



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Proceso De Atención De Enfermería
EFECTUADO A UN PACIENTE ADULTO MEDIO DE SEXO FEMENINO
CON ÚLCERA VENOSA EN EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, BAJO
LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

LAURA MARGARITA REYES CASAS
N° CUENTA 08961302-3

DIRECTORA DEL TRABAJO

E.E.P. ROCÍO AMADOR AGUILAR.

Ciudad de México.....2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

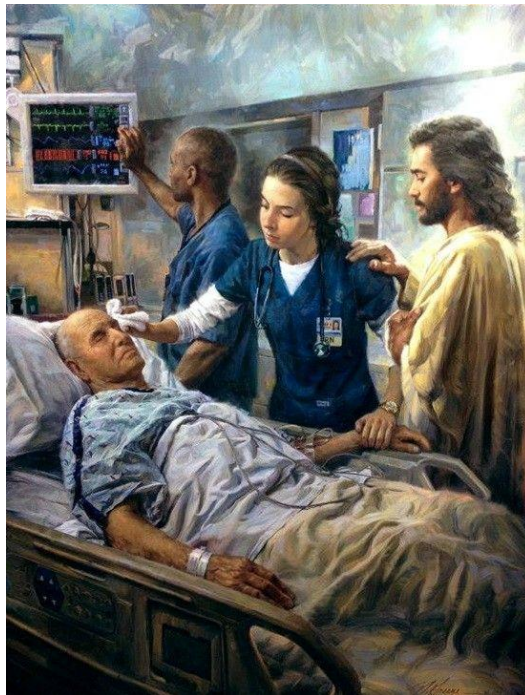
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

La única función de la enfermera es ayudar, al individuo, sano o enfermo, en la relación de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Así mismo, es precisos realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

Virginia Henderson



Enfermería es el alma de la medicina, el medico cura el cuerpo, el psicólogo y psiquiatra la mente; y enfermería el alma; porque al ingresar ella le da la bienvenida por medio de cuidados, atención y consuelo; y cuando sale ella le da la despedida, si recupera su salud y es dado de alta, o si fallece ella le da los últimos cuidados al mortajarlo.

Laura Margarita Reyes Casas

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido llegar a donde estoy, lo que tengo y lo que soy; que si me quito mi complemento; también me recompensa a manos llenas; GRACIAS, NUNCA ME SUELTES.

A mis hijos y esposo que con su entusiasmo, apoyo y esfuerzo me ayudaron a retomar mi carrera profesional; gracias por permitirme completar y cerrar un ciclo que quedo pendiente.

Salvador (+), Dulce Margarita y Carlos Daniel; los AMO, son un complemento PERFECTO.

A mis padres y hermanos por todo el apoyo incondicional para realizar mis estudios profesionales y llegar juntos a la meta.

Carlos Federico y Rosa María (padres)

Juan Carlos, Luis y Rosa María (hermanos); muchas GRACIAS.

A mis profesoras por el gran apoyo que me brindaron para poder concluir una etapa pendiente, mostrándome un nuevo camino en el aprendizaje del cuidado del paciente, gracias profesoras.

E. E. P. Roció Amador Aguilar y E. E. I. Alyra Rodríguez Hernández, por todo su tiempo y comentarios para la realización de este trabajo.

A mis compañeros del CECA; gracias por toda la paciencia hacia mí; en especial a Giovanni Emmanuel Salazar Flores; y a todos los profesores que me enseñaron un nuevo camino en la docencia; GRACIAS.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
- General	
- Especifico	
Metodología.....	13

PRIMERA PARTE

I.- Marco Teórico

1.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	14
- Concepto	
- Objetivo	
- Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
1.- Valoración	
2.- Diagnostico de Enfermería	
3.- Planeación	
4.- Ejecución	
5.- Evaluación	
2.- TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	17
- Biografía	
- Definición de Enfermería según Virginia Henderson	
- Metaparadigma de Enfermeria según Virginia Henderson	
- 14 Necesidades de Virginia Henderson	
3.- CARACTERISTICAS FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL ADULTO MADURO.....	22
4.- ULCERAS VASCULARES – ULCERA VENOSA.....	26
- Valoración de la paciente	
- Diagnóstico diferencial de las úlceras	
- Valores de Índice Tobillo Brazo (ITB)	
- Exploración física de la úlcera	
- Síntomas de la úlcera	
- Tratamiento	

SEGUNDA PARTE

II.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ULCERA VENOSA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

1.- VALORACIÓN DEL PACIENTE.....	35
- Ficha de identificación	
- Historia Clínica, Exploración física	
- Valoración del paciente basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson	
- Necesidades alteradas y jerarquizadas	
2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	50
3.- PLAN DE ALTA.....	62
4.- CONCLUSIONES.....	64
5.- BLIBLIOGRAFÍA.....	65
6.- ANEXOS.....	69

INTRODUCCION

La enfermería es una labor tan antigua como la humanidad, pues, desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado de cuidados y atenciones al sentirse desvalido, al padecer alguna enfermedad o malestar, ese cuidado de los heridos, de los enfermos, poco a poco fue evolucionando hasta convertirse en una de las profesiones más importantes para la humanidad. Con el paso del tiempo la enfermería fue consolidándose y en los siglos XIX y XX, se puede ya hablar de la enfermería moderna, a partir del trabajo de Florence Nightingale, considerada como la primera enfermera profesional.¹

En 1859 Nightingale propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería; introdujo eficientes e innovadoras técnicas de atención y de organización. Con su trabajo empezó a superarse el modelo asistencial tradicional, basado en los buenos sentimientos y en el sectarismo religioso; y a sustituirse por una asistencia sanitaria científica, la cual precisaba una rigurosa formación del personal de enfermería. Esta, estaba formada por cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: “El aire puro, agua pura, desagüe eficaz, limpieza y luz”.²

Con el paso del tiempo surgen nuevos modelos y teorías de enfermería para el cuidado del paciente. En esta metodología, a mediados del siglo XX, surge el Proceso de Atención de Enfermería; el cual obtiene su legitimidad en 1973 cuando la American Nurse Association (ANA), publico estándares del ejercicio de la enfermería que describe cinco pasos del método: Valorar, Diagnosticar, Planificar, Actuar- Ejecutar y Evaluar.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático, que tiene como propósito la realización de una intervención basada en la ciencia particular de la enfermería y fomentar el autocuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de

¹ Arratia F. Alejandrina. Investigación y documentación Histórica en Enfermería. Scielo. [En línea]. Consultado el 14 de Agosto de 2017. Disponible en www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.

² Biografías y Vidas. Florence Naghtingale. La Enciclopedia Biografía en Línea. [En línea]. Consultada el 11 de Septiembre de 2017. Disponible en: [www. Biografía y vida.com/biografía/n/nightingale.htm](http://www.Biografía y vida.com/biografía/n/nightingale.htm)

dignidad.³ Por lo tanto el uso del PAE, garantiza, el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas y basada en evidencias, facilita la atención individualizada del paciente, favorece la calidad del cuidado brindado y optimiza la autonomía profesional.⁴

Por lo cual el presente trabajo tiene como objetivo aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente femenino de 51 años que presenta en forma recurrente una úlcera varicosa en el miembro inferior izquierdo a la altura de la zona maleolar cara externa, es importante no perder de vista que es un paciente con insuficiencia venosa crónica desde hace más de 15 años con tratamiento farmacológico indicado por su médico. La atención y cuidados de enfermería se le proporcionaran al paciente en su domicilio.

La aplicación del PAE, nos permite obtener información necesaria para realizar una evaluación del estado de salud del paciente; en esta ocasión se utiliza la teoría de Virginia Henderson, que se basa en las 14 necesidades básicas. Estas necesidades implican la utilización de un plan de cuidado enfermero y un registro para conseguir una protección individualizada para el paciente. Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 12 a la 14 con la autorrealización.⁵

La información que se obtiene nos proporciona datos demográficos, socioeconómicos y de salud persona del paciente. Henderson afirma que la enfermera es una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes.

³ Dr. Abad A. Efraín. Proceso de Enfermería en el cuidado de las úlceras varicosas. Revista Médica Electrónica Portales Medicos.com [En línea] Consultada el 14 de Agosto de 2017. Disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-enfermeria-cuidado-de-ulceras-varicosas.12> de noviembre 2013.

⁴ Fernández U. Iratxe. Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con enfermedad arterial periférica. Universidad de la Rioja 2015. [En línea]. Consultada el 11 de Septiembre de 2017. Disponible en <http://biblioteca.unirioja.es/tfe-e/TFE001095.pdf>.

⁵ Ruby L. Wesley. Modelos y Teorías de Enfermería. 2° Edición. Editorial Interamericana 1997.

Se realiza una historia clínica, un examen físico cefalocaudal y una observación directa. Todo esto permitirá una valoración sistematizada y exhaustiva del paciente, facilitando el análisis e interpretación de la información; que posteriormente permitirá la elaboración de los diagnósticos de enfermería, para así planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades y problemas identificados; las intervenciones de enfermería se deben evaluar continuamente para comprobar que fueron los indicados, para dichos diagnósticos; y así llevar al paciente a su pronta recuperación e independencia, como lo manifiesta Virginia Henderson en su concepto de enfermería:

“La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.”⁶

En la actualidad, las enfermedades que enfermería puede dar cuidado en el hogar, se encuentran las Ulceras Vasculares las cuales representan un serio problema de salud con una trascendencia socioeconómica importante; los pacientes con úlceras vasculares pueden convivir con su lesión durante meses o años sin tener una cura efectiva y esto es debido a que se complican al ser adjuntas a otros padecimientos como: la diabetes mellitus, hipertensión, desnutrición y a factores de riesgo como la edad, obesidad, abuso de fármacos intravenosos o hábitos sociales en exceso como el tabaco o el alcohol.

⁶ Marriner Tomey Ann, Raile A. Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 7° Edición. Editorial El Sevier 2011

Los trastornos asociados a la Enfermedad Vascul ar Periférica (EVP) pueden afectar a las venas, dando lugar a un proceso como lo es la Trombosis Venosa Profunda (TVP), Venas Varicosas (Varices) o Insuficiencia Venosa Crónica y adquiriendo el término de Enfermedad Venosa Periférica.⁷ Estos, trastornos afectan al flujo sanguíneo de las piernas y los pies; la circulación defectuosa puede dar lugar a dolor, heridas abiertas y edema (tumefacción de los tejidos), entre otros; esta afectación se debe a una disminución del flujo sanguíneo a través de las arterias o las venas.⁸

La patología vascular de las extremidades inferiores puede estar causada por diversas enfermedades en las que existe un denominador en común de naturaleza degenerativa, que conduce a un progresivo deterioro del sistema vascular; a la aparición de daño tisular por isquemia, y en última instancia, a una necrosis irreversible de los tejidos.⁹

En el presente trabajo se plasman la forma de como enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con úlceras venosas en miembro inferior izquierdo a la altura de la zona maleolar y se inicia con una revisión del Proceso de Atención de Enfermería; se elige trabajar con la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas con las cuales se elabora un instrumento de trabajo para recopilar la información necesaria para dar seguimiento a los pasos que tiene el PAE (Valoración, Diagnostico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación).

Dentro de las actividades que se realizan para conformar el PAE, se consulta la literatura de medicina y de enfermería; para elaborar el trabajo se divide en dos capítulos: el primer capítulo que es el marco teórico el cual está conformado por 5 puntos: el primer punto es el desarrollo literario del PAE, el segundo nos habla de

⁷ Dres. Ortega G. Gabriel, Angorio N. Caroline, Martínez A. Miguel. Úlceras de Miembros Inferiores: características clínicas – epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del hospital de clínica. Revista Médica del Uruguay vol. 28 no. 3 Montevideo set 2012. [En línea]. Consultada el 13 Septiembre de 2017. Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?Scrip=scl-arttex&pid=S1688.

⁸ Serrentino A. Sheila, Leighann N. Remmert, Bernie Gorek. Fundamentos de Enfermería Práctica. 4° Edición. Editorial El Sevier 2011

⁹ Arango S. Claudia, Fernández D. Olga, Torres M. Blanca. Úlceras por Presión. Tratado de Geriatria para Residentes Cap. 21. [En línea]. Consultado el 15 de Mayo de 2017. Disponible en: www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2021-11pdf.

la Teoría de Virginia Henderson, el tercero de El Metaparadigma según Virginia Henderson, el cuarto de las Características Fisiológicas, Psicológicas y Sociales del Adulto Maduro y el quinto punto de la patología de las Ulceras venosas; el segundo capítulo es propiamente el desarrollo del PAE, el cual es realizado al paciente con ulcera venosa en su domicilio.

JUSTIFICACION

Desde el punto de vista demográfico las úlceras vasculares de los miembros inferiores constituyen un problema de salud en el adulto; y afectan principalmente a pacientes mayores de 60 años, destacándose que en los últimos años ha aumentado en los países industrializados. Si bien esta patología tiene su pico de incidencia entre los 60 y 80 años; debemos considerar que el 22% de los pacientes tienen su primer episodio antes de los 40 años y el 13% antes de los 30 años de edad, con una prevalencia de 1 a 3% de la población femenina.

Las úlceras vasculares afecta a todo clase de persona, de las cuales de su totalidad un 80 a 90% son “úlceras venosas”, de un 25 a 10% son arteriales y un 25% son mixtas¹⁰. Estos porcentajes aumentan debido a los factores de riesgo que tienen las úlceras, los cuales suelen complicarlas o aumentar su presencia en el paciente (edad, obesidad, abuso de fármacos intravenosos, alcohol y tabaco); o también son adjuntas a otras enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión y desnutrición.

La vigilancia de las úlceras vasculares en el miembro inferior son procedimientos íntimamente ligados a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, el cual es el equipo sanitario más implicado en su atención donde el objetivo es brindar intervenciones de enfermería de alta calidad; que tenga como resultado la recuperación de la lesión que presenta el paciente y se vuelva nuevamente autosuficiente e independiente.

¹⁰ Op cit. 7

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con ulcera venosa, utilizando un plan de cuidados estandarizados apoyándose con la teoría de Virginia Henderson.

Objetivos Específicos.

- 1- Clasificar las necesidades alteradas para realizar los diagnósticos de enfermería adecuados para cada una de ellas.
- 2.- Asignar intervenciones de enfermería.
- 3.- Realizar seguimiento y evaluación de los resultados.
- 4.- Colaborar con el paciente que es atendido en su domicilio a que recupere su salud e independencia.
- 5.- Dar información al paciente y al familiar sobre la prevención de las úlceras venosas.

METODOLOGIA.

- ❖ .- Elección de la paciente.
- ❖ .- Valoración del estado de salud del paciente
- ❖ .- Realizar una planeación de intervenciones de enfermería que se llevaran a cabo en el domicilio de la paciente.
- ❖ Desarrollo de un marco teórico.
 1. Elaborar los diagnósticos de Enfermería.
 2. Ejecución de las Intervenciones de Enfermería las cuales se evalúan continuamente.
 3. Evaluación de las intervenciones.
 4. Plan de alta

PRIMER CAPITULO

MARCO TEORICO

1.-PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

✓ Concepto:

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados; que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud o potenciales.¹¹

✓ Objetivos:

- 1.- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- 2.- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- 3.-Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- 4.- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

✓ Etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

1.- Valoración del paciente: es la recopilación sistemática de la información sobre el estado de salud del individuo; se obtienen datos que nos aportan evidencias de funcionamiento anormal y factores de riesgo; por medio de fuentes primarias y secundarias: observación, entrevista, examen físico, expediente clínico, etc..., todo esto es un proceso continuo donde se conjugan los datos, y así realizar un plan para recoger y organizar la información.¹²

¹¹ Op cit. 6

¹² Riopelle Lise. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1ª Edición. Editorial MC GRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA 1993.

Tipos de Datos:

- a).- Datos Objetivos: se pueden observar y medir; se recopilan a través de los órganos de los sentidos y se denominan SIGNOS.
- b).- Datos Subjetivos: son basados en la percepción del paciente SINTOMA.

2.- Diagnostico de Enfermería: es un juicio clínico, que se establece a partir de las respuestas humanas a problemas reales y/o potenciales de salud de la persona, familia o comunidad; conclusión de la valoración realizada identificando los problemas de salud a partir de la cual seleccionaremos las intervenciones de enfermería usando la taxonomía NANDA, y un formato PES, que nos permita realizar el DIAGNOSTICO ENFERMERO.

Tipos de Diagnóstico:

- a).- Diagnostico Real: describe la respuesta de una persona, familia o comunidad; de una situación de salud/ proceso vital; se identifica a través de la valoración de los datos objetivos y subjetivos.
- b).- Diagnostico de Riesgo: describe las respuestas a situaciones de salud/ procesos vitales; que pueden desarrollarse en un futuro próximo, en una persona, familia o comunidad vulnerables; se formula cuando el problema aún no existe.
- c).- Diagnostico de Salud: describe la respuesta del usuario que goza de un nivel estable de salud y puede, y quiere alcanzar un grado mayor.

3.- Planeación - Planificación: es la elaboración de un plan de cuidados, determinación de prioridades, establecer los resultados esperados, determinar las intervenciones de enfermería.

a).- Plan de Cuidados: es un método de comunicación de la información sobre el paciente, sirve como documento de información de la etapa de planeación; proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados.

b).- Intervención de Enfermería: Define las actividades necesarias para eliminar los factores que atribuyen a la respuesta humana.

➤ Tipos de intervenciones:

- Interdependientes: son las actividades que realiza el profesional de enfermería en cooperación con el equipo de salud.

- Independientes: son las actividades realizadas por el profesional de enfermería sin una indicación médica.

4.- Ejecución: se pone en práctica la planeación por medio de las intervenciones de enfermería, diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos planteados en la valoración.

5.- Evaluación: es la medición de los resultados obtenidos en relación con los objetivos marcados en la fase de planeación; y en caso de no lograrlo se modificaran hasta lograr el objetivo planteado.

2. - TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

➤ Biografía de Virginia Henderson:

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri; y muere en Marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera guerra mundial. En 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washinton D.C., donde se gradúa en 1921 y acepto el puesto de enfermera de plantilla en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York; inicia su trabajo profesional como enfermera visitadora y docente en 1922 en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Su filosofía se basa en el trabajo del psicólogo estadounidense Thorndike, sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, su experiencia como enfermera de rehabilitación y la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Ida Orlando (Henderson 1964; Orlando 1961).

✓ Definición de enfermería según Henderson:

La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la relación de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.¹³

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias.

¹³ Op cit. 6

Ella considera su trabajo más como una aserción filosófica que como una teoría. En su definición hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teorías que incorporo los aspectos espirituales al cuidado enfermero.

- ✓ El Metaparadigma de Enfermería según Virginia Henderson:

El metaparadigma comprende cuatro elementos; persona, entorno, salud y enfermería:

- ✓ Persona:

- a).- Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.
- b).- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- c).- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- d).- El paciente y su familia conforman una unidad.

- Entorno:

Es un conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero las enfermedades son capaces de interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- a) .- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- b) .- Proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.
- c) .- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- d) .- Tener conocimiento sobre los hábitos sociales y prácticas religiosas para valorar los peligros.

➤ Salud:

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de vida.

- a) .- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- b) .- Requiere de independencia e interdependencia
- c) .- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- d) .- Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

➤ Enfermería:

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.¹⁴

➤ Las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades. Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con las fisiológicas, 8 y 9 con la seguridad, la 10 con la autoestima, la 11 con el afecto y la pertenencia de la 12 a la 14 con la autorrealización; considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.¹⁵

¹⁴ Aprendiendo en línea. PAE, Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Plataforma Académica para pregrados y posgrado.[En línea]. Consultado el 20 de junio de 2017. Disponible en: prendeonline.udea.edu.com/lms/Moodle/mod/page/view.php?61971

¹⁵ Op cit 5

➤ Las 14 Necesidades de Virginia Henderson:

1.- Necesidad de respiración normal (oxigenación).

La necesidad de respirar del ser vivo consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

2.- Necesidad de alimentación e hidratación adecuada.

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

3.- Necesidad de eliminación de los desechos corporales.

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y la heces; también por la transpiración y espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4.- Necesidad de movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas.

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

5.- Necesidad de dormir y descansar.

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

6.- Necesidad de seleccionar ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuadas según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permita la libertad.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo; este debe mantener una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en un adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 38°C, para mantenerse en buen estado.

8.- Necesidad de higiene corporal y del peinado.

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

9.- Necesidad de seguridad (prevención de peligros ambientales).

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

10.- Necesidad de comunicación (expresar emociones, temores u opiniones con su familia, otro individuo y sociedad).

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no

verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11.- Necesidad de creencias religiosas.

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

12.- Necesidad de trabajo (proporcione sensación de satisfacción).

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

13.- Necesidad de recrearse (participa en actividades recreativas).

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Aprender es una necesidad para ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para las modificaciones de sus comportamientos o a la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.¹⁶

3.- Características Fisiológicas, Psicológicas y Sociales del Adulto Maduro.

La adultez media, va de los 40 a los 60 años. Esta es una etapa muy importante del ciclo vital, ya que, esta es considerada de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística, y es en definitiva el periodo en el que se consigue la plena autorrealización.

¹⁶ Op cit 12

Maslow y Roger pensaban que esta edad era la oportunidad del cambio positivo. Maslow, consideraba la madurez como la etapa de la realización plena del potencial humano (autorrealización). Roger, sostenía que la armonización del yo con la experiencia los lleva al funcionamiento humano pleno.

Al igual que en todas las etapas del desarrollo humano, en esta también habrá cambios físicos, psicológicos y sociales.

✓ Cambios fisiológicos:

El adulto medio pasa por varios cambios fisiológicos donde se puede observar un decline en sus funciones físicas, y durante esta etapa comienza el envejecimiento, disminuye la fuerza muscular y la velocidad en los reflejos y en ciertas partes del cuerpo se acumula tejido adiposo, hay dolor, molestias y baja necesidad de ingesta calórica.

Su salud se puede ver afectada por el estrés y es muy común la aparición de ciertas enfermedades, ya que sus sistemas comienzan a deteriorarse por una disminución funcional como es el sistema digestivo, sistema genitourinario, sistema inmunológico, sistema circulatorio, etc... y dan origen a enfermedades como la hipertensión, diabetes, osteoporosis, cistitis, vaginitis, etc...

En forma general la vista pierde nitidez y puede aparecer el glaucoma; la audición se va perdiendo gradualmente y las frecuencias altas no las escucha con nitidez; la sensibilidad del gusto comienza a perderse a mitad de la vida

En la mujer, el cambio más importante es la menopausia donde se presentan un conjunto de signos y síntomas que se da entre los 45 y 50 años; estos cambios, están relacionados con la reducción de hormonas femeninas (estrógenos); lo que ocasionan ciclos menstruales irregulares, síntomas vasomotores (oleadas de calor y rubor en cara y cuello) y falta de energía. Otros cambios importantes, son los de los sistemas tegumentarios y vasculares periféricos; ya que la piel se hace más fina, pierde turgencia y elasticidad, lo que favorece la dilatación venosa; por lo cual, al ser adjuntos a factores de riesgo de algún problema de salud pueden desencadenar

posibles úlceras venosas como en el caso de la paciente a la que se le aplica este plan de cuidados y tiene las siguientes características:

Paciente femenino de 51 años, con antecedentes patológicos de insuficiencia venosa crónica desde hace más de 10 años, con tratamiento farmacológico, tiene una talla de 1.56 cm., peso de 80 kg. Y presenta una lesión en miembro inferior izquierdo a la altura de la zona maleolar cara externa (úlceras venosas con unas medidas de 6 cm. de ancho por 6 cm. de largo y una profundidad de 0.8), con bordes definidos y limitados, con presencia de secreción de color rojiza, sin presencia de olor fétido, edema tizada, con dolor, equimosis, observándose despigmentación de la piel, con sensación de pesadez y hormigueo.

En el hombre, llega a la andropausia no es un evento como la menopausia, si ocurre en él un cambio en la actividad sexual ya que disminuye la testosterona que es la hormona masculina; la cantidad de espermatozoides y su velocidad disminuye, también puede presentar signos físicos como la impotencia y la micción frecuente.

✓ Cambios cognitivos:

El adulto maduro posee un pensamiento formal (Piaget); sin embargo este tiene una particularidad que determina cierto grado de rigidez haciéndole difícil enfrentar el cambio y la novedad de las diversas situaciones que vive. Se plantea entonces, que el adulto tendría un pensamiento "Pos Formal", en el que se integra el pensamiento objetivo y analítico con el subjetivo y simbólico, siendo menos literal y más interpretativo.

Entre sus características que tiene este pensamiento, se encuentran el Relativismo, es decir el adulto observa y analiza desde diferentes perspectivas, es capaz de hacer "Síntesis", replanteando las situaciones y planificando constantemente. En las personas sanas, sus habilidades verbales y razonamiento tienden a ser mejores.

✓ Cambios afectivos:

En esta etapa el adulto se plantea frente a lo vivido. Los posibles cambios que debe de enfrentar puede afectar el matrimonio y la estructura familiar. Los hijos tratan de

diferenciarse de los padres, comienzan a polarizarse y eso será difícil cuando el rol parental es rígido y no evoluciona. La mujer debe de redefinir su autoestima en función de los logros que los hijos alcanzan en esta etapa; en su mayoría, en la mediana edad se vuelve más asertiva y orientada al logro, la autoestima se centra en el trabajo y en el sentido de la productividad.

En algunas mujeres aparecen además cambios emocionales como el sentimiento de depresión o pérdida de la feminidad.

Los adultos medios experimentan un deterioro físico y viven la incertidumbre por el futuro y la vejez, hay preocupación por la vulnerabilidad que ellos se presentan frente a las enfermedades y al mayor riesgo de muerte. Ocurre un cambio de roles, transformándose también además de cuidar a sus hijos, en cuidadores de sus propios padres; se produce un reencuentro en la intimidad de pareja redefiniéndose como pareja en función de logros obtenidos.

✓ Cambios psicosociales:

En la adultez media se presenta la generatividad v/s el estancamiento; la generatividad es posible cuando la persona logra darle un espacio a la generación que sigue, transformándose en un adulto medio que es capaz y sabe guiar al adolescente y adulto joven, así gana en virtud al preocuparse por otros y sentirse feliz por ello; si esto no ocurriese se produce el estancamiento y se vuelve al egocentrismo y hedonismo e intenta vivir así todos los momentos que no realizó durante su adolescencia.¹⁷

✓ Cambios morales:

La persona va asumiendo diferentes roles, responsabilidad y ámbitos de actuación que requieren una cognición más allá del pensamiento formal, es decir; post-formal; el componente cognitivo como el personal indican que el adulto comienza a estar capacitado para afrontar nuevas responsabilidades y, que necesita una unión en

¹⁷ Cambios Emocionales y Sociales en el Adulto Maduro. Medicina Familiar. Fascículo 5. Educación Continua para el Médico General. [En línea]. Consultado el 22 de junio de 2017. Disponible en: <https://encolombia.com>Medicina> Familiar(ECMG)> Fascículo 5,El Adulto

pareja y desarrollar un rol paternal; se orienta en función de las normas externas y la evitación del castigo. Su acción moral está basada en la sabiduría y en la experiencia de la trayectoria vital ¹⁸

4.- Ulceras Vasculares - - Ulcera Venosa.

Las enfermedades vasculares periféricas son aquellas en que se afectan los vasos que conforman el sistema circulatorio como lo son los vasos de la economía, arteriales, venoso y linfáticos; con excepción de corazón y coronarias.

Las ulcera venosa, es una lesión superficial o profunda, que se origina por un deterioro en la microcirculación cutánea. Las venas son conductos de pared delgada, con presión baja, cuya función es el retorno de la sangre desde la periferia (extremidades inferiores) al corazón .El mecanismo que favorece este retorno involucra la presencia de válvulas venosas, la acción muscular, a través de su contracción, la pulsatilidad arterial vecina de las venas profundas y la fisiología respiratoria entre otros mecanismos.

El flujo venoso de las extremidades inferiores tiene la característica de ser centrípeta (desde las venas superficiales a las profundas) y como se mencionó anteriormente de las extremidades inferiores al corazón.

Cuando hay destrucción o disfunción valvular aparece el reflujo valvular produciéndose aumento de la presión venosa; cuando ¹⁹ esto ocurre en las extremidades inferiores, se dificulta la reabsorción normal de los fluidos perivasculares, produciéndose un acumulo de agua de iones,... en el espacio intersticial que rodea los capilares y linfáticos. Este fenómeno se conoce como edema, impidiendo el intercambio de oxígeno, agua, iones, glucosa... necesarios para la oxigenación celular de los tejidos subyacentes; por lo tanto el problema es

¹⁸ Cortes P. Alejandra. Un Estudio Sobre el Desarrollo Moral de los Adultos. Universidad de Zaragoza, Dep. de Psicología y Sociología. [En línea]. Consultado el 31 de Enero de 2018. Disponible en: www.ehu.eus/ojs/index.php/psicodidactica/artcle/download/300/297.

¹⁹ Dr. Mege N. Marcelo. Insuficiencia Venosa de Extremidades Inferiores. Bases de la Medicina Clínica Vascular. Facultad de Medicina Universidad de Chile. [En línea] Consultado el 27 de Septiembre 2017. Disponible en: www.basemedicina.cl/vascular/insuficiencia_venosa_%20de_extremidades_inferiores.pdf.

producido por la incapacidad del sistema venoso para responder a un aumento de la demanda;²⁰ que se manifiestan con signos visibles como manchas marrones, edema y eczema varicoso.

Para llevar a cabo el diagnóstico de una úlcera venosa se debe determinar la etiología subyacente y descartar trastornos arteriales o linfáticos.²¹

❖ Valoración de la paciente.

Para realizar una buena valoración se debe hacer énfasis, en hacer una buena historia clínica donde se valora, se observa e interroga al paciente sobre los factores de riesgo de esta patología (edad, talla, peso, antecedentes personales y familiares, hábitos alimenticios y tóxicos, enfermedades actuales, cuál es su tratamiento farmacológico y por cuanto tiempo lo ha estado tomando; ya que algunos medicamentos hacen polifarmacia y esto afecta a un buen tratamiento y cuidado de la úlcera, etc...); sin embargo al realizar el examen físico se debe hacer la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente y se evalúa de manera independiente la úlcera, para diferenciarla o despejar alguna duda del tipo de úlcera.

²⁰ Dr. González T. Enrique. Dr. Sánchez C. Salvador. Enfermedad Vascul ar Periférica, Problemas Venosos de Miembros Inferiores Cap. 13. Sección Cirugía Vascul ar Periférica. Hospital Gral U. Gregorio Marañón. Madrid. [En línea] Consultado el 25 de Septiembre 2017. Disponible en: www.sid.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacin/cap_13.pdf

²¹ Dr. Yara S. Juan. Enfermedades Vasculares Periféricas. Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad N° 1. Santiago de Cuba 2008 [En línea] Consultado el 25 de Septiembre del 2017. Disponible – www.amedeo.net/pdf2/Enfermedades_Vasculares_Perifericas.pdf.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS ULCERAS

TIPOS	LOCALIZACION HABITUAL	SINTOMAS	MORFOLOGIA	EXPLORACION FISICA	ENFERMEDADES ASOCIADAS
VENOSAS	Miembro medial, hasta tercio medio de pantorrillas.	Sensación de pesadez, dolor leve que mejora al elevar el miembro inferior afectado.	Poca profundidad, bordes irregulares y hemorrágicos, exudación abundante.	Dermatitis purpúrica pigmentada alrededor, lipodermatosclerosis y pulsos distales presentes.	Trombosis venosa profunda.
ARTERIALES ISQUEMICAS	O Dedos distales, hasta prominencias óseas, si es por isquemia arterial y en cada lateral de la pierna sin hipertensión arterial.	Claudicación intermitente; dolor intenso que empeora al elevar el miembro inferior afectado, aparece despacio.	Profundas, necróticas, con poca granulación, bordes nítidos, no exudativos.	Pérdida de anexos, pulsos distales débiles o ausentes, la pierna esta fría y pálida, piel atrófica alrededor.	Diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis, tabaquismo.
NEUROPATICAS	Planta del pie y cabeza de los metatarsos.	Indolora, deformidad de Charcot (inflamación, luxación articular y destrucción ósea con deformación del pie).	Profundas, a menudo infectadas, con formación de ampollas.	Callosidad periólcera.	Diabetes mellitus, otras neuropatías.
POR PRESION	Sacro, piel sobre las tuberosidades isquiáticas y trocánteres, talón.	Su origen se debe a una compresión excesiva y prolongada sobre los tejidos. Percepción del dolor en función de enfermedades subyacentes.	Según estadio: eritema, ampollas, abrasión hasta profunda epidermis llegar a planos profundos.	Pigmentación rojopurpúrica en piel periólcera, pérdida parcial o total del grosor de la piel.	Diabetes mellitus, estados psicológicos deteriorados, alteraciones circulatorias, enfermedades respiratorias o enfermedades que imposibilitan al paciente y pasan un gran tiempo encamados.
NEOPLASICAS	Piel expuesta al sol, crecimiento lento y progresivo.	A menudo indoloras.	Hipertróficas hemorrágicas, bordes irregulares.	Lesiones actínicas alrededor. Adenopatías.	Cáncer de piel previo, dermatohemolisis, ulceración o cicatrización crónica ¹

Para completar datos en el diagnóstico de las úlceras; se solicitan estudios de laboratorio y de gabinete (química sanguínea, biometría hemática y si se sospecha de infección un antibiograma de la úlcera); se realiza la prueba de índice tobillo-brazo (ITB), es un parámetro que muestra la relación entre la presión arterial sistólica de la extremidad superior y la extremidad inferior y es un buen indicador del grado de isquemia de la extremidad inferior.

Para realizar la toma del ITB; el paciente debe estar en posición de cubito supino por lo menos 5 minutos, pasado el tiempo se le coloca al paciente el baumanometro en el brazo a nivel de la arteria braquial y se toma la presión arterial y se registra el valor de la presión sistólica, posteriormente se coloca en la pantorrilla el baumanometro, habitualmente a nivel de la arteria tibial posterior y de la arteria pedía dorsal; y se registra la presión arterial sistólica; teniendo ambos registros se realiza una división y el valor que resulta nos indicara el grado de isquemia.

✓ Valores de ITB.

VALOR	INTERPRETACION
<0.5 mmHg	Posible isquemia critica. Se requiere derivación vascular urgente.
0.5 a 0.7 mmHg	Trastorno arterial importante. Se considera derivación vascular.
0.8 a 0.9 mmHg	Trastorno arterial leve.
>0.9 mmHg	Flujo arterial normal. Es aceptable pautar terapia de compresión con valores entre 0.8 y 1.3, pero es importante seguir los protocolos locales y/o nacionales.
>1.3 mmHg	Puede indicar que el vaso es incompresible, lo que puede deberse a una calcificación o una complicación del trastorno arterial, es importante escuchar e identificar el sonido ²²

La ejecución del ITB, debe hacerse con cuidado y tomar en cuenta las contraindicaciones como o son: flebitis, celulitis, intervención quirúrgica previa en miembros inferiores y úlcera activa en la zona (contraindicación relativa).

²² Op cit 9

Desde el punto de vista clínico es importante realizar una pormenorizada semiología que nos permita identificar signos y síntomas a los efectos de un correcto diagnóstico etiológico de la ulcera, lo que es relevante, ya que el mismo tiene implicaciones terapéutica.²³

Evaluación precisa y detallada de la herida es un reto importante en el manejo de la misma, pues constituye una herramienta esencial para la planificación adecuada y realista.

✓ Exploración Física de la Ulcera:

a).- Topografía o localización: se refiere a la región anatómica sobre la cual se asienta la ulcera, si existe más de una lesión y si es bilateral o asimétrica.

b).-Morfología: se refiere a las características propias de la ulcera (forma, tamaño, características del borde, del lecho y de la piel perilesional; y el olor.

c).- Área: el método más común y simple para medir la ulcera es el método lineal, usando una regla de plástico o de papel graduada en centímetros y milímetros; y se debe medir el largo y el ancho en sus diámetros mayores y de forma perpendicular. Esta forma se usa cuando la ulcera es de forma regular y está en pierna.

d).- Profundidad: se obtiene midiendo con el hisopo la parte de mayor hondura, desde el fondo de la zona de daño hasta el borde de la herida y posteriormente se compara con una regla, al introducir el hisopo se debe tener cuidado de no lastimar la herida pero si de verificar si existen túneles, socavamiento o fistulas; ya que esto sugiere que está involucrada una área mayor de la superficie visible.

e).- Apariencia del lecho de la herida: la evaluación de lecho es un parámetro importante ya que este indica el progreso de la cicatrización.

²³ Op cit. 7

f).- Exudado: la cantidad de exudado y sus características ayudan a definir el balance de humedad, alerta de infección e inflamación, y de debe valorar.

- ✓ Nulo: cuando la herida está seca.
- ✓ Escaso: cuando el exudado está completamente controlado y se puede usar un apósito no absorbente dos o tres días.
- ✓ Moderado: cuando el exudado se controla fácilmente con un apósito absorbente con cambio cada dos tres días.
- ✓ Abundante: cuando el exudado esta incontrolable y es necesario usar un apósito absorbente, pudiendo saturar este en menos de un día.

Características del Exudado.

Tipo de Exudado	Consistencia	Color
Seroso	Acuoso	Transparente amarillo
Serohemático	Acuoso	Rosa a rojo claro
Sanguíneo	Sangre, acuosa	Rojo brillante
Seropurulento	Acuoso - espeso	Amarillo a café
Purulento	Espesa	Amarillo a café o verde traslucido a opaco.

g).- Piel perilesional y bordes: la piel perilesional debe examinarse y palpase desde la periferia de la herida hasta el área exacta de esta. Se examina color (palidez, eritema, cianosis o purpura); signos de induración, inflamación o edema; lesiones dermatológicas elementales, y la presencia de lesiones satélites o necrosis distante. La temperatura de la piel también tiene que evaluarse para identificar infección local o celulitis. La mancha color ocre es un signo clásico de insuficiencia venosa.

✓

✓ Síntomas de la Ulcera:

Es importante valorar los síntomas relacionados con la herida como es el dolor, síntomas de infección, prurito y/o ardor así como una nula sensación a la palpación. Todo esto en un conjunto nos dará como resultado una evaluación correcta la que proporciona una orientación para las primeras acciones o intervenciones.²⁴

Dentro de este contexto las úlceras venosas en general se caracterizan por: pulsos presentes, tamaño variable, desde pequeñas a muy extensas, a veces rodean toda la pierna, pueden ser únicas o múltiples (tienden a unirse), pueden ser bilaterales, pero siempre serán más llamativas en la pierna donde existen mayores dilataciones varicosas, de forma generalmente redondeadas, ovaladas, aunque pueden ser irregulares²⁵

Después de una evaluación inicial se realiza un plan de manejo que se adapta al paciente, de acuerdo a sus condiciones de salud, sociales, económicas y psicológicas.

✓ Tratamiento

El tratamiento debe ser personalizado, es decir, debemos considerar todos los factores individuales del paciente (recursos económicos y humanos), y que el mismo tenga condiciones de continuarlo después del alta. Con frecuencia el tratamiento es prolongado y en muchos casos resulta difícil apreciar su evolución; no existe un tratamiento único y efectivo, la cura local tiene una característica de provisional y siempre debe ir acompañada de la corrección de la causa productora, es decir la patología de base.

²⁴ Dr. Contreras Ruiz José. Abordaje y Manejo de las Heridas. Editorial Intersistemas. México 2015.

²⁵ Op cit 3.

El tratamiento para ulcera venosa debe ampararse en 4 conductas:

- ❖ Tratamiento de la estasis venosa; es el tratamiento farmacológico indicado por el médico para tratar de corregir el problema del bombeo eficaz de sangre de las venas en las piernas.
- ❖ Terapia tópica, con elección de apósitos locales que mantengan húmeda y limpio el lecho de la herida, y sean capaces de absorber el exudado, control de la infección con antibioticoterapia sistémica y tratar el de dolor. La curación de la herida deberá hacerse procurando el máximo confort del paciente, se colocara al paciente en posición decúbito, para favorecer el retorno venoso y disminuir el edema.

La limpieza de la herida se realiza con solución salina al 0.9% a temperatura ambiente, gasas, guantes y apostos estériles, cubre bocas; y se realiza una curación por arrastre, al término si se requiere desbridamiento (quirúrgico o enzimático), se realiza y se coloca el apósito indicado según las características de la ulcera.

Se debe evitar productos que generen sensibilidad en la piel.

- ❖ Terapia de compresión- ejercicio y elevación de la pierna en reposo: la terapia de compresiva es esencial para recuperar el correcto retorno venoso, ya que permite que la sangre fluya en la dirección adecuada; la fuerza de presión recomendada es de 40mmHg para el área del tobillo y 20 mmHg para el área de la rodilla.
- ❖ Prevención de recidivas: entre las medidas preventivas se encuentran.-
 - a).- Mantener reposo y elevación de los miembros inferiores; el paciente debe evitar estar de pie durante mucho tiempo y debe reposar la pierna elevándola a 30 cm. por encima de la cadera, para ayudar al retorno venoso.
 - b).- Se aconseja el uso de medias de compresión, con presión de 30 a 50 mmHg, para prevenir el edema y mejorar el efecto de la bomba muscular.
 - c).- Realizar ejercicios de elevación del talón provocan flexión y contracción de los músculos de la pantorrilla, necesarios para el mantenimiento de la bomba muscular.

d).- Reducir el peso corporal del paciente y promover el abandono del hábito tóxicos (tabaco, alcohol, drogas).

- ❖ Realizar evaluación clínica periódica para búsqueda de presencia de anemia, hipertensión e insuficiencia cardíaca y desnutrición.
- ❖ Evitar traumatismos en los miembros inferiores.

Generalmente las úlceras venosas son bien tratadas en su mayoría en el ámbito ambulatorio; pero se debe considerar los criterios de empeoramiento:

- Úlceras muy extensas, por encima de los 10 o 12 cm. con gran pérdida de sustancia.
- Presencia de edema importante
- Signos de infección regional, linfangitis o celulitis
- Dolor excesivo²⁶

La frecuencia de la reevaluación puede variar de 1 día a 4 semanas, según sean las características observadas durante el cambio del apósito, la severidad de la herida, la complejidad del tratamiento y la respuesta al mismo.

²⁶ Op. Cit 3,25

SEGUNDO CAPÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ÚLCERA VENOSA

1.- VALORACIÓN DE LA PACIENTE.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: J. V. C.	FECHA: 19 de Octubre de 2016	
Edad: 51 años	Escolaridad: Licenciatura	
Sexo: Femenino	Estado Civil: Casada	
Religión: católica	Ocupación: Comerciante	
Peso: 80 Kg.	Talla: 1.56 cm.	Grupo y Rh: O positivo
Fecha de Nacimiento: 11 de Abril de 1965	Servicio:	
En el domicilio de la paciente.		

A).- Historia clínica

✓ Antecedentes Heredo Familiares.

Padecimientos de los Familiares de línea directa:

Abuelos.- paternos hipertensos y maternos madre hipertensa y padre parkinson.

Padres.- ambos padres fueron hipertensos

Hermanos.- Ninguno

Tíos.- por parte del padre diabético e hipertenso

Primos (no políticos).- Ninguno

✓ Antecedentes Patológicos Personales.

Enfermedades infecto contagiosas:

Exantemas:

Varicela ()

Rubeóla ()

Sarampión ()

Escarlatina ()

Otras:

Parasitarias:

Amibas (X)

Giardiasis ()

Cisticercos ()

Taenias ()

Otras:

Enfermedades Crónicas Degenerativas:

Obesidad (X)

Hipertensión arterial ()

Diabetes mellitus ()

Vascular (X)

Otro:

Traumatológicas:

Fracturas (X)

Esguinces ()

Luxación ()

Dónde: Mano izquierda

Tratamiento y fecha: 20 años aproximadamente

Alergias:

Medicamentos: Ninguna

Alimentos: Ninguna

Medio ambiente: Frio

Quirúrgicos:

Tipo de cirugía: Cesárea y apendicetomía

Tras función de sangre: no

Fecha: Cesárea hace 20 años aproximadamente y apendicetomía 16 años

Presencia de complicaciones: no

Hospitalizaciones previas:

Fecha:

Motivo:

Presencia de complicaciones:

Taxonomías:

Tabaco () Cuantos por día:

Alcohol () Cuando:

Drogas () Cual y fecha de inicio de consumo:

Antecedentes Ginecológicos:

Menarca: 15 años, Dismenorrea: no

IVS: 20 años, N° de parejas: 1

Gesta: 3, Parto: 2, Cesárea: 1, Aborto: 0

Control de planificación familiar: Obstrucción Tubal Bilateral (OTB).

Tiempo de utilizarlo: 20 años aproximadamente

✓ Antecedentes Personales no Patológicos

Características de la Vivienda:

Tipo de vivienda y características: su vivienda está ubicada en una zona urbana y el material de construcción es cemento y varilla

Servicios:

Agua: X , Luz: X , Drenaje: X , Calles pavimentadas: X

Número de cuartos en total: 8 cuartos

Número de dormitorios: 4 dormitorios

Número de habitantes que comparten la casa: 5 personas

Higiene Personal:

Baño: diario, Cambio de ropa: diario y es un cambio total

Cepillado de dientes: tres veces al día Lavado de manos: después de ir al baño y antes de cada comida

Dietéticos:

Comidas realizadas por día: 4 veces al día

Respetar horarios: Si () No (X)

Porque: realiza comidas intermedias y por su trabajo

A la semana cuantas veces come:

Carbohidratos: 7 veces a la semana

Carne: 7 veces a la semana

Pescado: 2 a 3 veces a la semana

Fruta: una porción cada 3 días a la semana

Verduras: 3 veces a la semana

Tortilla: 7 a 9 tortillas diarias

Litros de agua al día: 2 litros diarios

Zoonosis:

Con vive con: Perro (X), Gato (), Otro: pájaros

Tiempo de convivencia: 7 años

✓ Padecimiento actual:

Paciente femenino de 51 años de edad, que presenta una ulcera venosa en miembro inferior izquierdo a la altura de la zona maleolar cara externa; con las siguientes características: medidas de 6 cm. de ancho por 6 cm. de largo y 0.8 cm. de profundidad; con bordes definidos y limitados, tiene una forma redonda; presenta una coloración rojo oscura, sin olor fétido (sin datos aparentes de infección); con dolor tolerante, pero a la manipulación se hace intolerante (+++), edema tizado.

El problema comenzó aproximadamente en el mes de Marzo con una fricción en la zona que ocasionó una ulcera acudió a su médico para que le diera tratamiento, pero no tuvo mejoría y tiene un tiempo estimado de 7 meses aproximadamente con el problema de salud.

✓ Interrogatorio por aparatos y sistemas

1.- Sistema cardiovascular:

La paciente presenta problemas vasculares desde hace 6 años aproximadamente; su oxigenación del llenado capilar se realiza en tiempo de 2 a 5 segundos, ruidos cardiacos con ritmo y forma.

2.- Sistema respiratorio:

Sin datos aparentes de patología, sus campos pulmonares se escuchan limpios, con buena inhalación y exhalación.

3.- Sistema digestivo:

Sin datos aparentes de patología, no se tiene problemas de deglución, digestión o defecación va al baño dos veces al día sin ningún problema en cuanto a las heces son de olor no fétido, consistencia blanda, de color marrón.

4.- Sistema nefrológico:

Sin datos aparentes de patología, no se presenta dolor, ardor, hematuria, ningún de algún problema acude al baño tres veces al día.

5.-Sistema endocrino y metabólico:

Manifiesta tener intolerancia al frío, ha aumentado de peso en muy poco tiempo.

6.- Sistema hematopoyético:

Se encuentra con fatigada y pálida.

7.- Sistema nervioso:

Manifiesta tener cefalea, trastornos del sueño, debilidad muscular.

8.- Sistema musculo esquelético:

Presenta alteraciones de la marcha con movimientos limitados y dolor; por tener una lesión en el miembro inferior izquierdo que ocasiona un deterioro en la marcha.

9.- Piel y tegumentos:

Presenta un color pálido en la piel, cabello y piel hidratados y uñas sin signos de patología; en el miembro inferior izquierdo presenta deterioro de la piel al presentar una ulcera venosa que tiene las siguientes dimensiones 6 cm, de ancho por 6 cm de largo con 0.8 cm de profundidad.

10.- Órganos de los sentidos:

Audición sin datos patológicos aparentes.

Visión.- utiliza lentes con una graduación de 2

Olfato.- sin datos patología aparentes.

Gusto.- utiliza puente en mandíbula inferior

Tacto.- sin datos patológicos aparentes.

11.- Esfera psíquica:

Tiene episodios de depresión, alteraciones de sueño, irritabilidad y en algunos momentos de apatía.

12.- Terapéutica empleada y Estudios de laboratorio y gabinete.

El último tratamiento farmacológico indicado por el medico fue:

Estericide gel dos veces por día

Clendix comprimidos de 300mg cada 8 horas

Prestaflam comprimidos de 50 mg cada 8 horas.

✓ Tratamiento quirúrgico:

Se realizó desbridamiento quirúrgico 1 vez por semana durante 2 meses.

Laboratorios:

Valor normal:

Glucosa _____ 98 mg/Dl

55 – 99 mg/Dl

Urea _____ 30 mg/Dl

16.6 – 48.5 mg/Dl

Creatinina _____ 1.1 mg/Dl

0.50 – 0.90 mg/Dl

Triglicéridos _____ 494 mg/Dl

<150 mg/Dl

Colesterol _____ 183 mg/Dl

< 100 mg/Dl

b).- Cardiovascular: ruidos cardiacos audibles rítmicos sin problema a la auscultación, se registra una presión arterial de 130/90 mmHg una frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, pulsos palpables.

c).- Tórax: caja torácica sin alteración acorde a su sexo y talla, normo expansible a la inhalación y exhalación sin problema, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, con una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, glándulas mamarias simétricas y sin ningún problema aparente.

d).- Digestivo: abdomen blando, deprecible, no distendido sin dolor a la palpación, con movimientos peristálticos presentes (3 a 5 movimientos por segundo), tolera la vía oral sin problema, sus evacuaciones son espontáneas, blandas, sin olor fétido de consistencia blanda y color marrón y son tres veces al día, presenta cicatriz umbilical centrada y cicatriz de cesárea.

e).- Genitourinario: genitales acorde a su sexo (femenino) y configuración normal, micción espontánea sin dolor o comezón, de color amarillo claro.

f).- Musculo esquelético: miembros superiores sin lesiones aparentes acordes a su estatura y sexo, simétricos, con pulso radiales presentes con ritmo, manos y dedos sin problema aparentes de patología, con llenado capilar normal.

Miembros inferiores: simétricos y acordes a su talla y sexo, en miembro izquierdo a la altura de la zona maleolar cara externa presenta lesión de forma circular con una dimensión de 6 cm. de ancho por 6 cm. de largo y una profundidad de 0.8 cm. de bordes definidos, con presencia de secreción rojiza en mediana cantidad, sin olor fétido o algún otro signo de infección, con dolor el cual aumenta a la manipulación de la zona, edema tizado, piel perilecional de color ocre ya que anteriormente presentó en la cara interna una ulcera venosa.

C).- Valoración de la lesión – ulcera

Nombre: J. V. C.

Fecha de valoración: 19 de Octubre 2016

Tipo de Ulcera: ulcera venosa

Enfermedad crónica concomitante: insuficiencia venosa crónica

Topografía o localización: miembro inferior izquierdo en zona maleolar cara externa.

Morfología de la ulcera: largo de 6 cm., ancho 6 cm., profundidad de 0.8 cm., socavones de 0.2 c. m.

Características de los bordes: definidos y bien marcados

Características del exudado: moderado, sin olor fétido.

Interrogatorio de la ulcera al paciente:

1.- ¿Hace cuánto tiempo que tiene usted está herida?

Aproximadamente hace 7 meses

2.- ¿Cómo inicio o que la provoco que se formara?

Cuando acudió a una fiesta y el zapato le roso y le provoca una ámpula que después de 7 días al caerse la costra se dio cuenta de que la lesión se había hecho más profunda y más grande.

3.- ¿Ocurrió de manera súbita o gradual?

Súbita en un tempo aproximado de 2 a 3 horas

4.- ¿Es la primera herida que presenta en este lugar o es recurrente?

Recurrente por ser en el mismo miembro izquierdo pero la primera en la cara interna.

5.- ¿Cuántas heridas ha tenido en este o en otro lugar?

Dos una de cada lado

6.- ¿Qué tipo de profesionales de la salud han estado involucrado en el tratamiento de la herida?

Médico especialista en flebología.

D).- Valoración Basada en las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

1.- Necesidad de oxigenación: la función respiratoria es esencial para el funcionamiento total del organismo, y en esta ocasión se encuentra alterada ya que el paciente presenta alteración de la circulación vascular.

Sus signos se registran en un periodo de 21 días teniendo una media de 20 respiraciones por minuto, una presión arterial de 120/80 a 135/80 mmHg, una frecuencia cardiaca de 75 a 80 latidos por minuto y el llenado capilar es de 2 a 3 segundos.

2.- Necesidad de alimentación e hidratación: el organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir; y al valorar la necesidad se encuentra alterada, el paciente tiene una obesidad tipo 2, ya que su índice de masa corporal es de 32.92%; en relación a su peso de 80 kilogramos y una talla de 1.56 cm. Su patrón de hábitos alimenticios no es equilibrado ya que tiene un alto consumo de carbohidratos y come entre horas.

3.- Necesidad de eliminación: el organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento y en esta ocasión no se encuentra alterada; ya que no presenta problemas para la eliminación urinaria, intestinal o cutánea y las alteraciones menstruales se relacionan con su edad.

4.- Necesidad de movimiento y mantener buena postura: la mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de la persona para las actividades de la vida diaria y en esta ocasión se encuentra alterada; por que

presenta incapacidad para la actividad habitual por la lesión que presenta el miembro inferior izquierdo, la cual limita su funcionalidad y provoca que no tenga control de la marcha y el equilibrio, provocando cansancio al deambular y tener la necesidad de utilizar un dispositivo de ayuda.

5.- Necesidad de reposo y sueño: el sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud y en esta ocasión se encuentra alterada ya que la paciente tiene miedo de lastimarse al quedarse dormida y por este motivo no duerme ni descansa ya que entra en un estado de angustia y desesperación.

6.- Necesidad de elegir ropa adecuada: además de constituir un elemento representativo de la personalidad de la persona es un medio de protección fundamental; sin embargo en esta ocasión el paciente no tiene alterada la necesidad, porque mantiene la higiene en el vestir, no tiene dependencia para vestirse y mantiene su ropa adecuada.

7.- Necesidad de termorregulación: la temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un rango para asegurar su correcto funcionamiento, la temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5 a 37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, la ingesta de alimento y líquido, entre otros, y en esta ocasión no se altera ya que la temperatura se mantiene en una media de 36.5 a los 37°C.

8.- Necesidad de higiene corporal: el grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta y aunque la paciente mantiene su higiene corporal y bucal correctamente; presenta alteración en la integridad de la piel (herida), sensibilidad de la piel, con problemas de cicatrización en el miembro inferior izquierdo.

9.- Necesidad de seguridad (evitar los peligros del entorno): un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimiento para la prevención de peligros, evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de la

persona y en esta ocasión se altera porque tiene miedo a una caída, manifiesta una preocupación excesiva y un aumento en la intensidad del dolor.

10.- Necesidad de comunicación: para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones interactuando con el resto de las personas y con su entorno; sin embargo a pesar de que su comunicación es clara y congruente, la necesidad se encuentra alterada porque esta; enojada, estresada e intranquila por el tiempo que ya tiene con la úlcera venosa y no tiene mejoría y esto hace que este molesta con su familia y su comunicación no sea la indicada.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores: las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe; en esta necesidad el paciente practica la religión católica y encuentra consuelo y motivación para realizar el tratamiento y poder llegar a una pronta cicatrización de la úlcera venosa.

12.- Necesidad de trabajar para sentirse realizado: las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto; pero en esta ocasión la necesidad se altera, ya que el paciente es comerciante y por el problema de salud ha suspendido su labor y actividades domésticas.

13.- Necesidad de realizar actividades recreativas: las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas; y por eso, que la paciente modifica su forma de recrearse modificando sus actividades buscando no lastimarse.

14.- Necesidad de aprendizaje: las personas empeoran su situación de salud o enfermedad por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental; y el paciente muestra interés en aprender cómo cuidar su salud adquiriendo nuevas habilidades de prevención y cuidado.

✓ Resumen de necesidades

N. normal	N. alterada	N. Jerarquizada
1.- N. oxigenación	no	1.- N. higiene corporal
2.- N. alimentación	si	2.- N. alimentación
3.- N. eliminación	no	3.- N. movimiento
4.- N. movimiento	si	4.- N. reposo y sueño
5.- N. reposo y sueño	si	5.- N. seguridad
6.- N. ropa adecuada	no	6.- N. comunicación
7.- N. termorregulación	no	7.- N. trabajo
8.- N. higiene corporal	si	8.- N. aprendizaje
9.- N. seguridad	si	
10.- N. comunicación	si	
11.- N. creencias religiosas	no	
12.- N. trabajo	si	
13.- N. recreativas	no	
14.- N. aprendizaje	si	

✓ Necesidades jerarquizadas

1.- Necesidad de higiene corporal: presenta alteración de la integridad cutánea en miembro inferior izquierdo.

2.- Necesidad de alimentación e hidratación: tiene un índice de masa corporal (IMC) de 32.92% lo que nos coloca a la paciente en obesidad tipo 2.

3.- Necesidad de movimiento y mantener buena postura: al desconocer la mecánica corporal ocasiona que la paciente no camine, y al caminar altera mecánicamente su postura y modifica sus movimientos al caminar.

4.- Necesidad de reposo y sueño: la paciente no tiene un descanso reparador por miedo a lastimarse más al quedarse dormida.

5.- Necesidad de seguridad (evitar los peligros del entorno): presenta miedo a las caídas y no siente segura su casa para deambular.

6.- Necesidad de oxigenación: tiene problemas vasculares y edema en miembro inferior lesionado.

7.- Necesidad de comunicación: al tener por 7 meses su lesión, esto ha ocasionado en ella un enojo e inconformidad que ocasiona una mala comunicación con su familia.

8.- Necesidad de trabajo para sentirse realizada: la paciente es comerciante y la lesión ha ocasionado que ella no puede atender su negocio.

2.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA:

- ✓ Diagnóstico Real:
 - 1.- Deterioro de la Integridad Cutánea.
 - 2.- Dolor Agudo.
 - 3.- Desequilibrio Nutricional.
 - 4.- Deterioro de la Ambulación.
 - 5.- Alteración del sueño.

- ✓ Diagnóstico de Riesgo:
 - 1.- De Infección.
 - 2.- De Caídas.

- ✓ Diagnóstico de salud:
 - 1.- disposición para mejorar la comunicación.
 - 2.- Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

DIAGNOSTICO REAL

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (rozadura del zapato), manifestado por la destrucción de las capas de la piel (epidermis, dermis y tejido subcutáneo).

Objetivo: Prevenir que la piel dañada se deteriore más, y al mismo tiempo favorecer el proceso de cicatrización de la ulcera sin perder de vista la piel circundante a la herida.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
<p>Cuidados de la herida: ausencia de cicatrización.</p> <p>Realizar la curación de la herida.</p> <p>Vigilar el estado de la piel circundante a la herida.</p> <p>Monitorizar el progreso de la herida mediante el registro fotográfico en cada curación.</p> <p>Valorar la formación de tejido de granulación en la herida.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Inspeccionar las características de la herida (dimensiones, color, olor, humedad, temperatura y edema).● Administrar analgésico antes de la curación de la herida (30 minutos antes), prescrito.● Efectuar la curación de la herida con técnica estéril y solución salina al 9% por medio de una curación por arrastre, movimientos circulares del centro hacia afuera y secarla.● Aplicar el apósito indicado para el desbridamiento enzimático el cual se realiza el cambio cada 48 horas.● Limpiar la piel alrededor de la herida con jabón suave, enjuagarla agua destilada, secarla y lubricarla; manteniéndola limpia, hidratada y sin humedad.● Registrar los cambios producidos en la herida (dimensiones y características) Anexo 5.● Al terminar el desbridamiento enzimático, revisar si se ha formado el lecho de la herida; para comenzar con el vendaje compresivo.● Al aplicar el vendaje de compresión con venda de viscopaste, previo a la curación de la herida con técnica estéril; el cambio del vendaje se realizara cada 72 horas. (una vez realizada la curación de la herida se coloca la venda de compresión desde la base de los dedos hasta la parte superior de la pierna, sin cubrir la articulación de la rodilla; posteriormente se coloca un apósito estéril a nivel de la lesión para que lo que exude lo absorba y por último se coloca una venda elástica de 10 cm verificando que no comprima, sino solo sea de sostén para el apósito).● El vendaje de compresión con la venda de viscopaste se aplicara hasta la cicatrización de la herida.

Vigilancia de la piel circundante a la ulcera.	<ul style="list-style-type: none"> ● Controlar de forma oportuna algún factor que contribuya a la extensión de la herida. ● Evaluar los edemas y pulsos periféricos. ● Inspeccionar la piel en busca de solución de continuidad tisular. ● Observar el grado de molestia o dolor.
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	<ul style="list-style-type: none"> ● Enseñar a paciente la importancia de la terapia compresiva. ● Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente. ● Animar al paciente a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial de las extremidades inferiores, mientras este encamado. ● Proteger la extremidad de lesiones (p.ejm. badana debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soprote en los pies de la cama; zapatos cómodos, suaves y de su medida correcta). ● Toma y registró del ITB: (se encuentre entre 0.9 y 1.2) ● Tiempo de relleno capilar de 2 a 3 segundos. <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener a la paciente hidratada para disminuir la viscosidad de la sangre. ● Terapia de ejercicios. Anexo 4
Asesoramiento nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular a la paciente a que consuma alimentos que de forma natural ayuden mantener una piel saludable <p>Ajustar la dieta, según sea necesario es decir con alto contenido proteico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar el peso (en un grado posible). ● Recordar a la paciente evitar hábitos nocivos de alimentación (ingesta de sal, alimentos ricos en azúcares artificiales. etc....).
<p>Evaluación: el objetivo planteado se cumplió; cuando se valoró la ulcera en el inicio del tratamiento tenía unas dimensiones de 6 c.m. de ancho por 6 c.m. de largo y una profundidad de 0.8 c.m. y al final del tratamiento se logró la cicatrización total de la ulcera sin complicaciones de la piel circundante.</p>	

DIAGNÓSTICOS REALES

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional r/c un aporte excesivo de nutrientes, manifestado por un peso corporal superior a lo ideal según peso y talla.

Talla = 1.59, Peso = 80Kg. IMC= 32.92%.

Objetivo: Mejorar el estado nutricional de la paciente implementando una dieta equilibrada y un consumo de líquidos adecuada; lo que favorecerá la disminución de peso corporal y a una cicatrización de segunda intención.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
<p>Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes</p> <p>Instruir los cambios necesarios en la dieta, para la pérdida de peso corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementar una dieta de 2400 Kcal/día, utilizando el plato del buen comer (haciendo 5 comidas diarias divididas en tres comidas fuertes y dos colaciones). ● Instruir a la paciente que evite los alimentos y bebidas con gran cantidad de azúcares (gaseosas, zumo de fruta, batidos, helados, etc...) ● Ayudar al paciente y familiar a seleccionar los alimentos (ricos en proteína, vitaminas A, C y K, cereales integrales, etc....), que ayudaran a la pérdida de peso corporal y favorecerán una cicatrización de segunda intención de la herida. ● Enseñar a la paciente los alimentos que puede consumir en una colación (jícama o zanahoria rallada, pepino rebanado, una manzana o una gelatina elaborada en casa, etc...). ● Fomentar a la paciente a la toma de dos litro de agua simple de preferencia. ● Dieta elaborada – Anexo 2.
<p>Monitorizar los parámetros fisiológicos (signos vitales, peso y talla).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar un registro constante de los signos vitales para tener un comparativo del inicio de la modificación en los hábitos alimenticios hasta llegar al objetivo planteado. ● El registro del peso lo realizará cada tres semanas.
<p>Evaluación: el objetivo planteado se cumplió ya que el paciente si implemento la dieta indicada de 2400 Kcal., ingirió 2 litros de agua, perdió peso en un periodo de 5 meses y se logró una cicatrización de segunda intención con apoyo de alimentos que colaboraron para esta actividad y de forma positiva sus signos vitales se modificaron manteniéndose en los parámetros considerados como aceptables para su edad, peso y talla. Edad = 51 años, talla= 1.56 c.m., peso = 80 Kg. IMC = 32.92%, T/A = 130/90, F.C. = 80, F.R. = 23, T_{ax} = 36.5, e ITB = 1.0 (Inicio 15 de Octubre 2016) Edad = 51 años, talla = 1.56 c.m, peso = 69 Kg. IMC = 28.43%, T/A = 110/70, F.C. = 68, F.R. = 19, T_{ax} = 36.0, e ITB = 0.9 (Final 15 de Febrero 2017)</p>	

DIANOSTICO REAL

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo r/o agentes físicos que originan una herida en miembro inferior izquierdo, manifestado por un cambio de parámetros fisiológicos (signos vitales).

Objetivo: Enseñar al paciente el manejo correcto de los analgésicos y la importancia de tomarlos como están indicados; para así poder controlar su ansiedad y minimizar sus temores.

INTERVENCION DE ENFERMERA	ACTIVIDADES
Identificar el grado de dolor de la paciente ,mediante el interrogatorio directo y observación de la misma	<ul style="list-style-type: none">● Realizar una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.● Observar signos no verbales de molestias.
Administrar analgésicos vía oral.	<ul style="list-style-type: none">● Animar a la paciente a utilizar el analgésico prescrito (Ibuprofeno de 800 mg. Cada 8 horas.)● Proporcionar información acerca del dolor, como causa del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
Informar y explicar a la paciente de las causas del dolor.	<ul style="list-style-type: none">● Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento).● Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.● Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, musicoterapia, distracción, aplicación de calor/frío y masaje, etc...).
Utilizar técnicas de relajación.	
Evaluación: El objetivo de minimizar el dolor del paciente se logró, en un inicio del tratamiento el dolor estaba de forma continua y durante el procedimiento de la curación de la herida se incrementaba y al pasar el tiempo se convirtió en leve hasta desaparecer.	

DIAGNOSTICO REAL

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la ambulación r/c el conocimiento insuficiente de las estrategias de movilización en su entorno y miedo a las caídas, manifestados el deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Objetivo: Motivar la deambulaci3n de la paciente mejorando las condiciones de seguridad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
Fomentar la mecánica corporal.	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas. ● Instruir al paciente sobre las necesidades de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones al realizar cualquier actividad física. ● Fomentar al paciente el uso de un aparato de apoyo (andadera, bast3n). ● Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar. ● Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie. ● Ayudar al paciente a seleccionar actividades de calentamiento antes de realizar cualquier ejercicio. ● Estimular al paciente a que realice ejercicios de flexi3n para facilitar la movilidad. ● Monitorizar la mejora del paciente. ● Proporcionar informaci3n sobre causas posibles de dolor al realizar la movilizaci3n.
Fomentar el ejercicio al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinar la motivaci3n del paciente para empezar/continuar con el programa de ejercicios. ● Ayudar al paciente a establecer metas a corto y largo plazo. ● Apoyar al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para el nivel de salud.
<p>Evaluaci3n: Con la aplicaci3n de la mecánica corporal correcta y ejercicios que fortalecieron el sistema musculoesquelético se logró que el paciente volviera a caminar de forma segura primero con ayuda de un andador y gradualmente sin apoyo alguno.</p>	

DIAGNOSTICO REAL

Diagnóstico de Enfermería: Patrón de sueño alterado, r/c sensación de no haber descansado, manifestado por

Objetivo: Encontrar en forma oportuna los factores que están alterando los patrones de sueño del paciente y en forma asertiva modificarlos para lograr un descanso reparador.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
Mejorar el sueño.	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente (horas efectivas de sueño recomendadas 8 horas diarias) ● Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. ● Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. ● Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama. ● Asistir a la paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia
Manejo ambiental: confort.	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar una habitación individual al paciente si se puede obtener. ● Crear un ambiente tranquilo y de apoyo así como limpio y seguro. ● Determinar las fuentes de incomodidad, como vendaje húmedos, vendaje constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes
Disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. ● Escuchar con atención y crear un ambiente que facilite la confianza. ● Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ● Animar a la paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. ●
<p>Evaluación: Durante el tratamiento se logró que el paciente fuera recuperando poco a poco su capacidad de tener un sueño tranquilo y reparador; al inicio del tratamiento solo dormía tres horas en un tiempo de 24 horas diarias y con forme paso el tiempo se logra conseguir un sueño reparador.</p>	

DIAGNOSTICO RIESGO

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas, manifestado por alteración en la integridad cutánea.

Objetivo: Evitar las de complicaciones de la herida y estimular su cicatrización.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
<p>Cuidados de la herida.</p> <p>Retirar el apósito colocado teniendo precaución para no lesionar más la herida.</p> <p>Valorar la herida en cada curación.</p> <p>Controlar de forma oportuna alguna complicación de la herida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Lavado de manos clínico antes y después de realizar la curación de la herida. ● Explicar el procedimiento al paciente. ● Reunir el equipo y suministro a la cabecera de la cama del paciente (equipo de irrigación, solución de irrigación, guantes estériles, etc...) ● Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda durante la curación y posteriormente cambiar a una posición relajante para él ● Al retirar el apósito comprobar que no está adherido y en caso de estarlo humedecerlo un poco con solución fisiológica. ● Realizar la curación de la ulcera con técnica estéril. ● Monitorizar las características de la ulcera y documentarlos ● Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda. ● Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. ● Reforzar el apósito si es necesario y cambiarlo según la cantidad del exudado. ● Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. ● Colocar mecanismo de alivio de presión (almohada con baja pérdida de aire, de espuma o gel) según corresponda ● Enseñar a la paciente y familia los signos y síntomas de infección (dolor, olor, calor, adormecimiento del miembro afectado, exceso exudado, inflamación, edema). ● Enseñar a la paciente y familiar los procedimientos de cuidados de la herida (proteger la herida de medios de contaminación ambiental, cubrir y mantener el vendaje seco y en caso de que se mojara por accidente cambiarlo, etc...).
<p>Evaluación: Los cuidados que se seleccionaron para el manejo de la ulcera fueron los adecuados ya que se logró que la herida no se contaminara y se logra el cierre total en un tiempo de 5 meses.</p>	

DIAGNOSTICO DE RIESGO

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caídas r/c deterioro del equilibrio

Objetivo: Fomentar al paciente a la movilidad física, mediante una serie de actividades y ejercicios que permitan al paciente a recuperar su confianza para desplazarse en su entorno.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
<p>Establecer precauciones en la paciente para evitar caídas</p> <p>Enseñar a la paciente como caer para minimizar el riesgo de lesión (balancear el cuerpo del lado contrario a la lesión y procurar caer sentada.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. ● Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelo resbaladizo y escaleras sin barandal.) ● Retirar los muebles bajos (banco y mesas) que supongan riesgo de tropiezo. ● Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha, en caso de resbalar debe de procurar proteger la herida y no caer sobre el miembro lesionado. ● Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador), para conseguir una marcha estable. ● Animar al paciente a utilizar bastón o andador según corresponda. ● Sugerir el uso de calzado seguro. ● Establecer un programa de ejercicio físico rutinario que incluya el andador.
<p>Fomentar la mecánica corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas. ● Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir ● Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie. ● Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexión para facilitar la movilidad. ● Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular o articular relacionado con la postura.
<p>Motivar a la paciente a realizar ejercicio que fortalezca los tobillos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar giros de tobillos (mientras está sentado en una silla, desliza una soga o banda por debajo del pie, tira el lado izquierdo a manera de que el pie gire al lado izquierdo de manera suave y posteriormente al lado contrario lado derecho repetir 10 veces por lado. ● Escribir el alfabeto con el pie.- mueve el tobillo como si escribieras las letras. Siéntate, cruza la pierna sobre la derecha apoyando la parte central de la

pantorrilla izquierda sobre el muslo derecho. Utiliza el dedo gordo del pie a modo de punta de lápiz y mueve el pie desde el tobillo, trazando las letras del alfabeto desde la A hasta la Z; al terminar cambia de pie.

- Golpeteo de los dedos.- sentado sobre una silla manteniendo la espalda recta y apoyando los talones en el suelo, sin levantar los talones golpetea los dedos de arriba hacia abajo y alterna los pies realizalo durante un minuto.
- Parate de puntas.- párate con los pies en paralelo uno con el otro y separados a la altura de los hombros. Ahora levanta los talones y luego bájalos lentamente.
- Practica tu equilibrio.- eleva la pierna izquierda flexionándola a la altura de la rodilla y para únicamente sobre el pie derecho, mantén esta posición el mayor tiempo posible.
- Estirar los tobillos.- realiza flexiones y extensiones con los dedos de los pies, repetir 20 veces.
- Si sientes dolor en los tobillos suspende. Anexo 4

Evaluación: El objetivo que se planteó en el inicio de prevenir una caída que complicara la recuperación del paciente se cumplió; durante el tratamiento se logro prevenir la caída, utilizando el andador, posterior mente un bastón y por ultimo nada; ya que recupero la seguridad para movilizarse sin necesidad de ningún apoyo.

DIAGNOSTICO DE SALUD

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar la comunicación, manifestado por expresar deseos de mejorar la comunicación.

Objetivo: Fomentar el intercambio de información e ideas para favorecer una mejor comunicación con la paciente y su familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
Mejorar la comunicación con la paciente	<ul style="list-style-type: none">● Proporcionar información verídica sobre la patología de la paciente, para disipar dudas con respecto a las intervenciones de enfermería para la recuperación de su salud.● No prometer objetivos de pronto resultado; ya que esto ocasionaría desconfianza en la relación enfermera – paciente – familia● Utilizar un lenguaje sencillo pero claro al momento de estar con la paciente cuando se realiza la curación de la herida.
Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none">● Proporcionar nuestro punto de vista o sugerencia pero sin imponer solo apoyar y orientar; esto favorece el sentimiento de apoyo emocional ante la desesperanza de una recuperación prolongada.● Siempre tener contacto visual con la paciente, para fomentar la confianza y seguridad en la paciente.
Fomentar una buena comunicación entre la paciente – familia - enfermera	<ul style="list-style-type: none">● Explicar a la familia la importancia de mantener una buena comunicación.● Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes y miedos.● Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones.
Evaluación: Durante la realización de las intervenciones de enfermería, la comunicación de la paciente cambio en forma progresiva hasta lograr una buena y clara comunicación tanto familiar como interpersonal paciente – enfermera; familia – enfermera.	

DIAGNÓSTICO DE SALUD

Diagnóstico de Enfermería: Baja autoestima situacional r/c deterioró de la capacidad funcional, manifestaco por una alteración de la imagen corporal.

Objetivo: Estimular a la paciente a la realización de actividades que potencialicen la autoestima y recupere su independencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES
Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ● Preguntar a la paciente sobre su problema de salud y sus limitantes que le ha ocasionado la misma. ● Cumple con las precauciones recomendadas. ● Realiza las actividades prescritas. ● Comprende y entiende sus limitantes
Implementar una terapia de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular a la paciente a que ejercite su miembro afectado, para fortalecer los músculos y tendones. Anexo 4 ● Equilibrar el ejercicio, tratamiento, descanso y la alimentación; mediante una planeación y asesoramiento de personal calificado. ● Explicar a la paciente el beneficio de caminar correctamente primero con ayuda de la andadera y posteriormente solo sin apoyo (la realización de los ejercicios lo ayudaran a regresar a sus trabajo y sentirse realizado e independiente. ● Preparar a la paciente para evitar lesiones durante el ejercicio.
Facilitar el apoyo de la paciente por parte de la familia, amigos y comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> ● Observar la situación familiar ● Animar a la paciente a participar en las actividades laborales, sociales y comunitarias ● Explicar a las personas que están en el entorno de la paciente que pueden motivarla para que se integre a la sociedad y o laboral ● Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
Evaluación: Al final de las intervenciones de enfermería se logró que la paciente recuperara su autoestima y regresara a laborar	

PLAN DE ALTA

Las intervenciones de enfermería que se implementa para lograr la cicatrización de la ulcera venosa de la paciente (curación de la herida primero cada 48 horas y posteriormente cada 72 horas y cuidados preventivos al miembro afectado, implementación de dieta de 2400 Kcal enriquecida con alimentos que ayuden a la cicatrización., consumo de dos litros de agua por día, rutina de ejercicios para fortalecer el tobillo y pierna, motivación emocional para que la paciente recupere su independencia), se termina el 20 de febrero del 2017; y se da inicio con los cuidados preventivos (continuar con la dieta para mantener el peso corporal 69 kg., mantener los cuidados del miembro rehabilitado evitando estar mucho tiempo de pie, usar zapato cómodo cuidando que no produzca fricción en el pie, etc., y continuar con las visitas médicas.), con el cual se pretende evitar o distanciar la formación de una nueva ulcera ya que la paciente padece insuficiencia venosa crónica aproximadamente hace 6 años.

Cuidados preventivos indicados a la paciente.

La dieta hiposódica de 2400 Kcal., se mantiene como se inició en el tratamiento para ayudar a la cicatrización y a la disminución de peso (peso final 69 kilos); solo que ahora se busca mantener su peso corporal lo más cercano a su estatura; la dieta estará distribuida en cinco comidas; tres comidas fuertes y dos colaciones, dos litros de agua.

Se recomienda elevar la piecera de la cama unos treinta centímetros aproximadamente y tener descansos durante el día para evitar estar de pie por tiempos prolongados.

Se indican cuidados a ambos miembros inferiores para prevenir en la medida que sea posible la formación de una nueva ulcera, como son mantener los miembros inferiores lubricados, libres de humedad, examinar el color, la temperatura, el crecimiento del vello, la textura o las fisuras de la piel, evitar artículos que produzcan

algún tipo de fricción mecánica, utilizar medias de mediana compresión y calzado cómodo.

Se realizara la toma del ITB periódicamente valores normales son entre 0.9 y 1.2.

Proporcionar información objetiva respecto a los cuidados preventivos de la ulcera venosa; para favorecer el autocuidado en la paciente.

Signos y síntomas de alerta.- clínicamente se manifiesta como:

- a) .- Cambios en la piel.- color, grosor
- b) .- Dolor.
- c) .- Puede sentir un golpe de sangre al pararse tras estar acostado
- d) .- Calambres, o una sensación de cansancio excesivo de piernas al final del día.
- e) .- pesantez
- f) .- Prurito

CONCLUSION

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE); es un método sistemático, que tiene como propósito la realización de una intervención basada en la ciencia particular de la enfermería.

Y en esta ocasión el proceso de atención de enfermería muestra nuevamente que es un instrumento de trabajo de alta calidad; para proporcionar intervenciones de enfermería a un paciente de sexo femenino con ulcera venosa en su domicilio, el cual tenía 7 meses con el problema de salud y no mejoraba a pesar de estar bajo control médico; en donde se le realizaba desbridamiento quirúrgico.

Es en estas condiciones en las que se aplica el proceso de atención de enfermería a la paciente y se utiliza la teoría de Virginia Henderson como instrumento de lineamiento; se emplean las 14 necesidades propuestas por ella; para realizar la valoración y los diagnósticos de enfermería y plantear las intervenciones adecuadas; las cuales comienzan el 24 de octubre del 2016 y se termina el 20 de Febrero del 2017 con la cicatrización de la ulcera venosa; el proceso duro 5 meses aproximadamente.

Al realizar el Proceso de Atención de Enfermería con el nuevo lineamiento y teorías se permitió comprobar que la función de enfermería es ayudar a la persona enferma a recuperar su salud con acciones independiente e interdependiente, o a mantenerla sana con medidas preventivas.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Arratia F. Alejandrina. Investigación y Documentación Histórica en Enfermedades. Scielo. [En línea]. Consultado el 14 de Agosto de 2017. Disponible en www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.**
- 2.- Biografías y Vidas. Florence Nigtingale. La Enciclopedia Biografía. [En línea]. Consultada el 11 de Septiembre del 2017. Disponible en: www.biografiasyvidas.com/biografia/n/nightingale.html**
- 3.- Dr. Abad A. Efrain. Proceso de Enfermería en el Cuidado de las Úlceras Varicosas. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. Com [En línea]. Consultada en 14 de Agosto de 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proces-de-ulceras-varicosas>. 12 de Noviembre, 2013.**
- 4.- Fernandez U. Iratxe. Proceso de Atención de Enfermería a Pacientes con Enfermedad Arterial Periférica. Universidad de la Rioja 2015. [En línea]. Consultada el 11 de Septiembre de 2017. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001095.pdf**
- 5.- Ruby L. Wesley. Modelos y Teorías de Enfermería. 2º Edición. Editorial interamericana. 1997**
- 6.- Marrine Tomey Ann. Raile Alligood Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 7º Edición. Editorial EL SEVIER 2011**
- 7.- Dres. Otero G. Gabriel, Angoria N. Caroline, Martínez A. Miguel. Úlceras de Miembros Inferiores: Características Clínicas – Epidemiológicas de los Pacientes Asistidos en la Unidad de Heridas Crónicas del Hospital de Clínicas. Revista Médica del Uruguay. Vol. 28 N°3. Montevideo set. 2012. [En línea]. Consultada el 13 de Septiembre de 2017. Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=scl-arttezt&pid=51688**

8.- Sorrentino A. Sheila, Leighann N. Remmert, Bernie Gorek, Fundamentos de Enfermería Practica. 4° Edición. Editorial EL SEVIER 2011.

9.-Arango S. Claudia, Fernandez D. Olga, Torres M. Blanca. Ulceras por Presión. Tratado de Geriatria para Residentes Capitulo 21. [En línea]. Consultada el 15 de Mayo de 2017. Disponible en:
www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2021_11pdf.

10.-Op. cit. 7

11.-Op. cit. 6

12.-Riopelle L. Lise. Cuidados de Enfermería, un Proceso centrado en las Necesidades de la Persona. 1° Edicion. Editorial MC GRAW-HILL / Interamericana de España, 1993

13.-Op. cit. 6

14.- Aprendiendo en línea. PAE, Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Plataforma Académica para pregrados y posgrado.[En línea]. Consultado el 20 de junio de 2017. Disponible en:
prendeonline.udea.edu.com/lms/Moodle/mod/page/view.php?=61971

15.- Op. cit. 5

16.- Op. cit. 6

17.-Cambios Emocionales y Sociales en el Adulto Maduro. Medicina Familiar. Fascículo 5. Educacion Continua para el Medico General. [En línea]. Consultada el 22 de Junio de 2017. Disponible en:

[https://encolombia.com>medicinafamiliar\(ECMG\)>Fasciculo5.ElAdulto](https://encolombia.com>medicinafamiliar(ECMG)>Fasciculo5.ElAdulto)

18.- Cortez P. Alejandra. Un Estudio Sobre el Desarrollo Moral de los Adultos. Universidad de Zaragoza Departamento de psicología y sociología. [En línea]. Consultada el 31 de Enero de 2018. Disponible en:
www.ehu.eus/oj//index.php/psicodidactica/article/download/300/297

19.- Dr. Mege N. Marcelo. Insuficiencia Venosa de Extremidades Inferiores. Bases de la Medicina Clínica Vascul ar. Facultad de Medicina Universidad de Chile. [En línea]Consultado el 27 de Septiembre 2017. Disponible en: www.basemedicina.cl/vascular/insuficiencia_venosa_%20de_extremidades_inferiores.pdf.

20.- Dr. González T. Enrique. Dr. Sánchez C. Salvador. Enfermedad Vascul ar Periférica, Problemas Venosos de Miembros Inferiores Cap. 13. Sección Cirugía Vascul ar Periférica. Hospital Gral U. Gregorio Marañón. Madrid. [En línea]Consultado el 25 de Septiembre 2017. Disponible en: www.sid.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacin/cap_13.pdf

21.- Dr. Yara S. Juan. Enfermedades Vasculares Periféricas. Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad N° 1. Santiago de Cuba2008 [En línea] Consultado el 25 de Septiembre del 2017. Disponible – [www.amedeo.net/pdf2/Enfermedades Vasculares Perifericas.pdf](http://www.amedeo.net/pdf2/Enfermedades_Vasculares_Perifericas.pdf).

22.- Op. cit 9

23.- Op. cit 7

24.- Dr. Contreras Ruiz José. Abordaje y Manejo de las Heridas. Editorial Intersistemas. México 2015.

25.- Op cit 3.

26.- Op. cit. 3, 25

27.- Diagnósticos de enfermería definiciones y clasificaciones, NANDA International, Inc., T. Heather Herdman, PhD, RN, *et al.*, 2015-2017, Editorial EL SEVIER.

28.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Bulechek M. Gloria, Butcher M. Joane, *et al.*, Edición 6°, EL SEVIER.

**29.- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Moorhead Sue,
Johnson Marion, et al., Edición 5°, EL SEVIER.**

**30.- Abordaje y Manejo de las Heridas, Dr. Jose Contreras Ruiz, Editorial
Intersistemas, 2015.**

ANEXOS

Anexo 1

Resumen y graficas de signos vitales durante las visitas al domicilio de la paciente; las visitas se iniciaron el 19 de Octubre del 2016 y terminaron el 20 de Febrero del 2017.

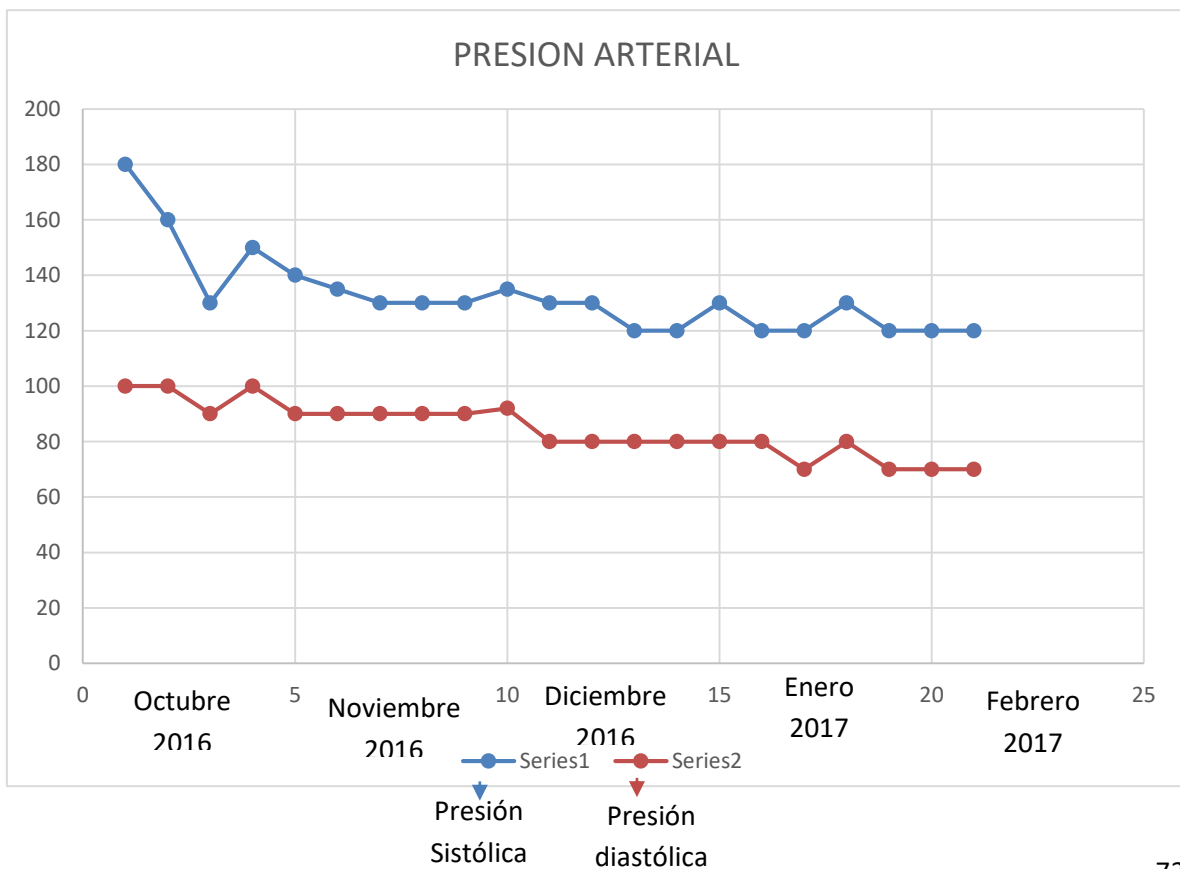
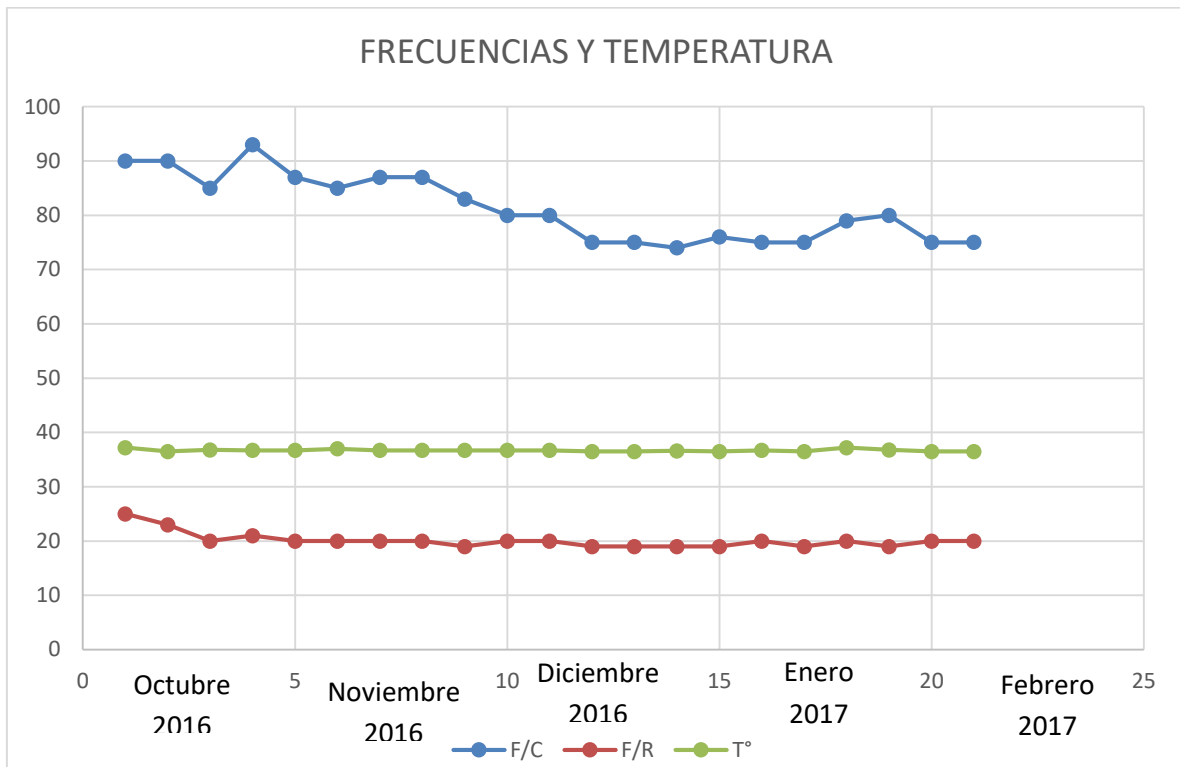
Tiempo del tratamiento 5 meses aproximadamente

Fecha	T/A	F/C	F/R	T°	Índice tobillo brazo
19 de Octubre 2016	180/100	90	25	37.2	$180 / 160 = 1.1$
24 de Octubre 2016	160/100	90	23	36.5	$150 / 150 = 1$
28 de Octubre 2016	130/90	85	20	36.8	
1 de Noviembre 2016	150/100	93	21	36.7	
7 de Noviembre 2016	140/90	87	20	36.7	$140 / 150 = 0.9$
Se inicia tratamiento con venda de visco paste a lograr tener lecho en la ulcera					
12 de Noviembre 2016	135/90	85	20	37.0	
Se inicia deambulaci3n por su habitaci3n con ayuda de andadera					

14 de Noviembre 2016	130/90	87	20	36.7	130/150=0.8
21 de Noviembre 2016	130/90	87	20	36.7	
Se implementa dieta hiposódica de 2400 kcal. por día con alimentos que ayuden a la cicatrización					
28 de Noviembre 2016	130/90	83	19	36.7	130/150=0.8
5 de Diciembre 2016	135/92	80	20	36.7	
12 de Diciembre 2016	130/80	80	20	36.7	
19 de Diciembre 2016	130/80	75	19	36.5	
26 de Diciembre 2016	120/80	75	19	36.5	120/140=0.8
2 de Enero 2017	120/80	74	19	36.6	
9 de Enero 2017	130/80	76	19	36.5	
16 de Enero 2017	120/80	75	20	36.7	
23 de Enero 2017	120/70	75	19	36.5	

30 de Enero 2017	130/80	79	20	37.2	
6 de Febrero 2017	120/70	80	19	36.8	120/140=0.8
13 de Febrero 2017	120/70	75	20	36.5	
20 de Febrero2017	120/70	75	20	36.5	
Se termina el tratamiento logrando cerrar la ulcera					

Representación grafica



Anexos 2

Dieta de 2400 Kcal. Enriquecida con alimentos que ayuden a la cicatrización. La dieta del paciente se equilibrara para obtener tres beneficios; apoyar el proceso de cicatrización, la disminución del peso corporal e hiposódica.



Alimentos que no debe tomarse, a al menos limitar su consumo:

Sal.- provoca retención de líquidos, lo que aumenta el volumen de sangre y facilita la hinchazón de las piernas y la aparición de edema (sal común, conservas, alimentos fritos, sopas de sobre. Salsas, aceitunas, encurtidos, pan, bollería, galletas, embutidos, quesos curados, carnes y pescados salados o ahumados, alimentos precocinados).

Grasas saturadas.- aumentan los niveles de triglicéridos (mantequilla, nata, tocino, embutidos, repostería industrial, precocinados).

Picante y comida fuerte.- las comidas picantes producen una dilatación de las venas.

Alcohol, café, tabaco y chocolate.- también producen dilatación de las venas.

Alimentos permitidos:

Cereales integrales.- avena, cebada, lentejas, papa al horno con la piel, semillas, frutos secos pasas, higos, dátiles.

Cítricos.- naranja, mandarina, kiwis, limón, piña, mangos, fresas, toronjas, tomates, grosella...

Alimentos con alto contenido en zinc.- carnes rojas, huevos, almejas, salvado de trigo, legumbres, frutos secos...

Alimentos que contienen principalmente proteínas.- carne de res, pollo, pavo y lácteos.

Alimentos que contienen vitamina K.- verduras de hojas verdes (col, espinaca, nabos, berro, acelgas, lechuga, coles de brúcelas, brócoli...), pescado, hígado...

Alimentos ricos en vitamina A.- carne de res, leche, hígado, riño, pimienta roja, zanahoria, calabaza, melón, albaricoques secos...

Aceites permitidos:

Aceite de olivo, de coco o el de semillas.

Alimentos antibacterianos:

Ajo, miel.

Dieta distribuida en 12 horas.

Desayuno: 8: 00 a.m.

1 taza de leche descremada, ½ taza de cereal (integral), 1 taza de fruta, 1 sándwich de queso panela con pan integral, 2 claras de huevo, ½ taza de verduras cocidas al vapor, 1 taza de jugo de fruta o verdura (zanahoria), 2 rebanadas de jamón de pavo, 1 taza de yogur natural (se puede acompañar con granola).

Colación: 11:00 a.m.

1 Taza de jícama, 1 taza de zanahoria rallada o picada, 1 taza de pepino picada o rebanado, 1 manzana o 1 gelatina sin azúcar.

Comida: 14:00 p.m.

1 Taza de consomé de pollo sin grasa, ½ taza de arroz cocido, 1 taza de espagueti, ½ taza de sopa de pasta, 1 bistec de res asado, pollo deshebrado o pechuga asada (80 g.), 1 taza de verdura cocida, ½ lata de atún en agua, 2 tortillas, 5 galletas integrales saladas y 1 vaso de agua de frutas naturales sin azúcar o simple.

Colación: 17:00 p.m.

1 mango, 1 taza de jícama, 1 gelatina sin azúcar, 1 barra de cereal integral o de amaranto o 1 taza yogur natural con granola.

Cena: 20:00 p.m.

90 gramos de queso panela, 1 sándwich de jamón de pavo, 1 pieza de fruta (pera o manzana), 1 nopal asado y 1 taza de té natural (manzanilla, hierbabuena canela...).

EJEMPLO:

Desayuno: 2 clara de huevo, ½ taza d verduras cocidas y 1 taza de jugo de fruta o zanahoria.

Colación: 1 taza de jícama (rallada o rebanada puede colocarle limón)

Comida: 1 taza de consomé de pollo sin grasa, ½ taza de arroz, un bistec de pechuga de pollo asada con ensalada de jitomate y 1 vaso de agua de guayaba.

Colación: 1 barra de cereal integral.

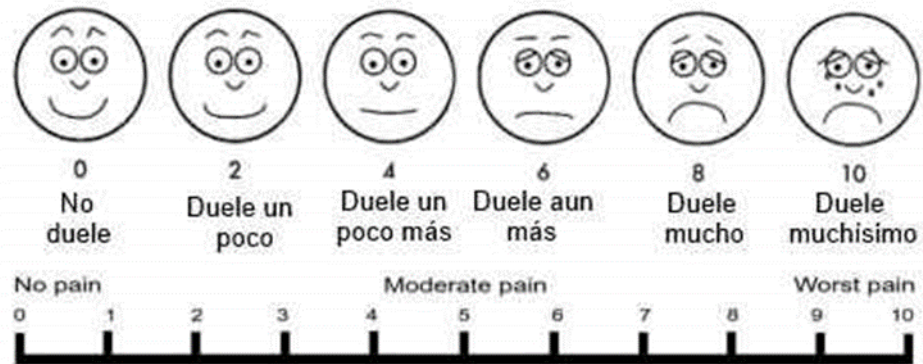
Cena: 1 nopal asado con queso panela (1 rebanada) y 1 taza de té de manzanilla.

El paciente puede variar los alimentos indicados para cada horario ya que está calculada para 2400 kcal., por día y dos litro de agua.

Se buscan opciones para que pueda seguir la dieta y no la deje al incrementar su gasto en alimentos.

Anexo 3

GRAFICA DE ESCALA DE DOLOR

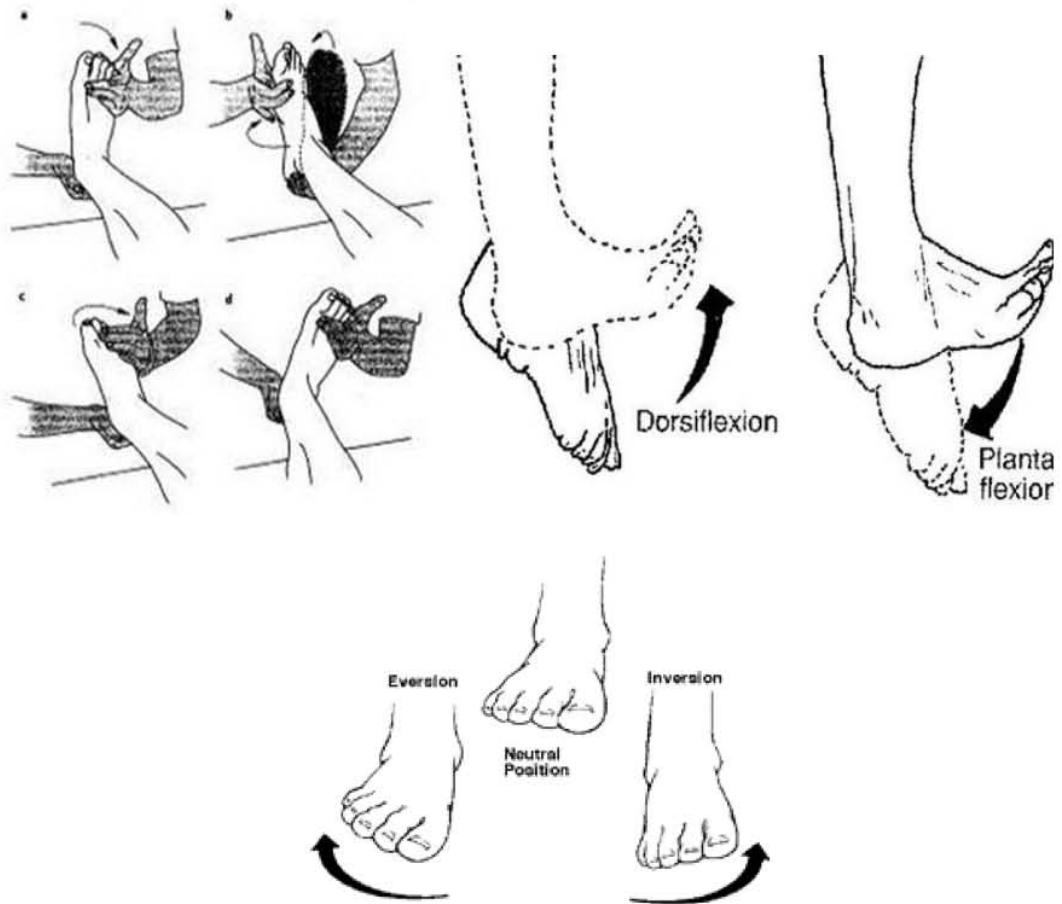


GRADOS DE ULCERA



Anexo 4

Rutina de ejercicios



Anexo 5

Seguimiento fotográfico de la evolución del proceso de cicatrización de la ulcera.



















El proceso de los cuidados de enfermería duró aproximadamente 5 meses.

Inicio el 19 de Octubre de 2016 y termino el 20 de Febrero de 2017.