

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

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ EN EL ADULTO MAYOR

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANDREA CITLALI OLIVA CRUCES

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. BERTHA ELSA BRAVO GONZALEZ

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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

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

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Perfusión Tisular Periférica Ineficaz en
Paciente Adulto Mayor

Elaborado por:

1.	<u>OLIVA</u>	<u>CRUCES</u>	<u>ANDREA CITLALI</u>	Núm. de cuenta:	<u>414504970</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre		Núm. de cuenta

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

Ciudad de México a 22 de marzo 2018

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Bertha Elsa Bravo González

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Institución
Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTO.

A Dios y San Miguel Arcángel

Por permitirme llegar a este momento de mi vida, que es; la culminación de una etapa de mis estudios profesionales, agradezco estar aquí con un óptimo estado de salud.

A mi mamá, hermana (o), abuelita.

Quienes han estado a mi lado a lo largo de mi vida y me han apoyado económica, moral y físicamente, por haberme impulsado y motivado día a día.

En especial a mi mamá quien siempre estuvo conmigo, por brindarme su amor incondicional y por creer en mí, sin omitir los grandes detalles que hizo por mi como: estar todas las mañanas pendiente que me levantara puntual para irme a la escuela, quien al llegar a casa tenía preparada comida, que todos los fines de semana estaba mi ropa lista, por estar siempre conmigo.

Todo lo que he logrado es gracias a su apoyo que siempre me han brindado y hoy quiero decirles que este logro igual es de ustedes. Gracias.

A mi papá

Quién ha estado conmigo a lo largo de mi vida apoyándome emocional y moralmente y que a pesar de las adversidades ha procurado siempre estar presente.

Me llena de orgullo hoy demostrarle un logro más en mi vida a pesar de que fluctuó sobre ello.

El hecho de haber continuado con estudios superiores fue gracias a la estabilidad emocional que me confirió y por la oportunidad laboral que me consintió.

A jefa de enfermeras del Hospital psiquiátrico José Sayago: LEO Adriana Gómez Alvarado

Quien me dio la oportunidad de continuar con mis estudios superiores, esto mediante el apoyo laboral, personal, profesional, técnico y sobretodo me brindo facilidades administrativas gratas como: turno laboral accesible. Y sin omitir que una vez concluida la etapa escolarizada me siguió brindando su apoyo para concluir satisfactoriamente. Gracias.

A mis asesoras:

LE Bertha Elsa Bravo Gonzales, LE. Norma María Sánchez Martínez, LE. Rosa María García Álvarez.

Quienes me brindaron su apoyo incondicional para elaborar mi trabajo de titulación a través de sus múltiples cualidades, actitudes y aptitudes ya que me aportaron conocimientos, estrategias de trabajo, metas, retos, etc. para concluir esta etapa.

Además agradezco su paciencia, comprensión, sabiduría, responsabilidad que siempre demostraron conmigo.

A Joel Hernández P.

Quien es una persona especial y maravillosa en mi vida que estuvo conmigo en toda la carrera profesional, día a día, compartiendo a la par la experiencia de ser universitario, además el mismo trayecto de casa a escuela y viceversa, por haber estado conmigo todas aquellas tardes que tenía infinidad de tarea e incluso ayudándome, sin omitir aquellas madrugadas que tenía que hacer trabajos y entregarlos porque después trabajaría.

Por haber estado conmigo en todo momento, escuchando mis problemas, frustraciones, corajes, etc., y que; mientras yo estaba desesperada el solo se ocupaba de hacerme feliz con comida, risas, palabras y demás. Gracias.

A mis amigos y amigas

Con quienes compartí la carrera universitaria, día a día, y que estuvimos juntos en todo momento, no solo fueron parte de mi vida profesional pasaron a formar parte de mi vida personal y sentimental.

Agradezco por haber estado juntos compartiendo risas, felicidad, tristeza, angustia, desesperación, corajes, etc. fueron malos y buenos momentos muy gratos, el haber estado con ellos realizando tareas, trabajos en equipo, estudiando para exámenes fue maravilloso. Gracias.

¡GRACIAS!

INDICE

I.INTRODUCCIÓN

II.JUSTIFICACIÓN

III. OBJETIVOS.

3.1 General

3.2 Específicos

IV. MARCO TEÓRICO.....	1
4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR	1
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	2
4.2.1 Concepto	2
4.2.2 Antecedentes	2
4.2.3 Tipos de cuidado	7
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA	8
4.3.1 Concepto, objetivos y clasificación.....	8
4.3.2 Relación de la teoría con el proceso de enfermería	10
4.3.3 Teoría de Virginia Henderson.....	10
4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA SANA O ENFERMA.....	13
4.4.1 Concepto.....	13
4.4.2 Objetivos	13
4.4.3 Descripción de etapas	14
4.5 LA PERSONA	16
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.....	16
4.5.2 Enfermedades más frecuentes.....	22
4.5.3 Descripción del padecimiento.....	33
V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	54
5.1 Presentación del caso clínico	54
5.2 Resultados de valoración	55
5.3 Diagnósticos de enfermería (Necesidades de Virginia Hendersón).....	62
5.4 Priorización de los diagnósticos de enfermería (necesidades de Virginia Henderson).....	62
5.5 Diagnósticos de enfermería.....	68
VI. CONCLUSIONES.....	121

VII.	ANEXOS.....	122
VIII.	BIBLIOGRAFIA.....	129

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de patologías del corazón y de los vasos sanguíneos ¹

Los trastornos asociados a la Enfermedad vascular periférica pueden afectar a las venas, dando lugar a procesos como Trombosis Venosa Profunda, venas varicosas (varices) o insuficiencia venosa crónica y adquiriendo el término de Enfermedad Venosa Periférica.

La insuficiencia venosa crónica (IVP) es una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anomalías de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo en la venas.

La Unión Internacional de Flebología define la Insuficiencia Venosa Crónica como los cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada. ²

Como manifestaciones clínicas encontramos dilataciones venosas incipientes, superficiales, tortuosas con válvulas insuficientes ³, y edema precoz en los miembros inferiores al final del día⁴.

Se calcula que el 90% de una población puede padecer el síndrome de insuficiencia venosa en cualquier momento de la vida⁵

¹Ben H., Escobar C., Jackson R. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular, Washington, OPS; 2009.

²Consejo de Salubridad General. Guía de referencia rápida: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/175_GPC_INSUFICIENCIA_VENOSA_C/I_mss_175RR.pdf. Acceso: 04 de enero de 2018.

³Ahumada M, Viroque J. Prevalencia de varices y factores asociados. Med Clin (Barc). 2010.

⁴ Domínguez C... Argente H, Álvarez M. Insuficiencia vascular periférica Semiología médica. Fisiopatología, semiología y propeútica. Enseñanza ~ basada en el paciente. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2011. p. 494---7

⁵ Zhigue L. Resultados y complicaciones de la esclerosis en el tratamiento de la insuficiencia venosa periférica en el Hospital de IIES Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de la ciudad de Loja en el período 2002-2007. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2011. p. 19---24 [Tesis]

Constituye la enfermedad más común dentro de las enfermedades vasculares periféricas, la prevalencia reportada para algunas regiones del globo terráqueo es del 26.6% en Europa, y del 20% en América Latina ⁶. Tiene una incidencia del 2% anual y una prevalencia del 10% en la población adulta, mayor de 40 años y a un 15-20% en mayores de 70 años, predomina en las mujeres. ³ En los países industrializados la prevalencia de insuficiencia venosa periférica de miembros pélvicos varía entre el 20 y 60%, por lo que resulta ser una de las enfermedades más costosas de la sociedad en el plano sanitario, social y laboral a causa de la incapacidad que produce.

La mortalidad de la Insuficiencia Venosa Periférica es de un 30% diagnosticado a los 5 años y de un 70% a los 15 años a causa de la deficiencia en la detección, manejo y tratamiento médico de los pacientes con esta afección ⁷

En México “el 67.8 por ciento de la población padece en alguna medida insuficiencia venosa crónica y las mujeres son quienes presentan con mayor frecuencia esta enfermedad”. (José Luis Camacho, Angiólogo y cirujanos vasculares del hospital Ángeles del Pedregal).

En el ámbito laboral, se ha identificado que si una persona está sometida a largas horas de pie y en un espacio reducido, la probabilidad de presentar algún síntoma de insuficiencia venosa en miembros inferiores es de un 60%⁸.

Esta enfermedad se debe abordar en los 3 niveles de atención a la salud ya que constituye un problema de salud especialmente en la población anciana por lo cual representa un gasto económico-sanitario.

⁶ . Espana G. Enfermedad vascular periférica: isquemia de miembros inferiores. Madrid: Mc Graw Hill; 2008. p. 160---71.

⁷ Torres Butron E, Márquez Calderón S. Resultados del tratamiento endovascular de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores. AETSA. 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA-2007.17.enovascularpdf>. Citado: 22 de enero de 2018.

⁸ Altmann-Canestri, Sánchez C, Tropper U. Tratado de flebología y linfología. Buenos Aires: Fundación Fleg; 2012. p. 385.

La Insuficiencia Venosa Crónica es asintomática en un 75% por lo cual enfermería adopta un papel fundamental en dicho manejo que va desde la prevención primaria y secundaria y más avanzada incluye la rehabilitación.

En el presente trabajo se pretende plasmar un caso clínico con la patología de Insuficiencia Venosa Periférica, realizando una descripción de epidemiología, etiología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento, y detalladamente se expone el plan de cuidados de enfermería en el cual se ve reflejada la calidad y capacidad de atención que brinda un profesional de la salud, en esta caso enfermería.

Comprender el proceso de la enfermedad y la utilización del PAE como herramienta para establecer un plan de cuidados optimo y de calidad, permite desarrollar los diagnósticos más adecuados al caso clínico específico y en general a la patología para así brindar intervenciones de enfermería específicas e individualizadas al paciente, obteniendo un cuidado personal, profesional, y de calidad para sí cubrir las necesidades de cada paciente, esto fundamentado en una base teórica, científica y basada en vivencias.

II. JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia Venosa Periférica es una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anormalidades de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo en la venas a nivel de la microcirculación, esto por múltiples causas por ejemplo: edad: a mayor edad mayor riesgo, ortostatismo prolongado, obesidad, sedentarismo y por efecto de la bipedestación, esta postura obliga al aparato circulatorio a realizar un sobreesfuerzo para conseguir que la sangre vuelva al corazón.

En México “el 67.8 % de la población padece en alguna medida insuficiencia venosa crónica siendo de mayor prevalencia en las mujeres.

La mortalidad de la Insuficiencia Venosa Periférica es de un 30% diagnosticado a los 5 años y de un 70% a los 15 años a causa de la deficiencia en la detección, manejo y tratamiento médico de los pacientes con esta afección.

La Insuficiencia Venosa Periférica es un problema de salud pública que implica un gasto económico de gran impacto hacia el sistema de salud, al paciente y su familia, por lo que se considera que la prevención de este padecimiento es prioritario para evitar con ello su incremento que conlleve a alteraciones de índole económica, social y de salud.

El Proceso de Atención Enfermería tiene como objetivo desarrollar planes de cuidados de enfermería dirigido a una paciente con diagnóstico de insuficiencia venosa periférica, aplicando la metodología enfermero además de que será de utilidad para estudiantes y personal de enfermería en general .

III. OBJETIVOS

3.1 General

- Elaborar un Proceso de Atención Enfermería a una paciente femenina adulto mayor con insuficiencia venosa periférica y establecer intervenciones de enfermería específicas que le brinden confort y bienestar.

3.2 Específicos

- Identificar necesidades alteradas en la paciente adulto mayor de insuficiencia venosa periférica mediante la valoración de enfermería utilizando el instrumento de Virginia Henderson.
- Analizar y jerarquizar necesidades alteradas en la paciente femenina con insuficiencia venosa periférica para establecer diagnósticos de enfermería, de acuerdo a la taxonomía NANDA.
- Planear y aplicar intervenciones de enfermería y/o cuidados específicos para promover la mejoría del estado de salud en la paciente con insuficiencia venosa periférica.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

Disciplina se define como: “rama de instrucción o educación”⁹, o como “departamento de aprendizaje del conocimiento” (Donaldson y Crowley 1978), por lo que se puede decir que la enfermería es una profesión disciplinar ya que se imparte en facultades, departamentos o instituciones de educación superior.

Las disciplinas se caracterizan por tener una perspectiva única y una manera distinta de ver los fenómenos; los que finalmente definen los límites y la naturaleza de sus investigaciones, la disciplina se ocupa del desarrollo del conocimiento enriqueciendo la profesión desde su esencia y profundizando el sustento teórico de la práctica

Enfermería es una disciplina, puesto que se compone por fundamentos históricos, filosóficos, éticos; y posee un cuerpo de conocimientos y teorías que derivan de una manera particular de entender el proceso de la salud-enfermedad en la persona y su entorno, desde una perspectiva integral del ser humano.

Enfermería como profesión posee características, catalogadas por la sociedad como estigmas, , entre las cuales encontramos: impronta doméstica, feminización, asistente del médico, cumplimiento de funciones delegadas, son poseedoras de cargas, obligaciones, riesgos físicos y psicológicos que no tienen otras profesiones, debido al compromiso profundo que han tomado. El escaso prestigio que tiene esta profesión en el seno del sistema sanitario puede explicarse entonces, por la concepción de la enfermería como una actividad enfocada más al cuidado y la asistencia y por otro lado, a un no reconocimiento social. La enfermería es una profesión con prestigio creciente.

⁹Oxford U.P. Diccionario Oxford Escolar para estudiantes. 2ed. México: Oxford University Press; 2010

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

4.2.1 Concepto

El cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma.

4.2.2 Antecedentes

El principio de todos los cuidados ha sido vinculado, históricamente, con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas de cuidado cotidiano, desarrollados por la mujer en el hogar, con sus hijos, con ella misma y con el hombre/compañero. Las mujeres han curado gracias al contacto con la naturaleza, han forjado su saber transmitiéndolo unas a otras. Sus actividades de cuidado están enfocadas en el bienestar durante toda la vida, desde el momento del nacimiento hasta la muerte.¹⁰

La cultura del cuidado en la mujer tiene sus raíces en el cuidado corporal, donde este es el centro de aprendizaje e instrumento único y perfecto, digno de preservar.

Los cuidados tiene como foco de atención el cuerpo del recién nacido, sin olvidar los momentos importantes de la vida, como la pubertad, la gestación, el parto, etc. Estos estimulan todos los sentidos, abarcan lo concerniente a mantener el cuerpo en un entorno sano.

¹⁰ Colliere MF. Identificación de los cuidados en la mujer. En promover la vida. Madrid: McGraw Hill; 2012, p. 1-19.

Otro aspecto importante en el origen del cuidado es la alimentación: las mujeres se encargaban de obtener recursos a través de las cosechas.

Procesos tan importantes como higiene, fecundidad, maternidad, parto y lactancia son ejemplos de cómo el cuidado es innato en el ser humano, especialmente en la mujer.

Con el paso del tiempo y la formación de comunidades, este cuidado desarrollado por la mujer se extiende a personas fuera de su núcleo familiar, sin remuneración, ya que el trabajo de cuidar es considerado un servicio y eso significa solidaridad.

Las mujeres consagradas

La crisis socioeconómica marco durante el siglo IV el desmoronamiento del imperio grecorromano origina una cultura donde el elemento fundamental es el desprecio de la sexualidad; el alma se contrapone al cuerpo. La iglesia se apropia de los conocimientos que se deben utilizar para el cuidado, y surgen las denominadas mujeres consagradas, cuyas características eran la virginidad y la dedicación hacia los pobres y enfermos. Ellas convirtieron su trabajo en una función social, que debe ser ejercida de por vida, entregando a Dios votos de castidad.

Etapas técnicas

Con la descentralización del poder político, iniciada en Inglaterra y Francia, se dio lugar a la separación de la iglesia y el estado. La llegada de la medicalización impulsada por el fortalecimiento de ciencias como la física y la química, además de las leyes anticlericales, anuncia el retroceso de la identificación de los cuidados por la mujer consagrada, lo cual contribuye a construir la imagen de la nueva mujer.

El campo de las actividades médicas se amplía y obliga a delegar actividades. De esta manera surge la mujer auxiliar del médico, como servidora de un ideal que debe poseer alma de jefe con sentido de observación, agudeza psicológica, disciplina y corazón sensible. Esta auxiliar del médico depende directamente de él, ya que este determina y ordena las actividades que se van a realizar. Para ese entonces su enseñanza está limitada y es restrictiva, aun cuando desarrollan conjunto de cuidados, tributario de la práctica médica, siendo un agente ejecutor y de información para el médico.

La enfermera tiene deberes, pero la palabra derecho no existía para ella; se reducía a un papel de cuidadora, con un valor moral único, pero minimizado y limitado en la práctica.

Hasta la segunda guerra mundial, el cuidado con contaba con el apoyo legislativo laboral (su remuneración era por trueque) para a partir de este momento se empieza a introducir el concepto del cuidado como un servicio remunerado, y es que donde comienza a pensarse la enfermería como un ejercicio profesional independiente al acto médico, en muchas de sus labores, por lo que empieza la defensa de una práctica integral y con calidad.¹¹

El surgimiento de las leyes reguladoras hospitalarias obliga a estas instituciones a contratar personal de enfermería diplomado y remunerado en función al número de horas trabajadas. Esta para que mujeres como Florence Nightingale y Entel Gordon Fenwick contribuyan al surgimiento de la profesión como tal.

En el siglo XIX, el fundamento de conocimientos y prácticas en enfermería exigió entrenar al personal encargado directamente del cuidado.

Florece Nightingale fue la primera en formar una escuela formal para el entrenamiento de practicantes de enfermería, su modelo teórico se basaba en la relación el medio ambiente con las condiciones de salud de la población, que llevo

¹¹ Colliere MF. Identificación de los cuidados en la mujer enfermera. En: Promover la vida. Madrid McGraw Hill; 2009 p. 1-30.

a un giro en la concepción del cuidado., donde la intervención sobre el medio ambiente era fundamental para proporcionar condiciones óptimas de salud.

Etapa profesional

En un segundo momento, aparece Ethel Gordon Fenwick, quien lucha por la profesionalización, reconocimiento y mejoras laborales y legislativas para la enfermería.

El origen del cuidado, en cuanto a su desarrollo y evolución, está ligado a las bases de la enfermería y permite inferir que el comportamiento de sus profesionales viene de su esencia como mujer: un ser cuidador, preocupado por satisfacer las necesidades de su familia y su comunidad. ¹²

La preocupación por el cuidado como objeto de estudio de la profesión de enfermería ha estado presente en los debates entre las diversas comunidades académicas, siendo objeto de reflexión en los encuentros, coloquios y publicaciones en la época actual. Es así como las diversas aproximaciones existentes relacionadas con el cuidado como objeto de estudio de la profesión, han aportado elementos que han enriquecido el concepto teórico, las dimensiones, la implementación en la práctica profesional, las dificultades y limitaciones que se encuentran para su desarrollo, a la vez que han abierto nuevos caminos para seguir explorando y profundizando en sí el cuidado es único o no para la enfermería, sí varía de un paciente a otro, de qué manera afecta tanto al paciente como a la enfermera, como aproximar las expectativas de los pacientes con los de los profesionales para lograr prácticas participativas de cuidado, y de qué manera

¹² Achury Saldaña DM. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Vol. 8, num. 1-2 Bogota, Colombia, enero-diciembre, 2006. Pp- 8-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220734002>. Consultado: marzo 2018.

se puede propiciar prácticas de cuidado que armonicen la dimensión relacional con la dimensión técnico científica.¹³

Los diversos estudios indican que la aproximación del cuidado se ha enfocado desde diversas corrientes teóricas entre las cuales se puede señalar los aspectos analizados por Morse, Col y colaboradores en el año de 1990, el cual ofrece 35 definiciones del concepto de cuidado, entre las cuales se encuentran cinco líneas de significado básicas: Cuidado como rasgo humano, Cuidado como imperativo moral, Cuidado como interacción personal, Cuidado como afecto, Cuidado como intervención terapéutica.¹⁴

Este estudio señala la necesidad de seguir precisando teóricamente el concepto, enriqueciéndolo con nuevos elementos que puedan hacerlo más comprensivo y que faciliten de esta manera su apropiación e implementación tanto en la práctica profesional, como en la investigación y en la formación (Morse J. 1994).

Otros estudios realizados por Forrest en 1989, Ford 1990, Chepman en 1991, resaltan la importancia de estudiar los significados que tiene para los pacientes la relaciones terapéuticas, la cooperación, la participación en el proceso de cuidar, colocando como relevante la perspectiva de los pacientes (Forrest D 1989).¹⁵

¹³ Boykin A, Shoenhofer S. Fundamentos de la Enfermería como Cuidado: Un Modelo para Transformar la Práctica. Capítulo 1 ALN. New York; 91-95 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf

¹⁴ Ben S. Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En Morse J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 2008.

¹⁵ Forrest D. La experiencia de cuidar. Periódico de enfermería avanzada 14. Universidad de Alberta Canadá, 2010. Pp. 815-823.

4.2.3 Tipos de cuidado

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y/o problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

- Cuidados de Estimulación: aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su autocuidado.
- Cuidados de Confirmación: Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad, promueve el desarrollo de la personalidad.
- Cuidados de Consecución y continuidad de la vida: provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio.
- Cuidados para resguardar la autoimagen: Contribución que hace el enfermero para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman a su entorno.
- Cuidados de compensación: ayuda hacia el paciente para el logro del equilibrio de su salud: ayuda física, psicológica, social según las necesidades insatisfechas.¹⁶
- Cuidados hacia el entorno: Se pretende tener condiciones naturales gratas a la enfermedad para la persona, como es aire puro, agua pura, desagüe, limpieza y luz.
- Cuidados hacia la enfermedad: Contemplar necesidades de manera integral, respetando la integridad.
- Cuidados hacia la persona: Mantener salud física, psíquica, social y espiritual. Se evalúan necesidades, se diseña y se ejecutan las acciones.
- Cuidados de interacción: Se requiere relación interpersonal, se debe tener estado activo en decisiones independientemente del lugar.¹⁷

¹⁶ Departamento de enfermería de la URV. Guía de cuidados de enfermería. 2007.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

4.3.1 Concepto, objetivos y clasificación.

Concepto

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (fawcett, 1996).

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman, Estresores.

La ciencia de la enfermería se derivó principalmente de las ciencias sociales, biológicas y médicas a partir de los años 60, del siglo XX un número mayor de profesionales se dedicó a desarrollar modelos de enfermería, que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en el conocimiento de la profesión.

Características:

¹⁷ Cotrina Montenegro E. Cuidado de Enfermería. Ed. 3. México. McGraw Hill. Junio, 2007.

Las teorías deben reunir, al menos, las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.
- Deben relacionar conceptos entre sí.
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, y predecir o provocar un fenómeno deseado.
- Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.

Objetivo

La teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Han sido clasificados por diferentes autores en función de diversos criterios que recogieron sus similitudes y sus diferencias.

Clasificación por tendencias a la prestación de cuidados:

- Naturalista y ecologista: los cuidados facilitan la acción de la naturaleza sobre las personas (Florence Nightingale).
- Suplencia y ayuda: los cuidados son las acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento determinado. Fomenta la independencia y autonomía (Virginia Henderson y Dorothea Orem).
- Interrelación: la base de los cuidados se establece en la relación entre enfermera, persona y ambiente (Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers, Mira Levine).

4.3.2 Relación de la teoría con el proceso de enfermería

Proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.

Las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos

4.3.3 Teoría de Virginia Henderson

- Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.
- Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.
- Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.
- En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.

Metaparadigmas:

- Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana¹⁸
- Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. La salud puede verse afectada por factores:
 - ✓ Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
 - ✓ Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia
- Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.
 - ✓ Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
 - ✓ Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
 - ✓ Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
 - ✓ Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

¹⁸ Ross Wesley L. Teorías y modelos de enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana, 2007.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.¹⁹

Epistemología: Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro, "The.Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.²⁰

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- Sustituta: Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante: Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

¹⁹ Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Ediciones Rol, Barcelona: 1989:305.

Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno, 2009.

²⁰ Leddy, Susan. Pepper J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York 1989

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

4.4. 1 Concepto

El surgimiento del PAE, a mediados del siglo XX, marcó un hito en la enfermería moderna, ya que supuso la adopción de un esquema lógico de actuación, encaminado a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un propósito. Obtuvo legitimidad en 1973 cuando la American Nurse Asociación (ANA), publico estándares del ejercicio de la enfermería, que describe cinco pasos del proceso: valorar, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar. ²¹

El proceso del enfermero (a) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales” (Rodríguez 1998).

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

4.4.2 Objetivos

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

²¹ Carrillo González GM, Rubiano Mesa L. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Rev. Cubana Enfermo (Internet). 2007. Citado: 10 abril 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-0319200700030009&script=sciarttext>

4.3.3 Descripción de etapas

➤ Valoración y diagnóstico

La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.

Las fuentes de información primarias son: paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión)

En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por Henderson

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de alimentación e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de termorregulación.
5. Necesidad de evitar peligros.
6. Necesidad de moverse.
7. Necesidad de descanso y sueño.
8. Necesidad de uso de prendas de vestir.
9. Necesidad de protección a la piel.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según creencias.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y recreación.
14. Necesidad de aprendizaje.

Para determinar qué necesidad está afectada y formular un diagnóstico de enfermería.

Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud.

Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etiología, S=signos y síntomas)

➤ Planeación

Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas. Elección del modo de intervención.

Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

➤ Ejecución

Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.

Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

➤ Evaluación

Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.

Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible. ²²

²² ENEO. XOCHIMILCO, TLALPAN. 2015. Disponibl en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

4.5 LA PERSONA

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.

Adulto mayor.

Características Biológicas

Envejecimiento de la piel:

- ✓ Desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, Palidez y velocidad de crecimiento disminuida.
- ✓ Desde el punto de vista estructural: En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, disminución de meloncitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina.

Envejecimiento del cabello

- ✓ Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo , aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso
- ✓ Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.²³

²³ Parreño Rodríguez, J., "Tercera edad sana", Revista del Ministerio de Asuntos Sociales, Vol. 4, No.10, Madrid, 2012, págs. 17-20.

Envejecimiento óseo

- ✓ Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endocrinos.
- ✓ Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales.

Envejecimiento articular

- ✓ En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

Envejecimiento de sistema cardiovascular

- ✓ El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.
- ✓ El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.
- ✓ Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso aterosclerosis, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparecen rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad.

Cambios en la función cardiovascular

Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico , sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular , provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo , fuerza y un aumento de la presión arterial.

También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación. El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta. Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.²⁴

Características psicológicas

El envejecimiento psicológico de una persona es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad.

Erikson define a la tercera edad como aquella en que se adquieren comportamientos de dependencia, ligados a la fragilización del estado de salud. Este autor destaca que los comportamientos de adaptación suponen el reconocimiento y la aceptación de una relación de interdependencia- dependencia del organismo que impone limitaciones motrices, sensoriales o mentales, interdependencia hacia un entorno social donde la calidad de vida actual depende completamente de esta relación. Insiste sobre el reflejo de supervivencia

²⁴ Martínez Gómez, Cristóbal, "Salud familiar", Editorial Científico-Técnica, Ciudad Habana, 2013, págs. 118-124.

indispensable durante esta edad y sobre la flexibilidad del funcionamiento psíquico necesario, permanente e indispensable para resolver cualquier situación.

Durante la segunda parte de la vida adulta, probablemente alrededor de los cincuenta años, numerosos autores están de acuerdo en definir un período de cambio en el desarrollo del adulto marcado por los siguientes procesos:

- Una interiorización creciente
- Un cambio y una complejidad cada vez más grande de las experiencias vividas
- Cambios en la perspectiva temporal
- Cambios en todo lo concerniente al dominio del entorno ²⁵

Formas de conductas más frecuentes en el anciano: Como a cualquier edad, el anciano se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan cambios, ante estas situaciones debe encaminar sus esfuerzos a la búsqueda de soluciones o formas de adaptación que le permiten seguir viviendo. ²⁶

En este sentido manifiestan toda una serie de conductas o formas de reaccionar muy “típicas” de esta edad:

1. Comportamiento contradictorio:
Temen a la soledad pero con frecuencia no aceptan las proposiciones que se les hace para evitarlas como una forma de no enfrentar nuevos abandonos o rechazos en el futuro.
2. Labilidad emocional y afectiva constantes:
Por el menor motivo se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional inadecuada.

²⁵ Jiménez Herrero, “Psicología del anciano”, Manual de Geriátría, 3ra Edición, Editorial Salvat, Barcelona 2012, págs. 137-141.

²⁶ Mercadé y Saige, “Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica”, Editorial Salvat, Barcelona 2013, págs. 312-318.

3. Machaconería

Tienden a repetir cosas coherentes pero por su constancia y contundencia inducen comportamientos agresivos en los demás.²⁷

4. Quejas continuas:

Ya sea en torno a su salud o pérdida de autonomía, sus quejas regularmente prolijas en su expresión, crean irritación en quienes los escuchan con sistematicidad, estas quejas demandan afecto e interés hacia sí mismos, pero suelen testimoniar más bien una disfunción de su sociabilidad y capacidad de amar y una forma de replegarse sobre sí mismos.

5. Conducta de toxico filia:

Su expresión más alta es en la dependencia que hace el anciano de ciertos fármacos (laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vaso activos o alcohol).

6. Regresión de la libido:

En esta conducta manifiesta una clara disminución del amor hacia los demás, pérdida del interés hacia otras actividades, y un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento de la pereza.

7. Aumento de los deseos de ser amado:

Se muestran celosos con todos provocando conflictos con sus convivientes, llegando incluso al "chantaje afectivo" como una forma de conducta regresiva.

8. Tendencia a guardar cosas:

Se dan a la tarea de almacenar alimentos, objetos, papeles, periódicos, en fin, reliquias que llenan sus armarios, mesas, etc., lo que revela su deterioro regresivo; no toleran cambio con relación a este conservadurismo ya que reaccionan de forma agresiva e intolerante.

9. Conductas agresivas:

Esta agresividad puede constituir una forma de adaptación al medio, por lo

tanto si es comprendida y escuchada puede ayudarlos, pero puede ser perjudicial si los convivientes la consideran patológica.

10. Apego a su hábitat (espacio, territorialidad)

Se les hace difícil adaptarse a nuevos lugares, necesitan su espacio, su privacidad, exigen respeto a su rincón y sillón favorito, ya sea en hogar o en instituciones donde permanezcan temporalmente o por tiempo indefinido.

Características sociales

Los cambios sociales difieren de los fisiológicos y psicológicos por ser estos dos últimos, cambios personales e individuales.

Los sociales son cambios relacionados con la interacción con las demás personas y aunque incluyen cambios personales, se enfocan en las personas que los rodean.

Áreas sociales afectadas

- ✓ Entorno cercano.
- ✓ Familia
- ✓ Comunidad.

Cambios en roles

- ✓ Rol individual: como individuo y/o personales.
Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocara vivir.
Con el avance de ellos años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.
- ✓ Rol social: laborales, dentro de una comunidad, como integrante de una comunidad.

La jubilación es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional.

En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionado con la vejez que cada sociedad pudiera tener.²⁸

- ✓ Modificaciones familiares: incluyen cambios que se dan en la estructura de relaciones familiares (marcha de los hijos, pérdida de la pareja, nacimiento de los nietos, etc.).
- ✓ Jubilación: hay pérdida de actividad social e interacción con personas y/o entorno social.
- ✓ Modificaciones económicas: se enfatizan problemas relativos al cambio de la economía doméstica.
- ✓ Pérdida de relaciones sociales: engloba cambios relativos a la disminución de amistades por aislamiento social, muerte de amigos, familiares, etc.

4.5.2 Enfermedades más frecuentes

Los ancianos constituyen un grupo de riesgo en algunas enfermedades que suelen estar relacionadas precisamente con el envejecimiento, son las denominadas enfermedades crónicas

Se considera enfermedad crónica a aquella de larga duración que progresa de forma lenta y aunque cualquier persona puede desarrollar una enfermedad de este tipo, independientemente de la edad que tenga, éstas son más comunes en los ancianos. De hecho, el Instituto Nacional de Estadística (INE) establece que 1 de cada 6 adultos mayores padece algún tipo de enfermedad crónica.

²⁸ Cristina y Carmen María Sarabia Cobo de la "Universidad de Cantabria" en el 2013. EL envejecimiento. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermería-en-el-envejecimiento/materiales/temaspdf/Tema%203%20Cambios%20psicologicos.pdf>.

1. Artritis y artrosis

La artritis es una inflamación en las articulaciones que suele provocar edema articular.

La artrosis suele ser una consecuencia de un cuadro de artritis grave. Casi todos los ancianos la sufren en alguna de sus articulaciones, aunque suele ser más común en mujeres que en hombres.

En concreto, la artrosis aparece por la degeneración del cartílago articular a causa de la edad, provocando dolor en el movimiento y dificultades motoras.

2. Diabetes Mellitus tipo II

La mayoría de las personas de la tercera edad sufren diabetes. Las principales causas suelen ser el estrés, los malos hábitos alimenticios y la inactividad.

3. Desnutrición

Las personas mayores tienen tendencia a perder el apetito, por lo que su ingesta de proteínas y vitaminas disminuye, pudiendo llegar a provocarles desnutrición.

Este problema puede derivar en otros como deshidratación, anemia o gastritis atrófica, entre otras.

Para evitarlo, es crucial que se desarrollen unos hábitos de alimentación en personas mayores así como el seguimiento de una dieta equilibrada que le garanticen el consumo de todos los minerales y vitaminas que necesita para estar sano.

4. Gripe

La gripe en personas mayores puede generar complicaciones y requerir hospitalización, debido a la aparición de problemas respiratorios.

5. Alzheimer o demencia senil

Suponen una pérdida progresiva de su memoria y sus habilidades mentales; y por el momento no tienen cura.

La principal causa de estas enfermedades degenerativas es el envejecimiento del cerebro que provoca que las células nerviosas se vayan debilitando y atrofiando algunas zonas del cerebro.

6. Parkinson

El Párkinson, al igual que el Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa producida por la pérdida progresiva de neuronas en la sustancia negra cerebral.

Generalmente, el Párkinson se reconoce por un trastorno del movimiento, pero éste no es el único síntoma, sino que también provoca alternaciones cognitivas, emocionales y funcionales.

7. Problemas auditivos y visuales

El desgaste natural del oído debido al envejecimiento suele provocar cierto grado de sordera, que puede paliarse con éxito mediante aparatos auditivos.

Del mismo modo que sucede con el oído, el envejecimiento puede provocar problemas visuales, por lo que es muy importante que el anciano se haga una revisión ocular anual para detectar si existe alguno y empezar con un tratamiento adecuado.

La miopía, la presbicia, las cataratas, el glaucoma o la tensión ocular son algunos de los problemas visuales más comunes en la tercera edad.

8. Hipertensión arterial

Es común que los ancianos tengan la presión arterial alta pero este síntoma no debe tomarse a la ligera ya que la hipertensión arterial podría provocar problemas cardíacos más serios.

9. Hipertrofia de próstata

La hipertrofia de próstata es una de las enfermedades más comunes entre los hombres de la tercera edad. Se debe a un crecimiento excesivo de la próstata, lo que provoca problemas para orinar, provocando en los casos más graves infecciones y cálculos renales.

Beber agua antes de acostarse y reducir el consumo de alcohol y cafeína son buenos métodos de prevención. Si la enfermedad está muy avanzada se puede realizar una cirugía prostatectómica, utilizada también en los casos de cáncer de próstata.

10. Osteoporosis

La osteoporosis aparece como consecuencia de la disminución de la cantidad de minerales en los huesos, por ejemplo, de calcio.

A causa de este problema, los ancianos tienen una mayor facilidad de sufrir fracturas.

Esta enfermedad es más común en mujeres tras la menopausia debido a las carencias hormonales. Para paliar sus efectos, se recomienda incluir en la dieta un aporte extra de calcio y seguir una vida sana que incluya algo de deporte y dieta equilibrada.

11. Accidente Cerebro Vascular

El ictus se trata de una enfermedad cardiovascular que aparece cuando uno de los vasos sanguíneos que lleva la sangre al cerebro se rompe o se obstruye.

Esta enfermedad puede provocar que los ancianos se queden paralizados de forma total o parcial, pierdan facultades motoras y del habla e incluso fallezcan.

12. Infarto

Es considerado una de las principales causas de muerte en la tercera edad. El colesterol, la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes son factores de riesgo para sufrir un infarto. Algunos de los síntomas más comunes son disnea, sensación de falta de aire, cansancio o fatiga, mareos y síncope.

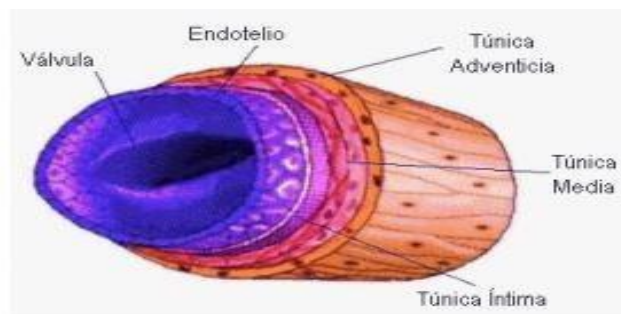
Anatomía y fisiología del sistema venoso

Anatomía venosa

El Sistema Venoso de los miembros inferiores se encuentra dividido en 3 sub-sistemas o conjuntos de venas; Superficial, Profundo y Perforante o Comunicante.

Estructura venosa

Las Venas son vasos sanguíneos de paredes finas y preparadas para soportar baja presión a través de los cuales la sangre retorna al corazón. Se originan mediante pequeños ramos en las redes capilares y siguen dirección contraria a la de las arterias. El diámetro de las venas varía entre 0,1mm y más de 1 mm. Las venas son de mayor volumen que las arterias el volumen de las venas varia con la constitución individual, siendo más gruesas en los individuos delgados que en los gordos, y varia también, con varios sistemas, con ciertos estados fisiológicos, como el esfuerzo, la agitación, etc. A pesar de que las venas están compuestas esencialmente por las 3 mismas capas (túnicas) que las arterias el espesor relativo de las capas es diferente. La túnica interna de las venas es más delgada que la de las arterias; la túnica media de las venas es mucho más delgada que en las arterias, con relativamente poco músculo liso y fibras elásticas. La túnica externa de las venas es la capa más gruesa y está formada por fibras elásticas y colágeno.²⁹



Estructura venosa

²⁹ Tortora J. G., Derrickson B. El Aparato Circulatorio: vasos sanguíneos y hemodinamia; Cap. 21; Principios de Anatomía y Fisiología; 11a Ed. Ed. Médica Panamericana, 2011, P.p. 740-807.

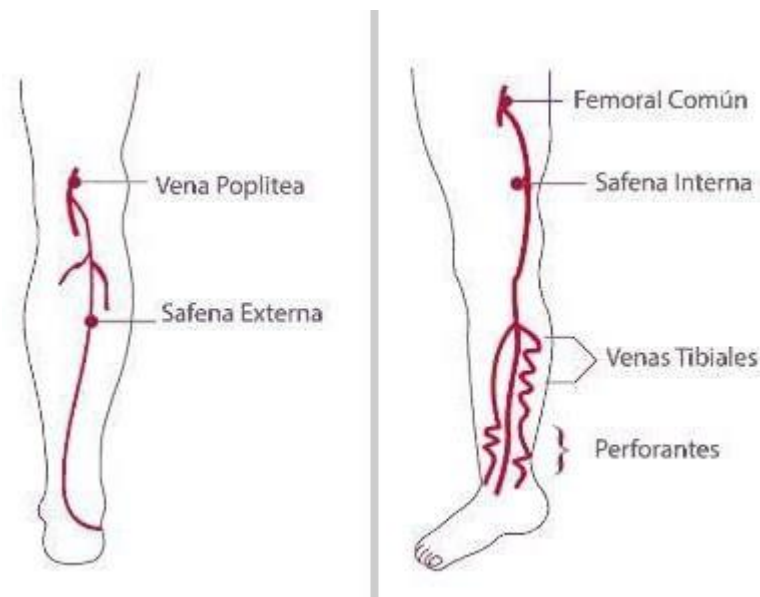
La mayoría de las venas de los miembros inferiores poseen unas estructuras formadas de la propia túnica íntima llamadas válvulas.

Estas válvulas son pliegues semilunares unidireccionales de la íntima que en condiciones fisiológicas impiden el flujo retrogrado de la sangre. Estas válvulas venosas son más abundantes en la parte distal de los miembros inferiores y se reducen conforme el sistema venoso avanza hacia el corazón. De esta forma se entiende que no existen válvulas a nivel de la Vena Cava Inferior.

Sistema venoso superficial

El Sistema Venoso Superficial (SVC) de los miembros inferiores está compuesto en esencia por 2 venas principales. La Vena Safena Mayor (también llamada Vena Safena Interna) y la Vena Safena Menor (también llamada Vena Safena Externa)

30



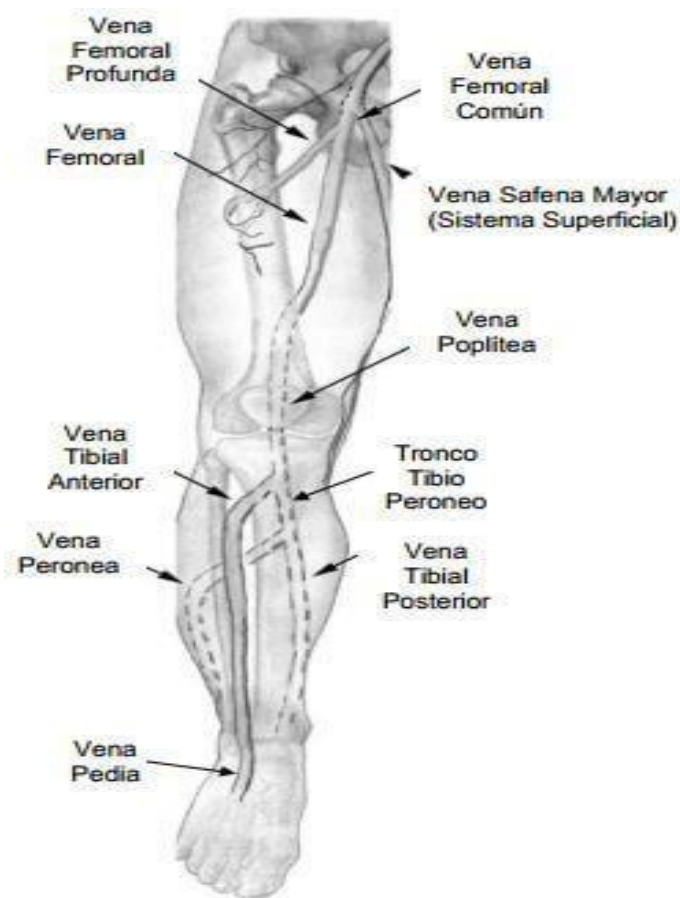
Sistema venoso superficial

³⁰ 1 Pierre K. Venas, Anatomía General, México, ED. Médica Panamericana 2012, p. p. 176 - 178

Sistema Venoso profundo

Las venas del sistema profundo se ocupan del 90 al 95% del retorno de la sangre de los miembros inferiores. Mientras que el otro 10 o 5% es trabajo de las venas del sistema superficial. Este es uno de los aspectos más importantes en la Insuficiencia Venosa.

A diferencia del Sistema Venoso Superficial, las venas del sistema profundo se encuentran por debajo de la aponeurosis o fascia muscular por lo que se afirma que son subaponeuroticas.³¹



Sistema Venoso profundo

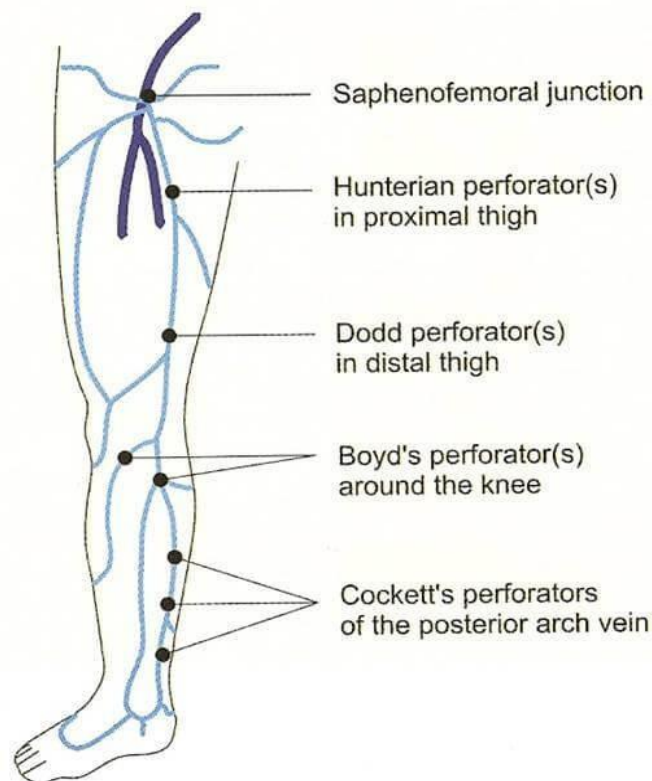
³¹ Pierre K. Venas, Anatomía General, México, ED. Médica Panamericana, 2012 p. p. 180 – 182

El Sistema Venoso profundo tiene su origen en las venas digitales profundas plantares y dorsales. Estas a su vez se continúan como venas metatarsianas profundas plantares y dorsales, las cuales se unen para formar al llamado arco venoso plantar profundo.

Sistema venoso perforante

El Sistema Venoso Superficial se encuentra en contacto con el Sistema Venoso Profundo mediante Venas perforantes que atraviesan las fascias y comunican ambos sistemas venosos.

Al igual que las otras venas de los sistemas superficial y profundo, las venas perforantes cuentan con válvulas que evitan el flujo retrogrado de la sangre. Parte de la función esencial de estas venas es permitir el paso de la sangre del sistema superficial al profundo. Además de no permitir el flujo retrogrado de la sangre del profundo al superficial.



Sistema Venoso Perforante

Fisiología venosa

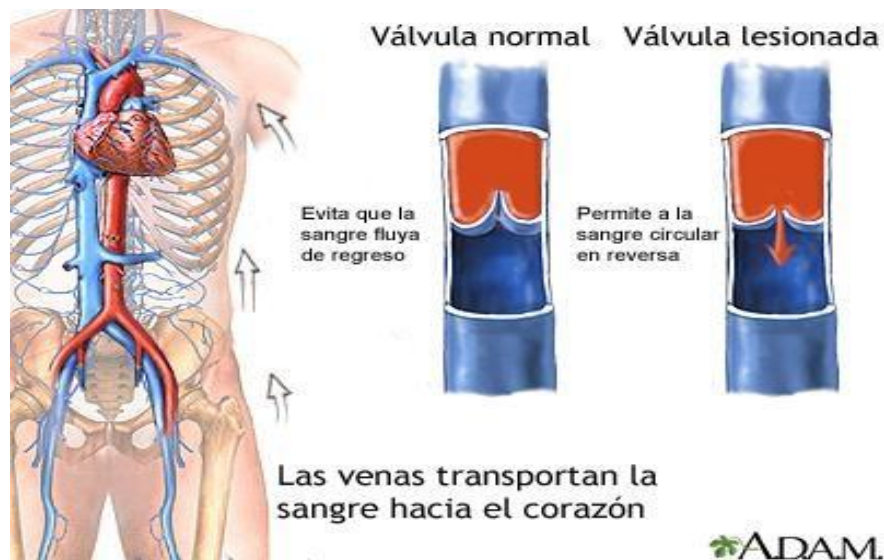
Las Venas son el sistema encargado de llevar la sangre desoxigenada de regreso al corazón. A este fenómeno se le denomina Retorno Venoso. Existen varios mecanismos que influyen sobre el retorno venoso, divididos en 2 grandes grupos; Las fuerzas centrifugas y las fuerzas centrípetas.

Dentro de las fuerzas centrifugas encontramos a las fuerzas hidrostáticas y a las condiciones hemodinámicas negativas. Estas fuerzas son aquellas que se oponen al retorno venoso. Mientras que las fuerzas centrípetas son aquellas que favorecen al retorno venoso y se oponen a las fuerzas centrifugas. Dentro de las fuerzas centrípetas encontramos a; La acción intrínseca del corazón, la fuerza anterógrada, la bomba venosa y la presión venosa del pie.

Válvulas venosas

Son quizás el aspecto fisiológico más importante para lograr un adecuado retorno venoso. Estas válvulas evitan que la sangre que fluye en un único sentido se regrese. El flujo de sangre venosa es secuencial, existen periodos de dilatación y colapso de la vena.

Es en estos periodos que estas estructuras formadas de la capa íntima de las venas cobran vital importancia. Las válvulas venosas responden a las Fuerzas Centrípetas abriéndose y permitiendo el paso de la sangre. Sin embargo, cuando la presión ejercida por las Fuerzas Centrípetas cesa, la válvula se cierra. De esta forma las válvulas se cierran ante las Fuerzas Centrifugas.



Válvula venosa

Succión cardiaca intrínseca

La baja presión auricular e interventricular genera un efecto de succión por diferencia de presiones. De forma que durante las diástoles cuando se abre la válvula aurícula-ventricular se genera una fuerza negativa que crea una succión de la sangre venosa hacia el corazón.

Fuerza anterógrada

Esta es la fuerza resultante de la fisiología respiratoria. La presión en los pulmones es negativa y al inhalar esta presión negativa aumenta y la presión intraabdominal aumenta debido a que el diafragma desciende. Este aumento en la presión intraabdominal genera que las válvulas de las venas de los miembros inferiores se cierran.

En cambio al espirar ocurre lo contrario. La presión pulmonar negativa cae y por lo tanto la presión intraabdominal disminuye, abriendo las válvulas de las venas de los miembros inferiores. Esta disminución de presión genera una succión llamada fuerza anterógrada que permite el paso de la sangre hacia el corazón.

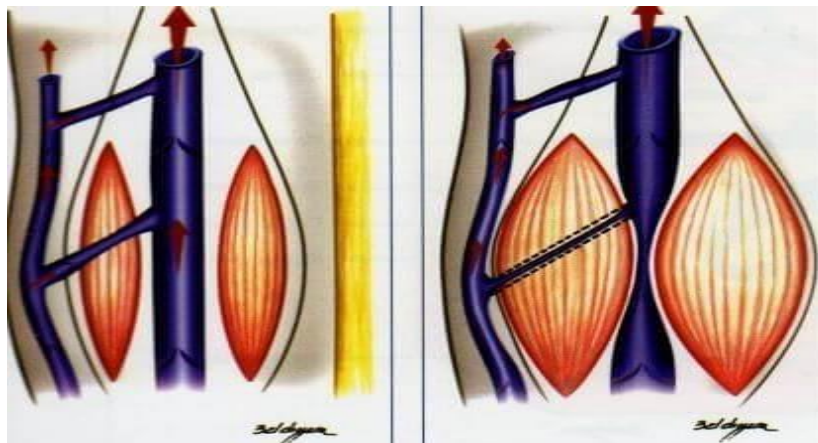
Presión hidrostática y presión venosa

En una persona en decúbito entonces la fuerza retrograda (ejercida por el corazón) y anterógrada (ejercida por la respiración) son suficientes para impulsar la sangre a través de las venas de regreso hacia el corazón. El problema surge cuando nos encontramos en bipedestación (de pie)

Al encontrarnos en bipedestación la presión hidrostática o presión gravitacional aumenta el peso de la sangre, lo que genera un aumento en la presión venosa. En bipedestación las venas de los pies mantienen una presión de entre 90 y 100 mmHg.

Bomba venosa o bomba muscular

Este es el principal mecanismo mediante el cual las venas pueden llevar la sangre de regreso al corazón aun cuando nos encontramos en bipedestación.



Bomba venosa o bomba muscular

El flujo venoso tiene tendencia a ser centrípeto. Es decir va desde las venas superficiales hacia las venas profunda, cuales se encuentran en íntimo contacto con los músculos de la pierna.

La contracción rítmica de los músculos con el movimiento genera un efecto de bomba sobre las venas del sistema venoso profundo. Al contraerse el musculo se

genera una compresión de la vena. Esta compresión impulsa la sangre hacia arriba y en dirección al corazón.

Parte importante de esta Bomba muscular es que durante la contracción muscular también se comprimen a las venas perforantes. La presión de las venas de los pies en una persona en movimiento es de 20 a 25 mmHg

Presión venosa de pie

También conocida como la suela venosa de Lejard. Con cada paso que se da durante la deambulaci3n se consigue que los m3sculos, las venas superficiales, la aponeurosis y el sistema venoso profundo se compriman.

4.5.3 Descripci3n del padecimiento

Concepto

El t3rmino «insuficiencia venosa cr3nica» (IVC) es una condici3n patol3gica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sangu3neo debido a anormalidades de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucci3n o reflujo sangu3neo en las venas. La Uni3n Internacional de Flebolog3a define la Insuficiencia Venosa Cr3nica como los cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensi3n venosa prolongada.

La Insuficiencia venosa cr3nica alude tanto a las enfermedades que afectan a las venas de la extremidad inferior de forma moderada como a las varices , a los estadios m3s avanzados de la enfermedad significados por las alteraciones cut3neas y a la 3lcera, el sangrado (varicorragia) o la flebitis superficial

Epidemiolog3a

Se calcula que el 90% de una poblaci3n puede padecer el s3ndrome de insuficiencia venosa en cualquier momento de la vida, hasta los severos cuadros

de ulceración y lipodermatoesclerosis de las extremidades en el 1-2% de la misma población ³²

Constituye la enfermedad más común dentro de las enfermedades vasculares periféricas, la prevalencia reportada para algunas regiones del globo terráqueo es del 26.6% en Europa, y del 20% en América Latina ³³ . Tiene una incidencia del 2% anual y una prevalencia del 10% en la población adulta, mayor de 40 años y a un 15-20% en mayores de 70 años, predomina en las mujeres. En los países industrializados la prevalencia de insuficiencia venosa periférica de miembros pélvicos varía entre el 20 y 60%, por lo que resulta ser una de las enfermedades más costosas de la sociedad en el plano sanitario, social y laboral a causa de la incapacidad que produce.

La mortalidad de la Insuficiencia Venosa Periférica es de un 30% diagnosticado a los 5 años y de un 70% a los 15 años a causa de la deficiencia en la detección, manejo y tratamiento médico de los pacientes con esta afección ³⁴

En México “el 67.8 por ciento de la población padece en alguna medida insuficiencia venosa crónica y las mujeres son quienes presentan con mayor frecuencia esta enfermedad”. (José Luis Camacho, Angiólogo y cirujanos vasculares del hospital Ángeles del Pedregal).

En el ámbito laboral, se ha identificado que si una persona está sometida a largas horas de pie y en un espacio reducido, la probabilidad de presentar algún síntoma de insuficiencia venosa en miembros inferiores es de un 60%³⁵.

³³ . España G. Enfermedad vascular periférica: isquemia de miembros inferiores. Madrid: Mc Graw Hill; 2014. p. 160---71.

³⁴ Torres Butron E, Márquez Calderón S. Resultados del tratamiento endovascular de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores. AETSA. 2012. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA-2007.17.enovascularpdf>. Citado: 29 de marzo de 2015.

³⁵ Altmann-Canestri, Sánchez C, Tropper U. Tratado de flebología y linfología. Buenos Aires: Fundación Fleg; 1995. p. 385.

Etiopatogenia

Aún no se sabe de forma exacta el mecanismo fisiopatológico de la Insuficiencia Venosa. Sin embargo, se entiende que este es un proceso multifactorial y de lenta progresión. De forma general se afirma que la Fisiopatología de la Insuficiencia Venosa está dada por 2 procesos patológicos; El flujo retrogrado de sangre denominado reflujo venoso y la obstrucción venosa o inclusive una combinación de ambos.

La Insuficiencia Venosa Primaria puede afectar a ambas venas del sistema superficial (Safena Mayor y Safena Menor), solo a una de estas o a ninguna. En ocasiones es posible que la vena afectada sea una de las perforantes (Cockett y Boyd son las de mayor incidencia). Uno de los aspectos más destacados es la hipertensión venosa, aunque su causa exacta aun es desconocida.

La hipertensión venosa puede ser de etiología primaria o secundaria.

Primaria:

- ✓ Factores predisponentes de tipo congénito y frecuentemente hereditario
- ✓ Avalvulación venosa en los sistemas venosos profundo y superficial
- ✓ La distribución anómala de las válvulas
- ✓ Alteraciones morfológicas de la pared venosa en referencia al equilibrio entre fibras de colágeno y elastina.

Secundaria:

- Trombosis venosa del sistema venoso profundo (síndrome postrombótico).

La hipertensión venosa ambulatoria es la consecuencia directa de la disfunción en las variables hemodinámicas del flujo venoso en la extremidad inferior que, en circunstancias de normalidad y en situación de bipedestación, mantienen la presión venosa en los plexos venosos de la extremidad entre 10 y 15 mm Hg.

Dichas variables son: la acción de sístole y diástole en los plexos venosos plantares y gemelares, la compartimentación de la columna de flujo venosa entre segmentos valvulados, la capacitancia venosa y la función cardíaca.

Se acepta que, en la insuficiencia venosa crónica de etiología primaria, el reflujo venoso generado a partir del fallo de la función valvular es el hecho inicial a partir del cual se genera hipertensión venosa.

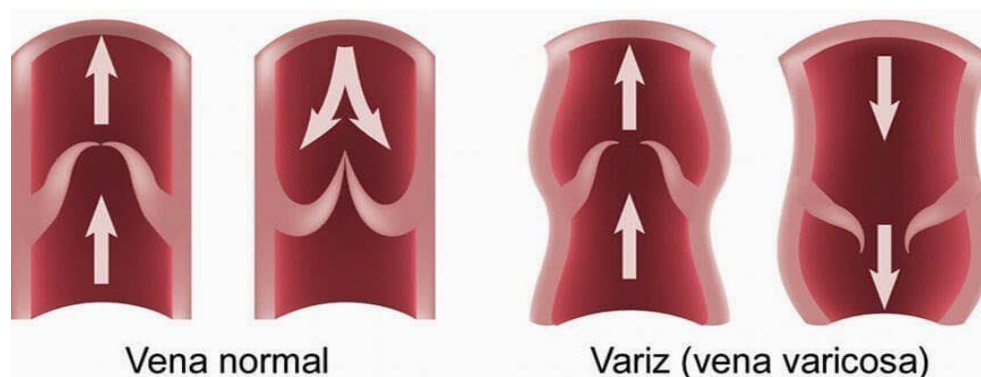
En la de etiología secundaria, dicho fallo es consecuencia de la fibrosis valvular secundaria a la trombosis.

No obstante, aún permanece incierto el papel que desempeñaría en el proceso la inervación de la vena en su capacidad de aumentar de forma pasiva su volumen y la función de los mecanismos de bombeo muscular. En ambas etiologías, como factores desencadenantes actúan un índice de masa corporal mantenido superior a 30, las alteraciones estructurales del pie (pie plano), la gestación, los estrógenos y la bipedestación habitual y prolongada.

Disfunción y reflujo valvular

Es importante comprender que las válvulas venosas se vuelven disfuncionales por el efecto de la dilatación y alargamiento de la vena. Las válvulas venosas permanecen sin alteraciones a excepción de lo que ocurre en la Insuficiencia Venosa Secundaria donde si hay destrucción de la válvula venosa.

Al generarse la dilatación y alargamiento de la vena las Válvulas Venosas no consiguen cerrarse por completo y permiten el reflujo de sangre. Cuanto mayor sea la dilatación venosa, mayor será la disfunción valvular y por ende el Reflujo valvular.



Cuando la pared de la vena se encuentra dilatada la válvula no consigue cerrarse por completo. El resultado es el retorno de la sangre. Este hecho genera que exista un mayor volumen de sangre dentro de la vena, lo que genera hipertensión venosa. Con el tiempo la vena busca dilatarse para compensar el exceso de presión, lo que agravara más el problema.

Clasificación

1. Insuficiencia venosa primaria o esencial. Se caracteriza por la presencia de cambios estructurales en las venas superficiales de las extremidades inferiores, como flexuosidades, dilataciones y alargamientos ocasionados por pérdida de elasticidad y atrofia o desaparición de las válvulas.
2. Secundaria posterior a una trombosis venosa profunda.

Tipos de varices (ANEXO 1)

Las varices esenciales no complicadas de los miembros pélvicos, pueden adoptar diferentes aspectos.

- Telangiectasias: Son dilataciones venosas subepidérmicas, muy superficiales, de pequeño tamaño: de 0.1 a 1mm. Adquieren distinta coloración pero suelen ser rojas de distinto tono. (ANEXO 2).
- Varices reticulares: También llamadas, menos apropiadamente, varículas. Se sitúan un poco más profundas que las telangiectasias, en la dermis reticular, de ahí el nombre. Por transparencia adquieren un color azulado-verdoso, y el tamaño puede ir hasta los 3-4mm. (ANEXO 3).
- Varices tronculares: Son las varices de las propias safenas (tronculares) y de sus principales ramas (colaterales). El tamaño es variable (de 4mm, hasta más de 2cm) y normalmente producen relieve sobre la piel. (ANEXO 4).

Formas no complicadas

Varices

- Constituyen el signo más prevalente de la insuficiencia venosa crónica. En función de su morfología y distribución se clasifican en varices tronculares, varices reticulares y telangiectasias.

Formas complicadas

Angiodisplasias

- Las angiodisplasias comprenden los síndromes de Klippel-Trenaunay y de Parkes-Weber y los aneurismas venosos. El primero constituye la displasia congénita más frecuente y cursa de modo manifiesto desde los primeros años de vida, en forma de la tríada de varices, nevus planos e hipertrofia ósea en la extremidad.

El segundo corresponde a una hemangiectasia hipertrófica secundaria a fístulas arteriovenosas congénitas.

Los aneurismas constituyen dilataciones saculares en el sistema venoso profundo y cursan de forma asintomática excepto cuando se complican en forma de trombosis.

Varicoflebitis

- Es la trombosis de una vena previamente varicosa. Debe diferenciarse de la trombosis superficial, que asienta sobre una vena superficial normal, y de la trombosis venosa profunda, que se produce en el sistema venoso profundo. Cursa con tumefacción de la variz e hipersensibilidad cutánea a los estímulos de baja intensidad. En términos generales no existe un componente séptico, sino únicamente inflamatorio; el primero debe evaluarse cuando afecta al confluente safenofemoral en el contexto de una crisis hemorroidal y el enfermo presenta fiebre.

Dermatitis varicosa

- Es una reacción cutánea en forma de máculas rojizas en el trayecto o vecindad de una variz. Está ocasionada por la sequedad cutánea con la que suele cursar la IVC y que favorece la colonización micótica y bacteriana.

Angiodermatitis

- Es una complicación cutánea en forma de pigmentación que se localiza en el dorso y las zonas laterales del pie «acroangiodermatitis» y que se establece por la proliferación de fibroblastos observada en la hipertensión venosa mantenida.

Atrofia blanca

- Consiste en una placa cutánea mal delimitada, de coloración blanquecina y surcada por telangiectasias. Es secundaria a la fragmentación, degeneración y absorción de las fibras elásticas y del colágeno. Su localización más prevalente es la zona lateral interna del tercio inferior de la pierna.

Lipodermatosclerosis

- Lesión cutánea que constituye un estadio evolutivo y que se caracteriza por pérdida de elasticidad en la piel y la hipodermis.

Úlcera de etiología venosa

- Es la úlcera de la extremidad inferior con mayor prevalencia (70%-75%). Constituye el estadio terminal de la mayor parte de las formas clínicas complicadas descritas y su desencadenante más frecuente es un traumatismo sobre las mismas. Su localización prevalente, en la cara lateral interna del tercio distal de la pierna, inicialmente puede presentar una morfología variable, a las pocas semanas de evolución adopta forma oval.

Factores de riesgo

- ✓ Edad: a mayor edad mayor riesgo.
- ✓ Predisponentes: familia con antecedentes, si ambos padres la padecen el 90% de los hijos también tendrán la enfermedad, transmitiéndose características morfológicas de las varices, la localización, la debilidad congénita de la pared venosa y la alteración del tejido conjuntivo
- ✓ Anatómicos: que incluye debilidad de la pared venosa a cualquier nivel del tejido conjuntivo y el compromiso valvular donde puede haber ausencia o atrofia de las mismas
- ✓ Ortostatismo prolongado.
- ✓ Obesidad
- ✓ Determinantes: embarazos, donde el factor endócrino (progesterona y distensibilidad causante por sobrecarga gestacional), mecánico (aumento de volemia circulante y compresión que el útero grávido ejerce sobre la vena cava inferior) y el nutricional (aumento de peso que agrava la estasis circulatoria) tienen efecto negativo en las venas
- ✓ Menopausia y ciclo menstrual (que actúa directamente sobre el tono venoso a través de la progesterona y el estrógeno) y el uso de anticonceptivos u otros preparados orales.
- ✓ Sexo femenino: con más intensidad relacionada a obesidad.
- ✓ La vejez.
- ✓ Enfermedades como la artrosis, el pie plano y la obesidad.
- ✓ Profesiones de riesgo
- ✓ Sedentarismo.
- ✓ Estreñimiento por dieta baja en fibra que conlleva un esfuerzo evacuatorio que supone un incremento en la presión intraabdominal y dificulta el retorno
- ✓ Utilización de prendas que oprimen la base de las piernas o de la cintura y la exposición al calor (mediante la acción inhibidora de las terminaciones simpáticas venoconstrictoras de las venas superficiales).

- ✓ Jóvenes mujeres: por el uso de tacones alto (la medida aceptable de tacón es de 5 cm, máximo 7 cm; la explicación sobre esta relación es que el tono basal de los músculos posteriores se encuentra aumentado; esto se atribuye a que una longitud de los músculos menor hace que sean menos efectivos debido a que las venas realizarán un mayor esfuerzo contra la gravedad para regresar el flujo de sangre hacia el corazón.³⁶
- ✓ Jóvenes hombres: por el tabaquismo ya que fumar es un factor importante en el estrés oxidativo, donde se tiene como resultado hipoxia, la cual está relacionada con el cierre de los esfínteres precapilares. Esta hipoxia activa las células endoteliales, lo que conduce a la producción de factores proinflamatorios dentro de la pared del vaso y resulta en aumento de la permeabilidad capilar y cambios inflamatorios locales ³⁷

Cuadro clínico

- Funcionales
 - ✓ Síndrome ortostático: pesantez y cansancio de piernas que aumenta con la bipedestación y el calor.
 - ✓ Hiperestesias y calambres musculares en pantorrilla generalmente vespertinos debido a la fatiga.
 - ✓ Prurito intenso en región supramaleolar que se extiende a la mitad de la pierna. ³⁸

³⁶ Tabares E y Sánchez-Col S. Enfermedad vascular periférica: problemas venosos de miembros inferiores. En: Rodríguez V, Estudio de la Incapacidad Laboral por Enfermedades Cardiocirculatorias, Madrid, Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, 2009, pp. 173-82

³⁷ . Meje Navarrete M, Bases de la medicina clínica. Vascular, Chile, Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.basesmedicina.cl/vascular/>

[insuficiencia_venosa/insuficiencia_venosa_%20de_extremidades_inferiores.pdf](http://www.basesmedicina.cl/vascular/insuficiencia_venosa/insuficiencia_venosa_%20de_extremidades_inferiores.pdf).

³⁸ Guía de Práctica clínica. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/175_GPC_INSUFICIENCIA_VENOSA_C/mss_175RR.pdf

- Físicos
 - ✓ Varicosidades
 - ✓ Edema inicialmente en región supramaleolar, de aspecto marmóreo, de predominio vespertino.
 - ✓ Pigmentaciones y cambios de color de piel: dermatitis ocre y atrofia blanca.
 - ✓ Ulceras supramaleolares en especial el maléolo interno con halo eccematoso y acompañado de descamación.
 - ✓ Aumento de la temperatura de la piel, con eritema y dolor en el trayecto.

Diagnóstico

Clasificación de Nicolaidis conocida como CEAP para la insuficiencia venosa crónica.

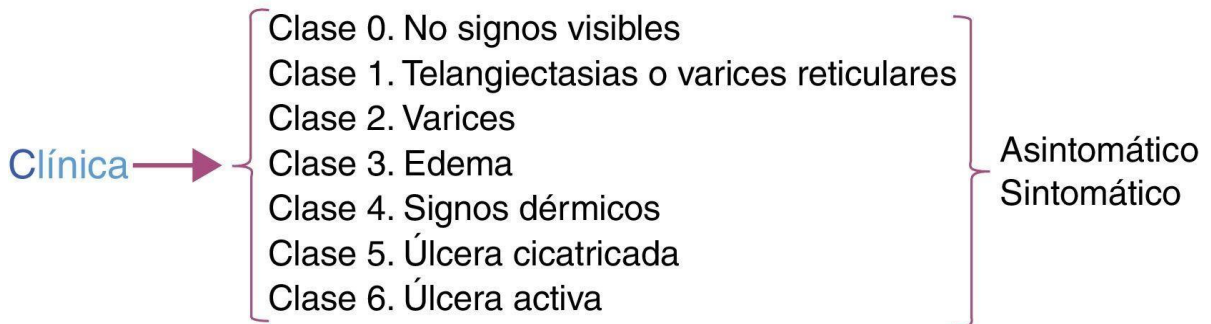
Con CEAP: Sistema de clasificación completo para trastornos venosos.

La clasificación de los estadios de la insuficiencia venosa crónica ha sido objeto de diversas modificaciones en los últimos 25 años.

En la actualidad, la que presenta un mayor grado de consenso es la denominada: «Clasificación CEAP», que ordena la enfermedad en función de:

1. Los signos clínicos («C»)
2. La etiología («E»)
3. La anatomía de los sectores venosos afectados («A»)
4. La fisiopatología («P»)

Clasificación CEAP de la EVC



Etiología → Congénita, Primaria, Secundaria

Anatomía → Superficial y/o Profunda (D) y/o Perforantes

Patofisiología → Reflujo y/o Obstrucción



- Historia clínica
- Exploración clínica, generalmente realizada en bipedestación. En esta exploración, además de la visualización (asimetrías, edema uní- o bilateral, alteraciones de la coloración, distribución de las varices) destacan tres maniobras exploratorias que, en pacientes con varices, permiten conocer el origen anatómico de la insuficiencia venosa:
 1. Maniobra de Schwartz. Se realiza en bipedestación e informa de la competencia valvular. Se coloca una mano sobre el trayecto venoso proximal y se percute con la otra mano en el segmento distal de la vena. La percepción de una onda de presión en el segmento proximal indica incompetencia venosa proximal.
 2. Maniobra de Perthes. También se realiza en bipedestación, colocando un manguito elástico subrotuliano y haciendo que el paciente camine o realice ejercicios de dorsiflexión plantar. Si las varices se colapsan y desaparecen, es indicio de buen funcionamiento de las venas perforantes y competencia valvular del sistema venoso profundo.

3. Maniobra de Trendelenburg. Se realiza en dos tiempos. Primero se eleva la extremidad en decúbito para vaciar los trayectos venosos dilatados; a continuación se colocan manguitos por debajo de la unión safenofemoral en el muslo o por debajo de la unión safenopoplíteica en la pantorrilla y, en un segundo tiempo, se coloca al paciente en bipedestación. Si los paquetes varicosos permanecen colapsados y aparecen al retirar los manguitos, es indicativo de insuficiencia en las uniones safenofemorales en el caso de la vena safena interna o safenopoplíteicas si se trata de la vena safena externa

- Evaluar de acuerdo a clasificación de Nicolaides CEAP (ANEXO 5)

Es recomendable realizar pletismografía en los siguientes casos.

- ✓ Pacientes con cambios cutáneos de insuficiencia venosa crónica sin varices.
- ✓ Ensayos clínicos en los que se desee registrar la presión venosa en la insuficiencia venosa crónica.
- ✓ Cuando no se cuenta con doppler.

Se recomienda realizar Doppler dúplex para el diagnóstico preciso de insuficiencia venosa crónica en los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico.

- Eco-Doppler en escala de grises modo-B) y el eco-Doppler en color. Ambas modalidades permiten conocer el estado anatómico de los ejes venosos, la normalidad o no de la hemodinámica venosa basal y los puntos de reflujo de los ejes venosos profundos o superficiales.

Una exploración mediante eco-Doppler del sistema venoso se considera normal si cumplen los siguientes criterios:

1) la vena explorada debe ser colapsable con la presión ejercida con el transductor sobre la piel (si existe trombo en su interior, la vena no se colapsa con la presión)

- 2) el flujo venoso ha de ser fásico, que aumenta con la inspiración (presión negativa ejercida por la cavidad torácica) y disminuye en la fase de espiración
- 3) se aprecia ausencia de reflujo con el aumento de la presión abdominal (maniobra de Valsalva)
- 4) se produce una onda de aumento positiva en la velocidad de flujo venoso al comprimir la masa muscular por debajo del segmento explorado.

Exploraciones radiológicas:

- Flebografía. Se recomienda en los siguientes casos:
 - ✓ Pacientes con anomalías o malformaciones anatómicas.
 - ✓ Pacientes candidatos a cirugía del sistema venoso profundo.
 - ✓ Varices recidivantes
- La angio-TC
- Angio-RM.

Las indicaciones más comunes del estudio con flebografía ascendente son: diagnóstico no concluyente de la trombosis venosa profunda mediante eco-Doppler, angiodisplasias o estudio preoperatorio para la realización de técnicas de reconstrucción del sistema venoso profundo.

Tratamiento

En los pacientes con insuficiencia venosa crónica, el objetivo de tratamiento es la eliminación del reflujo venoso que causa la hipertensión venosa. Independientemente de la etiología de la insuficiencia venosa crónica, no existe una sola modalidad de tratamiento para este cuadro clínico.

Tratamiento farmacológico.

Se pueden emplear en clasificación CEAP 1,2 y 3.

- Las sustancias más empleadas tienen una acción antiinflamatoria y sobre el tono parietal venoso, pertenecen al grupo de las gammabenzopironas y son el ácido flavónico, la diosmina y la hidrosmina.

En pacientes con edema venoso persistente pueden emplearse de manera muy restrictiva, y durante períodos de tiempo cortos (7-10 días):

- Diuréticos del tipo de los derivados tiacídicos (50 mg/24 h) o la espironolactona (100 mg/24 h).

Los medicamentos flebotónicos pueden utilizarse en los siguientes casos:

- ✓ Para manejo de los síntomas subjetivos y funcionales de la insuficiencia venosa crónica (fatiga, calambres nocturnos, piernas cansadas, pesantez tensión y edema).
- ✓ Paciente con insuficiencia venosa crónica en donde la cirugía no está indicada.
- ✓ Como terapia coadyuvante en pacientes sometido a tratamiento quirúrgico con persistencia de síntomas subjetivos.

Medicamentos:

- Castaña de indias: 20 a 200 mg/24 horas.
- Diosmina 500 a 1500 mg/24 horas.
- Dobesilato cálcico 500 a 1000 mg/ 24 horas.
- Ruscus Aculeatus 300 a 450 mg/ 24 horas.
- En pacientes con ulcera venosa está indicado el uso de pentoxifilina en dosis de 400 mg vía oral cada 8 horas hasta que cicatrice la ulcera (no está justificado su uso en pacientes con clasificación (C) de CEAP menor de 6)

- Enoxoparina sódica: para tratamiento de trombosis venosa profunda y enfermedad periférica, profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes quirúrgicos: se puede administrar SC bien en una inyección al día de 150 UI/kg (1,5 mg/kg) o bien en dos inyecciones al día de 100 UI/kg (1 mg/kg). El tratamiento con enoxoparina sódica se prescribe para un período medio de 10 días.

Tratamiento no farmacológico.

Las medidas de alivio venoso son indicaciones sugeridas para evitar la hipertensión venosa de las extremidades pélvicas en personas con factores de riesgo para desarrollar insuficiencia venosa crónica y en pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica.

- Evitar o corregir el sobrepeso y la obesidad.
- Evitar el sedentarismo y el ortostatismo prolongado.
- Utilizar prendas y calzado cómodo y fresco, con tacón de menos de 3 cm de altura.
- Realizar medidas fisicoposturales. (ANEXO 6)
- Realizar actividades físicas, especialmente se recomiendan la natación y la deambulación.
- Corregir el estreñimiento.
- Para las personas que tienen periodos prolongados de sedestación (más de 5 horas) se recomienda: realizar ejercicios de compresión de los músculos de la pantorrilla que impliquen la flexión y extensión de los tobillos así como movimientos circulares del pie.

La compresión terapéutica y preventiva se recomienda de manera individualizada en los pacientes con insuficiencia venosa crónica; la de uso más común es la de los dispositivos (media o calcetín) teniendo en consideración las contraindicaciones establecidas (ANEXO 7).

De acuerdo a la etapa clínica de la clasificación de CEAP en que se encuentre las recomendaciones son las siguientes:

CEAP (C0): media elástica grado 10-14 mmHg. Clase A, prevención.

CEAP (C1): media elástica grado 15-17 mmHg. Clase ligera.

CEAP (C2): media elástica grado 18-21 mmHg. Clase I fuerte.

CEAP (C3): media elástica grado 22-29 mmHg. Clase II

CEAP (C4, C5 y C6): media elástica grado 30-40 mmHg. Clase III.

Personas con factores de riesgo de profesional como trabajos que requieren de bipedestación o sedestación prolongadas (más de 5 horas) o pacientes con sintomatología propia de Insuficiencia Venosa Crónica pero sin signos de la enfermedad (previo descarte de patología osteoarticular): medias elásticas grado 22-29 mmHg.

Tratamiento fisioterápico y terapia de compresión

- Se basa en favorecer el bombeo de la masa muscular y evitar el edema.
- La fisioterapia pasiva consiste en aplicar técnicas de masaje o de presoterapia neumática intermitente.
- En la fisioterapia activa, al paciente se le indican ejercicios de contracción y relajación muscular basados en dorsiflexiones activas de la articulación del tobillo.
- La terapia de compresión, bien en su forma de medias elásticas o mediante la aplicación de vendajes inelásticos, está indicada en la prevención de la trombosis venosa profunda, para la reducción del edema y para las complicaciones de las secuelas posflebíticas del tipo de la úlcera venosa.

Tratamiento esclerosante

Esclerosis química

- Se basa en la ablación de las varices mediante la inducción de un proceso inflamatorio sobre el endotelio venoso, obtenida por la inyección i.v. de sustancias químicas, proceso que concluye con la fibrosis de la vena. Las sustancias empleadas más comúnmente son polidocanol, tetradecilsulfato sódico y glicerina cromada, en diferentes concentraciones y volúmenes. Las contraindicaciones más aceptadas para esta técnica son: isquemia arterial de la extremidad, trombosis venosa o embolia pulmonar previa, estados de trombofilia, embarazo y lactancia y enfermedades concomitantes graves.

Esclerosis térmica

- En los últimos años, las técnicas de láser y radiofrecuencia endoluminal, capaces de ejercer una esclerosis venosa endovascular muy eficaz y permanente, han sustituido en muchos casos a la cirugía como método de elección en el tratamiento de las varices esenciales de los miembros inferiores, al ofrecer menos complicaciones y una recuperación más rápida, sin incisiones quirúrgicas.

Tratamiento quirúrgico

No se recomienda como uso rutinario y se debe reservar para los siguientes casos:

- ✓ Falla al tratamiento conservador (ausencia de mejoría en un periodo de 6 meses de medidas de alivio venoso)
- ✓ Varices complicadas (ANEXO 8)
- ✓ Varices recidivantes.

Tratamiento quirúrgico convencional

- Interrupción de los puntos de reflujo (mediante ligadura-sección de los cayados de vena safena interna o externa y de venas comunicantes)

insuficientes) y la extirpación de los segmentos venosos insuficientes (safenectomías y flebectomías).

Técnica CHIVA (cura hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria)

- Estrategia quirúrgica, aplicable en todas las varices esenciales, basada en el estudio minucioso de la hemodinámica venosa mediante el eco-Doppler. Consiste en desconectar los puntos de reflujo o fuga venosa, eliminar los segmentos venosos insuficientes suprafasciales y preservar las venas perforantes como circuito de reentrada.

Los resultados de esta estrategia son comparables a los de la cirugía convencional.

Rehabilitación

Cuadro II. Medidas Fisicoposturales en la IVC Primaria

• Reposo con elevación de los miembros inferiores sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día, para reducir la sintomatología y el edema
• Elevación de miembros inferiores durante el descanso nocturno entre 20-25 cm, resultando muy efectivo para reducir el edema, lo que favorece la colocación de la compresión elástica diaria.
• Masaje: debe realizarse en forma de expresión de los miembros de abajo a arriba.
• Hidroterapia (Cura de Kneipp): duchas y masajes con agua fría o bien alterando agua fría con tibia para estimular el tono venoso. La inmersión con o sin deambulación en el agua favorece el retorno venoso.

NOTA: Cabe mencionar que el masaje solo se realiza como forma preventiva para personas con factores de riesgo para padecer Insuficiencia Venosa Crónica

Consejos higiénicos:

- Evitar fuentes de calor: Usar el frío como flebotónico (duchas frías, criomasaaje); evitar el estreñimiento, los tacones, el sobrepeso y posturas mantenidas (poner las piernas en alto, vigilar la actividad muscular en viajes largos).
- Con carácter preventivo aconsejar contención elástica y utilizar compresiones bajas (20-40 mmHg).
- Las temperaturas altas del agua pueden llegar a ser perjudiciales.
- En la insuficiencia venosa es muy aconsejable caminar para activar la función.

Para prevenir la trombosis

- Utilizar control postural, buscar posiciones que puedan prevenir las rigideces, miembro afectado en alto.
- Cinesiterapia: si se puede activar para favorecer el retorno.
- La movilización pasiva nos aporta poco de cara al flujo sanguíneo, pero con la ayuda de la gravedad, elevando la extremidad hay cierta eficacia. Nos podemos ayudar de la compresión en la cinesiterapia pasiva.
- Puesta en carga: deambulación.
- La estática en sí misma no ayuda a prevenir la trombosis, pero facilita el éxtasis venoso. Importante caminar, realizar contracción muscular que además se realiza en contra de la gravedad, desde el pie.
- Masaje.
- Crioterapia y ultracrioterapia: analgesia y disminución del edema.
- Electroterapia: puede ser útil, pero en situaciones de problemas de retorno hay que tener cuidado con la impedancia, la intensidad y la sensibilidad del sujeto.

Si se produce edema, dependiendo de la fase será más o menos modificable o reductible. Existen diversas posibilidades de tratamiento según el tipo de edema.

- A veces simplemente con compresión y tratamiento cinesiterápico.
- Drenaje linfático manual (DLM), contraindicado con trombo activo.
- Presoterapia, contraindicado en tromboflebitis aguda.
- Cuidado de la piel del edema: se debe mantener siempre bien hidratada y limpia. Si se cronifica hay riesgo de dermatitis que nos obliga a mantener la higiene de la piel con jabones neutros.

Secuela post-flebitica:

Conforme profundiza la lesión de los tejidos superficiales a profundos la actuación resulta más complicada porque el aporte nutricional de oxígeno a los tejidos es menor debido a la alteración arterial. El tratamiento a utilizar:

- Láser: a frecuencias muy altas (3000-3500 Hz). Hay poca penetración, pero concentra mucha energía en el tejido ulceroso y periulceroso. Actúa sobre la circulación alrededor de la ulcera, limpia la necrosis, facilita el aporte de macrófagos y facilita la cicatrización por segunda intención. Alivio y curación de la ulcera, con apoyo de medios farmacológicos o limpieza quirúrgica.
- Magnetoterapia y masaje peri-ulceroso para estimular el aporte sanguíneo, aumenta el número de macrófagos que limpian, y evoluciona hacia tejido de formación igual que el láser.
- Si hay una buena higiene de la piel normalmente se evitan las dermatitis.
- Si aparece dermatosis, requiere vigilancia y tratamiento dermatológico ya que pueden malignizar.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 74 años de edad, con diagnóstico médico de Insuficiencia Venosa Crónica de 32 años de evolución inicia padecimiento con síntomas como parestesias, pesantez, calambres nocturnos, prurito, resequedad de piel, presencia de telangiectasias y venas reticulares en extremidad inferior derecha y venas varicosas en extremidad inferior izquierda, así como dolor grado 5 (valorado en escala EVA: ANEXO 9), tratado con medidas de alivio, y uso de medias de baja compresión, hace un año inicia con tratamiento a base de Diosmina/Hesperidina 1gr / 24 horas y cambio a medias de mediana compresión.

Actualmente se encuentra con mejoría respecto a la sintomatología, con disminución del dolor en extremidades inferiores aunque en ocasiones se exagera en la posición de pie y disminuye al elevar las piernas, usar medias de compresión y caminar, tolerando alimentos, signos vitales: T/A 110/70 mmHg FC 82x FR 20 T° 36.6°.

EF: alerta, reactiva, ubicada en tiempo, espacio y persona, adecuada coloración de tegumentos, pupilas isocóricas normocrómicas mucosa oral hidratada, faringe normocromica, sin hipertrofia amigdalina, cuello sin megalias, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, peristaltismo presente sin datos de irritación peritoneal, extremidades superiores integra, a la inspección se observa piel escamosa, resequedad en ambas extremidades inferiores, en extremidad inferior izquierda a la palpación con godet grado II (Valoración de signo de Godet: ANEXO 10), dolor grado 3 (valorado en escala EVA: ANEXO 9), se palpan venas varicosas con tortuosidad en todo su trayecto, en extremidad inferior derecha se observan telangiectasias, y venas reticulares (ANEXO 11) llenado capilar de 2 segundos .

5.2 Resultados de valoración

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

I.- Ficha de identificación						
MJMM						
Datos socio demográficos						
Edad: 74 años	Sexo: Femenino		Escolaridad: Primaria			
Ocupación: Empleada	Estado civil: Viuda		Religión: Católica			
Casa	Propia <input checked="" type="checkbox"/>			Prestada		
	Rentada					
Antecedentes personales:						
Alergias	si:		no: <input checked="" type="checkbox"/>			
Especificar: Medicamentos que consume actualmente: Diosmina/Hesperidina 1 gr c/ 24 horas. Diclofenaco 100 mg c/ 12 horas.						
II.- Valoración de necesidades:						
Necesidad de oxigenación:						
Área pulmonar						
Frec. Resp.	20	x min.	Dif. respiratoria	Apnea	Disnea	En esfuerzo
Tos frecuente		Productiva		Seca		
Secreciones bronquiales	Si		No	Características:		
Color de piel y mucosas:	Palidez <input checked="" type="checkbox"/>		Cianosis distal	Cianosis peri bucal		
Datos subjetivos: Grupo sanguíneo: B+, estilo de vida: activa.						
Área cardiovascular						
Frecuencia cardiaca: 84 latidos por minuto						
Pulso: 82 x	Normal <input checked="" type="checkbox"/>		Débil:	Paradójico:	Ausente:	
Llenado capilar:	2	segundos	Distal:	3	segundos	
Edema:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No	Sitio: Extremidad inferior izquierda	+	<u>++</u>	+++ ++++
Datos subjetivos: A la inspección se observan ambas extremidades con varices, piel						
Escamosa y resequedad.						
Extremidad inferior derecha se observan telangiectasias, y venas reticulares.						
Extremidad inferior izquierda: a la palpación con godet grado II (Valoración de signo Godet: ANEXO 10), dolor grado 3 (valorado en escala EVA: ANEXO 9), se palpan venas varicosas con tortuosidad en todo su trayecto						

Necesidad nutrición e hidratación:										
Peso: 54.500 kg					Talla: 1.52					
Dieta habitual (tipo):			Normal: X			Blanda:				
No. De comidas diarias: 3										
Bebidas frecuentes diarias:			Agua X			Café X		Refresco		
Ingesta de líquidos en 24 hr:			Menos de un litro		1-2 litros X		Mayor a 2 litros			
Apetito:	Aumentado		Disminuido		Suplementos alimenticios			Si	No X	
Cavidad oral:		Hidratada:		Semihidratada: X			Deshidratadas:			
		Sin caries:	Caries:	Si	No X	Faltan piezas dentales.		Si X	No	
Prótesis dental:			Fija:			Móvil:				
Problemas de masticación:			Deglución:		Intolerancia:		Nauseas:		Vomito:	
Datos subjetivos:										
Su Índice de masa corporal es de 23.59 kg/m ² , por lo tanto está dentro de parámetros normales. La dieta que lleva acabo es: variada, inocua, no es equilibrada, no es completa, con baja ingesta de líquidos claros, y alta ingesta de café, no es suficiente en calidad y cantidad,										
A pesar de las variables de la dieta los resultados de exámenes de laboratorio son normales: BH, QS.										
La dieta indicada por el médico debe ser: hiposódica (evitar alimentos como: sal, comida frita, sopas de sobre, aceitunas, embutidos, pan), baja en grasas saturadas (mantequilla, nata, embutidos, tocino, carnes rojas), alta en fibra pero con alta ingesta de líquidos (evitar café) y sin irritantes										
Permitido: alimentos ricos en vitamina C (naranja, limones), jengibre, semillas de calabaza, sandia,										

Necesidades de eliminación:									
Urinaria									
Frecuencia:	Veces en el día: 7		Características normales			Si X		No	
Anuria	Oliguria		Poliuria		Disuria:	Nicturia		Tenesmo	
Incontinencia urinaria					Orina intermitente				
Color	Normal			Hematuria		Coluria		Otra X	
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario			al Facilitador cómodo/orinal			Pañal	
Dependencia total:		Sonda Vesical:		Diálisis peritoneal:			Hemodiálisis:		
Datos subjetivos:									
Presenta poliuria, por la mañana y noche, ya que en la tarde evita ingerir líquidos por no									

asistir al sanitario durante su jornada laboral, expresa que intentara mejorar la frecuencia de micciones; esto dosificando ingesta de líquidos.

El color de la orina es amarillo oscuro, en ocasiones naranja, esto debido a la baja ingesta de líquidos y a la alta ingesta de café de grano.

Refiere que en las consultas médicas no le han indicado toma de EGO, ya que niega datos como: disuria, hematuria y tenesmo vesical.

Intestinal			
Frecuencia: _____ 2 _____ veces al día	Características normales		Si X No
Estreñimiento:	Melena	Acolia	Mucosa Pastosa
Con sangre fresca	Fétida	Líquida	
Dependencia parcial:	Acompañado al sanitario	Facilitador de cómodo	pañal
Dependencia total	Colostomía:		
Datos subjetivos: Las características de la evacuación son normales: café, formada, no fétida, no refiere algún síntoma de compromiso intestinal.			

Necesidad de moverse y mantener una buena postura			
Realiza actividad física:	Si	No X	
Sistema musculoesquelético:	Fuerza:	Movilidad:	Activa X Pasiva
Capacidad muscular:	Tono m.	Resistencia	Flexibilidad
	Dolor X	Edema X	
Postura:	Coordinación: SI	Seguridad: SI	Activo:
Uso de dispositivo de ayuda:	Andador	Bastón	Silla de ruedas: Muletas
Escala del dolor			
Datos subjetivos.	<p>A la palpación en extremidad inferior izquierda se detecta godet grado II (Valoración de signo de godet) y dolor grado 3 (valorado en escala visual analógica EVA), se observan expresiones faciales de dolor, muecas de dolor, refiere que durante su jornada laboral siente dolor y cansancio en espalda y extremidades inferiores esto debido a una postura incomoda, al tiempo que permanece en bipedestacion y por síntomas de la enfermedad venosa</p>		

Necesidad de descanso y sueño			
Horas de descanso al día: 2 HORAS			
Tipo de sueño:	Fisiológico	Inducido	Insomnio X
Horas de sueño: 6 HORAS			
Facilitadores de sueño:	Masaje	Relajación X	Música
	Lectura	Medicamentos	
Datos subjetivos. Refiere que por las noches no es fácil conciliar el sueño ya que presenta pesantez y dolor en extremidades inferiores, por lo que en la tarde se refiere somnolienta, Bostezo frecuentemente, y al despertar en ocasiones se siente cansada.			

Uso de prendas de vestir adecuadas			
Distingue, relación entre higiene y salud:	Si X	No	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse	Si X	No	
Vestido:	Completo X	Incompleto	Sucio:
Datos subjetivos: Utiliza ropa interior de algodón y realiza cambio una vez al día, las prendas de vestir que utiliza son adecuadas: ropa no ajustada; como falda, pantalón holgado, medias de compresión, calzado cómodo con plantilla acolchada, suela antiderrapante, amplitud en metatarso.			

Necesidad de termorregulación			
Temperatura: _____ 36.6 _____ ° C axilar.			
Normotermia: X corporal	Hipertermia:	Hipotermia:	
Datos subjetivos: Aumento de temperatura cutánea en extremidades inferiores con mayor predominio en extremidad izquierda.			

Necesidad de higiene y protección de la piel					
Características de la piel:					
Coloración	Palidez: X corporal	Cianosis	Rubicunda	Ictericia	
Estado de la piel	Hidratada	Deshidratada x	Integra	Lesionada x	
Tipo de lesión: Tiene normotermia corporal y hay ligera hipertermia en extremidades inferiores, de predominio en extremidad inferior izquierda, la textura es ligeramente áspera debido a la resequedad, en la turgencia se detecta godet grado II en extremidad inferior izquierda al igual que la piel se observa con lesiones como venas varicosas con tortuosidad en todo su trayecto. En extremidad inferior derecha se observan telangiectasias, y venas reticulares, llenado capilar de 2 segundos.					

Refiere que lleva acabo cuidados para con su piel, como: lubricación con crema, ejercicios de contracción muscular en piernas, ingesta de tratamiento prescrito.

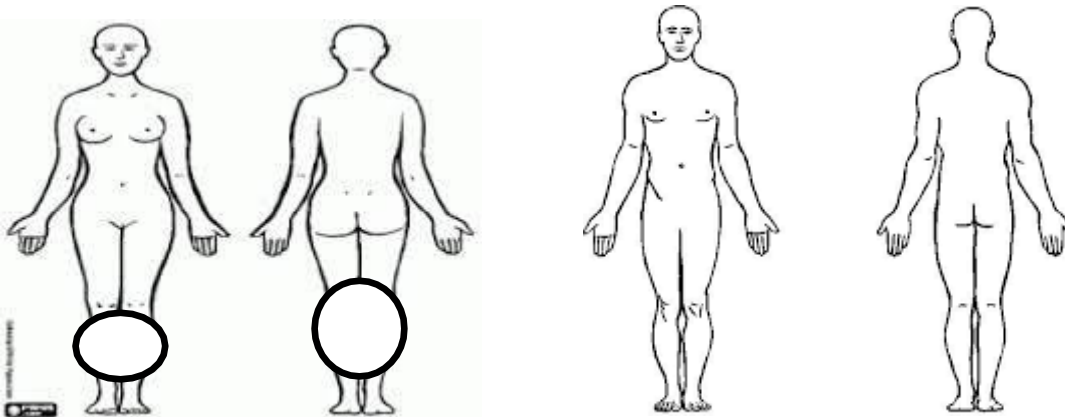
Marque la ubicación en el esquema

Independencia para el baño:	De regadera X	Dependencia para el baño:	Esponja
-----------------------------	------------------	---------------------------	---------

Baño (frecuencia): DIARIO

Higiene oral (frecuencia): 4 VECES AL DÍA

Datos subjetivos:



Necesidad de evitar peligros

Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas	Si	No X			
Toxicomanías:	Tabaco	Alcohol	Otras drogas		
Identificar las medidas para prevenir accidentes:					
Hogar:	Si X	No	Trabajo:	Si X	No
Efectúa controles médicos periódicos:	Si X	No			
Presencia de peligros ambientales en su examen físico	Si X	No			
Prácticas para mejorar su salud: Cita médica cada mes					
Manejo del estrés:	Técnicas de relajación:				

Datos subjetivos:

Presenta a la palpación dolor grado II (Valorado con escala EVA) intermitente en extremidad inferior izquierda que se intensifica durante su jornada laboral ya que permanece en bipedestación, esto le genera fatiga. La estructura de su domicilio es un riesgo para presentar caídas, debido a que el suelo es irregular, cuenta con fauna domestica: perros.

En el trayecto hacia su trabajo camina distancias largas en el cual el camino es irregular, de cemento, tierra, banquetta con piedra, etc.

Refiere sufre caídas constantes secundario al camino inseguro y en especial al tipo de suelo

Necesidad de comunicarse				
Vive con:		Familia X		Solo
Rol estructura familiar:				
Tipo de familia:		Nuclear X	Mono parenteral	Extensa
Limitaciones físicas que interfieran con la comunicación:				
Si	Visual	Auditiva	Verbal	Motora
No X				
Cuanto tiempo pasa sola (o)		4	horas	
Utiliza mecanismos de defensa:				
Agresividad		Hostilidad		Desplazamiento
Facilitadores de relación:				
Confianza X		Receptividad	Simpatía X	Responsabilidad X
<p>Datos subjetivos: Vive con un hijo, esposa de este mismo y 2 nietos, no tiene problemas con algún miembro de la familia.</p> <p>El tipo de comunicación que utiliza es hablando normal.</p> <p>Refiere que en ocasiones no le agrada decirle a su familia que se siente mal o cansada, porque no le toma importancia, sin embargo siempre se comunica con ellos de forma efectiva.</p>				

Necesidad de vivir según sus creencias y valores		
Creencias religiosas significativas: Asistir a misa.		
Practica algún rito de acuerdo a su religión:		
Si	No X	Cual:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:		
Si		No X
Principales valores personales:		
Respeto, honestidad, responsabilidad, confianza, amor		
Datos subjetivos: Religión: católica, no considera que sus creencias influyan en su estado de salud.		

Necesidad de trabajar y realizarse			
Estado emocional:			
Calmado		Ansioso	Enfadado
Temeroso		irritable	Inquieto X
Retraído		Eufórico	
Trabaja actualmente:		Si X	No
Tipo de trabajo: Empleada		Jornada laboral	7 horas
Tipo de riesgos a los que está sometido en su trabajo:			

Biológicos		Psicosociales X	
Físicos X		Químicos	
Está satisfecho con su trabajo:	Si X	No	
Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:	Si	No X	
Datos subjetivos:			
El tipo de empleo con el que cuenta es temporal, refiere que su enfermedad le ha traído problema psicológico ya que siente angustia por no estar cómoda y/o sentirse bien durante su jornada laboral , esto por la presencia de síntomas como parestesias, calambres, dolor.			
Ella considera que hasta cierto punto puede lograr el control de su enfermedad mediante los cuidados a su padecimiento como son: utilizar pantimedias de mediana compresión, tomar el tratamiento prescrito, asistir a consulta médica.			
Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:			
Realiza alguna actividad lúdica o recreativa:	Si	No X	¿Cuál?
Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:	Si	No X	
La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:			Si
Estado de ánimo:	Apático	Aburrido	Participativo X
Datos subjetivos: Refiere que le gusta tejer y bordar en tiempo libre, aunque en ocasiones le gustaría interactuar más con la sociedad y/o grupos de su edad.			
Necesidad de aprendizaje:			
Escolaridad: tercer año de primaria, con buen desempeño escolar, sabe leer, escribir, realizar operaciones básicas.			
Conoce totalmente el proceso de su enfermedad ya que la información proporcionada ha sido clara. Refiere que le gusta aprender diferentes formas de tejer.			

5. 3 Diagnósticos de enfermería (Necesidades de Virginia Hendersón)

1.- OXIGENACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA X	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c proceso de la enfermedad: insuficiencia venosa periférica m/p alteración de las características de la piel (hidratación, aspecto), dolor en las extremidades, edema ++, parestesias.</p> <p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c obstrucción vascular-insuficiencia venosa periférica.</p>			
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO X
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACION/COMPañIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta baja de líquidos m/p membranas mucosas secas, piel seca.</p> <p>Riesgo de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente.</p>			
3.-ELIMINACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD X	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad m/p micciones frecuentes y oscuras</p> <p>Riesgo de estreñimiento r/c ingesta de líquidos insuficiente.</p>			
4.- MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD X	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Dolor crónico r/c posturas estáticas en el trabajo m/p dolor grado 3 (EVA), cambios en el patrón del sueño.</p> <p>Riesgo de deterioro de la bipedestación r/c trastorno de la perfusión circulatoria.</p>			

5.- SUEÑO Y DESCANSO	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA X	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPANIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disconfort r/c síntomas de la enfermedad m/p ansiedad, deterioro en el patrón del sueño, incapacidad para relajarse.			
6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACION/COMPANIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.			
7.- TERMORREGULACION	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO X
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACION/COMPANIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Desequilibrio de la temperatura corporal-periférica r/c aumento de la demanda de oxígeno m/p hiperemia de miembros pélvicos.			
8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA X	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPANIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p lesión tisular. Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas.			

9.- EVITAR PELIGROS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE XPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA X	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de caída r/c edad mayor a 65 años, historial de caídas, enfermedad vascular. Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.			
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA X	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas circulatorios- insuficiencia venosa periférica.			
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañÍA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Deterioro de la interacción social r/c obstáculos para la comunicación (distancia, tiempo) m/p interacción in suficiente con otras personas.			

5.4 Priorización de los diagnósticos de enfermería (necesidades de Virginia Henderson)

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL	DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Necesidad 1: Oxigenación	Perfusión tisular periférica ineficaz r/c proceso de la enfermedad: insuficiencia venosa periférica m/p alteración de las características de la piel (hidratación, aspecto), dolor en las extremidades, edema ++, parestesia.	Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c obstrucción vascular- insuficiencia venosa periférica.	
Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura.	Dolor crónico r/c posturas estáticas en el trabajo m/p dolor grado 3 (EVA), cambios en el patrón de sueño.	Riesgo de deterioro de la bipedestación r/c trastorno de la perfusión circulatoria.	
Necesidad 8: Higiene y protección de la piel	Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p lesión tisular.		Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas.

Necesidad 2: Nutrición e hidratación	Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta baja de líquidos m/p membranas mucosas secas, piel seca.	Riesgo de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente.	
Necesidad 7: Termorregulación	Desequilibrio de la temperatura corporal-periférica r/c aumento de la demanda de oxígeno m/p hiperemia de miembros pélvicos.		
Necesidad 9: Evitar peligros /Seguridad		Riesgo de caída r/c: edad mayor a 65 años, historial de caídas, enfermedad vascular. Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.	
Necesidad 7: Eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad m/p micciones frecuentes y oscuras.	Riesgo de estreñimiento r/c ingesta de líquidos insuficiente.	

Necesidad 5: Sueño y descanso	Disconfort r/c síntomas de la enfermedad m/p ansiedad, deterioro en el patrón del sueño, incapacidad para relajarse.		
Necesidad 12: Trabajar y realizarse		Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas circulatorios- Insuficiencia venosa periférica	
Necesidad 13: Jugar y participar en actividades recreativas	Deterioro de la interacción social r/c obstáculos para la comunicación (distancia, tiempo) m/p interacción insuficiente con otras personas.		
Necesidad 6: Uso de prendas de vestir adecuadas.			Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

5.5 Diagnósticos de enfermería

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<p>DOMINIO. 4: Actividad/reposo CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares CÓDIGO: 00204 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c proceso de la enfermedad: insuficiencia venosa periférica m/p alteración de las características de la piel (hidratación, aspecto), dolor en las extremidades, edema ++, parestesia.</p>	<p>DOMINIO: Salud fisiológica II CLASE: Cardiopulmonar (E)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">RESULTADO:</td> <td style="width: 33%;">INDICADOR:</td> <td style="width: 34%;">ESCALA DE MEDICIÓN</td> </tr> <tr> <td>Perfusión tisular: Periférica (0407)</td> <td>040712 Edema periférico 040713 Dolor localizado en extremidades. 040742 Hormigueo- parestesias.</td> <td>1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal. 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal. 5 Sin desviación del rango normal</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;">PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 3</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Perfusión tisular: Periférica (0407)	040712 Edema periférico 040713 Dolor localizado en extremidades. 040742 Hormigueo- parestesias.	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal. 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal. 5 Sin desviación del rango normal
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN					
Perfusión tisular: Periférica (0407)	040712 Edema periférico 040713 Dolor localizado en extremidades. 040742 Hormigueo- parestesias.	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal. 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal. 5 Sin desviación del rango normal					

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo

CLASE N: Control de la perfusión tisular.

INTERVENCIÓN: Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066).

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración global de la circulación periférica (color, temperatura, llenado capilar).
- Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
- Examinar los tejidos en busca de solución de continuidad del tejido.
- Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión.
- Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de larga extensión).
- Elevar la pierna afectada 20° por encima del nivel del corazón.
- Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de extremidades inferiores, mientras esté en cama.
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Controlar el estado de líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación

FUNDAMENTACIÓN

El sistema circulatorio es la estructura anatómica que comprende conjuntamente tanto al sistema cardiovascular que conduce y hace circular la sangre, como al sistema linfático que conduce la linfa

La circulación de la sangre puede dividirse en dos ciclos, tomando como punto de partida el corazón: la menor o pulmonar y mayor o sistémica.

La sangre viaja a través de las venas y arterias que están en todo el cuerpo (cefalo-podal), si en el trayecto de esta misma hay: obstrucciones, deficiencias, malformación de alguna pared o válvula, etc. Se limitara el flujo sanguíneo lo que será insuficiencia venosa y será de mayor predominio en extremidades inferiores ya que involucra el aumento en la presión venosa del pie, deficiencia de la bomba venosa. Por ello si está presente la insuficiencia venosa crónica es importante fomentar los cuidados circulatorios para favorecer el retorno venoso.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo

CLASE H: Control de fármacos.

INTERVENCIÓN: Enseñanza: medicamentos prescritos.

ACTIVIDADES

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del medicamento. (Diosmina-Hesperidina).
- Informar tanto al paciente del nombre genérico como del comercial (Diosmina-Hesperidina, Daflon).
- Informar al paciente acerca de la acción de cada medicamento.
 - Instruir al paciente acerca de la dosis del medicamento.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones.
 - Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos el mismo.
 - Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

FUNDAMENTACIÓN

La enseñanza de la medicación es esencial para el cuidado y tratamiento del paciente, ya que si se lleva a cabo una enseñanza eficiente el paciente podrá llevar a cabo la medicación por sí solo.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo

CLASE H: Control de fármacos.

INTERVENCIÓN: Administración de medicación: oral. Diosmina-Hesperidina (2304).

ACTIVIDADES

- Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- Mezclar medicamento de mal sabor con comida o líquidos.
- Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados del medicamento.
- Ayudar al paciente con la ingestión del medicamento.
- Instruir al paciente sobre la forma de administrar el medicamento.

FUNDAMENTACIÓN

Farmacodinamia

La diosmina- hesperidina son agentes venotónicos y vasoprotectores (produciendo una vasoconstricción, aumento de la resistencia de los vasos y disminución de su permeabilidad).

Ejerce una doble acción sobre el sistema venoso de retorno:

- A nivel de las venas y vénulas: aumenta la tonicidad parietal y ejerce una acción antiestásica.
- A nivel de la microcirculación: normaliza la permeabilidad capilar y refuerza la resistencia capilar.

Farmacocinética

- Absorción: Transformada en el intestino rápidamente por la flora intestinal, biodisponibilidad oral 57.9%-
- Distribución: en tejidos.
- Biotransformación: se degrada a ácidos flebotónicos.
- Eliminación: rápida, 34% en orina y heces.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																																												
<p>DOMINIO 11: Seguridad/protección. CLASE 2: Lesión física. CÓDIGO: 00086</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c obstrucción vascular- insuficiencia venosa periférica.</p>	<p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV). CLASE: Conducta de salud (Q).</p> <table border="0"> <tr> <td>RESULTADO:</td> <td>INDICADOR:</td> <td>ESCALA</td> <td>DE</td> </tr> <tr> <td>Conducta</td> <td>160902 Cumple el</td> <td>MEDICIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>terapéutica:</td> <td>régimen terapéutico</td> <td>1 Nunca demostrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>enfermedad o</td> <td>recomendado.</td> <td>2 Raramente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>lesión (1609).</td> <td>160905 Cumple el</td> <td>demostrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>régimen de medicación.</td> <td>3 A veces</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>160916 Solicita visita</td> <td>demostrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>personal con el</td> <td>4 Frecuentemente</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>profesional sanitario.</td> <td>demostrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5 Siempre</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>demostrado</td> <td></td> </tr> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE	Conducta	160902 Cumple el	MEDICIÓN		terapéutica:	régimen terapéutico	1 Nunca demostrado		enfermedad o	recomendado.	2 Raramente		lesión (1609).	160905 Cumple el	demostrado			régimen de medicación.	3 A veces			160916 Solicita visita	demostrado			personal con el	4 Frecuentemente			profesional sanitario.	demostrado				5 Siempre				demostrado	
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE																																										
Conducta	160902 Cumple el	MEDICIÓN																																											
terapéutica:	régimen terapéutico	1 Nunca demostrado																																											
enfermedad o	recomendado.	2 Raramente																																											
lesión (1609).	160905 Cumple el	demostrado																																											
	régimen de medicación.	3 A veces																																											
	160916 Solicita visita	demostrado																																											
	personal con el	4 Frecuentemente																																											
	profesional sanitario.	demostrado																																											
		5 Siempre																																											
		demostrado																																											

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico. Complejo CLASE N: Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN: Precauciones circulatorias (4070).

ACTIVIDADES

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.
- Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la mima para evitar quemarse la piel.
- Instruir al paciente acerca del cuidado de pies.
- Instruir al paciente acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
- Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema

FUNDAMENTACIÓN

La perfusión sanguínea se encuentra en todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos, así llega la sangre con nutrientes a todos los tejidos y órganos de este mismo y se aporta la irrigación suficiente para su vitalidad.

Si existe alguna limitación para que este proceso se lleve a cabo se verá afectado el tejido, órgano o extremidad donde se encuentre el problema por lo que habrá hipoxemia, probable hipoxia tisular y por consiguiente disfunción de tejidos, órganos y en casos avanzados afección neurológica que implique la movilidad.

Por lo tanto es prioritario mantener precauciones circulatorias periféricas para así prevenir consecuencias como daños o lesiones.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico. Complejo CLASE N: Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN: Cuidados del embolismo: periférico (4104).

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación los pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Observar si hay dolor en la zona afectada.
- Observar si hay signos de disminución de la circulación venosa, incluyendo aumento de la circunferencia de las extremidades, inflamación y sensibilidad dolorosa, empeoramiento del dolor en la posición de declive, vena dura a la palpación, enrojecimiento y calor, parestesias.
- Administrar analgésicos.
- Realizar ejercicios de movimientos articulados en las extremidades afectadas.
- Disponer medidas de alivio/ comodidad respecto al dolor.
- Recomendar al paciente que no masajee la zona afectada.

FUNDAMENTACIÓN

Un embolo es una masa sólida, líquida o gaseosa que se libera dentro de los vasos sanguíneos y es transportada por la sangre a un lugar del organismo distinto del punto de origen, pudiendo provocar una oclusión o bloqueo parcial o total de un vaso sanguíneo.

Los trombos pueden llegar a diferentes partes del cuerpo causando oclusión y falta de oxígeno del área por lo que posteriormente habrá secuelas, es importante mantener y fomentar los cuidados específicos para evitar estas posibles complicaciones, cuidados como: no dar masaje en el área afectada ya que se estimula el desprendimiento del trombo en caso de que sea ateroma y existe el riesgo de que se transporte y llegue a órganos vitales, los más comunes: pulmones, corazón, cerebro.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)											
<p>DOMINIO 12: Confort CLASE 1: Confort físico. CÓDIGO: 00133 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor crónico r/c posturas estáticas en el trabajo m/p dolor grado 3 (EVA), dolor referido, cambios en el patrón de sueño.</p>	<p>DOMINIO V: Salud percibida CLASE V: Sintomatología</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>RESULTADO:</th> <th>INDICADOR:</th> <th>ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel del dolor (2102)</td> <td>210201 Dolor referido. 210206 Expresiones faciales de dolor. 210224 Muecas de dolor.</td> <td>1 Grave. 2 Sustancial. 3 Moderado. 4 Leve. 5 Ninguno.</td> </tr> <tr> <td>PUNTUACIÓN:</td> <td>DIANA:</td> <td>MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4</td> </tr> </tbody> </table>			RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Nivel del dolor (2102)	210201 Dolor referido. 210206 Expresiones faciales de dolor. 210224 Muecas de dolor.	1 Grave. 2 Sustancial. 3 Moderado. 4 Leve. 5 Ninguno.	PUNTUACIÓN:	DIANA:	MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN										
Nivel del dolor (2102)	210201 Dolor referido. 210206 Expresiones faciales de dolor. 210224 Muecas de dolor.	1 Grave. 2 Sustancial. 3 Moderado. 4 Leve. 5 Ninguno.										
PUNTUACIÓN:	DIANA:	MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4										

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico: Básico. CLASE E: Fomento de la comodidad física. INTERVENCIÓN: Manejo del dolor (1400).	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración el dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad del dolor y factores desencadenantes. . Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, actividad, humor, trabajo y responsabilidad de roles). 	<p>El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable que altera el funcionamiento y/o equilibrio del cuerpo tanto en lo fisiológico, físico, psicológico y emocional.</p>

- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga).
- Seleccionar y desarrollar (farmacológica, no farmacológica) que faciliten el alivio del dolor.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, aplicación de calor/frío).
- Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.

Identificar y/o valorar el grado de dolor permite brindar manejo de forma oportuna y eficiente para así ofrecer Bienestar en todas las esferas hacia el paciente, incluso si es dolor muy grave puede hasta prevenir un shock neurogénico.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico. Complejo. CLASE H: Control de fármacos

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210).

ACTIVIDADES

- Determina la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar
- Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Determinar la selección de analgésico (AINE) según el tipo y la severidad del dolor.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia del analgésico para optimizar la respuesta del paciente.
- Evaluar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Enseñar e uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación sobre el alivio del dolor.

FUNDAMENTACIÓN

Los analgésicos son medicamentos utilizados para calmar o eliminar el dolor por diferentes mecanismos. Existen diferentes tipos de analgésicos y cada uno tiene sus ventajas y riesgos.

El uso de AINE-diclofenaco disminuye o elimina el dolor que presenta la paciente secundaria a síntomas relacionados con la enfermedad.

‘Posee actividades analgésicas, antipiréticas

Farmacodinamia

- Inhibidor de la ciclooxigenasa

Farmacocinética

- Absorción: se absorbe por el tracto gastrointestinal.
- Distribución: unión a proteínas séricas.
- Metabolismo: en el hígado.
- Eliminación: por orina 65% y por bilis 35%

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico: Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico

CLASE A: Control de actividad y ejercicio...

INTERVENCIÓN: Fomentar los mecanismos corporales (0140).

ACTIVIDADES

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la posición óptima en el movimiento y uso del cuerpo.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar actividades físicas.
- Enseñar a cambiar el peso de un pie a otro al estar de pie.
- Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación.
- Controlar la mejoría de la postura del paciente.
- Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular relacionadas con la posición.

FUNDAMENTACIÓN

La postura corporal influye, y mucho en nuestra calidad de vida, es importante mantener una postura correcta ya que evita problemas como: fatiga crónica, hernias discales y mala alineación corporal.

Las causas de una mala postura son muchas y variadas entre ellas tenemos: sobrepeso, hipotonía muscular, desalineación del cuerpo, dolor, etc.

Fomentar un mecanismo corporal o postura cómoda puede aliviar o disminuir el dolor. A pesar de estar de pie se puede mantener o corregir una postura, en este caso al estar de pie será de la siguiente forma: pecho arriba, abdomen contraído, rodillas poco flexionadas, peso del cuerpo repartido entre las dos piernas. Esta y muchas más posturas disminuirán el dolor que trae consigo mismo estar por tiempo prolongado en bipedestación.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)														
<p>DOMINIO. 4: Actividad/reposo CLASE 2: Actividad/ejercicio CÓDIGO: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de deterioro de la bipedestación r/c trastorno de la perfusión circulatoria.</p>	<p>DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">RESULTADO:</th> <th style="width: 40%;">INDICADOR:</th> <th style="width: 40%;">ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5" style="vertical-align: top;">Movimiento coordinado (0212)</td> <td>021202 Tono muscular</td> <td>1 Gravemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>021203 Rapidez del movimiento.</td> <td>2 Sustancialmente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>021206 Estabilidad del movimiento.</td> <td>3 Moderadamente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>021207 Movimiento equilibrado.</td> <td>4 Levemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>021211 Movimiento con la rapidez deseada.</td> <td>No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Movimiento coordinado (0212)	021202 Tono muscular	1 Gravemente comprometido.	021203 Rapidez del movimiento.	2 Sustancialmente comprometido.	021206 Estabilidad del movimiento.	3 Moderadamente comprometido.	021207 Movimiento equilibrado.	4 Levemente comprometido.	021211 Movimiento con la rapidez deseada.	No comprometido.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN													
Movimiento coordinado (0212)	021202 Tono muscular	1 Gravemente comprometido.													
	021203 Rapidez del movimiento.	2 Sustancialmente comprometido.													
	021206 Estabilidad del movimiento.	3 Moderadamente comprometido.													
	021207 Movimiento equilibrado.	4 Levemente comprometido.													
	021211 Movimiento con la rapidez deseada.	No comprometido.													

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico. Básico. CLASE A: Control de actividad y ejercicio.
INTERVENCIÓN: Terapia de ejercicios: ambulación (0221).

ACTIVIDADES

- aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones.
- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el traslado.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas de traslado y deambulacion segura.
- Fomentar una deambulacion con límites de seguridad.

FUNDAMENTACIÓN

La bipedestacion es la capacidad de un ser vivo bípedo de mantenerse sobre sus dos extremidades inferiores, por consiguiente se genera la ambulacion lo cual permite que el ser se desplace y realice actividades de la vida diaria.

Si se ve afectada la ambulacion independiente se puede sustituir con dispositivos de ayuda, por ello es importante mantener las funciones corporales autónomas mediante ejercicios.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)									
<p>DOMINIO 11: Seguridad/protección CLASE 2: Lesión física CÓDIGO: 00046</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación m/p textura de la piel, integridad de la piel, lesiones cutáneas, descamación cutánea, lesión tisular.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica. CLASE L: Integridad tisular.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>RESULTADO</th> <th>INDICADOR:</th> <th>ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>:</td> <td>110104 Hidratación.</td> <td>1 Gravemente comprometido</td> </tr> <tr> <td>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).</td> <td>110108 Textura tisular. 110111 Perfusión tisular. 110113 Integridad de la piel. 110115 Lesiones cutáneas 110919 Descamación cutánea</td> <td>2 Sustancialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido. 5 No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	:	110104 Hidratación.	1 Gravemente comprometido	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).	110108 Textura tisular. 110111 Perfusión tisular. 110113 Integridad de la piel. 110115 Lesiones cutáneas 110919 Descamación cutánea	2 Sustancialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido. 5 No comprometido.
RESULTADO	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN								
:	110104 Hidratación.	1 Gravemente comprometido								
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).	110108 Textura tisular. 110111 Perfusión tisular. 110113 Integridad de la piel. 110115 Lesiones cutáneas 110919 Descamación cutánea	2 Sustancialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido. 5 No comprometido.								

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. Cuidados que apoyan a la regulación homeostática.

CLASE L: Control de la piel/heridas

INTERVENCIÓN: Vigilancia de la piel (3590).

ACTIVIDADES

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en la piel.
- Observar su color, calor, pulsos, textura, edema de extremidades.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión o fricción.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Tomar nota de los cambios de la piel.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
- Instruir acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

FUNDAMENTACIÓN

La piel es la primera barrera de protección para el cuerpo, puede haber alteraciones o daños en esta, tales como: heridas, lesiones, descamación cutánea, pérdida de la integridad tisular, etc.

Proteger y procurar las barreras y/o defensas del cuerpo humano va a prevenir futuras lesiones, complicaciones o daños secundarios que pueden abarcar desde tejidos, músculos y huesos, esto se lleva a cabo mediante prevención, valoración, observación, registro, y cuidados para con los tejidos y/o piel.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo.

CLASE L: Control de la piel/ heridas.

INTERVENCIÓN: Cuidados de la piel: tratamiento tópico.

ACTIVIDADES

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
- Utilizar ropas no restrictivas.
- Proporcionar soporte a las zonas edematosas.
- Abstenerse de administrar aplicaciones de calor.
- Mantener ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar dispositivos en la cama (ropa acolchada) que protejan la piel de su paciente.
- Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma.
- Registrar el grado de afectación de la piel.

FUNDAMENTACIÓN

La piel es la primera barrera de protección para el cuerpo, puede haber alteraciones o daños en esta, tales como: heridas, lesiones, descamación cutánea, pérdida de la integridad tisular, etc.

Levar a acabo cuidados para con la piel asegura su funcionamiento, integridad y protección para el cuerpo.

Los cuidados más básicos son: hidratación, higiene, lubricación, no utilizar agua muy caliente o muy fría, utilizar ropa adecuada.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. Cuidados que apoyan a la regulación homeostática.

CLASE L: Control de la piel/heridas.

INTERVENCIÓN: Monitorización de extremidades inferiores (3480).

ACTIVIDADES

- Examinar si en la piel hay evidencia de poca higiene.
- Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema.
- Examinar el color, la temperatura, hidratación, texturas p fisuras de la piel.
- Preguntar si hay parestesias.
- Determinar el tiempo de llenado capilar. Observar el estado de los zapatos y los calcetines.
- Observar la adecuación de los zapatos (tacón bajo con una horma del zapato que se adecue a la forma del pie, suela realizada con material que amortigüe los golpes, anchura ajustable con lazos y correa; parte superior realizada con materiales transpirables, suaves y flexibles).
- Observar la adecuación de calcetines o medias (presión adecuada).

FUNDAMENTACIÓN

La piel es la primera barrera de protección para el cuerpo, puede haber alteraciones o daños en esta, tales como: heridas, lesiones, descamación cutánea, pérdida de la integridad tisular, etc.

Vigilar las extremidades inferiores continuamente permitirá detectar oportunamente cualquier lesión o daño que esté presente o próximo a desarrollarse.

Proteger y procurar las barreras y/o defensas del cuerpo humano va a prevenir futuras lesiones, complicaciones o daños secundarios que pueden abarcar desde tejidos, músculos y huesos, esto se lleva a cabo mediante prevención, valoración, observación, registro, y cuidados para con los tejidos y/o piel.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<p>DOMINIO 1: Promoción de la salud</p> <p>CLASE 2: Gestión de la salud. CÓDIGO: 00162</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas.</p>	<p>DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>CLASE Q: Conducta de salud.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="1024 581 1226 613">RESULTADO:</th> <th data-bbox="1262 581 1436 613">INDICADOR:</th> <th data-bbox="1688 581 1898 651">ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1024 659 1226 808">Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).</td> <td data-bbox="1262 659 1667 1117"> <p>160901 Cumple las precauciones recomendadas.</p> <p>160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado.</p> <p>160905 Cumple el régimen de medicación.</p> <p>160907 Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad.</p> <p>160916 Solicita una visita personal con el profesional sanitario.</p> </td> <td data-bbox="1688 699 1898 1117"> <p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado.</p> <p>3 A veces demostrado.</p> <p>4 Frecuentement e demostrado.</p> <p>5 Siempre demostrado.</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 4 AUMENTAR A: 5</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).	<p>160901 Cumple las precauciones recomendadas.</p> <p>160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado.</p> <p>160905 Cumple el régimen de medicación.</p> <p>160907 Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad.</p> <p>160916 Solicita una visita personal con el profesional sanitario.</p>	<p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado.</p> <p>3 A veces demostrado.</p> <p>4 Frecuentement e demostrado.</p> <p>5 Siempre demostrado.</p>
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN					
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).	<p>160901 Cumple las precauciones recomendadas.</p> <p>160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado.</p> <p>160905 Cumple el régimen de medicación.</p> <p>160907 Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad.</p> <p>160916 Solicita una visita personal con el profesional sanitario.</p>	<p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado.</p> <p>3 A veces demostrado.</p> <p>4 Frecuentement e demostrado.</p> <p>5 Siempre demostrado.</p>					

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 3: Conductual

CLASE O: Terapia conductual.

INTERVENCIÓN: Acuerdo con el paciente (4420).

ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato.
- Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.
- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre salud que desea cambiar.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a establecer las necesidades del tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/ acciones.

FUNDAMENTACIÓN

El ser humano es pensante por lo tanto tiene la capacidad de aprender, entender, analizar, razonar y desarrollar cualquier meta u objetivo que se proponga, esto siempre y cuando se encuentre con una óptima salud mental que le permita planear y realizar actividades.

Si el paciente se encuentra apto para establecer acuerdos que controlen y mejoren el proceso de su enfermedad puede llevarlos a cabo ya que así se fomenta el autocuidado.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 3: Conductual CLASE O: Terapia conductual.
INTERVENCIÓN: Establecimiento de objetivos comunes (4410).

ACTIVIDADES

- Animar la identificación de valores vitales específicos.
- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos.
- Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Explicar al paciente que solo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados.
- Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.

FUNDAMENTACIÓN

Un objetivo es el fin último al que se dirige una acción u operación. Es el resultado o sumatoria de una serie de metas y procesos.

Si el paciente establece o identifica objetivos para el beneficio del proceso de su enfermedad será capaz de llevar a cabo acciones que representen y concreten el significado de este. Las cuales se verán reflejadas en la mejoría de su estado de salud.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																		
<p>DOMINIO 2: Nutrición CLASE 5: Hidratación. CÓDIGO: 00027</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta baja de líquidos m/p membranas mucosas secas, piel seca.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica. CLASE G: Líquidos y electrolitos.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>RESULTADO:</th> <th>INDICADOR:</th> <th>ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hidratación (0602).</td> <td>060215 Ingesta de líquidos.</td> <td>1 Gravemente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>060217 Perfusión tisular.</td> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>060219 Orina oscura.</td> <td>3 Moderadamente comprometido.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4 Levemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5 No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Hidratación (0602).	060215 Ingesta de líquidos.	1 Gravemente comprometido		060217 Perfusión tisular.	2 Sustancialmente comprometido		060219 Orina oscura.	3 Moderadamente comprometido.			4 Levemente comprometido.			5 No comprometido.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN																	
Hidratación (0602).	060215 Ingesta de líquidos.	1 Gravemente comprometido																	
	060217 Perfusión tisular.	2 Sustancialmente comprometido																	
	060219 Orina oscura.	3 Moderadamente comprometido.																	
		4 Levemente comprometido.																	
		5 No comprometido.																	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico. Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.
INTERVENCIÓN: Manejo de líquidos (4120).

ACTIVIDADES

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas).
- Controlar la ingesta de alimentos/ líquidos.
- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar líquidos.
- Favorecer la ingesta oral (ofrecer líquidos entre comidas).
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de fruta).

FUNDAMENTACIÓN

El balance hídrico se refiere a mantener un equilibrio entre el aporte de líquidos y las pérdidas corporales, el cual es fundamental para el rendimiento físico y cognitivo.

Lograr el balance hídrico depende de si la nutrición y estilo de vida proporcionan suficiente cantidad de líquido para satisfacer las necesidades corporales, lo cual se logra a través de los ingresos por ello es fundamental mantener y propiciar la ingesta de líquidos suficientes para evitar desequilibrio hídrico.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico. Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.
INTERVENCIÓN: Monitorización de líquidos (4130).

ACTIVIDADES

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.
- Vigilar el peso.
- Vigilar ingreso y egresos.
- Comprobar los niveles de electrolitos en suero.
- Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.
- Observar las mucosas la turgencia de la piel y la sed.
- Observar color, cantidad de la orina.
- Administrar líquidos.

FUNDAMENTACIÓN

El agua es el principal componente del cuerpo humano; se distribuye por todo el cuerpo, en todos los órganos, dentro de las células y entre ellas.

Representa el 60% del peso corporal en los hombres adultos y 50-55% en las mujeres.

El agua se distribuye por el cuerpo a través del sistema vascular y va a 2 compartimientos principales: intracelular y el extracelular que incluye líquido plasmático y líquido intersticial.

Por lo tanto es fundamental mantener un balance de líquidos adecuado esto mediante la ingesta ya que si hay deficiencia de estos habrá disminución de la funcionalidad orgánica. Se debe monitorizar los ingresos y egresos para así asegurar que el cuerpo cuenta con un aporte suficiente.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
<p>DOMINIO 2: Nutrición CLASE 1: Ingestión CÓDIGO: 00002 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica. CLASE K: Digestión y nutrición</p> <p>RESULTADO: Estado Nutricional: ingestión de nutrientes (1009).</p>	<p>INDICADOR: 100901 Ingestión calórica. 100902 Ingestión proteica. 100903 Ingestión de grasas. 100904 Ingestión de hidratos de carbono. 100910 Ingestión de fibra.</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p> <p>1 Inadecuado. 2 Ligeramente adecuado. 3 Moderadamente adecuado. 4 Sustancialmente adecuado. 5 Completamente adecuado.</p> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico: Básico. CLASE D: Apoyo nutricional.

INTERVENCIÓN: Asesoramiento nutricional (5246).

ACTIVIDADES

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, pérdida de peso, ganancia de peso.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- Discutir las necesidades nutricionales de la dieta prescrita por el médico.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- Enseñar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas.
- Discutir los hábitos de comida de comida y los límites de presupuesto.
- Discutir el significado de comida para el paciente.
- Valorar el progreso de las metas de modificación dietética

FUNDAMENTACIÓN

El asesoramiento nutricional ayuda a comprender cuáles son las necesidades nutricionales para potenciar la salud y prevenir deficiencias nutricias.

Los nutrientes se clasifican: macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales) mismos que requerimos en diferente cantidad para satisfacer la demanda y funcionamiento del cuerpo.

Es fundamental dar a conocer que elementos contiene una dieta, así como lo que aporta cada nutriente esto para resaltar la importancia de seguir una dieta recomendada, con una cantidad de nutrientes específicos.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico: Básico. CLASE D: Apoyo nutricional.

INTERVENCIÓN: Enseñanza: dieta prescrita (5614).

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- Conocer la actitud del paciente y el grado de cumplimiento dietético esperado.
- Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Instruir la paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta
- Enseñar al paciente a seleccionar los alimentos adecuados.
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Recomendar un libro de cocina que incluya recetas coherentes con la dieta.

FUNDAMENTACIÓN

Las características de la dieta son: completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada.

Existen diferentes tipos de dietas, estas específicas para personas con distintas enfermedades, por ejemplo: hiposódica, hipocalórica, hipoproteica, etc.

En las dietas prescritas por el médico o nutriólogo se cuidan los nutrimentos y cantidades en cada una de ellas, por ello es importantes y saludable aceptar y llevar a cabo la dieta que recomiendan ya que se encuentra modificada para alguna patología específica.

Informar sobre la importancia de las dietas específicas por paciente facilita la comprensión y apego de una dieta prescrita por médico o nutriólogo hacia el paciente.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																	
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ protección CLASE 6: Termorregulación. CÓDIGO: 00005 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Desequilibrio de la temperatura corporal-periférica r/c aumento de la demanda de oxígeno m/p aumento de la temperatura de miembros pélvicos.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica CLASE I: Regulación metabólica.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">RESULTADO:</th> <th style="text-align: left;">INDICADOR:</th> <th style="text-align: left;">ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">1 Gravemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Termorregulación (0800).</td> <td>080001 Temperatura cutánea aumentada.</td> <td style="text-align: right;">2 Sustancialmente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>080014 Deshidratación</td> <td style="text-align: right;">3 Moderadamente comprometido.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">4 Levemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">5 No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN			1 Gravemente comprometido.	Termorregulación (0800).	080001 Temperatura cutánea aumentada.	2 Sustancialmente comprometido.	080014 Deshidratación	3 Moderadamente comprometido.			4 Levemente comprometido.			5 No comprometido.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN																
		1 Gravemente comprometido.																
Termorregulación (0800).	080001 Temperatura cutánea aumentada.	2 Sustancialmente comprometido.																
	080014 Deshidratación	3 Moderadamente comprometido.																
		4 Levemente comprometido.																
		5 No comprometido.																

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. CLASE M: Termorregulación.
INTERVENCIÓN: Regulación de la temperatura (3900).

ACTIVIDADES

- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos de hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Discutir la importancia de la termorregulación. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Utilizar colchón refrigerante o baños tibios para ajustar la temperatura local alterada.

FUNDAMENTACIÓN

La termorregulación es la capacidad que tiene un organismo biológico para modificar su temperatura dentro de ciertos límites.

La temperatura es el equilibrio entre la termogénesis y termólisis.

Cuando hay insuficiencia venosa periférica, existe limitación del retorno venoso periférico por lo cual se concentra en las venas sangre con bióxido de carbono en altas cantidades y se activa la demanda de demanda de oxígeno para mantener el equilibrio, lo consiguiente se manifiesta con aumento de la temperatura periférica.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico: Básico CLASE E: Aplicación de calor o frío.
INTERVENCIÓN: Aplicación de calor o frío (1380).

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la utilización del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectara el síntoma. • Realizar análisis para ver si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación. • Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido, paquetes de gel congelado, toallas o paños en frigorífico para enfriarlas. • Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de frío. • Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o este contraindicado. • Envolver el dispositivo de aplicación de frío con un paño de protección. • Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de frío. • Enseñar a evitar el daño de tejidos asociados a la aplicación de frío. 	<p>La aplicación de frío posee distintos efectos como son: sedación de la zona, antiinflamatorio.</p> <p>El tiempo de aplicación varía desde 10 y 30 minutos, ya que menor tiempo aumenta la probabilidad de que se produzca otro efecto del cuerpo en el cual intentara mandar mayor cantidad de sangre hacia la zona del cuerpo que se ha enfriado.</p> <p>La aplicación se debe realizar de forma discontinua, con cierto tiempo de descanso. Aplicar 10-30 minutos, retirar y aplicar después de una hora u hora y media de descanso.</p> <p>Uno de los efectos de la aplicación del frío es la vasoconstricción, es decir se reduce el aporte sanguíneo a la zona en que se utilice, por lo tanto su uso en la insuficiencia venosa podría parecer hasta cierto punto contradictorio debido a que ya hay una disminución de retorno sanguíneo, sin embargo se deben valorar las zonas (trayectos venosos) de aplicación.</p>

- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos de la persona.
- Aplicar frío directamente cerca del sitio afectado.
- Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros 5 minutos.
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- Cambiar el sitio de aplicación de frío.
- Dejar claro que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.
- Evaluar la respuesta a la aplicación de frío.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<p>DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física. CÓDIGO: 00155</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de caída r/c: edad mayor a 65 años, historial de caídas, enfermedad vascular.</p>	<p>DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud CLASE T: Control del riesgo y seguridad.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">RESULTADO:</th> <th style="width: 30%;">INDICADOR:</th> <th style="width: 40%;">ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conducta de prevención e caídas (1909).</td> <td>de 190903 Colocación de barreras para prevenir caídas. 190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados. 190919 Uso de medios de traslado seguros. 190906 Eliminación de objetos, derramamientos ya brillantadores en el suelo.</td> <td>1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Conducta de prevención e caídas (1909).	de 190903 Colocación de barreras para prevenir caídas. 190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados. 190919 Uso de medios de traslado seguros. 190906 Eliminación de objetos, derramamientos ya brillantadores en el suelo.	1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN					
Conducta de prevención e caídas (1909).	de 190903 Colocación de barreras para prevenir caídas. 190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados. 190919 Uso de medios de traslado seguros. 190906 Eliminación de objetos, derramamientos ya brillantadores en el suelo.	1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado.					

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 4: Seguridad CLASE V: Control de riesgos.

INTERVENCIÓN: Prevención de caídas (6490).

ACTIVIDADES

- Identificar déficit físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar la historia de caídas con el paciente.
- Identificar las características el ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
- Sugerir cambios en el paso del paciente.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Retirar los muebles bajos (baños y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

FUNDAMENTACIÓN

El término caída se define como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

De acuerdo a la OMS las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.

La prevención de caídas es fundamental para evitar posibles lesiones o traumatismos, estas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con caídas y el establecimiento de políticas, acuerdos eficaces con la paciente para sí disminuir los riesgos.

- Utilizar barandillas y apoya manos visibles.
- Utilizar y caminar por superficies de suelo antideslizantes.
- Utilizar banquetas para caminar firme y que sean antideslizantes.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 4: Seguridad CLASE V: Control de riesgos.

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: seguridad (6486).

ACTIVIDADES

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos).
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Disponer y utilizar dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
- Notificar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente (ministerio de sanidad, servicios medioambientales, agencia de protección del medio ambiente).
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.

FUNDAMENTACIÓN

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria ya que se debe proteger, procurar y salvaguardar su integridad física, emocional y en general su estado de salud.

El sr humano debe sentir seguridad, en este caso hablamos físicamente del entorno que le rodea para así realizar sus actividades de la vida diaria si hay obstáculos o limitaciones que no le permitan desenvolverse como desea la persona se sentirá insatisfecha.

El entorno físico abarca estructuras como son: paredes cuartos, casas, patios, carreteras, banquetas, calles, etc., mismas que se deben encontrar en óptimas condiciones para que permitan su uso sin riesgo de sufrir algún accidente, sin embargo en cierto porcentaje no es posible, por ello trabajar, fomentar o propiciar su mejora brindara seguridad.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																												
<p>DOMINIO 11: Seguridad/protección CLASE 1: Infección CÓDIGO: 00004</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.</p>	<p>DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud. CLASE T: Control del riesgo y seguridad.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">RESULTADO:</th> <th style="width: 40%;">INDICADOR:</th> <th style="width: 10%;">ESCALA</th> <th style="width: 10%;">DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>192401 Reconoce el riesgo personal de infección.</td> <td>MEDICIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control del riesgo: proceso infeccioso (1924).</td> <td>192404 Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias.</td> <td>1</td> <td>Nunca demostrado.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>192408 Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección.</td> <td>2</td> <td>Raramente demostrado.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>192409 Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección.</td> <td>3</td> <td>A veces demostrado</td> </tr> <tr> <td></td> <td>192411 Mantiene un entorno limpio.</td> <td>4</td> <td>Frecuentemente demostrado.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td>Siempre demostrado.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE		192401 Reconoce el riesgo personal de infección.	MEDICIÓN		Control del riesgo: proceso infeccioso (1924).	192404 Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias.	1	Nunca demostrado.		192408 Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección.	2	Raramente demostrado.		192409 Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección.	3	A veces demostrado		192411 Mantiene un entorno limpio.	4	Frecuentemente demostrado.			5	Siempre demostrado.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE																										
	192401 Reconoce el riesgo personal de infección.	MEDICIÓN																											
Control del riesgo: proceso infeccioso (1924).	192404 Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias.	1	Nunca demostrado.																										
	192408 Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección.	2	Raramente demostrado.																										
	192409 Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección.	3	A veces demostrado																										
	192411 Mantiene un entorno limpio.	4	Frecuentemente demostrado.																										
		5	Siempre demostrado.																										

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 4: Seguridad

CLASE V: Control de riesgos

INTERVENCIÓN: Protección contra las infecciones (6550):

ACTIVIDADES

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Enseñar al paciente a evitar infecciones.

FUNDAMENTACIÓN

La piel es la primera barrera de protección del cuerpo, si hay alguna herida/lesión en el cual se invada o destruyan las capas de la piel puede convertirse en un foco de probable infección.

Las infecciones en determinada zona del cuerpo representan un foco de alerta ya que si no se le da el manejo adecuado y oportuno se puede complicar y diseminarse, por ello es prioridad prevenir y proteger de agentes patógenos, físicos o biológicos que puedan propiciar infecciones.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 4: Seguridad CLASE IV: Control de riesgos

INTERVENCIÓN: Identificación de riesgos (6610):

ACTIVIDADES

- Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los dx médicos y de cuidados actuales.
- Identificar al paciente que precisa cuidados
- Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.
- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Determinar el nivel educativo.
- Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo.

FUNDAMENTACIÓN

La identificación oportuna y eficiente de riesgos que comprometen la salud nos ayuda a prevenir y/o evitar consecuencias que pueda dejar algún daño en un la salud o integridad del individuo.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																												
<p>DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE 1: Función urinaria CÓDIGO: 00016</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad m/p micciones frecuentes y oscuras.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica CLASE F: Eliminación</p> <table border="0"> <tr> <td>RESULTADO:</td> <td>INDICADOR:</td> <td>ESCALA</td> <td>DE</td> </tr> <tr> <td>Eliminación urinaria (0503)</td> <td>050301 Patrón de eliminación.</td> <td>MEDICIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>050303 Cantidad de orina</td> <td>1</td> <td>Gravemente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>050304 Color de la orina</td> <td>2</td> <td>Sustancialmente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>050307 Ingesta de líquidos.</td> <td>3</td> <td>Moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td>Levemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td>No comprometido</td> </tr> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE	Eliminación urinaria (0503)	050301 Patrón de eliminación.	MEDICIÓN			050303 Cantidad de orina	1	Gravemente comprometido		050304 Color de la orina	2	Sustancialmente comprometido		050307 Ingesta de líquidos.	3	Moderadamente comprometido			4	Levemente comprometido.			5	No comprometido
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE																										
Eliminación urinaria (0503)	050301 Patrón de eliminación.	MEDICIÓN																											
	050303 Cantidad de orina	1	Gravemente comprometido																										
	050304 Color de la orina	2	Sustancialmente comprometido																										
	050307 Ingesta de líquidos.	3	Moderadamente comprometido																										
		4	Levemente comprometido.																										
		5	No comprometido																										

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico. Básico. CLASE B: Control de la eliminación
INTERVENCIÓN: Manejo de la eliminación urinaria (0590).

ACTIVIDADES

- Controla periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia.
- Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.
- Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.
- Enseñar al paciente a observar y distinguir los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

FUNDAMENTACIÓN

La eliminación urinaria es el proceso mediante el cual se eliminan todos los desechos del cuerpo, esto mediante la orina, se debe mantener un esquema de eliminación para así vigilar las características como: olor, cantidad, color, frecuencia y demás.

El olor no debe de ser fétido, la cantidad regular, el color debe ser amarillo claro y no debe haber polaquiuria. Si alguno de estos estuviese alterado debe corregirse.

Puede haber problemas que alteren la eliminación y no es normal, por lo tanto mantener y vigilar el esquema va a prevenir problemas.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico. Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.
INTERVENCIÓN: Manejo de líquidos (4120).

ACTIVIDADES

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas).
- Controlar la ingesta de alimentos/ líquidos.
- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar líquidos.
- Favorecer la ingesta oral (ofrecer líquidos entre comidas).
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de fruta).

FUNDAMENTACIÓN

El balance hídrico se refiere a mantener un equilibrio entre el aporte de líquidos y las pérdidas corporales, el cual es fundamental para el rendimiento físico y cognitivo.

Lograr el balance hídrico depende de si la nutrición y estilo de vida proporcionan suficiente cantidad de líquido para satisfacer las necesidades corporales, lo cual se logra a través de los ingresos por ello es fundamental mantener y propiciar la ingesta de líquidos suficientes para evitar desequilibrio hídrico.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																		
<p>DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE 2: Función gastrointestinal CÓDIGO: 00015</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de estreñimiento r/c ingesta de líquidos insuficiente.</p>	<p>DOMINIO 2: Salud fisiológica. CLASE F: Eliminación.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>RESULTADO:</th> <th>INDICADOR:</th> <th>ESCALA DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eliminación intestinal (0501)</td> <td>50101 Patrón de eliminación</td> <td>1 Gravemente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50104 Cantidad de heces en relación con la dieta.</td> <td>2 Sustancialmente comprometido.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50110 Estreñimiento</td> <td>3 Moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4 Levemente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5 No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 4 AUMENTAR A: 5</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN	Eliminación intestinal (0501)	50101 Patrón de eliminación	1 Gravemente comprometido		50104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	2 Sustancialmente comprometido.		50110 Estreñimiento	3 Moderadamente comprometido			4 Levemente comprometido			5 No comprometido.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN																	
Eliminación intestinal (0501)	50101 Patrón de eliminación	1 Gravemente comprometido																	
	50104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	2 Sustancialmente comprometido.																	
	50110 Estreñimiento	3 Moderadamente comprometido																	
		4 Levemente comprometido																	
		5 No comprometido.																	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico. Básico CLASE B: Control de la eliminación.

INTERVENCIÓN: Manejo del estreñimiento/ imputación (0450).

ACTIVIDADES

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Identificar los factores (dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.
- Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra
- Instruir al paciente sobre la relación de dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

FUNDAMENTACIÓN

El estreñimiento es una condición que consiste en la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que produce defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras.

El estreñimiento tiene origen por diferentes causas entre ellas la dieta: ingesta de líquidos suficientes, ingesta de fibra, etc. Si no se trata el estreñimiento puede tener complicaciones como: fisura anal, diverticulosis, etc.

La prevención del estreñimiento se puede llevar a cabo con medidas básicas como: dieta rica en fibra, ingesta abundante de líquidos, comiendo despacio y masticando bien, no reprimir el deseo defecatorio etc.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico: Básico. CLASE B: Control de la eliminación.
INTERVENCIÓN: Control intestinal (0430).

ACTIVIDADES

- Monitorizar los sonidos intestinales.
- Informar si hay disminución de los sonidos intestinales.
- Monitorizar los signos y síntomas de estreñimiento.
- Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra.
- Administrar líquidos después de cada comida.

FUNDAMENTACIÓN

El control intestinal depende de los músculos y de los nervios del ano y del recto que trabajan en conjunto para mantener las heces en el recto, liberar heces cuando esté listo, etc.

Puede haber problema de control intestinal ocasionados por: estreñimiento, daño o debilidad muscular, daño en nervios, etc.

El control intestinal se puede llevar a cabo con: dieta adecuada, alimentación, nutrición, educación intestinal para así prevenir un probable estreñimiento.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
<p>DOMINIO 12: Confort CLASE 1: Confort físico. CODIGO: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disconfort r/c síntomas de la enfermedad m/p ansiedad, deterioro en el patrón del sueño, incapacidad para relajarse.</p>	<p>DOMINIO V: Salud percibida. CLASE U: Salud y calidad de vida.</p> <p>RESULTADO: Estado de comodidad: física (2008).</p>	<p>INDICADOR: 201001 Control de los síntomas 201002 Bienestar físico. 201003 Relajación muscular. 201004 Posición cómoda.</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN 1 Gravemente comprometido. 2 Sustancialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido. 5 No comprometido.</p> <p>PUNTUACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4 :</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 03: Conductual CLASE T: Fomento de la comodidad psicológica.
INTERVENCIÓN: Terapia de relajación (6040).

ACTIVIDADES

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles. (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Determinar si alguna intervención de relajación ha sido útil en el pasado.
- Considerar la capacidad y voluntad de la persona para participar, preferencias, experiencia pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.
- Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Invitar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.

FUNDAMENTACIÓN

La terapia de relajación consta de diversas técnicas que favorecen la relajación con el objetivo de disminuir los signos y síntomas indeseables como son: dolor, ansiedad, estrés, tensión muscular, etc.

Existen diversas técnicas de relajación, se puede utilizar una o más de estas, en si la que mejor se desee, al final se cumple con el objetivo si se lleva acabo correctamente.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
<p>DOMINIO 4: Actividad/reposo. CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares. CODIGO: 00094</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas circulatorios-Insuficiencia venosa periferia.</p>	<p>DOMINIO I: Salud funcional. CLASE A: Mantenimiento de la energía.</p> <table border="0"> <tr> <td>RESULTADO:</td> <td>INDICADOR:</td> <td>ESCALA</td> <td>DE</td> </tr> <tr> <td>Tolerancia a la actividad (0005)</td> <td>000509 Paso al caminar. 000510 Distancia en caminata. 000517 Resistencia de la parte inferior del cuerpo. Facilidad para realizar actividades de la vida diaria</td> <td>1 2 3 4 5</td> <td>MEDICIÓN Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido No comprometido.</td> </tr> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A:3 AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE	Tolerancia a la actividad (0005)	000509 Paso al caminar. 000510 Distancia en caminata. 000517 Resistencia de la parte inferior del cuerpo. Facilidad para realizar actividades de la vida diaria	1 2 3 4 5	MEDICIÓN Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido No comprometido.
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA	DE						
Tolerancia a la actividad (0005)	000509 Paso al caminar. 000510 Distancia en caminata. 000517 Resistencia de la parte inferior del cuerpo. Facilidad para realizar actividades de la vida diaria	1 2 3 4 5	MEDICIÓN Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido No comprometido.						

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 2: Fisiológico: Complejo

CLASE N: Control de la perfusión tisular.

INTERVENCIÓN: Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066).

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración global de la circulación periférica (color, temperatura, llenado capilar).
- Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
- Examinar los tejidos en busca de solución de continuidad del tejido.
- Observar el grado de incomodidad o dolor.
- Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión.
- Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de larga extensión).
- Elevar la pierna afectada 20° por encima del nivel del corazón.
- Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de extremidades inferiores, mientras esté en cama.
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Controlar el estado de líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación

FUNDAMENTACIÓN

El sistema circulatorio es la estructura anatómica que comprende conjuntamente tanto al sistema cardiovascular que conduce y hace circular la sangre, como al sistema linfático que conduce la linfa

La circulación de la sangre puede dividirse en dos ciclos, tomando como punto de partida el corazón: la menor o pulmonar y mayor o sistémica.

La sangre viaja a través de las venas y arterias que están en todo el cuerpo (cefalo-podal), si en el trayecto de esta misma hay: obstrucciones, deficiencias, malformación de alguna pared o válvula, etc. Se limitara el flujo sanguíneo lo que será insuficiencia venosa y será de mayor predominio en extremidades inferiores ya que involucra el aumento en la presión venosa del pie, deficiencia de la bomba venosa.

Por ello si está presente la insuficiencia venosa crónica es importante fomentar los cuidados circulatorios para favorecer el retorno venoso y así prevenir complicaciones que limiten realizar las actividades de la vida diaria.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 1: Fisiológico. Básico. CLASE A: Control de la actividad y ejercicio
 INTERVENCIÓN: Manejo de la energía (0180)

ACTIVIDADES

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Corregir los déficits del estado fisiológico como elementos prioritarios.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y el autocontrol, regulación de la actividad.
- Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria).

FUNDAMENTACIÓN

La energía es aquella que se obtiene a través del consumo de alimentos los cuales poseen nutrientes, esta es almacenada en el cuerpo para ser utilizada con cualquier movimiento o esfuerzo físico humano.

El aporte, almacenamiento y uso de energía se puede ver afectada por diversos factores, ya sean físicos, ambientales, biológicos, patológicos, etc.

Regular el uso de la energía evita la fatiga corporal, reducirá complicaciones como enfermedades, y por lo tanto mejorará las funciones humanas.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																																																
<p>DOMINIO. CLASE: CODIGO: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la interacción social r/c obstáculos para la comunicación (distancia, tiempo) m/p interacción insuficiente con otras personas.</p>	<p>DOMINIO III: Salud psicosocial. CLASE P: Interacción social.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>RESULTADO</th> <th>INDICADOR:</th> <th>ESCALA</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>:</td> <td>150302 Interacción con</td> <td>MEDICIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implicación social (1503).</td> <td>vecinos.</td> <td>1</td> <td>Nunca</td> </tr> <tr> <td></td> <td>150307 Participación en</td> <td>demostrado.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>organización de</td> <td>2</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>actividades.</td> <td>demostrado.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>150309 Participación como</td> <td>3</td> <td>A veces</td> </tr> <tr> <td></td> <td>miembro de un grupo.</td> <td>demostrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>150311 Participación en</td> <td>4</td> <td>Frecuentemente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>actividades de ocio.</td> <td>demostrado.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td>Siempre</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>demostrado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A 3: AUMENTAR A: 4</p>	RESULTADO	INDICADOR:	ESCALA	DE	:	150302 Interacción con	MEDICIÓN		Implicación social (1503).	vecinos.	1	Nunca		150307 Participación en	demostrado.			organización de	2	Raramente		actividades.	demostrado.			150309 Participación como	3	A veces		miembro de un grupo.	demostrado			150311 Participación en	4	Frecuentemente		actividades de ocio.	demostrado.				5	Siempre			demostrado	
RESULTADO	INDICADOR:	ESCALA	DE																																														
:	150302 Interacción con	MEDICIÓN																																															
Implicación social (1503).	vecinos.	1	Nunca																																														
	150307 Participación en	demostrado.																																															
	organización de	2	Raramente																																														
	actividades.	demostrado.																																															
	150309 Participación como	3	A veces																																														
	miembro de un grupo.	demostrado																																															
	150311 Participación en	4	Frecuentemente																																														
	actividades de ocio.	demostrado.																																															
		5	Siempre																																														
		demostrado																																															

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 03: Conductual CLASE Q: Potenciación de la comunicación.

INTERVENCIÓN: Potenciación de la socialización (5100).

ACTIVIDADES

- Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente.
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades por parte del paciente.

FUNDAMENTACIÓN

La socialización es el proceso a través del cual los seres humanos aprenden e interiorizan las normas y los valores de una determinada sociedad y cultura específica mediante este aprendizaje se desempeña con éxito la interacción social.

Potenciar la socialización otorga bienestar social y emocional para el ser humano ya que satisface la necesidad de comunicación y de participar en actividades socioculturales, todo esto mediante la interacción.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 6: Sistema sanitario. CLASE Y: Mediación del sistema sanitario.
INTERVENCIÓN: Facilitar las visitas (7560).

ACTIVIDADES

- Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas.
- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.
- Identificar problemas específicos con las visitas.
- Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia.
- Establecer horas de visita.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visita.
- Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos.
- Ofrecer a la familia y amigos el de teléfono para que llamen desde su casa.

FUNDAMENTACIÓN

La visita es una acción de cortesía que se concreta yendo a la casa de un familiar o amigo a quien se eche de menos o simplemente para pasar un tiempo con aquella persona.

Existen barreras como el tiempo, lugar, personas que limitan o dificultan el proceso de socialización y por ende la interacción social con personas de agrado y/o grupos comunes, por lo tanto se pueden modificar estas barreras con el fin de mantener la interacción y proporcionar bienestar al paciente, esto puede llevar a cabo mediante las visitas de las personas deseadas, en este caso el paciente es quien no puede desplazarse hacia sus amigos , por lo tanto se puede buscar que sean amigos y familiares quienes visiten al paciente, esto con acuerdos en cuanto a tiempo y disposición.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

DOMINIO 1: Promoción de la salud

CLASE 2: Gestión de la salud.

CÓDIGO: 00162

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud.

CLASE Q: Conducta de salud.

RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).	160901 Cumple las precauciones recomendadas. 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado. 160905 Cumple el régimen de medicación. 160906 Evita conductas que potencian la conducta. 160907 Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad. 160912 Utiliza dispositivos correctamente. 160916 Solicita una visita personal con el profesional sanitario.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado.

PUNTUACIÓN: DIANA: MANTENER A: 4 AUMENTAR A: 5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO 3: Conductual CLASE S: Educación de los pacientes.
INTERVENCIÓN: Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540).

ACTIVIDADES

- Establecer compenetración en las relaciones.
- Disminuir el nivel de fatiga del paciente.
- Comprobar el nivel de orientación del paciente.
- Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente.
- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.
- Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.
- Tratar la inquietud específica del paciente.
- Establecer un ambiente de aprendizaje.
- Ayudar al paciente a mantener la confianza en su capacidad.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la capacidad para prevenir enfermedades o complicaciones.
- Ayudar al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.

FUNDAMENTACIÓN

El aprendizaje es la adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes por medio del estudio, la enseñanza, el ejercicio o la experiencia.

La paciente cuenta con disposición para mejorar la gestión de la enfermedad esto mediante autocuidados que incluyen: realizar actividades de la vida diaria, aseo, higiene, baño y sobre todo el uso de prendas de vestir adecuadas como medias de mediana compresión, ropa holgada, zapato cómodo, etc., esto se ve reflejado en el proceso de su enfermedad ya que no ha evolucionado.

Si la paciente ya cuenta con dicha disposición de mejorar lo siguiente es mantener esa conducta y potenciar más actividades de autocuidado para así fomentar su bienestar.

VI. CONCLUSIONES

La insuficiencia venosa es una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anomalías de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción en las venas, dicha patología conlleva una serie de riesgos y/o posibles complicaciones durante su evolución.

Se ha visto un incremento en la frecuencia de casos, desde hombres, adolescentes, mujeres, trabajadores, esto quiere decir que ninguna persona está exenta de padecer dicha patología, pueden ser amigos, familia o nosotros mismos, por consiguiente al personal de salud y en este caso al Licenciado en Enfermería y Obstetricia se le demanda la actualización, conocimiento y manejo de dicha enfermedad para atender oportuna, eficaz y eficientemente a las personas que lo padecen.

El presente PAE es de utilidad teórica-práctica para estudiantes, personal de enfermería y de la salud ya que contiene todos los elementos necesarios para el manejo de la patología venosa, desde la atención, cuidados y rehabilitación de la patología venosa.

El haber realizado dicho Proceso Atención Enfermería fue grato, considero que en general no hubo dificultades al realizarlo puesto a que conozco el tema, sin embargo me obligue a indagar aún más en investigaciones bibliográficas actuales, me es satisfactorio realizarlo ya que estudie, comprendí, recordé y profundice dicho tema (Insuficiencia venosa Periférica) esto con el fin de desarrollar correctamente el proceso, formar determinada congruencia con el caso clínico y en las intervenciones de enfermería.

Me es grato “concluir” mi licenciatura realizando un PAE ya que refleja gran parte de mi formación.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: TIPOS DE VARICES



ANEXO 2: TELANGIECTASIAS



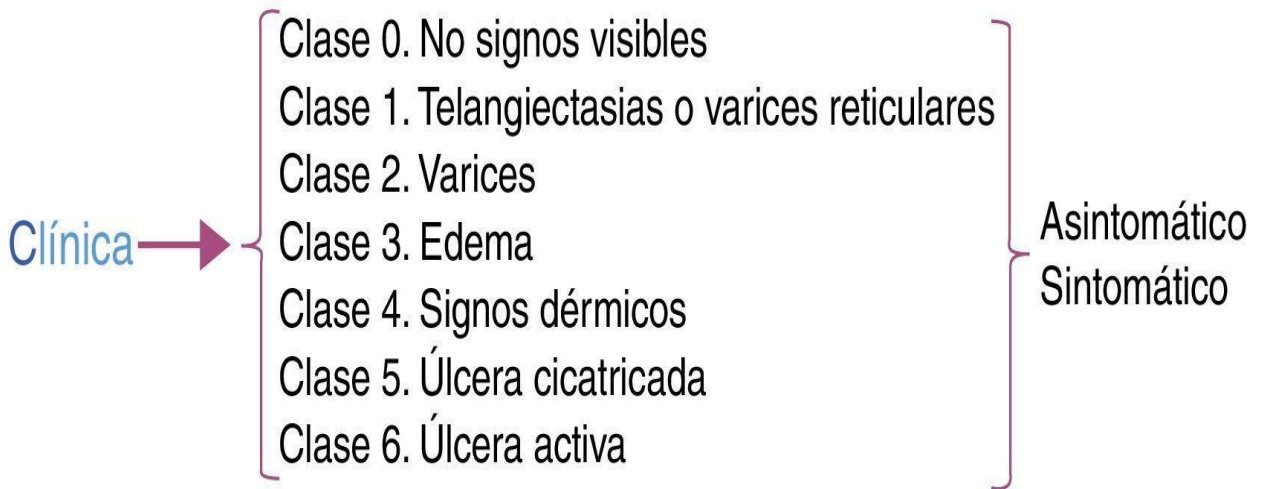
ANEXO 3: VARICES RETICULARES.



ANEXO 4: VARICES TRONCULARES



Clasificación CEAP de la EVC



Etiología → Congénita, Primaria, Secundaria

Anatomía → Superficial y/o Profunda (D) y/o Perforantes

Patofisiología → Reflujo y/o Obstrucción

La letra C evalúa los hallazgos clínicos	
C0	No hay signos visibles o palpables de lesión venosa
C1	Presencia de telangiectasias o venas reticulares
C2	Varices
C3	Edema
C4	Cambios cutáneos relacionados con la patología venosa (p.Ej: pigmentación, lipodermatosclerosis...) sin ulceración 4a Pigmentación o eccema 4b Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca: mayor predisposición para el desarrollo de úlceras venosas
C5	Cambios cutáneos con úlcera cicatrizada
C6	Cambios cutáneos con úlcera activa
Después del número se escribe la letra "A" si el paciente está asintomático y "S" si presenta síntomas	
La letra E se refiere a la etiología	
Ec	Enfermedad congénita
Ep	Enfermedad primaria o sin causa conocida
Es	Enfermedad secundaria o con causa conocida (p. Ej: postraumatismo, Síndrome Postrombótico...)
La A describe los hallazgos anatómicos encontrados con el Eco-Doppler.	
	Venas superficiales (As)*
	Venas profundas (Ap)*
	Venas perforantes*
* Se añade un número en función de la vena afectada	
La P hace referencia a la fisiopatología	
PR	Reflujo
PO	Obstrucción
PR,O	Ambos

ANEXO 6: MEDIDAS FISICOPOSTURALES.

Cuadro II. Medidas Fisicoposturales en la IVC Primaria

<ul style="list-style-type: none">• Reposo con elevación de los miembros inferiores sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día, para reducir la sintomatología y el edema
<ul style="list-style-type: none">• Elevación de miembros inferiores durante el descanso nocturno entre 20-25 cm, resultando muy efectivo para reducir el edema, lo que favorece la colocación de la compresión elástica diaria.
<ul style="list-style-type: none">• Masaje: debe realizarse en forma de expresión de los miembros de abajo a arriba.
<ul style="list-style-type: none">• Hidroterapia (Cura de Kneipp): duchas y masajes con agua fría o bien alterando agua fría con tibia para estimular el tono venoso. La inmersión con o sin deambulación en el agua favorece el retorno venoso.

ANEXO 7: CONTRAINDICACIONES DE LA COMPRESION TERAPEITCA

Cuadro III. Contraindicaciones de la Compresoterapia

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Isquemia arterial de extremidades con un índice tobillo/brazo menor o igual a 0,6	Índice tobillo/brazo entre 0,6-0,8
Dermatitis (alérgica o séptica)	Insuficiencia cardíaca inestable
Artritis reumatoide en fase aguda	Hipertensión arterial
Hipersensibilidad o alergia al tejido	

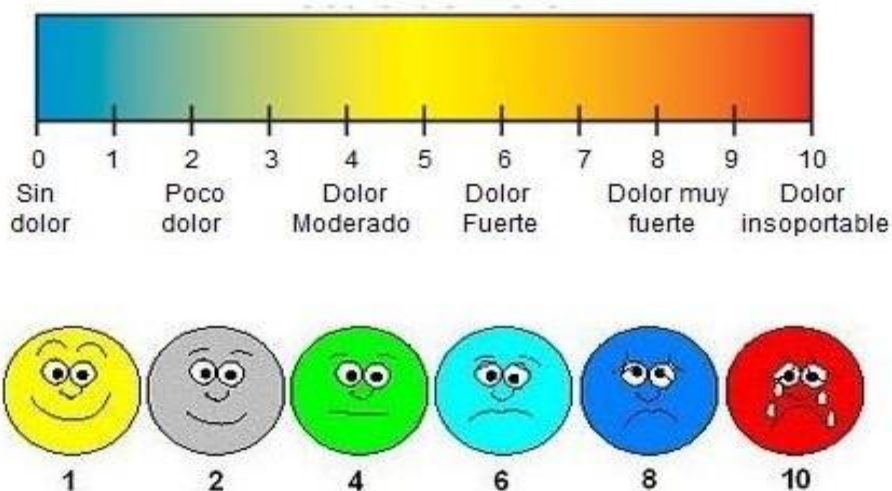
ANEXO 8: VARICES COMPLICADAS

Cuadro IV. Datos de Insuficiencia Venosa Crónica Complicada

Cutáneas	Vasculares
Pigmentación (Dermatitis ocre)	Hemorragia
Ecema varicoso	Tromboflebitis superficial
Hipodermatitis	Trombosis venosa profunda
Celulitis	Linfangitis
Úlcera flebostática	
Lipodermatoesclerosis	
Atrofia Blanca	

ANEXO 9: ESCALA EVA

Escalas de dolor



ANEXO 10: VALORACIÓN DE SIGNO DE GODET

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
Grado I	+ / ++++	Leve Depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea.
Grado II	++ / ++++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos.
Grado III	+++ / ++++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
Grado IV	++++ / ++++	Depresión Profunda de hasta 1cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

ANEXO 11: EXTREMIDADES INFERIORES DE LA PACIENTE.



VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Achury Saldaña DM. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Vol. 8, num. 1-2 Bogota, Colombia, enero-diciembre, 2006. Pp- 8-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220734002>. Consultado: marzo 2018.
2. Ahumada M, Viroque J. Prevalencia de varices y factores asociados. Med Clin (Barc). 2010.
3. Altmann-Canestri, Sánchez C, Tropper U. Tratado de flebología y linfología. Buenos Aires: Fundación Fleg; 1995. p. 385.
4. Ben H., Escobar C., Jackson R. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular, Washington, OPS; 2009.
5. Ben S. Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En Morse J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 2008
6. Boykin A, Shoenhofer S. Fundamentos de la Enfermería como Cuidado: Un Modelo para Transformar la Práctica. Capítulo 1 ALN. New York; 91-95 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf
7. Carrillo González GM, Rubiano Mesa L. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Rev. Cubana Enfermo (Internet). 2007. Citado: 10 abril 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-0319200700030009&sccript=sciarttext>
8. Colliere MF. Identificación de los cuidados en la mujer. En promover la vida. Madrid: McGraw Hill; 2012, p. 1-19.
9. Consejo de Salubridad General. Guía de referencia rápida: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. Disponible en:

- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/175_GP_C_INSUFICIENCIA_VENOSA_C/Imss_175RR.pdf. Acceso: 04 de enero de 2018.
10. Cotrina Montenegro E. Cuidado de Enfermería. Ed. 3. México. McGraw Hill. Junio, 2007
 11. Cristina y Carmen María Sarabia Cobo de la “Universidad de Cantabria” en el 2013. EL envejecimiento. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temaspdf/Tema%203%20Cambios%20psicologicos.pdf>.
 12. Domínguez C... Argente H, Álvarez M. Insuficiencia vascular periférica. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2011. p. 494
 13. ENEO. XOCHIMILCO, TLALPAN. 2015. Disponibl en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
 14. Espana G. Enfermedad vascular periférica: isquemia de miembros inferiores. Madrid: Mc Graw Hill; 2008. p. 160---71.
 15. Forrest D. La experiencia de cuidar. Periódico de enfermería avanzada 14. Universidad de Alberta Canadá, 2010. Pp. 815-823.
 16. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno, 2009.
 17. Guía de Práctica clínica. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/175_GP_C_INSUFICIENCIA_VENOSA_C/Imss_175RR.pdf
 18. Heise S. Lobel J. Anatomía y Fisiología; 11a Ed. Ed. Médica Panamericana, 2011, P.p. 740-807.
 19. Jiménez Herrero, “Psicología del anciano”, Manual de Geriatria, 3ra Edición, Editorial Salvat, Barcelona 2012, págs. 137-141.

20. Leddy, Susan. Pepper J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York 1989
21. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Ediciones Rol, Barcelona: 1989:305.
22. Martínez Gómez, Cristóbal, "Salud familiar", Editorial Científico-Técnica, Ciudad Habana, 2013, págs. 118-124
23. Meje Navarrete M, Bases de la medicina clínica. Vascular, Chile, Universidad de Chile. Disponible en: http://www.basesmedicina.cl/vascular/insuficiencia_venosa/insuficiencia_venosa_%20de_extremidades_inferiores.pdf.
24. Mercadé y Saige, "Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica", Editorial Salvat, Barcelona 2013, págs. 312-318.
25. Oxford U.P. Diccionario Oxford Escolar para estudiantes. 2ed. México: Oxford University Press; 2010
26. Parreño Rodríguez, J., "Tercera edad sana", Revista del Ministerio de Asuntos Sociales, Vol. 4, No.10, Madrid, 2012, págs. 17-20.
27. Pierre K. Venas, Anatomía General, México, ED. Médica Panamericana, 2012 p. p. 180 – 182
28. Pierre K. Venas, Anatomía General, México, ED. Médica Panamericana 2012, p. p. 176 – 178
29. Ross Wesley L. Teorías y modelos de enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana, 2007.
30. Tabares E y Sánchez-Col S. Enfermedad vascular periférica: problemas venosos de miembros inferiores. En: Rodríguez V, Estudio de la Incapacidad Laboral por Enfermedades Cardiocirculatorias, Madrid, Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, 2009, pp. 173-82
31. Torres Butron E, Márquez Calderón S. Resultados del tratamiento endovascular de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores. AETSA. 2012. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA-2007.17.enovascularpdf>. Citado: 29 de marzo de 2015.

32. Tortora J. G., Derrickson B. El Aparato Circulatorio: vasos sanguíneos y hemodinamia; Cap. 21; Principios de anatomía. McGrawHill. México, 2011.
33. Zhigue L. Resultados y complicaciones de la esclerosis en el tratamiento de la insuficiencia venosa periférica en el Hospital de IIES Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de la ciudad de Loja en el período 2002-2007. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2011. p. 19---24 [Tesis]