcan las escarassiguen siendo iguales o más importantes durante el tratamiento, van a contribuir a la cura y prevendrán la aparición de nuevas lesiones.

### **3.-Estado nutricional**

Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección.

La ulcera es una situación de alto gasto energético y proteico, requiere además buena hidratación y aportes mas elevados de determinados nutrientes como: Zinc, Cobre, Hierro; Arginina, Vitamina A, C y complejo B etc.

Conviene mantener un buen estado nutricional, habitualmente difícil en estos pacientes, muchas veces hay que recurrir al uso de complementos nutricionales

### **4.-Enfermedades concomitantes**

Las múltiples enfermedades que acompañan a menudo a estos enfermos van a dificultar seriamente la cura de las ulcera, por lo que, un buen control sobre estas, en la medida de lo posible, nos va a ayudar siempre a su curación.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> CENETEC, Prevención, diagnostico y manejo de las ulceras por presión en el adulto, guía de referencia rápida, Mexico 2015

## **TRATAMIENTO DE LASUPP**

Dependen del estadio de la lesión, la presencia o no de infección o de cavitación. Hay una gran variedad de productos en el mercado, y muchas veces es más decisiva y curativa la experiencia y los conocimientos del personal que la realiza que el producto en sí.

Hay que revisarla cada vez, aunque conviene mantener el mismo de cura una o dos semanas antes de ver si esta es efectiva o no y valorar situaciones concomitantes que retrasen la buena evolución de la ulcera.

### **Estadio I**

Limpieza de la lesión. Ácidos grasos hiperoxigenados. Evitar la presión. También están indicadas las barreras líquidas o los apósitos semipermeables, si es alto el riesgo de ulceración poner hidrocoloides.

### **Estadio II**

Si flictena perforar con seda. Algunos autores sugieren que la irrigación con fenitoina podría mejorar la evolución de la ulcera.

### **Estadios III y IV**

Desbridamiento:

El tejido necrótico en la ulcera favorece la infección e impide la curación, por lo que retirarlo es primordial. Hay distintos métodos no excluyentes entre sí, que se pueden usar concomitantemente.

**Cortante o quirúrgico:** requiere técnica estéril. Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación del tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Si sospecha de infección y ante el riesgo de bacteriemia usar antiséptico tópico antes y después del desbridamiento.

Dejándolo actuar al menos por tres minutos, pueden disminuir la acción de la lidocaína. Prevenir el dolor con analgésico tópico como la lidocaína. Hay alto riesgo de sangrado local, hacer hemostasia con compresión o epinefrinaal 1:1.000. tras el desbridamiento realizar cura seca de 8 a 24 horas.

**Químico o enzimático:**en pacientes que no toleren el anterior. Agentes proteolíticos y/o fibrinolíticos como la colagenasa, que favorece el desbridamiento y coagulación. Se recomienda proteger la piel perilesional y cura húmeda sobre el agente desbridante.

**Autolítico:** se realiza con cualquier apósito de cura húmeda y en especial de hidrogeles. Factores que favorecen la actuación de los fibrinolíticos y colagenasa sobre los tejidos desvitalizados.Representa un desbridamiento más lento y menos molesto al paciente y no requiere personal especializado.

**Mecánico:** en desuso por ser traumático y poco selectivo. Se trata de curas secas con arrancamientode tejido al retirarlas, fricción, irrigación etc.

### **Limpieza de la herida**

Siempre con suero salino isotónico. No usar nunca antisépticos tópicos; son productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción. Evitar la fricciónen la limpieza y el secado y la presión de lavado tendrá que ser entre 1 y 4 kg/cm.

### **Prevención y abordaje de la infección**

Aunque todas la úlceras están en principio contaminadas, en la mayoría de los casos, una buena limpieza y el desbridamiento pueden prevenir la infección. Si a pesar de estos persiste de dos-cuatro semanas, se recomienda iniciar con antibiótico tópico,( sulfadiazina argéntica, AC fusídico, metronidazol o con apósito de plata con malla de carbón activado. De persistir sobreinfección más de dos semanas, se recomienda realizar cultivos bacterianos con aspirado con aguda fina o biopsia cutánea y valorar tratamientos específico según el paciente su estado y el de la lesión. Estaría indicado el tratamiento sistémico si hay bacteremia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

## **Prevención y abordaje de la infección**

Aunque todas las úlceras están en principio contaminadas, en la mayoría de los casos, una buena limpieza y el desbridamiento pueden prevenir la infección. Si a pesar de estos persiste más de dos-cuatro semanas se recomienda iniciar con antibiótico tópico como sulfadiacina argéntica, AC fusídico, metronidazol o con apósito de plata con malla de carbón activado. De persistir sobreinfección más de dos semanas, se recomienda realizar cultivos bacterianos con aspirado por aguja fina o biopsia cutánea y valorar tratamiento específicos según el paciente, su estado y el de la lesión.

## **Curación húmeda**

Las evidencias científicas disponibles muestran mayor efectividad clínica y relación coste-beneficio de la cura en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional, el ambiente húmedo previene la deshidratación tisular y a muerte tisular y la muerte celular; promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de la fibrina y tejido muerto y permite la interacción celular y de factores de crecimiento para la cicatrización.

Las cavidades han de rellenarse entre la mitad y tres cuartas partes con productos de cura húmeda, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso.

La frecuencia del cambio de apósito dependerá de su características, recursos al alcance y exudado de la úlcera. Algunos productos pueden combinarse entre sí. No existe el producto ideal.

## **Curación seca**

Las evidencias científicas disponibles muestran mayor efectividad clínica y relación coste-beneficio de la cura en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional. El ambiente húmedo previene la deshidratación tisular y la muerte celular; promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de la fibrina y tejido muerto y permite la interacción celular y de factores de crecimiento para la cicatrización.

De nuevo para elegir el apósito, hay que valorar al paciente y la úlcera, sobre todo la presencia de infección, cavitación y/o tunelización y cantidad de exudado.

## **Tipos de apósitos**

**Alginatos:** placa o cinta, absorben hasta diez veces su peso en exudado. Rellenan cavidades. Duran hasta cuatro días.

**Poliuretanos:** en film, espumas poliméricas en placa, para cavidades o con silicona. Repelen contaminantes, heridas con abundante o moderado exudado. Ojo se pueden pegar a la herida y lesionar la piel adyacente. Son semi permeables, cambio de 1-5 días.

**Hidrocoloides:** contienen una matriz de celulosa y otros agentes formadores de gel con gelatina o pepsina; los hay en placa, en gránulos, en pasta, en fibra, en malla o tul con diversos grosores. Capacidad desbridante y favorecedor de la granulación. Absorción ligera o moderada. Impermeables a gases. Se pueden cambiar a la semana. Producen un gel de mal olor y al principio la ulcera parecerá mas grande.

**Hidrogeles:** Primeros de almidón con alto contenido en agua. Rellenan cavidades e hidratan.

En placa, en estructura amorfa, salinos y en malla o tul. Propiedades analgésicas. Desbridan y favorecen la cicatrización. No recogen mucho exudado, cambio incluso una o dos veces por semana.

**Silicona:** Son hidrofóbicas, para heridas en granulación, mantener la humedad.

**Carbón activado:** Absorbe olores; puede combinarse con plata o alginatos.

**Plata:** Los hay de liberación lenta. Es un buen antiséptico para mantener la cura en heridas infectadas. Apósitos no adherentes impregnados: tul grasoso.

**Apósitos de colágeno:** en heridas limpias, estimula la granulación y hemostasia.

**Combinados:** Hidrogeles con poliuretanos, carbón activado con plata.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> CENETEC, prevención y tratamientos de las úlceras por presión a nivel hospitalario, evidencias y recomendaciones México 2008

## 4.8 FUNCIONES DE LA PIEL

La función de la piel depende de su situación única entre el entorno y el "interior". Sus funciones principales de protección y comunicación se realizan en el medio interno y externo.

Protección y barrera del medio externo. La piel, como órgano externo, se expone a muchos estímulos ambientales deseables o no deseables (microorganismos y estímulos mecánicos, térmicos, de radiaciones o químicos). Los estímulos de intensidad fisiológica son estimulantes y estabilizan la función. Los distintos estímulos de intensidad a la fisiológica se encuentran en primer lugar con los mecanismos de defensa y protección locales de la piel, además, se pueden activar mecanismos de defensa generales. Cuando el estímulo exagera los mecanismos de defensa y protección de la piel se originan lesiones.

Las funciones protectoras de la piel son:

- Defensa ante las infecciones por virus, bacterias u hongos. La película superficial cutánea tiene un efecto antimicrobiano, la capa córnea representa una barrera para los agentes patógenos. Cuando ocurre una herida (puerta de entrada) sucede una reacción defensiva de la piel en forma de inflamación local.
- Defensa frente a los estímulos nocivos mecánicos. Las propiedades biomecánicas de la piel constituyen una barrera ante las lesiones y las heridas. La capa córnea compacta y flexible y el tejido conjuntivo de la dermis rico en fibras protegen la piel de los estímulos nocivos cortantes; el tejido graso subcutáneo amortigua los golpes romos violentos y distribuye y atenúa su efecto. Los pelos y las uñas también desempeñan una función defensiva.
- Defensa frente a estímulos nocivos térmicos. La piel actúa como barrera aislante (sobre todo el tejido subcutáneo). La circulación sanguínea (90 % de la circulación cutánea sirve para la termorregulación y 10 % para la nutrición) y la secreción de las glándulas sudoríparas (sudor termorregulador) permiten la

termorregulación reactiva. La circulación y la sudación termorreguladora están especialmente desarrolladas en las personas "desnudas" para compensar la pérdida evolutiva del pelo protector.

- Defensa ante las radiaciones nocivas. La piel refleja y absorbe la luz. Después de la reflexión-absorción de la luz en la película superficial y en la capa córnea se produce la absorción de los rayos que hayan penetrado por la melanina, no obstante, los daños celulares (de los ácidos nucleicos) debidos a la radiación se evitan por los mecanismos de reparación enzimáticos.
- Defensa frente a estímulos nocivos químicos. La piel posee capacidad tampón en la película superficial cutánea y es una "barrera a la penetración" por el estrato córneo, las macromoléculas no pueden atravesar esta barrera. Las moléculas de menor tamaño pueden atravesarla (mediante la capa lipídica intercelular), pero se encuentran con una "barrera metabólica" representada por la enzima que metaboliza las sustancias extrañas (el sistema del citocromo P450).

Barrera del medio interno. La piel impide el intercambio descontrolado de sustancias entre el cuerpo y el entorno, por lo que resulta fundamental para la homeostasis interna. Cuando se originan lesiones o defectos existe el riesgo de pérdida de líquido, electrólitos y proteínas, lo cual provoca alteraciones del metabolismo o pérdidas de sangre. En estos casos, la pérdida de la piel sería mortal; desafortunadamente se ha empleado como pena de muerte (desollamiento).

*Función sensitiva.* La piel tiene receptores sensitivos distribuidos en toda su superficie, que le permiten el reconocimiento del ambiente y la defensa ante los peligros. Los estímulos adecuados provocan las sensaciones de tacto, presión, temperatura y dolor, lo cual proporciona el reconocimiento de la intensidad y la procedencia del estímulo (palpación de un tumor cutáneo, picadura de insecto en la espalda, uña dentro del zapato, agua demasiado caliente, etc.). Los estímulos pueden provocar reacciones motoras voluntarias o involuntarias reflejas (ejemplo, control de la motricidad uña de la mano, reflejo de huida ante un estímulo doloroso).



*Función de comunicación y expresión.* La piel como órgano superficial desempeña un papel indispensable en la comunicación psicosocial, sobre todo al nivel facial. Su aspecto sería valorado para obtener conclusiones acerca de la edad, el estado anímico y el carácter (la piel como espejo del alma), también para descartar posibles enfermedades internas (la piel como espejo de las enfermedades internas). El estado y el aspecto de la piel determinan en gran medida la propia imagen de cada persona, por lo que se manipula de modo voluntario (cosméticos, solarium). La piel normal y enferma tiene una importante dimensión psicosocial.

*Función metabólica y de reserva.* La piel puede acumular agua en forma de edema y desecarse ante una gran pérdida de agua. Cuando se ocurre sobre alimentación se puede acumular exceso de grasa en la piel (adiposidad), mientras que en la desnutrición se pierde dicho depósito (caquexia). Al nivel metabólico se destaca la síntesis fotoquímica de la vitamina D (si falta la luz solar puede producirse raquitismo).

En los seres humanos 90 % de la vitamina D proviene de la piel y solo 10 % de los alimentos. El 7-dehidrocolesterol en la epidermis absorbe radiaciones con longitud de onda menor que 20 nm, por lo que se convierte en provitamina D, la que se encuentra en mayor cantidad en la capa basal y espinosa. La provitamina se isomeriza de forma térmica para formar la vitamina D (colecalciferol) en el hígado; en el riñón una segunda hidroxilación la transforma en calcitriol, compuesto biológicamente activo.

*Órgano de alta complejidad inmunológica.* Participa en la vigilancia inmunológica. Dado que sus células (queratinocitos, linfocitos, fibroblastos, melanocitos y células de Langerhans, entre otras) sintetizan numerosas sustancias inmunológicamente activas, interviene como "portero inmunológico" en el reconocimiento y la internalización de antígenos, autorregula el crecimiento y la diferenciación de sus componentes celulares, participa activamente en el tráfico linfocitario y es uno de los órganos "diana", en los complicados mecanismos de la inflamación. Las sustancias inmunológicamente activas son interleuquinas, factores transformadores de crecimiento, factores estimuladores de colonias, interferones y citolisinas.

## V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

### 5.1 Presentación del caso clínico

Se trata de paciente femenina de 83 años, quien inicia padecimiento por primera vez hace 1 año 4 meses por presentar fractura de cadera derecha a consecuencia de una caída desde su propia altura dentro de su domicilio.

Como tratamiento recibe un reemplazo de cadera total con artoplastia no cementada y de la cual ya obtuvo su alta médica desde hace 1 año, como resultado del reposo total prolongado durante 4 meses ocasionó la pérdida de masa muscular de extremidades inferiores en un 80%; perdiendo así fuerza y estabilidad para realizar cualquier actividad física y deambular.

Actualmente se aborda a la paciente ingresando al servicio por presentar Ulceras por presión en 1ro y 2do grado ubicadas en omoplato derecho, región sacra y talones con la formación de pequeñas úlceras en forma de cráteres poco profundos enrojecimiento y aumento de la temperatura en la periferia de las lesiones.

Se realiza una valoración pronóstica de acuerdo a las siguientes escalas.

**Norton:** puntuación 13 como resultado al presentar riesgo medio de seguir desarrollando UPP

**Braden:** puntuación 13 lo cual indica el riesgo moderado que la paciente desarrolle UPP.

**Índice Kats:** puntuación 5 lo cual indica que la paciente es casi en su totalidad dependiente de otra persona para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Incapacidad severa.

**Campbell:** puntuación 6 lo cual indica que el dolor puede ser de moderado a grave y su comportamiento puede verse comprometido.

## **Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson**

### **1. Necesidad de oxigenación**

FR: 19 x min. Sin dificultad para llevar a cabo la inspiración y expiración, campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores o sibilancias.

Cianosis distal en ambos tobillos. Signo de Homans ( + ) a la dorsiflexión en ambos tobillos.

### **2. Necesidad de nutrición**

Peso: 45 kg. Talla: 1.54      IMC: 18.97

Pérdida de peso: 20 kg en un año

Perímetro abdominal: 50 cm

Mucosas: semihidratadas

Edema: extremidades inferiores

Pelo: hidratado con brillo Uñas: quebradizas

Tipo de dieta: blanda con 3 comidas y 2 colaciones por día no termina en su totalidad los alimentos, en ocasiones solo prueba el alimento y algunas veces termina todo el plato, ingesta de líquidos de entre 600-1200 ml. por día.

Suplemento nutricional con Ensure Advance una vez al día después de la cena.

### **3. Eliminación**

Estreñimiento: sí con ayuda de medicamentos para favorecer el reblandecimiento de las heces y facilitar la evacuación manual cada 24 hrs.

Abdomen: duro con distensión, movimientos peristálticos 15 x min.

Orina: de características normales sin sedimentos, genitales sin compromiso alguno, sonda vesical # 20 sin datos de infección en meato urinario.

Egresos de líquidos en 24 hrs: 800 ml.

Perdidas insensibles en 24 hrs: 22.5 ml.

#### **4. Termorregulación**

Temperatura: 36.1°C

La piel se encuentra humectada a diferencia de las zonas de las lesiones, que se observan secas y en su periferia enrojecimiento e hipersensibilidad.

#### **5. Descanso y sueño**

Persona en estupor con sedación leve, expuesta a procedimientos frecuentes y demasiado ruido, iluminación constante.

Escala de Campbell: calificación 6; dolor moderado-grave

#### **6. Evitar peligros**

Persona en estupor con ansiedad, toxicomanías negativas.

Escalas

Norton: 13 riesgo moderado

Braden: 13 riesgo moderado

Campbell: 6 moderado-grave

Kats: 5 dependiente

EVA: 4 moderado

## **7. Higiene y protección de la piel**

Persona con buena higiene personal, es asistida diariamente para proporcionarle el baño y el ase correspondiente.

Piel semihidratada con ayuda de productos emolientes e hidratantes con el fin de cuidar la integridad de la piel no lesionada.

Ulceras por presión sin datos de infección; en constante aseo y curación.

## **8. Moverse y mantener una buena postura**

Sedentarismo e inmovilidad

En tiempos libres los ocupaba para asistir a un grupo de baile con su esposo, dar caminatas y convivir con su familia.

Actualmente se hace un cambio de posición cada 2 hrs. Según protocolo hospitalario, y se coloca en semi-fowler para ingerir sus alimentos, es muy poco tolerante para conservar una posición por mucho tiempo. Se emplean dispositivos para disminuir la presión sobre las salientes óseas. Depende totalmente del profesional de enfermería para movilización.

## **9. Uso de prendas de vestir**

Permanece con ropa hospitalaria, con cambio frecuente para evitar la humedad, se realiza baño y cambio de ropa diariamente.

## **10. Necesidad de comunicarse**

Por lo que refiere el expediente y los familiares siempre se mantiene preguntando sobre lo que se le va a hacer, el tipo de procedimientos y su estado de salud en general.

### **11. Necesidad de aprendizaje**

Sabe sobre el padecimiento y se muestra interesada por saber qué es lo que tiene y que puede hacer para mejorar su estado de salud.

### **12. Necesidad de participar en actividades recreativas**

En ocasiones se les permite a los familiares prestarle algunos dispositivos para que pueda escuchar música o ver algún programa.

### **13. Vivir según sus creencias**

Persona católica, creyente; semanalmente recibe la visita de una persona miembro de la iglesia a la que asiste la familia para hacer oración y darle la comunión.

### **14. Necesidad de trabajar y realizarse**

Durante toda su vida laboral trabajo en una oficina como secretaria hasta que se jubilo. Actualmente fungía como ama de casa.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

I.- Ficha de identificación VG

<b>Datos socio demográficos</b>		
Edad: 83	Sexo: F	Escolaridad : secundaria
Ocupación: pensionada	Estado civil: casada	Religión: católica
Casa	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	Prestada
	Rentada	
Antecedentes personales:		
Alergias	si:	no: X
Especificar:		

II.- Valoración de necesidades:

<b>Necesidad de oxigenación:</b>				
Área pulmonar				
Frec. Resp. 19 x min.	Dif. Respiratoria	Apnea	Disnea	En esfuerzo
Tos frecuente: No	Productiva	Seca		
Secreciones bronquiales	Si	No X	Características:	
Color de piel y mucosas:	Palidez ++	Cianosis distal +	Cianosis peri bucal	
Datos subjetivos:				
Observaciones: cianosis distal en ambos tobillos				
Área cardiovascular				
Frecuencia cardiaca: 19 latidos por minuto				
Pulso: 76	Normal X	Débil:	Paradójico:	Ausente:
Llenado capilar:	3 segundos	Distal:	4 segundos	
Edema:	Si X	No	Sitio: tobillos	+ <del>++</del> +++ ++++
Datos subjetivos: Pesadez y hormiqueo de extremidades inferiores				
Observaciones: insuficiencia venosa aguda por inmovilidad y reposo prolongado. Signo de Homans ++				

<b>Necesidad nutrición e hidratación:</b>									
Peso: 45 kg					Talla: 1.54 cm				
Dieta habitual (tipo):			Normal:			Blanda: X			
No. De comidas diarias: 3 más 2 colaciones									
Bebidas frecuentes diarias:			Agua X			Café		Refresco	
Ingesta de líquidos en 24 hr:			Menos de un litro		1-2 litros X		Mayor a 2 litros		
Apetito:		Aumentado		Disminuido X		Suplementos alimenticios X		Si X	No
Cavidad oral:		Hidratada: X		Semihidratada:			Deshidratadas:		
		Sin caries: X	Caries:	Si	No	Faltan piezas dentales.		Si X	No
Prótesis dental:			Fija:			Móvil: X			
Problemas de masticación: X			Deglución:		Intolerancia:		Nauseas:		Vomito:
Datos subjetivos: debilidad para masticar algunos alimentos									
Observaciones: IMC 18.97 el cual indica que se encuentra dentro de los parámetros normales.									
Suplemento alimenticio ENSURE ADVANCE para complementar el aporte diario de nutrientes.									

<b>Necesidades de eliminación:</b>									
Urinaria									
Frecuencia:		Veces en el día:		Características normales			Si X		No
Anuria	Oliguria		Poliuria		Disuria:		Nicturia		Tenesmo
Incontinencia urinaria					Orina intermitente				
Color		Normal X		Hematuria		Coluria		Otra	
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario			Facilitador cómodo/orinal			Pañal	
Dependencia total:		Sonda Vesical: X			Diálisis peritoneal:		Hemodiálisis:		
Datos subjetivos:									
Observaciones: utiliza sonda vesical Foley con punta de plata, y en un periodo de 12 horas tiene									
Una eliminación urinaria de entre 800 ml. y 1200 ml. perdidas insensibles 22.5 ml.									

Intestinal										
Frecuencia: 1 vez al día					Características normales			Si		No X
Estreñimiento: X		Melena		Acolia		Mucosa		Pastosa		
Con sangre fresca			Fétida			Líquida				
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario			Facilitador de cómodo X			Pañal		
Dependencia total X					Colostomía:					
Datos subjetivos: Distensión abdominal, gases										
Observaciones: evacuación manual con ayuda de supositorios de glicerina 2 veces al día, heces formadas										

<b>Necesidad de termorregulación</b>									
Temperatura: 36.1 ° C									
Normotermia: X			Hipertermia:			Hipotermia:			
Datos subjetivos:									

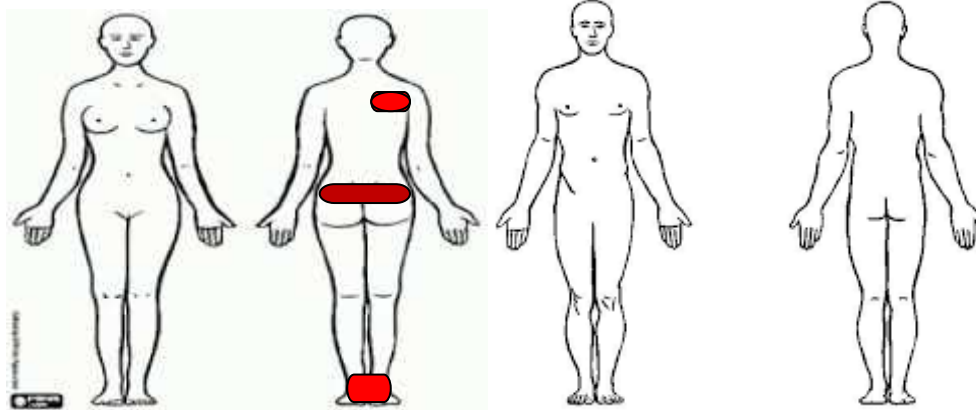


<b>Necesidad de moverse y mantener una buena postura</b>				
Realiza actividad física:	Si			No X
Sistema musculoesquelético:	Fuerza: limitada	Movilidad: limitada	Activa	Pasiva X
Capacidad muscular:	Tono m.	Resistencia	Flexibilidad	
	Dolor: X	Edema++ de extremidades inferiores		
Postura: NO	Coordinación: NO	Seguridad: NO	Activo: NO	
Uso de dispositivo de ayuda: NO	Andador	Bastón	Silla de ruedas:	Muletas
Escala del dolor EVA				

<b>Necesidad de descanso y sueño</b>			
Horas de descanso al día: 5hrs			
Tipo de sueño:	Fisiológico	Inducido X	Insomnio
Horas de sueño: 10 a 12 horas			
Facilitadores de sueño:	Masaje X	Relajación	Música X
	Lectura	Medicamentos X	
Datos subjetivos: Refiere dormir mejor cuando se le da masaje			
Observaciones: Debido a los cambios de posición a veces es difícil conciliar un sueño profundo; sin embargo los facilitadores de sueño propician que las horas o minutos que logra dormir sean reparadores.			

<b>Uso de prendas de vestir adecuadas</b>			
Distingue, relación entre higiene y salud:	Si X	No	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse	Si	No X	
Vestido:	Completo X	Incompleto	Sucio:
Datos subjetivos: Ropa hospitalaria			

<b>Necesidad de higiene y protección de la piel</b>				
Características de la piel: semihidratada. UPP en omoplato derecho, región sacra y talones				
Coloración	Palidez X	Cianosis X	Rubicunda	Ictericia
Estado de la piel	Hidratada	Deshidratada	Integra	Lesionada X
Tipo de lesión: Ulceras por presión de 1ro y 2do grado				
Marque la ubicación en el esquema				
Independencia para el baño: NO	De regadera	Dependencia para el baño: si	Esponja X	
Baño (frecuencia): 1 vez al día				
Higiene oral (frecuencia): 2 veces al día				
Datos subjetivos				
Observaciones: UPP en omoplato derecho, sacro y talones, curación de lesiones 2 veces por día.				



<b>Necesidad de evitar peligros</b>					
Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas			Si	No X	
Toxicomanías:NO	Tabaco	Alcohol	Otras drogas		
Identificar las medidas para prevenir accidentes:					
Hogar:	Si X	No	Trabajo:	Si	No
Escuela:	Si	No			
Efectúa controles médicos periódicos:			Si X	No	
Presencia de peligros ambientales en su examen físico				Si	No X
Prácticas para mejorar su salud: curación de las lesiones y terapia ocupacional para control del estrés.					
Manejo del estrés:			Técnicas de relajación: X		
Datos subjetivos:					

<b>Necesidad de comunicarse</b>					
Vive con:		Familia X	Solo		
Rol estructura familiar:					
Tipo de familia:		Nuclear X	Mono parenteral	Extensa	
Limitaciones físicas que interfieran con la comunicación:					
Si X	Visual	Auditiva X	Verbal	Motora X	
No					
Cuanto tiempo pasa sola (o) 12- 15 horas					
Utiliza mecanismos de defensa: NO					
Agresividad		Hostilidad	Desplazamiento		
Facilitadores de relación:					
Confianza		Receptividad X	Simpatía X	Responsabilidad	
Datos subjetivos:					
Observaciones.Sin dificultades para comunicarse:Coopera con el personal para la movilización,aseo y alimentación, responde a los cuestionamientos y muestra interés por aprender.					
<b>Necesidad de vivir según sus creencias y valores</b>					
Creencias religiosas significativas:					
Practica algún rito de acuerdo a su religión:					

Si X	No	Cual:oraciones
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:		
SiX	No	
Principales valores personales:Honestidad , Amor, Respeto		
Datos subjetivos: semanalmente recibe visita de una persona miembro de la iglesia a la que asiste la familia para darle la comunión y hacer oración junto con ella.		

<b>Necesidad de trabajar y realizarse</b>			
Estado emocional:			
Calmando	Ansioso X	Enfadado	Retraído
Temeroso	irritable	Inquieto X	Eufórico
Trabaja actualmente:	Si	No	X
Tipo de trabajo:	Jornada laboral	horas	
Tipo de riesgos a los que está sometido en su trabajo:			
Biológicos		Psicosociales	
Físicos		Químicos	
Está satisfecho con su trabajo:	Si	No	
Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:	Si	No	
Datos subjetivos: Jubilada de un puesto de secretaria.			

<b>Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:</b>			
Integridad del sistema neuromuscular:		Si	No X
Realiza alguna actividad lúdica o recreativa:	Si X	No	¿Cuál? Juegos de mesa, lectura, bordado
Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:	Si X	No	
La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:		Si	No X
Estado de ánimo:	Apático	Aburrido X	Participativo
Datos subjetivos: la mayor parte del tiempo parece aburrida y ansiosa.			
Observaciones: A pesar de su situación de permanecer en cama, colabora con las actividades recreativas.muestra interés y participación en las actividades que efectúa el personal de salud.			

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSÓN)

1.- OXIGENACIÓN	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	X	Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	X
Diagnóstico de Enfermería	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C Deterioro musculo esquelético M/P Respiración con los labios fruncidos</p>						
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente	x	Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	x	Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda	x	Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C Incapacidad para ingerir los alimentos, factores biológicos M/P debilidad de los músculos requeridos para la masticación</p>						
3.- ELIMINACIÓN	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	x
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda	x	Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería	<p>Estreñimiento R/C actividad física insuficiente, detención inadecuada, M/P Distensión abdominal e incapacidad para eliminar heces y flatulencias. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C lesión traumática (fractura de cadera) extremos de edad</p>						

4.- TERMOREGULACIÓN	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	x
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	x
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda	x	Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería							
5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	x	Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda	x	Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería	<p>Deterioro de la movilidad en cama  R/C Deterioro musculo esquelético/dolor  M/P deterioro para cambiar de posición por si mismo en la cama.  Riesgo de disfunción neurovascular periférica  R/C inmovilización y fractura de cadera.</p>						
6.- DESCANSO Y SUEÑO	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente	x	Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	x
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda	x	Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería	<p>Disconfort  M/P ansiedad, síntomas relacionados con la enfermedad, falta de privacidad</p>						
7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	x	Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	x
Diagnóstico de Enfermería							

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	x	Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda	x	Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería	<p style="text-align: center;">Deterioro de la integridad cutánea  R/C Extremos de edad, Nutrición inadecuada, Inmovilidad, deterioro de la circulación.  M/P destrucción de la capas de la piel en omoplato, talones y sacro  Riesgo de infección R/C malnutrición, Rotura de la piel</p>						
9.- EVITAR PELIGROS	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	X
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	X
Diagnóstico de Enfermería							
10.- COMUNICARSE CON OTROS	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	X
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	X
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	X
Diagnóstico de Enfermería							
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	X
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	X
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	X
Diagnóstico de Enfermería							

12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	x	Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf/Pte	Sustituta	x	Ayuda		Orientación/compañía	
Diagnóstico de Enfermería							
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente	x	Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	x
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	x
Diagnóstico de Enfermería							
14- APRENDIZAJE	Estado de salud	Dependiente	x	Parcialmente dependiente		Independiente	
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	x
	Relación Enf/Pte	Sustituta		Ayuda		Orientación/compañía	x
Diagnóstico de Enfermería	<p style="text-align: center;">Disposición para mejorar la esperanza M/P Manifiesta deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.</p>						

PRIORIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON)

NECESIDAD	DIAGNOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCION DE LA SALUD
Higiene y protección de la piel	Deterioro de la integridad cutánea R/C Extremos de edad, Nutrición inadecuada, Inmovilidad, deterioro de la circulación. M/P destrucción de la capas de la piel en omoplato, talones y sacro.	Riesgo de infección R/C malnutrición, rotura de la piel	Disposición para mejorar la esperanza M/P Manifiesta deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.
Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la movilidad en cama R/C Deterioro musculo esquelético/dolor M/P Deterioro para cambiar de posición por si mismo en la cama. Dolor crónico R/C incapacidad física edad >60 años fracturas M/P expresión facial movimientos fijos escasos, gemidos, alteración en la capacidad para continuar con actividades anteriores	Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C inmovilización y fractura de cadera.  Riesgo de perfusión tisular Periférica ineficaz R/C edad >60 años, inmovilidad	



Nutrición e hidratación	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades  R/C Incapacidad para ingerir los alimentos, factores biológicos  M/P debilidad de los músculos requeridos para la masticación  Protección ineficaz R/C nutrición inadecuada, inmovilidad  M/P Ulceras por presión</p>		
Eliminación	<p>Estreñimiento R/C actividad física insuficiente, dentición inadecuada, M/P Distensión abdominal e incapacidad para eliminar heces y flatulencias.</p>	<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C lesión traumática (fractura de cadera) extremos de edad.</p>	
Oxigenación	<p>Patrón respiratorio ineficaz  R/C Deterioro musculo esquelético  M/P Respiración con los labios fruncidos</p>		
Descanso y sueño	<p>Disconfort  M/P ansiedad, síntomas relacionados con la enfermedad, falta de privacidad</p>		

PLAN DE CUIDADO		
Diagnostico de Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)	
DOMINIO. 11 seguridad / protección  CLASE: 2 lesión física  CODIGO: 00044  DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad tisular M/P lesión y destrucción tisular R/C Prominencias óseas Alteración de la circulación, deterioro de la movilidad física Factores mecánicos (presión, cillazamiento) DEFINICION: Lesión de la membrana mucosa , corneal, integumentaria, o de los tejidos subcutáneos.	DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Integridad tisular (L)	
	Resultado Integridad  Tisular piel y membranas mucosas (1101)	Indicador  110113  Integridad de la piel 110117 Tejido Cicatrical 110105 Pigmentación Anormal 110120 Raspado Cutáneo 1101012 Sensibilidad 110104 Hidratación 110101 Temperatura de la piel
Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico complejo

Clase: L Control de la piel y heridas

INTERVENCION: Cuidados de las úlceras por presión (3520)

ACTIVIDADES

- \* Cuidados de las úlceras por presión
- \* Describir las características de la  
ulcera a intervalos regulares,  
incluyendo tamaño (longitud, anchura  
y profundidad) estado (I-IV) posición,  
exudación granulación o tejido  
Necrótico y epitelización.
- \* Mantener húmeda la herida  
para favorecer cicatrización
- \* Curación de la herida con Estericide
- \* Observar si hay signos y síntomas  
de infección en la herida.

FUNDAMENTACIÓN

Una de las causas que ayuda a la aparición de las úlceras y a su difícil curación, es la frecuente carencia de proteínas que normalmente existe en la alimentación de las personas mayores, ya que principalmente por falta de apetito o dificultad en la masticación, no suelen comer excesiva Carne, huevos o pescado, alimentos ricos en proteínas. Por eso la mejor medida es prevenir las úlceras por presión.

Los lugares más frecuentes donde se presentan úlceras por presión son las prominencias óseas como codos, talones, caderas tobillos, hombros, espalda y parte posterior de la Cabeza

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: L Control de la piel/heridas

Intervención: Cuidados de la piel: Tratamiento tópico (3584)

ACTIVIDADES

- \* Dar masaje alrededor de la zona
- \* Mantener la higiene diaria de la herida utilizando Estericide
- \* Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- \* Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 hrs.
- \* Aplicar protectores para los talones
- \* Aplicar un desbridante tópico en la zona afectada cuando se requiera en este caso, Mepentol después de cada curacion
- \* Registrar diariamente el grado de afectación de la piel

FUNDAMENTACIÓN

Es importante el cuidado, aseo y curación de las lesiones ya que de omitir estos cuidados, la evolución de las mismas se puede dar a gran velocidad haciendo que el grado sea más crítico y con ello los cuidados se vuelvan más complicados y dolorosos para el paciente, eso sin mencionar que el material se vuelve más caro.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: 2 Fisiológico complejo Clase: L Control de la piel y heridas	
INTERVENCION: Manejos de presiones (3500)	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica</li> <li>* Abstenerse se aplicar presión a la parte corporal afectada</li> <li>* Facilitar pequeños cambio de peso corporal</li> <li>* Observar si hay zonas de Enrojecimiento de la piel.</li> <li>* Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones Continuas</li> </ul>	<p>La implementación de dispositivos de ayuda en el tratamiento de úlceras por presión es de vital importancia ya que en conjunto con los cuidados pertinentes y una alimentación adecuada es probable que la curación de las lesiones se de de manera continua.</p> <p>El colchón de presión variable libera de presiones zonas afectadas y prominencias óseas, ayudando así en la recuperación de las úlceras por presión</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: 2 Fisiológico complejo	
Clase: L Control de la piel y heridas	
INTERVENCION: Vigilancia de la piel (3590)	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, drenaje en la piel o membranas mucosas</li> <li>* Utilizar escala Braden para la valoración continua de las lesiones</li> <li>* Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>* Tomar notas de los cambios de la piel y membranas mucosas.</li> <li>* Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (colchón anti escaras y cambios de posición)</li> </ul>	<p>La piel tiene un extenso numero de terminaciones nerviosas y una gran vascularización y al haber deterioro de la sensibilidad y disminución en la función normal de la piel se vuelve susceptible para presentar cambios a la inestabilidad de la temperatura y a los puntos de presión por lo que es necesario revisar con base en las escalas Braden y Norton .</p>

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 12 Confort CLASE: 1 Confort físico CODIGO: 00133  DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor crónico R/C Incapacidad física cónica, edad > 50, fractura M/P Expresión facial movimientos fijos o escasos gemidos, alteración en la capacidad para continuar con actividades anteriores. DEFINICION Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave. Constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor a 6 meses.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conocimientos sobre salud (S)		
	Resultado Nivel de dolor (2102)	Indicador 184304 Estrategias para controlar el dolor crónico 210201 Dolor referido	Escala de Medición Liker Ningún conocimiento 1 Conocimiento escaso 2 Conocimiento moderado 3 Conocimiento sustancial 4 Conocimiento extenso 5
Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4			

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: 2 Fisiológico básico	CLASE: E Fomento de la capacidad física
INTERVENCION: Manejo del dolor	Código: 1400
<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>* Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes</p> <p>* Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor</p> <p>* Proporcionar a la persona un alivio de dolor mediante analgésicos prescritos, en este caso Celebrex 200mg cada 12 horas en combinación con el clonixinato de lisina de 100 mg PRN.</p> <p>* Fomentar los periodos de descanso/sueño adecuados que facilitan el alivio del dolor</p> <p>*Establecer cambios de posición.</p>	<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTACION</b></p> <p>El dolor crónico no es un componente del envejecimiento, pero cuando este aparece, el dolor debe de ser tratado para mejorar las actividades físicas y la calidad de vida de los ancianos</p> <p>Los analgésicos son parte fundamental en el tratamiento inicial de los pacientes con dolor crónico.</p> <p>En los ancianos, el uso racional de analgésicos cobra mayor importancia debido a que estos pacientes habitualmente tienen una disminución de las funciones hepáticas y renales</p> <p>una disminución de las funciones hepáticas y renales que afecta el metabolismo y la excreción de estas drogas.</p>



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico básico

CLASE: C Control de Inmovilidad

INTERVENCION: Cambio de posición

Código: 0840

ACTIVIDADES

- \* Colocar sobre un colchón o cama  
Terapéutica
- \* Animar al paciente en los cambios  
de posición.
- \* Colocar al paciente en una posición  
que facilite la perfusión/ventilación
- \* Colocar en posiciones que eviten  
tensiones sobre la herida
- \* Desarrollar un protocolo de cambios  
de posición.
- \* Utilizar dispositivos de apoyo para  
los miembros (rodillos y almohadas)

FUNDAMENTACION

Si bien son importantes los cuidados de las lesiones también son de vital importancia los cambios de posición en un esquema de cada 2 horas para favorecer la irrigación sanguínea de las extremidades distales  
Los cambios de posición pueden afectar directamente en la evolución de las úlceras por presión ya que de omitir esos cambios se puede avanzar de un grado crítico al más crítico en cuestión de días.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico De Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 11 Seguridad protección	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV)		
CLASE:1 Infección	CLASE: Control de riesgo y seguridad (T)		
CODIGO: 00004	Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección F/R rotura de la piel, defensas inadecuadas	Controlar el riesgo del proceso infeccioso (1924) (1924)	1924C3 Reconoce conductas Asociadas al riesgo de infección	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5
DEFINICION: Riesgo de ser invadido por por organismos patógenos,			
Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4			

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

INTERVENCION: Control de Infección

Código: 6540

ACTIVIDADES

- \* Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- \* Usar guantes estériles si procede
- \* Poner en práctica precauciones universales.
- \* Asegurar una técnica de cuidados de heridas
- \* Fomentar una ingesta de líquidos si procede.
- \* Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- \* Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.

FUNDAMENTACION

Una vez que se ha desarrollado una úlcera por presión, suele llevar un largo proceso de evolución. A menudo se necesitan meses para que la úlcera se cure completamente.

El proceso de curación pasa por varias fases, por este motivo es importantísimo inspeccionar regularmente la herida y poder realizar los ajustes eventuales necesarios según la evolución de la cura y el tratamiento de la úlcera. Para asegurarse que el tratamiento tenga éxito, es recomendable que tanto el paciente como los familiares trabajen en estrecha colaboración con el personal sanitario y los médicos.

Una úlcera por presión puede evolucionar dando lugar a diversas complicaciones.

Principalmente por su tendencia a expandirse profundamente en el tejido.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

INTERVENCION: Identificación de riesgos

Código: 6610

ACTIVIDADES

- \* Identificar que tipos de cuidados requiere el paciente
- \* Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar
- \* Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- \* Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas.

FUNDAMENTACION

Es importante implementar un plan de cuidados que haga participe a los familiares en la detección de posibles riesgos para el paciente.  
Llevar una bitácora familiar para anotar cualquier evento y circunstancia anormal o bien si se llevan a cabo los cuidados tal como los describen las ordenes medicas.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

INTERVENCION: Manejo ambiental

Código: 6480

ACTIVIDADES

- \* Crear un ambiente seguro para el paciente
- \* Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física.
- \* Eliminar los factores de peligro del ambiente
- \* Disponer de dispositivos adaptativos
- \* Colocar el interruptor en posición a la cama
- \* Proporcionar música ambiental
- .

FUNDAMENTACION

La recuperación del paciente depende de muchos factores y entre ellos están propiciar un ambiente seguro y placentero para el paciente.

Asegurarse de que los dispositivos de seguridad como los barandales de la cama funcionen y que incluso si el paciente quiere apagar o prender la luz; tenga acceso con solo estirar el brazo. Estar al pendiente en todo momento de las necesidades del paciente para asegurar la pronta recuperación.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
DOMINIO.3 Eliminación e Intercambio	DOMINIO: Salud fisiológica (II)		
CLASE: 2 Función gastrointestinal	CLASE: F Eliminación		
CODIGO: 00011	Resultados	Indicador	Escala de Medición Liker
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento M/P	Favorecer la eliminación Intestinal (0501)	50101 Patrón de eliminación 50111 Estreñimiento	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5
Distensión abdominal, incapacidad para eliminar las heces R/C aporte insuficiente de líquidos disminución de la movilidad Gastrointestinal			
DEFINICION: Disminución de la frecuencia normal de defecación eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o heces excesivamente duras			
	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico

CLASE: B Control de la eliminación

INTERVENCION: Manejo del estreñimiento/impaction (0450)

ACTIVIDADES

- \* Vigilar la existencia de peristaltismo
- \* Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos,
- \* Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra si procede
- \* Extraer la impaction fecal manualmente con ayuda de supositorios de glicerina.
- \* Administrar el enema o la irrigación cuando proceda.
- \* Senosidos AB dos comprimidos después de la cena.

FUNDAMENTACION

La persona que sufre estreñimiento siente disconfort al no evacuar correctamente. En el Extremo de las consecuencias negativas de este hecho encontramos la impactacion fecal, una afectación que imposibilita la defecación por uno mismo y la deben hacer unos profesionales de forma manual. Además, las personas afectadas también pierden el apetito, algo que les hace entrar en un círculo vicioso en el que se nutren menos y más favorecen el mal funcionamiento del intestino. Las personas mayores deben estar bien hidratadas y bien nutridas para evitar estreñirse. Así que como consecuencia del enlentecimiento del ritmo del intestino se retarda el vaciamiento del mismo.

**CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)**

CAMPO: 1 Fisiológico básico

CLASE: B Control de la eliminación

INTERVENCION: Control Intestinal Código: 0430

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<p>* Anotar la fecha de la última defecación.</p> <p>* Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia forma, volumen y color según corresponda.</p> <p>* Administrar supositorios de glicerina, dar dieta rica en fibra.</p> <p>* Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios</p> <p>* Uso de laxantes</p>	<p>La ingesta alimentaria ayudará a identificar si el paciente recibe una dieta equilibrada y si consume las cantidades adecuadas de liquido y fibra, la ingesta excesiva de carne o alimentos refinados producirá heces pequeñas y duras.</p> <p>Es de suma relevancia instruir al paciente acerca de monitorizar las defecaciones y sobre las medidas de prevención para llevar a cabo un buen control intestinal.</p>



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico

CLASE: D Apoyo nutricional

INTERVENCION: Etapas de la dieta Código: 1020

ACTIVIDADES

- \* Determinar la presencia de sonidos intestinales.
  - \* Establecer una dieta
  - \* Observar la progresión a la dieta
  - \* Encontrar formas de incluir las preferencias del paciente en la dieta
- Prescrita
- \* Hacer que el ambiente en el que se ofrece la comida sea lo más agradable posible.
  - \* Comprobar si el paciente evacua las flatulencias

FUNDAMENTACION

La evolución de una dieta para evitar el estreñimiento en pacientes de la tercera edad es indispensable ya que sus demandas nutrimentales son diferentes y es importante que si ingiera su requerimiento normal de cada día para poder llevar a cabo las funciones normales del cuerpo y poder acelerar el proceso de recuperación.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 2 Nutrición	DOMINIO: Salud fisiológica (II)		
CLASE:1 Ingestión	CLASE: Nutrición (K)		
CODIGO: 00002	Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Mejorar	100401	Desviación grave del rango normal 1
Desequilibrio nutricional: Ingesta	el estado	Ingestión	Desviación sustancial 2
inferior a las necesidades M/P	Nutricional	de	Desviación moderada 3
debilidad de los músculos	(1004)	nutrientes	Desviación leve 4
requeridos para la masticación			Sin desviación 5
R/C incapacidad para ingerir alimentos.			
DEFINICION:			
De nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.			
	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico

CLASE: D Apoyo nutricional

INTERVENCION: Ayuda con los auto cuidados/nutrición (1803)

ACTIVIDADES

- \* Identificar la dieta prescrita
- \* Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y deglución.
- \* Proporcionar ayuda física si es necesario.
- \* Colocar al paciente en una situación adecuada.
- \* Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, si procede.
- \* Ayudar a partir los alimentos y facilitar la masticación.
- \* Proporcionar alimentos blandos para favorecer a la masticación.

FUNDAMENTACION

Al llegar a la tercera edad las demandas energéticas para realizar funciones básicas como respirar, bombear el corazón, etc. Comienzan a disminuir un 5% cada década. De esta manera, si las personas mantienen los mismos hábitos alimenticios a los 40, 50 y 60 años la tendencia será a subir de peso, por lo que se debe tomar conciencia de esto y preocuparse de la dieta con anterioridad.

El estado de ánimo influye directamente en la alimentación y en esta etapa de la vida, la depresión, la soledad y el aislamiento social pueden llevar a los abuelos a no comer y a desnutrirse. Por otro lado, quienes sufren enfermedades como el Alzheimer, Parkinson y demencia senil también influyen en la nutrición, ya que muchas veces no se acuerdan que ya comieron y lo hacen dos veces, o simplemente no son capaces de alimentarse por si solos.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico

CLASE: D Apoyo nutricional

INTERVENCION: Manejo de la nutrición Código: 1100

ACTIVIDADES

- \* Fomentar el aumento de la ingesta de proteínas, hierro y vitamina C
- \* Dar comidas ligeras en puré y blandas
- \* Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para Evitar estreñimiento
- \* Realizar una selección de comidas
- \* Animar al paciente a ingerir los alimentos

FUNDAMENTACION

La ingesta de alimentos ricos en fibras y la ingesta de líquidos diariamente puede marcar la diferencia entre la recuperación de enfermedad y la evolución de la misma; por ese motivo es importante proporcionar al paciente alimentos de su agrado y poder incluirlos en la dieta diaria.

Los paciente de la tercera edad se vuelven mas quisquillosos para ingerir algunos alimentos por lo tanto se tiene que insistir para que coma la mayor cantidad de alimentos posibles y favorecer el buen funcionamiento del intestino.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico

CLASE: D Apoyo nutricional

INTERVENCION: Monitorización nutricional Código: 1160

ACTIVIDADES

- \* Vigilar las tendencias de perdida y ganancia de peso.
- \* Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentren situaciones que implican comida o comer.
- \* Programar el tratamiento y los procedimientos a horas que no sean las de la alimentación
- \* Observar si la piel está seca, pálida, descamada.
- \* Observar preferencias y la selección de comidas
- \* Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento si procede.
- \* Disponer las condiciones ambientales optimas a la hora de la comida.

FUNDAMENTACION

Llevar un control de los alimentos que se ingieren y en que cantidad nos pueden ayudar para conocer el estado nutricional del paciente.

Es importante conocer la reacción emocional que tiene el paciente al momento de comer y propiciar que ese momentos sea placentero.

Observar continuamente las características de la piel y anotarlas; esto para llevar un registro de la evolución e implementar otros cuidados que mejoren la alimentación y asimilación de los nutrientes.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 2 Nutrición	DOMINIO: Salud fisiológica (II)		
CLASE: 5 Hidratación	CLASE: Eliminación (F)		
CODIGO: 00025	Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos F/R Poca ingesta de líquidos.	Favorecer la Eliminación Urinaria (0503)	50301 Patrón de eliminación 50307 Ingesta de líquidos	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5
DEFINICION: Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio de un espacio a otro del líquido intravascular intersticial o intracelular que puede comprometer la salud. Se refiere a perdidas aumento de líquidos corporales o ambos.			
	Puntuación Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico Básico

CLASE: N Control de la perfusión

INTERVENCION: Manejo de líquidos (4120)

ACTIVIDADES

- \* Administrar líquidos si procede
- \* Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comidas si procede.
- \* Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas con frecuencia, si procede)
- \* Vigilar ingresos y egresos
- \* Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.

FUNDAMENTACION

La deshidratación en personas ancianas o de la tercera edad es una afección frecuente. Por eso es muy importante que las personas mayores se hidraten y de esta manera prevenir síntomas o cuadros complicados.

Con la edad las personas suelen tener menos ganas de tomar líquido pero el cuerpo necesita la misma cantidad de líquido al día.

Por lo que las personas mayores son más propensas a sufrir de deshidratación. Es muy importante para la salud de los ancianos estar hidratados por lo que deben beber mucha agua, jugos de frutas e infusiones de hierbas para que el cuerpo desarrolle sus funciones sin alteraciones. El consumo de frutas y verduras con altos niveles de agua también favorece la hidratación en los ancianos.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico Básico

CLASE: N Control de la perfusión

INTERVENCION: Monitorización de líquidos (4130)

ACTIVIDADES

- \* Vigilar ingresos y egresos
- \* Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.
- \* Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.
- \* Observar las mucosas, la turgencia, de la piel y la sed.
- \* Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina

FUNDAMENTACION

El adulto mayor sufre inevitablemente la pérdida de reserva funcional con disminución de los órganos en general. La vigilancia y el control de líquidos es de suma importancia ya que puede evitar el estreñimiento ingiriendo la suficiente cantidad de líquidos.



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico complejo

CLASE: G Control de electrolitos acido/base

INTERVENCION: Reposición de líquidos Código: 2140

ACTIVIDADES

- \* Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación
- \* Administrar líquidos
- \* Administrar diuréticos si procede
- \* Animar al paciente a que ingiera líquidos, los que más sean de su Preferencia

FUNDAMENTACION

El agua constituye cerca del 60% del peso corporal total en el hombre y del 55% en la mujer.

El balance normal de líquidos se puede ver alterado por la enfermedad, dependiendo de las respuestas metabólicas inespecíficas al estrés, la inflamación, la malnutrición, y el tratamiento médico.

Por lo tanto es importante proporcionar al paciente la cantidad necesaria de líquidos al día para llegar a los requerimientos óptimos diarios.

PLAN DE CUIDADO				
Diagnostico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 4 Actividad/ reposo CLASE:4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares CODIGO: 00228 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz F/R edad mayor 60 años, inmovilidad DEFINICION: Riesgo de disminución de la de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud		DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Cardiopulmonar (E)		
		Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker
		Mejorar	040713 Dolor	Grave 1
		la perfusión	localizado de	Sustancial 2
		Tisular	extremidades	Moderado 3
		Periférica		Leve 4
		(0407)		Ninguno 5
		Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico complejo CLASE: N Control de la perfusión tisular  
 INTERVENCION: Precauciones circulatorias CODIGO: 4070

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- \* Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre.
- \* Evitar lesiones en la zona afectada
- \* Evitar infecciones en las heridas
- \* Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema.

FUNDAMENTACION

El anciano, por su condición general camina poco; en consecuencia su masa muscular no favorece la circulación arterial para solicitar mayor cantidad de sangre, ni la venosa para favorecer el retorno del vital líquido. Lo anterior se denomina estasis, la cual tiene consecuencias desfavorables. Por otra parte, la circulación lenta ocasiona que la sangre se torne más espesa por la capacidad respiratoria disminuida, por lo que tiende a estancarse y oxigenar poco los tejidos. Los problemas circulatorios en los ancianos pueden mejorar mediante práctica de ejercicio y movilización, lo que debe ir en función de las condiciones generales de las personas. También es de gran ayuda elevarles las piernas, mantener buen aseo, lubricar la piel y cuidar sus uñas.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológicobásico CLASE: L Control de la piel y heridas  
INTERVENCION: Manejo de la sensibilidad periférica CODIGO: 2660

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia, así como el nivel de dolor.
- \* Enseñar a la familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en su integridad
- \* Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad

FUNDAMENTACION

La mala circulación es un problema que afecta a la gran mayoría de personas mayores, pero este problema empeora cuando la persona se encuentra en reposo prolongado por mucho tiempo.  
Por lo tanto es de suma importancia mantener vigilado el estado de la piel y cualquier cambio anormal de la misma, favorecer la circulación con los cambios de posición cada dos horas.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico complejo

CLASE: N Control de la perfusión tisular

INTERVENCION: Cuidados circulatorios: Dispositivo de ayuda mecánico Código: 4064

ACTIVIDADES

- \* Vigilar el grado de incomodidad o dolor torácico
- \* Enseñar al paciente y familia el correcto uso de los dispositivos Mecánicos de ayuda (cojines especiales y colchón)
- \* Administrar analgésicos PRN
- \* Darle mantenimiento periódico a los dispositivos de ayuda

FUNDAMENTACION

Mediante la valoración de signos y síntomas, de embolismo periférico se podrá actuar oportunamente evitar consecuencias el objeto es recuperar la perfusión tisular.  
La implementación de dispositivos para los cambios de posición pueden ayudar en la disminución del dolor y así favorecer la recuperación de las lesiones.

PLAN DE CUIDADO				
Diagnostico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés CLASE:2 Respuestas de afrontamiento CODIGO: 00146 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Ansiedad M/P aprensión incertidumbre preocupación. Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación a un peligro es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza		DOMINIO: Salud psicosocial (III)		
		CLASE: Adaptación social (N)		
		Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker
		Aceptación:	130017	Nunca demostrado 1
		Estado de	Se adapta al	Raramente demostrado 2
		salud (1300)	cambio del	A veces demostrado 3
			estado de salud	Frecuentemente demostrado 4
				Siempre demostrado 5
		Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 5		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica  
 INTERVENCION: Disminución de la ansiedad (5820)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- \* Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- \* Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- \* Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- \* Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

FUNDAMENTACION

En los pacientes de la tercera edad, se ha observado que se preocupan más por los síntomas somáticos que por los cognitivos. Esto se convierte en un inconveniente para la mejora de la enfermedad, pues en aquellos casos en los que no hay somatizaciones, puede que los ancianos no acudan a pedir ayuda y esto empeorará su salud ya que se estará descuidando la atención necesaria a las alteraciones cognitivas. Por esta razón, profesionales y familiares deben estar atentos a los síntomas de este trastorno y no confundirlos o desatenderlos en caso de que exista otra enfermedad, para así conseguir que el paciente se sienta mejor y adquiera un mejor desarrollo en las actividades de la vida diaria.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica  
INTERVENCION: Técnica de relajación (5880)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Sentarse a hablar con el paciente
- \* Favorecer una respiración lenta
- \* Acariciar la frente
- \* Ofrecer líquidos o leche caliente
- \* Administrar medicamentos ansiolíticos

FUNDAMENTACION

Para el paciente en reposo prolongado es de vital importancia el contacto físico y la interacción con sus familiares, existen técnicas de relajación que pueden ayudar a disminuir la tensión y así favorecer el sueño y descanso,



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica  
 INTERVENCION: Terapia de relajación simple (6040)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

- \* Determinar si alguna técnica de relajación ha sido útil en el pasado
- \* Crear un ambiente tranquilo sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable
- \* Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso de las técnicas de relajación.
- \* Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas a utilizar
- \* Dejarle un tiempo sin molestarle, ya que el paciente puede quedarse tranquilo
- \* Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión sanguínea, y temperatura de la piel.

FUNDAMENTACION

El uso de técnicas de relajación en pacientes geriátricos resultan de mucha ayuda ya que están sensibles a algunos estímulos del ambiente como los olores y las temperaturas, por lo tanto es importante mantener la temperatura confortable para el paciente e implementar artefactos que proporcionen un agradable olor.

Al momento de tomar sus signos vitales es importante no invadir demasiado su espacio y darle tiempo y espacio incluso para que escuche música y se pueda relajar.

PLAN DE CUIDADO				
Diagnostico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 4 Actividad/ reposo CLASE:2 Actividad/ Ejercicio CODIGO: 00091  DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad en cama M/P Deterioro para cambiar de posición por si mismo en la cama R/C Deterioro musculo esquelético/dolor DEFINICION: Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama		DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C)		
		Resultado  Consecuencias de la inmovilidad fisiológicas (0204)	Indicador 020401 Ulceras Por presión  20412 tono muscular	Escala de Medición Liker  Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5
		Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: C Control de inmovilidad  
INTERVENCION: Cambio de posición (0840)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

Manejo del dolor Código: 1400

ACTIVIDADES

- \* Colocación de colchón de presión variable
- \* Explicar al paciente que se le va a cambiar si procede
- \* Animar al paciente a participar en los cambios de posición si procede
- \* Poner apoyos en las zonas edematosas si procede
- \* Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos si resulta apropiado
- \* Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor
- \* Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente
- \* Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida si es el caso.
- \* Desarrollar un protocolo para el cambio de posición si procede.
- \* Cambiar de posición al paciente al menos cada 2 horas

FUNDAMENTACION

Durante la vejez el sistema musculo esquelético presenta disminución de la fuerza muscular, atrofia, contracción muscular lenta hay una reducción en el número de fibras musculares rápidas y tendencia a la osteoporosis. A nivel locomotor suele haber un acortamiento del tamaño de la columna vertebral a expensas del estrechamiento de los discos y en articulaciones periféricas, disminución de la elasticidad articular con degeneración del cartílago, disminución de la fuerza tensora y mayor rigidez de ligamentos y tendones. Por estas razones son frecuentes la debilidad muscular y el aumento de la resistencia muscular.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico      CLASE: C Control de inmovilidad  
 INTERVENCION: Cuidados del paciente encamada (0740)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico</li> <li>* Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas</li> <li>* Mantener la ropa de cama limpia seca y libre de arrugas</li> <li>* Subir barandales</li> <li>* Cambiar de posición cada 2 hrs.</li> <li>* Vigilar el estado de la piel</li> <li>* Enseñar ejercicios de cama</li> <li>* Realizar ejercicios pasivos</li> <li>* Monitorizar el estado respiratorio</li> </ul>	<p>Aunque los cuidados del paciente encamado no requieren de mucho esfuerzo ni movilidad es importante asegurarse de que su permanencia en ella no perjudique su salud actual o incluso que no haga evolucionar la enfermedad.</p> <p>Un paciente con Ulceras por presión requiere de cuidados específicos; desde la ropa de cama como sábanas y pijama hasta los cojines y colchones terapéuticos que se utilizan.</p> <p>La implementación de ejercicios pasivos ayudara al paciente a mejorar la circulación de las extremidades distales que se encuentran comprometidas por la nula movilidad.</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico      CLASE: C Control de inmovilidad  
INTERVENCION: Inmovilización (0910)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Apoyar con soportes las partes del cuerpo afectadas
- \* Comprobar la circulación adecuada de las extremidades distales
- \* Vigilar la integridad de la piel que está en contacto con los dispositivos de apoyo

FUNDAMENTACION

Cuando el paciente geriátrico se encuentra en cama y sus posibilidades de moviidades son nulas o muy limitadas debe existir una vigilancia continua y registrada de las extremidades y estado general de la piel, registrar datos como llenado capilar, color y temperatura de las extremidades.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)	
DOMINIO. 1 Promoción a la salud		DOMINIO: Salud funcional (L)	
CLASE:2 Gestión de la salud		CLASE: Crecimiento y desarrollo (B)	
CODIGO: 00043		Resultado	Indicador
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		Desarrollo	012101
Protección ineficaz M/P		Adulto	Mantiene la
Úlceras por presión R/C		Mayor	función
extremos de edad. Nutrición		(0121)	cognitiva
inadecuada, inmovilidad.			012102
DEFINICION			Mantiene la
Disminución de la capacidad			las habilidades
para auto protegerse de			del lenguaje
amenazas internas y externas			
como enfermedades y lesiones.			
		Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4	

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: P Terapia cognitiva  
INTERVENCION: Terapia de reminiscencia (4860)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Disponer de un tiempo adecuado
- \* Determinar que método de reminiscencia (autobiografía, grabado, álbum de recortes, explicar recortes) es más eficaz.
- \* Fomentar la expresión verbal de sentimientos tanto positivos como los negativos de los sucesos pasados.

FUNDAMENTACION

Recordar es un proceso del ciclo vital que es saludable y normal, sobre todo en la etapa de envejecimiento donde se evalúa la satisfacción de la vida. Además podemos comprobar la tendencia de nuestras personas mayores a hablar continuamente de su pasado. La terapia de Reminiscencia ayuda a recordar de manera natural, experiencias pasadas para estimular la capacidad de autorreconocimiento y mantenimiento de la identidad. La reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles  
INTERVENCION: Apoyo emocional (5270)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo
- \* Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza
- \* Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- \* Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad
- \* No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado

FUNDAMENTACION

El apoyo emocional consiste en entrenar al paciente en habilidades y estrategias para saber responder de una forma adecuada y favorable a sus problemas diarios.  
El entorno familiar, escolar o laboral cobra una importancia esencial en la evolución del paciente, por lo que existe también un apoyo continuado en estos diferentes ambientes.



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles  
INTERVENCION: Aumentar el afrontamiento (5230)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

\* Valorar la comprensión del

Paciente

\* Disponer un ambiente de

Aceptación

\* Alentar el uso de fuentes

Espirituales

\* Confrontar los sentimientos

ambivalentes del paciente

(enfado o depresión)

\* Animar al paciente a identificar sus

puntos fuertes y sus capacidades

FUNDAMENTACION

Es importante que el paciente adulto mayor tenga un afrontamiento de su situación actual de salud para que también pueda tomar acciones sobre su propia enfermedad.

Tener un confortamiento con la realidad hace que el paciente se sienta tomado en cuenta y así hacer que en conjunto con la familia se busquen alternativas de mejora como el apoyo espiritual que bien puede favorecer la mejora de la enfermedad.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)		
DOMINIO. 10 principios Vitales	DOMINIO: Salud psicosocial (III)		
CLASE:1 Valores/ creencias	CLASE: Adaptación psicosocial (N)		
CODIGO: 00185	Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar la esperanza M/P Manifiesta deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.	Motivar la Capacidad personal de Recuperación (1309)	130903 Expresa emociones	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5
DEFINICION Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado			
	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4		

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles  
INTERVENCION: Dar esperanza (05310)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<p>* Informar al paciente acerca de la situación actual constituye un estado temporal</p> <p>* Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona</p> <p>* Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.</p> <p>* Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente, crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión cuando sea posible.</p>	<p>El anciano puede no encontrar posibilidades de reorganización frente a las nuevas circunstancias o ante la presión de los malos condicionamientos que arrastra desde antes.</p> <p>La dificultad para un ajuste de las capacidades que cambian, determina un sentimiento depresivo que manifiesta a través de distintas formas clínicas de desadaptación o provoca la reactivación o la eclosión de diversos trastornos psicopatológicos.</p> <p>Para una mejor comprensión de las características psicológicas del anciano es necesario tener presente que el ser humano durante su desarrollo, pasa por etapas de crecimiento, maduración y declinación</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles  
INTERVENCION: Apoyo espiritual (5420)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Tratar al paciente con dignidad y respeto
- \* Estar abierto a las expresiones de preocupación del Individuo
- \* Conservar visitas con un guía espiritual
- \* Proporcionar música, literatura o programas de radio espirituales
- \* Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea
- \* Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo
- \* Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo

FUNDAMENTACION

El apoyo espiritual consiste en una ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias , mientras facilitar el crecimiento espiritual consiste en facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar , comunicarse y evocar la fuente de significado, consuelo y propósito de vida.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3 Conductual      CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles  
INTERVENCION: Contacto (5460)

Manejo del dolor CODIGO: 1400

ACTIVIDADES

- \* Dar un abrazo de afirmación
- \* Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional
- \* Masajear suavemente los hombros y espalda del paciente
- \* Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto

FUNDAMENTACION

El contacto físico es primordial con pacientes de la tercera edad. Los cuidados médicos y de enfermería deberían ir acompañados de el contacto físico de su cuidador o familiares ya que proporciona tranquilidad y disminuye la ansiedad al momento de las intervenciones.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)	
DOMINIO: 11		DOMINIO: 11 Salud fisiológica	
CLASE: 2 Lesión física		CLASE: Cardiopulmonar (E)	
CODIGO: 00086		Resultado	Indicador
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		Estado	10420
Riesgo de disfunción neurovascular		circulatorio	Edema
Periférica		(0401)	periférico
DEFINICION:			Escala de Medición Liker
Riesgo de sufrir una alteración en la			Grave 1
circulación, sensibilidad o movilidad			Sustancial 2
de una extremidad.			Moderado 3
			Leve 4
			Sin desviación 5
		Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4	

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico Complejo CLASE: N Cuidados que apoyan la regulación homeostática

INTERVENCION: Cuidados del embolismo periférico CODIGO: 4104

ACTIVIDADES

- \* Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación del pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- \* Observar presencia del dolor en la zona afectada.
- \* Cambiar de posición cada 2 horas
- \* Masaje de la zona afectada
- \* Elevación de miembros pélvicos
- \* Verificar si el signo de Homman sigue presente y en que intensidad (dolor cuando se flexiona dolorosamente el pie)

FUNDAMENTACION

Con el envejecimiento se producen una serie de cambios en la estructura y en el funcionamiento del corazón y de las arterias. Estos cambios disminuyen la capacidad de reserva del corazón, predisponen la presencia de enfermedades y limitan la máxima capacidad de ejercicio.

Las arterias se engruesan y se vuelven más rígidas con los años favoreciéndose una forma de presión arterial a expensas de los valores sistólicos, muy frecuentes entre los ancianos.

Por otra parte el corazón no puede alcanzar frecuencias cardiacas tan altas con el ejercicio como en la edad adulta teniendo que recurrir a adaptaciones de su fisiología para intentar mantener un funcionamiento adecuado.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico Complejo CLASE: N Cuidados que apoyan la regulación homeostática

INTERVENCION: Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa CODIGO: (4066)

ACTIVIDADES

- \* Evaluar los edemas y los pulsos  
Periféricos
- \* Realizar los cuidados de las heridas  
(desbridamiento y curación)
- \* Observar el grado de incomodidad al  
Dolor
- \* Cambiar al paciente de posición cada  
dos horas
- \* Mantener una hidratación adecuada  
para disminuir la viscosidad de la sangre
- \* Controlar el estado hídrico

FUNDAMENTACION

Las alteraciones en la circulación que suelen sufrir las personas de la tercera edad son el resultado del deterioro cardiovascular. EL cual empeora cuando la persona se encuentra en reposo prolongado y el cual puede mejorar con ejercicios pasivos y cambios de posición.



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico Complejo CLASE: N Cuidados que apoyan la regulación homeostática

INTERVENCION: Precauciones cardiacas CODIGO: (4050)

ACTIVIDADES

- \* Evitar sobrecalentamientos o enfriamientos al paciente
- \* Determinar los métodos del paciente para tratar el estrés
- \* Limitar estímulos ambientales
- \* Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés

FUNDAMENTACION

El paciente adulto mayor esta susceptible a cualquier variación en su estado de salud puede repercutir para mejorar o empeorar su estado de salud.

Es importante mantener al paciente en un estado anímico sin sobresaltos y limitar los estímulos ambientales que puedan alterar su signos vitales.

PLAN DE CUIDADO																					
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)																			
DOMINIO: 12  CLASE: 1 Confort físico  CODIGO: 00214  DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disconfort M/P Ansiedad, síntomas relacionados con la enfermedad.  DEFINICIÓN: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física psicoespiritual, ambiental y social		DOMINIO: Salud funcional (I)  CLASE: Movilidad																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado</th> <th>Indicador</th> <th>Escala de Medición Liker</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consecuencias de la movilidad</td> <td>20508</td> <td>Grave 1</td> </tr> <tr> <td>Psicocognitivas (0205)</td> <td>Trastornos del sueño</td> <td>Sustancial 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Moderado 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Leve 4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ninguno 5</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker	Consecuencias de la movilidad	20508	Grave 1	Psicocognitivas (0205)	Trastornos del sueño	Sustancial 2			Moderado 3			Leve 4			Ninguno 5	
Resultado	Indicador	Escala de Medición Liker																			
Consecuencias de la movilidad	20508	Grave 1																			
Psicocognitivas (0205)	Trastornos del sueño	Sustancial 2																			
		Moderado 3																			
		Leve 4																			
		Ninguno 5																			
		Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4																			

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico 1 CLASE: E Fomento de la comodidad física

INTERVENCION: Manejo ambiental: confort (6482)

ACTIVIDADES

- \* Crear un ambiente de confort para el paciente.
- \* Disminuir los estímulos ambientales
- \* Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos cuando sea posible.
- \* Se proporciona música ambiental y de relajación para favorecer la tranquilidad y el descanso.
- \* Proporcionar ropa de cama propia del paciente para mejorar el confort físico y individualización.
- \* Se proporciona un colchón de presión variable para favorecer el confort y mejorar la calidad del descanso y sueño.

FUNDAMENTACION

El envejecimiento afecta a todas las funciones del organismo, incluido el sueño aunque no a todas ellas lo hace con la misma intensidad ni en el mismo momento.

Además en los ancianos la edad cronológica no siempre coincide con la fisiológica, por lo que los cambios en los patrones de sueño pueden aparecer en algunos sujetos antes y en otros más tarde.

Los ancianos pasan más tiempo en la cama, menos de él durmiendo, ya que tardan más tiempo en conciliar el sueño, presentan más despertares intrasueño y con periodos de vigilia nocturna prolongados tienen menor eficiencia de sueño, con menor proporción de sueño profundo de ondas lentas y REM, además de presentar alteraciones en la alternancia de la vigilia y sueño.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico 1 CLASE: E Fomento de la comodidad física

INTERVENCION: Relajación muscular progresiva (1460)

ACTIVIDADES

- \* Elegir un ambiente tranquilo y cómodo
- \* Enseñar al paciente la relajación de la Mandíbula
- \* Tensar los músculos de los pies por no más de 5" para evitar calambres
- \* Hacer que el paciente tense varios grupos de músculos y después relajarlos
- \* Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión
- \* Observar si hay lesiones ortopédicas en cuello o espalda a las que reaccione con la serie de ejercicio pasivos

FUNDAMENTACION

Aunque resulta difícil que el paciente encamado realice alguna actividad física, existen una serie de ejercicios pasivos los cuales se realizan varias veces al día esto para favorecer la perfusión tisular de las extremidades distales y que la pérdida de masa muscular no sea tan acelerada y que no pierda movilidad por desuso.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico 1 CLASE: E Fomento de la comodidad física

INTERVENCION: Estimulacióncutánea (1340)

ACTIVIDADES

- \* Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, sus efectos sobre la sensibilidad y las expectativas del paciente durante la actividad
- \* Seleccionar el tipo de estimulación cutánea mas adecuada al paciente y a las condiciones (masaje, vibración etc)
- \*Estimular la duración y frecuencia de la estimulación en función al método elegido
- \* Cancelar la estimulación si se produce un aumento de dolor o irritación de la piel
- \* Valorar y registrar la respuesta a la estimulación

FUNDAMENTACION

Para el tratamiento de las ulcera por presión es importante la estimulacióncutáneaasí como la valoración continua de las lesiones para conocer su evolución. Los masajes en la piel evitando las zonas dañadas pueden ayudar en la recuperación de las lesiones, pues habiendo una mejora en la circulación, la cicatrización de las ulceras se dará de mejor manera.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico 1 CLASE: A Control de actividad y sueño

INTERVENCION: Mejorar el sueño (1850)

ACTIVIDADES

- \* Determinar el sueño/vigilia del paciente
- \* Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad que interrumpen el sueño.
- \* Disponer de siestas durante el día
- \* Fomentar con el paciente y la familia técnicas que favorecen el sueño

FUNDAMENTACION

Como se sabe dormir tiene grandes propiedades para el organismo, durante la fase REM del sueño se presentan varios procesos como el de fortalecimiento del sistema inmune, disminuyen los niveles de estrés y se aceleran los procesos de cicatrización y mejoran los niveles químicos del cerebro.

Por lo tanto es importante favorecer el sueño por medio de la relajación o bien por medio de medicamentos que favorezcan esta función.

PLAN DE CUIDADO			
Diagnostico de Enfermería (NANDA)		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)	
DOMINIO: 4 Actividad reposo  Clase: 4 Respuesta  Cardiovascular/pulmonar  CODIGO: 00032  DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:  Patrón respiratorio ineficaz R/C  deterioro musculo esquelético M/P  Respiración labios fruncidos  DEFINICION:  La inspiración o espiración no  no proporciona una ventilación  Adecuada		DOMINO: Salud fisiológica (II)  CLASE: Cardiopulmonar (E)	
		Resultado	Indicador
		Estado respiratorio Ventilación (0403)	Respiración con labios fruncidos
			Escala de Medición Liker
			Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Sin desviación 5
		Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4	

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico Complejo CLASE: K Control Respiratorio

INTERVENCION: 3350 monitorización respiratoria

ACTIVIDADES

- \* Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- \* Observar si se producen respiraciones Ruidosas
- \* Observar si hay fatiga diafragmática (movimiento paradójico)
- \* Observar si aumenta la intranquilidad ansiedad o falta de aire.

FUNCIONES

El envejecimiento disminuye la reserva respiratoria durante estados de enfermedad aguda. La disminución en la sensibilidad de los centros respiratorios hipoxia o hipercapnia altera la respuesta ventilatoria en casos de falla cardíaca descompensada, infección o Exacerbación de EPOC.

La distensibilidad de la caja torácica disminuye lo que incrementa el trabajo respiratorio cuando se compara con personas jóvenes. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios también se disminuye, lo cual se ha asociado con el estado nutricional y la función cardíaca. Los flujos respiratorios disminuyen alterando de forma característica las curvas de flujo-volumen sugiriendo enfermedad de pequeñas vías.



CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico Complejo CLASE: K Control Respiratorio

INTERVENCION: Fisioterapia respiratoria (3230)

ACTIVIDADES

- \* Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en una posición Determinada
- \* Utilizar aparatos de fisioterapia pulmonar para mejorar los patrones de respiración normales
- \* Implementar ejercicios respiratorios y practicarlos de 1-2 al día

FUNDAMENTACION

La fisioterapia respiratoria se dedica a la prevención, tratamiento y estabilización de las disfunciones o las alteraciones respiratorias, cuyo objetivo general es mejorar la ventilación regional pulmonar, el intercambio gaseoso, la función de los músculos respiratorios, la disnea, la tolerancia a la actividad y la calidad de vida relacionada con la salud.

## **CONCLUSIONES:**

Las úlceras por presión deberían ser una problemática hospitalaria del “pasado”, y pese a que los avances tecnológicos nos dan opciones para su tratamiento y rehabilitación, aun no se logra que el personal retome los estándares de calidad intrahospitalaria para la prevención de úlceras por presión, como realizar una adecuada valoración que nos permita establecer e identificar el estado de salud general del paciente.

Se incrementa notablemente el costo derivado del tratamiento y cuidado de la lesiones, de sus posibles complicaciones y del incremento en las cargas de trabajo para enfermería. Por todo ello las úlceras por presión se convierten en un indicador negativo de la calidad de los cuidados prestados al paciente.

Por ello es de suma importancia que retomemos aquellas acciones de prevención de úlceras por presión y las innovemos, mejorando así la calidad de vida paciente hospitalizado, y así evitar que estos mismos se compliquen desarrollando lesiones que en la mayoría de los casos se pueden prevenir con intervenciones sencillas que van desde los cambios de posición cada 2 horas hasta la implementación de nuevas técnicas y materiales

De forma general, la aparición de una úlcera por presión originara un disconfort en el paciente y su familia; puede agravar su estado de salud aumentando el riesgo de infección y así elevar la incidencia de mortalidad.

Las úlceras por presión son en un 97% prevenibles y los cuidados enfermeros pueden marcar la diferencia entre un paciente en vías de recuperación con pronóstico de alta hospitalaria y un paciente el cual se ha ido complicando lentamente debido a la omisión o poca practica de los mismos cuidados; por lo tanto es importante verificar que todos los pacientes que se consideren con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben tener un plan de cuidados escrito y

personalizado de prevención basado en las escalas de valoración para las  
mismas tomando en cuenta el estado nutricional y la hidratación del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

Berman A. Snyder Shirlee J, Kozier Barbara, Erb G, Fundamentos de enfermería ,conceptos, proceso y practicas vol. II 8ª ed. Pearson, Prentice Hall, Barcelona España 2008

Bule Chek G.M. Butcher H.K. Dochterman J.M Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Barcelona España 2008

CENETEC, Prevención, Diagnostico y manejo de las ulcers por presión en el adulto, guía de referencia rápida, México, 2015

CENETEC, Prevención y tratamiento de ulcers por presión a nivel hospitalario, evidencias y recomendaciones, México, 2009.

Herdan T.H.Diagnósticos enfermeros; Definiciones y clasificación (NANDA 2009-2011), Barcelona España ELSEVIER 2010.

Moorhead S,Johnson M, Maas M.L Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 5ª ed. Barcelona, España 2009.

Rosales S. Reyes E. Fundamentos de Enfermería 3ª ed. Manual moderno. México 2005.

¿Quién es el adulto mayor? Adulto mayor.cdmx.gob.mx.2016 [cited 26 May 2016]. <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>

NANDA. Es wikipedia.org.2016[cited 27 octubre 2016]. <http://es.wikipedia.org/wiki/NANDA/NIC/NOC>

García-Martin caroMartínez M. Historia de la enfermería “Evolución histórica del cuidado enfermero” Madrid España.:Elsevier; 2007

Etapas de PAE (Proceso de Enfermería). Información sobre Enfermería . 2016 [cited 5  
Noviembre 2016]. [http://www.congresohistoriaenfermeria2015.co./etapas.htm#etapa-  
pae-ejecucion](http://www.congresohistoriaenfermeria2015.co./etapas.htm#etapa-pae-ejecucion)

## ANEXOS

### INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

I.- Ficha de identificación

Datos socio demográficos		
Edad	Sexo	Escolaridad
Ocupación	Estado civil	Religión
Casa	Propia	Prestada
	Rentada	
Antecedentes personales:		
Alergias	si:	no:
Especificar:		

II.- Valoración de necesidades:


<b>Necesidad de oxigenación:</b>					
Área pulmonar					
Frec. Resp.	x min.	Dif. respiratoria	Apnea	Disnea	En esfuerzo
Tos frecuente		Productiva		Seca	
Secreciones bronquiales		Si	No	Características:	
Color de piel y mucosas:		Palidez	Cianosis distal	Cianosis peri bucal	
Datos subjetivos:					
Área cardiovascular					
Frecuencia cardiaca: latidos por minuto					
Pulso:	Normal	Débil:	Paradójico:	Ausente:	
Llenado capilar: segundos			Distal: segundos		
Edema:	Si	No	Sitio:	+	++
				+++	++++
Datos subjetivos:					

<b>Necesidad nutrición e hidratación:</b>									
Peso:					Talla:				
Dieta habitual (tipo):			Normal:			Blanda:			
No. De comidas diarias:									
Bebidas frecuentes diarias:			Agua		Café		Refresco		
Ingesta de líquidos en 24 hr:			Menos de un litro		1-2 litros		Mayor a 2 litros		
Apetito:		Aumentado	Disminuido		Suplementos alimenticios		Si	No	
Cavidad oral:		Hidratada:		Semihidratada:			Deshidratadas:		
		Sin caries:	Caries:	Si	No	Faltan piezas dentales.		Si	No
Prótesis dental:			Fija:			Móvil:			
Problemas de masticación:			Deglución:		Intolerancia:		Nauseas:		Vomito:
Datos subjetivos:									

<b>Necesidades de eliminación:</b>									
Urinaria									
Frecuencia:		Veces en el día:		Características normales			Si		No
Anuria	Oliguria		Poliuria		Disuria:		Nicturia		Tenesmo
Incontinencia urinaria					Orina intermitente				
Color		Normal		Hematuria		Coluria		Otra	
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario			Facilitador comodo/orinal			Pañal	
Dependencia total:		Sonda Vesical:			Diálisis peritoneal:		Hemodiálisis:		
Datos subjetivos:									

Intestinal										
Frecuencia: _____ veces al día					Características normales			Si		No
Estreñimiento:		Melena		Acolia		Mucosa		Pastosa		
Con sangre fresca			Fétida			Líquida				
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario			Facilitador de cómodo			pañal		
Dependencia total					Colostomía:					
Datos subjetivos:										

<b>Necesidad de termorregulación</b>									
Temperatura: _____ ° C									
Normotermia:			Hipertermia:			Hipotermia:			
Datos subjetivos:									

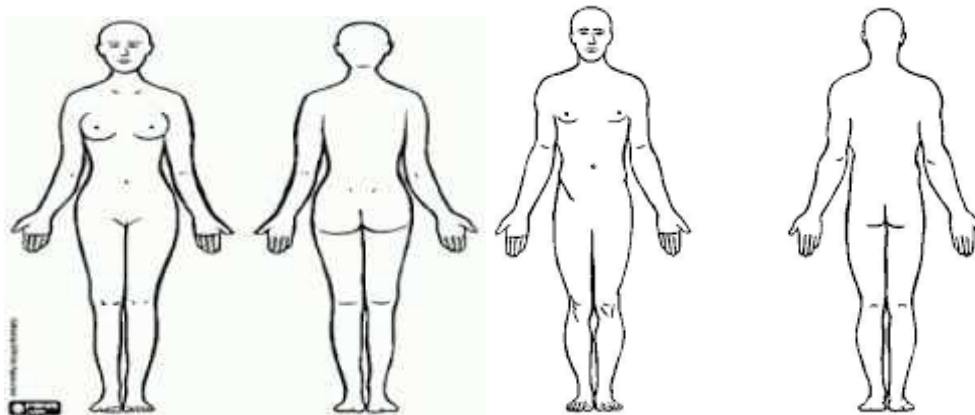
<b>Necesidad de moverse y mantener una buena postura</b>				
Realiza actividad física:	Si		No	
Sistema musculo-esquelético:	Fuerza:	Movilidad:	Activa	Pasiva
Capacidad muscular:	Tono m.	Resistencia	Flexibilidad	
	Dolor		Edema	
Postura:	Coordinación:	Seguridad:	Activo:	
Uso de dispositivo de ayuda:	Andador	Bastón	Silla de ruedas:	Muletas
Escala del dolor				

<b>Necesidad de descanso y sueño</b>			
Horas de descanso al día:			
Tipo de sueño:	Fisiológico	Inducido	Insomnio
Horas de sueño:			
Facilitadores de sueño:	Masaje	Relajación	Música
	Lectura	Medicamentos	
Datos subjetivos.			

<b>Uso de prendas de vestir adecuadas</b>			
Distingue, relación entre higiene y salud:		Si	No
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse		Si	No
Vestido:	Completo	Incompleto	Sucio:
Datos subjetivos:			

<b>Necesidad de higiene y protección de la piel</b>				
Características de la piel:				
Coloración	Palidez	Cianosis	Rubicunda	Ictericia
Estado de la piel	Hidratada	Deshidratada	Integra	Lesionada
Tipo de lesión:				
Marque la ubicación en el esquema				
Independencia para el baño:	De regadera	Dependencia para el baño:	Esponja	
Baño ( frecuencia):				
Higiene oral (frecuencia):				
Datos subjetivos:				





<b>Necesidad de evitar peligros</b>					
Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas			Si	No	
Toxicomanías:		Tabaco	Alcohol	Otras drogas	
Identificar las medidas para prevenir accidentes:					
Hogar:	Si	No	Trabajo:	Si	No
Escuela:	Si	No			
Efectúa controles médicos periódicos:			Si	No	
Presencia de peligros ambientales en su examen físico				Si	No
Prácticas para mejorar su salud:					
Manejo del estrés:			Técnicas de relajación:		
Datos subjetivos:					

<b>Necesidad de comunicarse</b>					
Vive con:		Familia		Solo	
Rol estructura familiar:					
Tipo de familia:		Nuclear	Mono parenteral	Extensa	
Limitaciones físicas que interfieran con la comunicación:					
Si	Visual	Auditiva	Verbal	Motora	
No					
Cuanto tiempo pasa sola (o) horas					
Utiliza mecanismos de defensa:					
Agresividad		Hostilidad		Desplazamiento	
Facilitadores de relación:					
Confianza		Receptividad	Simpatía	Responsabilidad	
Datos subjetivos:					
<b>Necesidad de vivir según sus creencias y valores</b>					
Creencias religiosas significativas:					
Practica algún rito de acuerdo a su religión:					
Si	No	Cual:			

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:	
Si	No
Principales valores personales:	
Datos subjetivos:	

<b>Necesidad de trabajar y realizarse</b>			
Estado emocional:			
Calmado	Ansioso	Enfadado	Retraído
Temeroso	Irritable	Inquieto	Eufórico
Trabaja actualmente:	Si	No	
Tipo de trabajo:	Jornada laboral                      horas		
Tipo de riesgos a los que está sometido en su trabajo:			
Biológicos		Psicosociales	
Físicos		Químicos	
Está satisfecho con su trabajo:	Si	No	
Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:	Si	No	
Datos subjetivos:			

<b>Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:</b>			
Integridad del sistema neuromuscular:		Si	No
Realiza alguna actividad lúdica o recreativa:	Si	No	¿Cuál?
Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:	Si	No	
La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:			Si      No
Estado de ánimo:	Apático	Aburrido	Participativo
Datos subjetivos:			

Necesidad de aprendizaje:			

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)
DOMINIO. CLASE: CODIGO: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: DEFINICION:	DOMINIO: CLASE: RESULTADO:            INDICADOR:            ESCALA DE MEDICIÓN:  PUNTUACIÓN   DIANA:   MANTENER A:   AUMENTAR A:

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: CLASE: INTERVENCIÓN: CODIGO:	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN

PROIRIZACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON)

NECESIDAD	DIANOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Úlcera por presión grado II región sacra



Úlceras por presión grado I y II en región distal talones



