



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

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON EL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON
APLICADO A UNA PERSONA CON
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

**PARA OBTENER EL TITULO LICENCIADO EN
ENFERMERÍA
P R E S E N T A.**

**ALFREDO MACLOVIO JUAREZ
N° DE CUENTA: 415164382**

**L.E.O. YOLANDA VARGAS SÁNCHEZ
DIRECTORA DEL TRABAJO**

CIUDAD DE MÉXICO A MARZO DE 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer, su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida, algunas estas aquí conmigo, y otras en mis recuerdos y en el corazón, sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a ver esta dedicatoria quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Agradezco a Dios principalmente por permitirme llegar con bien hasta este momento de mi vida profesional y personal, donde me has acompañado dándome la fortaleza necesaria para llevar a cabo un buen proceso, te agradezco por ser mi guía, mi farol en altamar que día a día me enseña y me permite dar pasos firmes y ser el apoyo y fortaleza en los momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres: Rosita y Raymundo" y hermanos: "Marcela, Fausto y Francisco" a mis sobrinos: "Víctor Manuel y José Ángel" a mi "chinito" que nunca me han dejado de apoyar en todo este proceso de formación personal y profesional, nunca me han dejado caer y siempre brindándome la confianza y fortaleza para salir adelante, nunca tendré como pagarles todo lo que me han dado y ayudado, gracias a todos por esos momentos de alegría y enojo que hemos pasado ya que me han forjado para ser una persona de bien, por su cariño y apoyo incondicional, durante este proceso, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por sus oraciones, consejos y palabras de aliento durante este largo pero satisfactorio proceso que de alguna u otra forma siempre acompañan en todos mis sueños y metas. ¡los amo!

A Jorge "cuyito" gracias por ser mi hermano, mi confidente, mi amigo no sabes cuánto valoro nuestra amistad donde hemos pasado muchas alegrías y enojos, siempre estaré eternamente agradecido contigo porque si nos hubiéramos visto aquel sábado no hubiera pensando en hacer este proceso, gracias por tu invaluable apoyo durante este proceso ya que eras mis ojos y mis manos en muchas ocasiones ¡gracias hermano!

Agradezco a la señora Adelaida y a Alejandro por permitirme entrar y ser parte de su familia durante este tiempo, por sus risas, por abrirme su corazón, por platicarme su vida y por romper con mi rutina del paciente hospitalizado, nunca se los dije, pero disfrutaba salir de mi vida cotidiana y visitarlos, aunque fuera de noche y regresar casi de madrugada, gracias infinitas por todas las risas mientras hacia mi actividad profesional (nunca hizo erupción el volcán así que los seguiré visitando hasta que lo haga y tenga una buena foto).

A mi querida Jefe de la Clínica de Heridas del Hospital General Xoco, E.T.E. Martha angélica Carpio Ramos, por su invaluable ayuda y enseñanzas para llevar a cabo este exitoso proceso, por enseñarme el verdadero valor que tiene la vida, por guiarme a ser un mejor profesional de enfermería y ejercer la más bella de las profesiones, por sembrar un amplio conocimiento, por compartir sus vivencias y enseñanzas magnificas, le expreso mis

más sinceros sentimientos de agradecimiento y mis infinitas gracias ¡Dios la bendiga siempre!

A CONVALEO, por darme la oportunidad de conocerlos y permitirme aprender de sus productos sin duda mi enorme agradecimiento ya que sin ustedes este proceso jamás hubiera sido satisfactorio, de verdad no sé cómo pagarles el enorme apoyo y la enseñanza que me brindaron, ¡siempre estaré agradecido con ustedes!

A mis mejores amigos *Areli, Jair, Kevin, Arely, Thalía, Temo*, "los juves" de corazón que siempre han estado en mis mejores momentos, por soportar mis cambios de humor, por vernos cada vez y por ser el mejor soporte que pude tener en esta vida, con ustedes he compartido las mejores experiencias de mi vida y esta es una de las tantas, porque cada una me ha ayudado a superarme día con día. ¡gracias por estar a mi lado!

A Fernando Medina "Nandito" gracias por tu apoyo en este proceso de atención fuiste parte importante, es increíble que solo hemos hablado una sola vez en persona, siempre ha sido por WhatsApp, eso no fue impedimento para que me ayudaras, creo nunca te lo he dicho, pero de verdad gracias por estar en los mejores y peores momentos, por esos consejos que me has dado nunca los olvidare. ¡infinitas gracias!

A mis compañeras del Hospital General Xoco, "*Chelito, Erika, Jessica*" por haberme abierto las puertas de su corazón y brindarme su amistad, por enseñarme y guiarme a mejorar profesionalmente día con día, siempre estaré eternamente agradecido de que Dios las puso en mi camino, en el cual hemos pasado tristezas, pero han sido más los mejores momentos que se han quedado en el corazón. ¡las quiero!

Por último y no menos importante, sino todo lo contrario a la directora del trabajo L.E.O Yolanda Vargas Sánchez, que, durante la realización de este proceso, usted fue mi mano derecha y quien me ha guiado en este proyecto final, el cual no fue nada fácil, sin embargo, con su ayuda, me resulto menos complicado, logrando un proceso mejor de lo que esperaba, y una gran parte del desarrollo se lo debo a usted, de verdad mil gracias por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos profesionales así como haberme tenido toda la paciencia, para guiarme durante cada semana y a lo largo de la formación académica fueron valiosas las aportaciones que hizo y que en efecto han cambiado la visión que tenía del área profesional, le deseo con todo el que corazón que su proyecto de vida tenga un buen camino ¡que dios le bendiga siempre!

"Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber."

Albert Einstein (1879-1955)

INDICE	PAGINA
1. Introducción	5
2. Objetivo	8
3. Justificación	9
4. Metodología	11
5. Marco teórico	13
5.1.1. Proceso Atención Enfermería	14
5.1.2. Valoración	15
5.1.3. Diagnostico	18
5.1.4. Planeación	20
5.1.5. Ejecución	22
5.1.6. Evaluación	23
5.2.1. Modelo Teórico Virginia Henderson	26
5.2.2. Metaparadigma	26
5.2.3. Postulados	27
5.2.4. Valores	28
5.2.5. Conceptos	29
5.2.6. Función de la Enfermería	30
5.2.7. Equipo de Atención	31
6. Aplicación del Proceso de Atención Enfermería	32
6.1.1. Resumen Clínico	32
6.1.2. Antecedentes Personales y Familiares	32
6.1.3. Exploración Física	32
6.1.4. Presentación de Caso Clínico	32
6.1.5. Análisis y Síntesis de Datos	33
6.1.6. Jerarquización de Problemas	35
6.1.7. Planes de Cuidados de Enfermería	36
6.1.8. Plan de Alta	52
7. Conclusión	53
8. Referencias Bibliográficas	57
Anexo1. Consentimiento Informado	
Anexo2. Lavado de manos para pacientes y familiares	
Anexo3. Tríptico Insuficiencia venosa / ejercicios	
Anexo4. Meditación basada en la respiración	
Anexo5. Cultivo y Laboratorio	
Anexo6. Tabla de alimentos y contenido de vitamina K	
Anexo7. Evidencia fotográfica	
Anexo8. Instrumento metodológico para la atención de enfermería (Modelo de Virginia Henderson)	
Anexo 9. Herida Crónica por Insuficiencia Venosa	

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es considerada como una profesión disciplinar la cual está estrechamente ligada a la sociedad que se atiende, y en consecuencia a su ciencia, la cual debe orientarse hacia la resolución de las necesidades de la vida y salud. actualmente la enfermería se encuentra basada en modelos teóricos los cuales tiene un doble significado. Por un lado, representan una realidad de lo que se puede denominar hecho enfermero, y que es el modo de llevar a cabo el proceso de cuidar. Por otro lado, son propuestas para llevar a cabo dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermera

El profesional de enfermería durante el proceso de atención enfermería (PAE) debe identificar los aspectos psicosociales, familiares, religiosos, que afectan el estado anímico que provocan una alteración en las necesidades básicas del ser humano; las cuales se ven condicionados por factores socio-culturales y el entorno familiar y ambiental dado que en ocasiones resultan intolerables para el proceso salud-enfermedad.

El proceso atención enfermería requiere de una interacción especial y continua con la persona sujeta al cuidado ya que el objetivo primordial es la satisfacción óptima de las necesidades humanas, los cuales deben brindarse mediante un plan de cuidados e intervenciones enfocados al cuidado asistencial y educacional ya que promueve un comprende el cambio de conductas de la persona con la finalidad de mejorar la calidad de vida ante los padecimientos agudos y crónicos así como terminales, además de ser inseparable al cuidado holístico durante el proceso de atención, en donde el paciente se pueda sentir seguro, sereno, manteniendo una comunicación efectiva dentro del entorno familiar y social.

El marco utilizado fue de la teoría de Virginia Henderson, el cual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales y el cual es totalmente compatible con el proceso de atención enfermería aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica.

Con el objetivo de conocer los beneficios que aporta la utilización del modelo de Virginia Henderson, se estructuro en dos partes, la primera parte se enfoca al nivel de conocimiento realizando una revisión bibliográfica y sistemática de diversos autores, a fin de definir el marco teórico y la implementación hacia la práctica profesional, en la segunda parte se ha querido identificar el nivel de conocimiento que existe sobre el modelo y la viabilidad y utilidad en la práctica profesional para lo que se realizó y plasmo dicho proceso de atención enfermería.

De tal modo que este modelo permite constituir a la persona como un ser integral con biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencia y en el cuidado del enfermo definiendo a la enfermería como la asistencia al individuo sano y enfermo para la realización de aquellas actividades que contribuyen a mejorar y a recuperar la salud que realizaría por sí mismo si contara con la fuerza, el conocimiento y la voluntad necesaria para lograr una independencia.

Este modelo teórico tiene como base que el profesional de enfermería trabaje de manera independiente de las funciones del médico por consiguiente debe utilizar un plan de cuidados para proporcionar asistencia al paciente, compensando lo que falta, estableciendo intervenciones por medio de una relación terapéutica empática y comunicación efectiva, basándose en la valoración de 14 necesidades básicas para conseguir el logro individualizado de la persona y reestablecer aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El presente escrito se plasma un proceso de atención enfermería a la señora Adelaida con una ulcera venosa en miembro pélvico derecho, con una evolución de ocho años siendo multitratada en diversos sistemas de salud público y privado, sin éxito en el proceso de cicatrización, también se describen factores ambientales, familiares, y sociales que han afectado el proceso de cicatrización de la herida.

La participación familiar al incorporarse al cuidado para la mejora del proceso fue de gran importancia y relevancia ya que a partir de mantener una adecuada comunicación efectiva se disminuyeron los conflictos, lo que se vio relegado en el estado emocional de la señora Adelaida lo que permitió continuar y avanzar con el avance del plan de cuidados.

Se desplegó mediante un transcurso organizado y sistemático identificando factores objetivos y subjetivos que alteren las necesidades de la Sra. Adelaida, el cual servirá para crear un plan de intervenciones estratégicas a fin de resolver su padecimiento actual.

Durante la ejecución del proceso de cuidado de enfermería se llevaron a cabo las intervenciones y cuidados mediante el acompañamiento familiar integrándolos mediante un enfoque holístico y humano para la adquisición de nuevas habilidades cognitivas, interpersonales, capacidades prácticas que mejoren la calidad de vida y el entorno familiar y social.

Al tratar una herida crónica se debe comprender que son lesiones que requiere para el proceso de cicatrización, tiempos muy prolongados ya que la cicatrización se realizara por segunda intención, siendo un proceso muy complejo que elimina y reemplaza el tejido que se encuentra dañado, se considera una herida crónica cuando el proceso de cicatrización total no ha culminado en un plazo mayor a 6 semanas.

La prevalencia reportada de lesiones venosas a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) está entre el 5 y 11% en el continente americano, en 2011 se realiza el primer estudio nacional de prevalencia de las lesiones venosas dando como resultado una prevalencia de 12.92% que lo ubica a nivel medio respecto a otros países como España y Alemania cuya prevalencia oscila entre el 6 y 13% de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2015.

La atención a las heridas crónicas en México, a pesar de los enormes esfuerzos que llevan a cabo los profesionales del Sistema Nacional de Salud, no se ha logrado alcanzar la optimización de la calidad de los servicios que se ofrecen para tan emergente problema.

Se ha evidenciado la necesidad de implantar un plan de cuidados de enfermería individualizado en todas las necesidades, ya que a partir de la prevención se pueden evitar complicaciones mejorando la calidad de vida, estilos de vida saludable en este ámbito asistencial.

En observancia, el proceso de atención enfermería debe estar basado en una teoría o modelo que tomando el paradigma sea capaz de mejorar el estado de salud del individuo, familia y sociedad a fin de procurar la educación y promoción de la salud para mejorar las necesidades básicas mediante un plan de cuidados que permita al profesional llevar a cabo las intervenciones y cuidados mediante un lenguaje estandarizado y/ unificado, la cual tiene grandes ventajas como permitir al profesional estar más pendiente del dinamismo del cuidado mediante los criterios necesarios para mejorar la calidad asistencial.

2. OBJETIVO

De conocimientos.

- ❖ Aplicar los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera mediante la realización de técnicas y procedimientos a la realidad de la práctica contribuyendo al conocimiento profesional mediante un modelo de atención que provea el más alto nivel del cuidado de la salud de las personas a fin de elevar las habilidades y destrezas con un marco científico adecuado a la necesidad cambiante de la población actual.
- ❖ Desarrollar un marco educacional con un enfoque basado en el pensamiento crítico integrando el método científico fundamentado en la disciplina dentro de la actividad profesional sustentado en la calidad, calidez y humanismo a fin de reforzar los conocimientos de la metodología del proceso enfermero.

De habilidades

- ❖ Realizar la correcta valoración del paciente con ulcera venosa identificando factores personales, patológicos y ambientales que predisponen a complicaciones futuras.
- ❖ Estructurar diagnósticos de enfermería basados en las necesidades reales, potenciales y de bienestar apegado a las necesidades del paciente considerando el modelo teórico establecido.
- ❖ Establecer un plan de cuidados individualizado, y familiar de enfermería para contribuir a solucionar o disminuir las aéreas con deficiencia que alteren el entorno del paciente.
- ❖ Capacitar a la paciente y familiares sobre la técnica adecuada para la realización de limpieza de la herida.
- ❖ Ejecutar las intervenciones de enfermería planeadas para cubrir o resolver las necesidades deficientes y prevenir complicaciones.
- ❖ Integrar y restablecer a la paciente a sus actividades de la vida diaria reduciendo las complicaciones ocasionado por la ulcera venosa dándole seguimiento apegado a su tratamiento actual.

3. JUSTIFICACIÓN

En la fase de formación académica del profesional de enfermería, deben de conocer las diversas necesidades que se ven afectadas por los diversos problemas de salud actual, es importante conocer las implicaciones que tienen las úlceras venosas en nuestra actualidad, así como conocer los diversos tratamientos e innovaciones tecnológicas para el cuidado avanzado de heridas que existen, los cuales han demostrado su eficiencia en la práctica basada en evidencia.

En la actualidad la prevalencia de úlcera varicosas que existe a nivel mundial, se ha mantenido entre el 5% y 11% dentro del continente americano, de acuerdo a datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De acuerdo a datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2015, México se ha mantenido con una prevalencia del 12% lo cual indica que se encuentra dentro del índice promedio intermitente.

La relevancia social que tienen la úlceras venosas con el paso del tiempo ha permitido crear nuevos avances científicos y tecnológico lo que permite un aumento en la esperanza de vida, y mejorar la calidad de la misma aunado a la prevalencia de enfermedades crónicas de diferentes etiologías, en la que algunas presentan complicaciones circulatorias que permiten la aparición de heridas crónicas.

Es importante para el profesional de enfermería conocer el impacto económico, implicando el costo directo e indirecto del presupuesto total en el sistema de salud actual, así como la estancia hospitalaria que se tiene. Haciéndolo necesario que se estructure un abordaje global seguida de una política en salud que se oriente a la prevención y tratamiento hasta lograr la cicatrización

La formación académica debe contribuir a de manera positiva a la resolución del problema basando en la experiencia profesional apoyado de bases científicas e investigativas considerando la disposición de instrumentos que permitan óptimos resultados, así como de herramientas seguras e idóneas que permitan la correcta utilización de las diversas tecnologías en el cuidado avanzado de heridas.

Es importante considerar viable de este proceso sistemático sobre el cuidado de la herida ya que es seguro y permitirá contribuir en la mejorar del cuidado de la salud ya que permite identificar tempranamente las necesidades y requerimientos prioritarios del paciente, así estableciendo planes de cuidado que optimicen la gestión del cuidado y así disminuir la vulnerabilidad que presenta los pacientes con heridas crónicas.

La importancia del tema es dada por casos cercanos donde el proceso de cicatrización de heridas ha sido casi imperceptible y muy tardío por el tratamiento tópico de petrolato, y un control inefectivo de humedad, por lo que es necesario aplicar nuevos y avanzados materiales y productos que han demostrado una efectividad mayor al tratamiento tradicional.

La influencia que se tiene la cicatrización de la herida dependerá del tipo de tratamiento, aunque la nueva tecnología ha demostrado su eficacia en un lapso medio, en el cual el paciente mejora su calidad de vida y se reintegra a sus actividades de la vida diaria lo que permite fortalecer las capacidades de resiliencia ante dicha problemática de salud mejorando el estado anímico del paciente

Los beneficios particulares son la satisfacción de proveer un mecanismo que sirve como guía futuro para el manejo de las heridas, el cual servirá como un instrumento constructivo de conocimientos y habilidades para el personal de enfermería a fin de brindar una adecuado y optima respuesta en las necesidades alteradas provocadas por dicho problema de salud.

Para la solución del problema se apoyó en la clínica de herida del Hospital General Xoco y del laboratorio CONVALEO, el cual ha proporcionado parte del material mediante gestión pertinente a la empresa y exposición del caso, la clínica de la herida ha coadyuvado en el tratamiento y manejo avanzado de la herida.

Es importante conocer que las heridas crónicas provocadas por insuficiencia venosa ya tienen diversos procesos curativos no tardíos que mejoran la sintomatología clínica de la piel y disminuyendo las complicaciones y riesgos genéticos y ambientales y mejorando la calidad de vida, aunque suelen ser costosos el beneficio es mayo con un adecuado proceso de atención dinámico y sistemático.

4. METODOLOGÍA

El día 28 de enero 2019 en San Diego Tlaxcontitla, Amecameca, Estado de México me presentan a la señora Adelaida, la cual identifiqué que al deambular claudica demasiado al momento de realizar sus actividades de la vida diaria sin embargo no presto atención a su pie considerando que tiene alguna lesión ortopédica, sin embargo, me comenta su sobrino Jorge S. que presenta una lesión desconociendo la etiología, mostrando evidencia fotográfica del mismo, me permito conocer replicar en este momento cual era el tratamiento y manejo del mismo, lo cual comenta la señora Adelaida no tiene un tratamiento específico ya que lleva ocho años con la herida abierta sin cicatrización alguna.

Para los primeros días de febrero considero que es un caso con dos vertientes principal porque la señora Adelaida es familiar de un gran amigo, y la segunda fue para la realización del proyecto para titulación pues un caso complejo por el tiempo y manejo de la herida, el cual se planteó con la familia para la autorización y establecimiento de visitas domiciliarias.

El día 13 de febrero se aplicó el Instrumento Metodológico para la Atención de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson), mediante un enfoque sereno y en un ambiente de seguridad, confianza y respeto, el cual me permitió identificar las diversas necesidades alteradas que presentaba; durante este momento para el caso considero que hubo una alteración en la emociones y sentimientos expresados durante la anamnesis.

Se planteó el caso a la clínica de heridas del Hospital General Xoco para que me asista en el manejo correcto de la herida mediante la intervención de laboratorios experimentados en la práctica profesional con razón social CONVALEO, manteniendo en cuenta el marco referencial del protocolo de actuación en el tratamiento avanzado de heridas.

En la visita subsecuente se identificaron diversas situaciones a nivel emocional, pues la señora Adelaida empezó con un cuadro de depresión situacional la cual se reflejó en el sentimiento de tristeza, desesperanza aislamiento familiar y parálisis facial como consecuencias de la herida ya que paso a un estado dependiente en tanto económico como familiar en la realización de sus necesidades, por lo que considero que es importante que se vaya implicando a la familia, para el cuidado asistencial y educacional sobre los cambios de hábitos de estilos de vida saludable

Se tomó como referencia teórica y guía de la actuación profesional de enfermería, el modelo de las 14 necesidades que Virginia Henderson desarrolló. Se utilizó como

herramienta de valoración, un Instrumento Metodológico para la Atención de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson) que identifica algunos aspectos relevantes de las necesidades básicas que el ser humano debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica, según la teoría.

Para la definición de los diagnósticos enfermeros se utilizó el formato establecido de la siguiente manera "*problema + etiología + signos y síntomas*" P.E.S (Gordon 1976). Cada una de estas partes se enlaza con las otras mediante unos vínculos para constituir el enunciado diagnóstico completo, en los cuales se describen los problemas de salud reales o potenciales.

Para la planificación de intervenciones y actividades se aplicó de manera directa a través de las acciones de enfermería siempre fundamentando en el beneficio de la paciente.

En la valoración de la herida se utilizó el "sistema de clasificación completo para trastornos venosos crónicos" basado en el primer consenso latinoamericano de úlceras venosas el cual aprueba estandarizar el reporte y el tratamiento de las diversas manifestaciones permitiendo así la descripción gráfica de la clase clínica con base en signos objetivos, la etiología, parte anatómica, del flujo y obstrucción en las venas superficiales y profundas y perforante, así como las fisiopatologías subyacentes que tiene la paciente. (Rev Mex Angiol 2013)

Hasta el momento se ha procurado que las visitas domiciliarias sean cada tercer día para el cambio y curación de la herida así mismo para la medición del cierre de la herida, se continúa apoyando en la educación para la salud, fomentando la comunicación efectiva-afectiva con la señora Adelaida, para que exprese sus sentimientos y emociones lo que ha provocado un cambio positivo anímicamente y emocionalmente al no contar con trato directo con la salud mental, procure canalizarlos a un Centro Integral de Salud Mental (CISAME) del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) para iniciar el tratamiento adecuado e individualizado.

5. MARCO TEÓRICO

Hoy por hoy la enfermería es considerada como una profesión disciplinar la cual se encuentra estrechamente ligada a la sociedad la cual se atiende en el sistema de salud público y privado, en consecuencia, a las diversas ciencias que apoya a la enfermería, esta debe orientarse a la resolución de problemas de salud y de la vida, al ser considerado como ciencia debe declarar un objeto de estudio, el cual la delimite e identifique otras ciencias. (Sotomayor 2006).

La enfermería considero que va más allá de una ciencia humana que tiene que brindar un cuidado pues nuestra esencia se reconoce por la libertad e igualdad en dignidad y derechos que se garantiza como un derecho humano, bajo la premisa del cuidado de la vida humana el cual suele ser dinámico que ocurre en los extremos de la vida, en donde nos encontramos inmersos en los diversos procesos de salud-enfermedad, lo por que el cuidado de la salud mantendrá a la persona en un estado de bienestar continuo y en la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar.

La particularidad del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar.

El cuidado se ha utilizado de manera enfática como un núcleo central de la profesión de manera creciente hasta nuestra actualidad. La representación de mayoría de ideas, definiciones y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado han sido rescatado de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista.

La característica del cuidado es involucrar necesariamente a la persona como un ser holístico, como parte de un nuevo paradigma de la disciplina de enfermería para poder satisfacer las necesidades de la persona bajo un contexto de total comprensión y bajo un régimen de cooperación donde se promueva el humanismo y con ello la salud y la calidad de la vida en la persona en su integridad contextual (Sotomayor, 2006).

Durante el desarrollo del proceso atención enfermería, se utilizó el modelo de Virginia Henderson brindando un cuidado holístico, de calidad, calidad con sentido humano, siendo la esencia del proyecto el cuidado como un quehacer profesional donde se ha implicado a la familia en el cuidado y enseñanza para la salud.

5.1.1. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

El proceso atención enfermería mantiene un enfoque cognitivo ya que al ser un proceso complejo implica procesar información objetiva el pensamiento crítico por medio la evaluación de las diversas evidencias que se encuentran durante el proceso, ya que se aplica y propone un conocimiento relevante, habilidades y destrezas para la resolución de problemas, reflexionando y proponiendo un juicio clínico, para poder seleccionar el mejor plan de acciones encaminadas a optimizar la salud del paciente y así disminuir cualquier daño potencial.

El proceso atención enfermería es definido como un método ordenado y sistemático para la obtención de información e identificación de los problemas del individuo, familia y la comunidad con el fin de diagnosticar planear ejecutar, y evaluar el cuidado de la enfermería, durante el desarrollo de este proceso el profesional de enfermería exige una mayor habilidad y destreza afectiva cognoscitivo motrices para observar, valorar decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros para cuando se ejerce el cuidado así mismo, se hace el necesario conocimiento de las ciencias biológicas sociales y de comportamiento. Todo esto se hace indispensable para que a través de su aplicación se logre ayudar a sujetos de atención a alcanzar su potencial máximo de salud (Alfaro,2005)

El PAE requiere de una interacción especial y continua con la persona sujeta a cuidado porque el objetivo principal es la satisfacción optima de las necesidades humanas, mediante la construcción de un proceso estructurado que pueda cubrir individualizando las necesidades del individuo, la familia y la comunidad; así mismo ofrecer ventaja como lo es el permitir a la persona participar en su propio cuidado, garantizando la respuesta a sus problema reales y potenciales ofreciendo una atención de calidad, con calidez y humana de acuerdo a la jerarquización de problemas. (Alfaro,2005).

El proceso de atención se fortalece de otras ciencias lo que permite un aumento en las habilidades, experiencias e información que se desprende del entorno del paciente, lo que permitirá de alguna manera transformar de manera útil la utilización del método que se utiliza reconsiderando los principios éticos, como lo son la intimidad de la persona en donde el paciente es capaz de tomar sus propias decisiones respetando sus ideales, mitos, símbolos y la propia visión que se tiene de la realidad en donde se encuentra.

Por otro lado, la relación entre el profesional de enfermería y el paciente se establece en un ambiente donde se reconoce como personas lo que permite proyectar en el otro la inquietud abierta y comunicativa, siendo el profesional de

enfermería como un instrumentó de cuidado el cual se despoja de su esencia y se convierte en objeto del cuidado.

Por lo tanto, el proceso de atención enfermería se constituye bajo un régimen ético el cual trata de alcanzar aquello que va más allá de los intereses particulares y de la condición humana como un ser vivo, por lo que la enfermería está inmersa en un pensamiento reflexivo muy serio y profundo utilizando los avances científicos y tecnológicos actuales que disminuyen el tiempo de tratamiento, los cuales deben ser comunicados con la rapidez manteniendo siempre y en todo momento los valores humanos, éticos y morales necesarios para poder actuar con responsabilidad profesional.

El uso del proceso de atención de enfermería es el resultado de un plan de intervenciones que describen las necesidades de atención y los cuidados de enfermería a cada sujeto de intervención (Alfaro,2005). La aplicación del proceso de enfermería en la práctica profesional se constituye en la expresión evidente de la aplicación de la dimensión teórica y metodológica del cuidado como objeto de estudio de la enfermería como disciplina.

El proceso se constituye de cinco etapas de actuación las cuales se clasifican en valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación, las cuales son concreta que tienen carácter operativo, este debe ser dinámico, e inseparable y estructurado bajo secuencias lógicas en las cuales se distinguen por etapas. Estas etapas se relacionan entre sí, debido a que el proceso de enfermería es dinámico y responde al cambio continuo de las respuestas de la persona. (Alfaro, Efevre, 2005)

5.1.2. VALORACIÓN

Es el punto de partida del Proceso de Enfermería. Es la base de todas las fases siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería. (Alfaro, 2003).

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida. La valoración es la primera etapa del proceso para determinar el estado de salud de la persona. Preferentemente se deben valorar las cinco áreas: biofisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual, con la finalidad de hacer una valoración holística.

Para realizarla se utilizan procedimientos tales como la entrevista y el examen físico, que permiten reunir la información necesaria de la persona para conocer su estado general de salud.

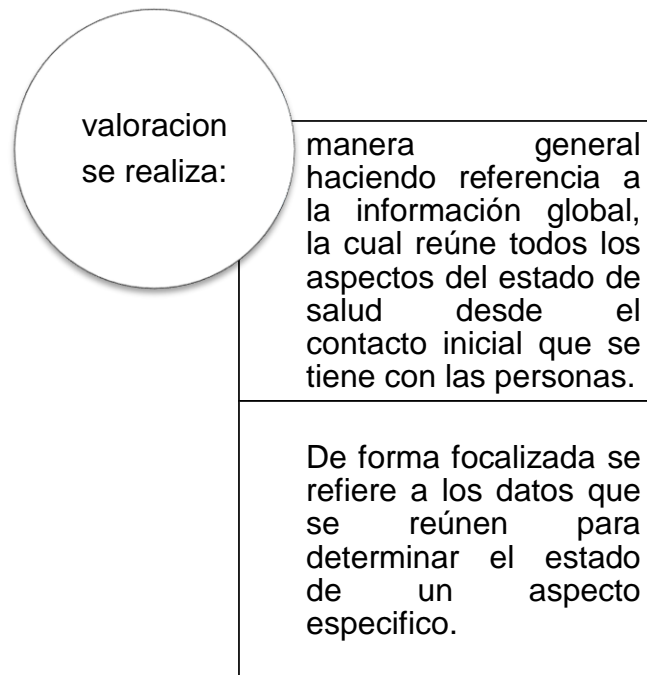
Esta etapa sienta las bases para el desarrollo de todo el proceso; su importancia radica en que, de la veracidad, exactitud, congruencia, integración de los datos obtenidos será la validez que tengan las siguientes etapas del proceso.

Métodos de valoración	
Inspección	Es un medio que requiere de la utilización de todos los sentidos para la obtención de información relevante sobre la persona y su entorno, con respecto a su estado de salud-enfermedad. Con la observación se obtienen datos de la persona en todas sus esferas (biológica, psicológica, social y espiritual); se organiza la información y es determinada por el modelo teórico empleado, para el desarrollo de la práctica profesional.
Auscultación	Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído para valorar ruidos producidos en los órganos y detectar anomalías en los ruidos fisiológicos mencionados.
Palpación	Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa o masas, presencia de dolor, temperatura, tono muscular y movimiento, y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección. <ol style="list-style-type: none"> 1. Directa: inmediata por medio del tacto o presión. 2. Indirecta: mediante el uso de instrumentos.
Percusión	Es el método que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos, cualquier segmento del cuerpo, para producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano. <ol style="list-style-type: none"> 1. Directa: Se golpea directamente la superficie del cuerpo con los dedos en forma suave, breve y poco intensa. 2. Dígito-digital: Se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda, sobre la región a explorar. 3. Indirecta: Mediante el uso de instrumental.
entrevista	Es un medio de valoración que implica un modelo de comunicación. Se inicia con un fin específico y centrado en un área de contenido concreto, cuya finalidad es obtener la historia de enfermera de salud, identificar las necesidades humanas y los factores de riesgo

	a la salud; se identifican los cambios específicos ocurridos en el bienestar y el estilo de vida de la persona.
Exploración física	<p>En esta se contempla la medición y registro de las constantes vitales, así como el examen de todas las partes del cuerpo a través de los diferentes métodos a utilizar para llevar a cabo la exploración física.</p> <p>Estos métodos se llevan a cabo mediante la inspección, palpación, percusión, auscultación y olfato; cada técnica requiere que se sigan ciertos principios para asegurar la recolección exacta de los datos, la cual debe ser de forma sistemática, en busca de anomalías que puedan dar información acerca de los problemas anteriores de salud, así como los actuales y los potenciales.</p>

Fuente: Alfaro,2003.

El proceso de valoración de enfermería permite decidir qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención; decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, habilidades, conceptualizaciones, creencias y valores disciplinarios.



5.1.3. DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de enfermería para Virginia Henderson representan un problema de dependencia que tiene una causa y que el personal de enfermería puede tratar de conseguir un mínimo de independencia, mediante un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen los pacientes que se atienden.

Es importante que al momento de diagnosticar se debe de atender diversas acciones como:

- ✘ Analizar los datos obtenidos previamente, donde identificara los problemas independientes.
- ✘ Después de ser clasificados de acuerdo a las manifestaciones de independencia, dependencia y en fuentes de dificultad los datos son comparados entre ellos.
- ✘ Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son tenidas en cuenta, porque se requiere de intervenciones por parte del profesional de enfermería en todo momento, aclarando que la enfermera puede resolver algunas situaciones con su función autónoma y otras que no puede resolver
- ✘ Proponer a partir de las manifestaciones de dependencia se propondrán los diversos diagnósticos de enfermería
- ✘ Valorar la incidencia de problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales

Dentro del proceso de enfermería es la segunda etapa corresponde al diagnóstico de enfermería, la cual consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las(os) enfermeras(os) en el ejercicio de su profesión, basadas en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal, están capacitadas para tratar de manera independiente. (Alfaro 2003)

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en su propia definición de la profesión destaca la importancia de los diagnósticos de enfermería, mencionando que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

Problemas con relación a la autonomía	Problemas con relación a la independencia	Problemas de colaboración
<p>Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del paciente para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas, así como la carencia de un cuidador.</p> <p>La falta de capacidad puede ser debido a la edad, o por pérdida temporal debido a una enfermedad. La enfermería tiene una función de suplencia o ayuda para cubrir las necesidades del usuario.</p>	<p>Diagnóstico de Salud juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición, desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.</p> <p>Diagnóstico Real. - Describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales</p> <p>Diagnóstico de Riesgo Describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros, en una situación igual o similar</p>	<p>son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el paciente requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico. Dependen principalmente de la patología y de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como, de la evolución de la situación patológica</p>

Fuente: Urbina O, 2003

Existe una estructura donde el enunciado de un diagnóstico de enfermería lo podemos realizar en dos y tres partes según nos enfrentemos a formular un diagnóstico consecuencia de un problema potencial o posible. Por lo que es importante identificar el formato que se le va a dar al momento de diagnosticar.

Particularmente se utilizó el formato P.E.S para la realización de esta etapa, ya que se presta más a la realidad del paciente, ya que permite hacerlo dinámico y apegado a los problemas de dependencia que se presenta sobre la herida, donde el principal eje es son las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad que ha provocado la cicatrización tardía.

Formato PES (Gordon, 1976) P+E+S	Formato NANDA (1990) ED+R/C+M/P
P = Problema E = Etiología S = Signos y síntomas	Etiqueta diagnóstica Factores relacionados o factor de riesgo Características definitorias

Fuente: Carpenito (1995)

5.1.4. PLANEACIÓN

Virginia Henderson durante esta fase manifiesta que el plan de cuidados debe corresponder a las necesidades de la persona la cual debe ser actualizado al día siendo este promovido dinámicamente de acuerdo a los cambios presentados y utilizarlo como un historial que se logre adaptar al plan manteniendo un pensamiento crítico a eventos futuros y lo que se va a hacer.

Es el desarrollo de las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables de la persona o bien reducir o corregir las respuestas desequilibradas, establecer prioridades de los diagnósticos que serán tratados primero, definir objetivos que permitan contar con criterios para evaluar la respuesta humana, así como la calidad de los cuidados (Alfaro, 2003).

Los cuidados se clasifican en 3 tipos

- ❖ Dependientes: aquellas que dependen del médico tratante
- ❖ Interdependientes: aquellas de colaboración con 3ros servicios
- ❖ Independientes aquellas que realiza por propio juicio

⊗ **Determinación de prioridades.** - Es una habilidad cognitiva que se requiere desarrollar mediante el pensamiento crítico al momento de decidir sobre las diversas actuaciones del profesional de enfermería respondiendo a los siguientes criterios. (Alfaro, 2003).

- ❖ Problemas que necesitan atención inmediata y mediata.
- ❖ Problemas que representan una responsabilidad para el personal de enfermería.
- ❖ Problemas que pueden ser tratados por medio de planes de cuidado estandarizados.

- ❖ Problemas que no se encuentran en los planes de cuidado estandarizados.

⊗ **Determinación de objetivos.** – Son los resultados que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios por lo menos que no exista una complicación aún más grave de la necesidad humana; estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema aun cuando la determinación de resultados esperados es parte de la planeación, son la base para una próxima evaluación y a la vez reorientar las intervenciones. (Alfaro, 2003). Los términos *metas, objetivos y resultados esperados* son prácticamente intercambiables, y en este ejercicio se usan sin importar como se denominen: lo que se busca es guiar el plan de cuidados e inclusive de motivadores.

⊗ **Planificación de cuidados.** - Éste es el punto sobresaliente, de varios pasos que preceden y se espera que el profesional de enfermería provoque bajo una decisión, un plan de acción a seguir, a fin de lograr resultados frente a situaciones problemáticas. Siendo evidente que, si no hay un planteamiento o no hay un registro, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten, verificando

Hay que verificar que en el registro se anoten los diagnósticos de enfermería, objetivos esperados, intervenciones prescritas y evaluación de notas sobre las necesidades humanas.

Tipos de planes de cuidado

INDIVIDUAL	ESTANDARIZADO	ESTANDARIZADO CON MODIFICACIÓN
Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.	Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.	Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Fuente: Carpenito, 1995.

Tomando como principio el modelo de Virginia Henderson, se realizaron actividades para recuperar la independencia, mantener la salud, los cuidados fueron

individualizados y en colaboración con la familia considerando los principios fisiológicos, antecedentes personales y equilibrio emocional que ha presentado durante los últimos días, paralelamente también se tomó en cuenta las capacidades intelectuales en donde se reflejaron diversas áreas de conocimientos deficientes.

5.1.5. EJECUCIÓN

En esta etapa se establecen prioridades, se ejecutan las intervenciones y se valora una y otra vez si fuera necesario; también se realizan registros con base en un marco legal.

Una vez que se ha planeado e iniciado las intervenciones, existe un informe de quien lo planeó o ejecutó, y se realiza leyendo los registros; el informe debe ser objetivo, relevante, tener escritos en donde se anote información organizada; de antemano esto permite fijar las prioridades. (Alfaro 2003).

Ejecución de las intervenciones. - la realización de intervenciones significa estar preparado para ejecutar las intervenciones, determinar las respuestas y hacer los cambios necesarios en el plan de cuidados. Es muy importante explicar a las personas qué intervenciones se realizarán, qué sensaciones deben esperar, qué se espera que hagan y qué resultados se prevén.

Durante este momento hay que considerar entre otras cosas lo siguiente:

- ❖ Basar las intervenciones de enfermería con conocimientos científicos, investigación, modelos, así como de los efectos adversos o complicaciones.
- ❖ Adaptar las actividades a cada persona, por las creencias, valores, edad, estado de salud, ambiente.
- ❖ Estar seguros de las intervenciones a ejecutar.
- ❖ Proporcionar educación, apoyo y bienestar.
- ❖ Ser integral, considerar sus respuestas o necesidades.
- ❖ Respetar la dignidad y potenciar la autoestima.
- ❖ Animar para la participación durante el cuidado a la persona y familia.

Consideraciones ético-legales al brindar el cuidado. - En el momento de brindar el cuidado, la (el) enfermera(o) es responsable legal, están contemplados, de manera implícita, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es el cuerpo normativo de más alto rango, nuestra “Carta Magna” o “Ley de Leyes”. En su artículo 4º, la Constitución establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. De este artículo se deriva la Ley General de Salud, que es el ordenamiento jurídico donde se consagra el Derecho a la Salud. Esta ley establece los mecanismos, condiciones, modalidades en que se realizarán y desempeñarán los servicios de salud. Esta ley, como cualquier otra, cuenta con reglamentos para operarla, y en ellos queda incluida la prestación de los servicios de enfermería, además la Norma Oficial Mexicana NOM-019 -SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud; la cual tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermera conforme a las disposiciones jurídicas

Registros de enfermería. - tras llevar a cabo las actividades de enfermería, lo siguiente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas, considerando escribir lo observado (objetivo) y lo referido por la persona (subjetivo). Existen distintas formas de registrar; por ejemplo: utilizando tecnicismos, utilizando hojas de control, en donde se anota información específica en un lugar concreto; existen también registros computarizados.

Información sobre los cuidados. - informar sobre los cuidados a las personas, familiares, enfermeras(os) y equipo de salud, no se da referencia al tema o bien son escuetos los datos. La (el) enfermera(o) tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona que cuida, a la familia, así como a otros miembros del equipo de salud.

Las principales actividades fueron enfocadas a la cicatrización de la herida con el manejo avanzado de heridas utilizando el esquema de conceso latinoamericano de úlceras venosas para poder llevar a cabo las intervenciones y actividades de curación, dentro de las actividades también se llevaron a cabo acciones tendientes a mejorar la conducta mediante la promoción de la salud y el cambio de hábitos higiénico- dietéticos para mejorar la calidad de vida.

5.1.6. EVALUACIÓN

La evaluación es una actividad planificada, continua, y tiene como fin que las personas y los profesionales sanitarios determinen el progreso de los cuidados; asimismo, se evalúa cada etapa del proceso, específicamente la ejecución de los

cuidados o intervenciones, con el fin de medir el alcance de lo planeado, o si es necesario volver a valorar la necesidad de la persona.

En este momento se revisará la última etapa del proceso de enfermería: la evaluación del plan de cuidados, donde se decide si continuar, modificar o dar por finalizado el plan. (Alfaro, 2003).

Importancia de evaluar. - El diagnóstico de enfermería es una respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud o patrón de interacción real o potencialmente alterado) de un individuo o grupo, que el (la) enfermero(a) puede identificar legalmente, para lo cual realiza una intervención definitiva, para mantener el estado de salud, reduciendo, eliminando o previniendo las alteraciones, de tal manera que sean evaluadas todas las etapas del proceso. Es importante que el profesional de enfermería esté alerta a las respuestas humanas que puede presentar la persona en todas las etapas del proceso.

Proceso de retroalimentación. - La cuestión de retroalimentación para el proceso de enfermería se realiza desde cada etapa del proceso siendo que una retroalimenta a otra, o bien se inicia desde la valoración; no necesariamente las fases son seriadas.

Evaluación del plan de cuidados. - Evaluar el plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero.

- ❖ *valoración* hay que determinar si hay cambios en el estado de salud y asegurarse de que todos los datos son exactos y completos, y preguntarse si existen nuevos datos y si fueron, valorados los datos completos.
- ❖ *diagnóstico* se requiere decidir si las personas que son atendidas necesitan de cuidados enfermeros o están resueltos, o han mejorado lo suficiente para dar de alta.
- ❖ *planeación* hay que comprobar si los objetivos y las intervenciones son apropiados y determinar dónde está la persona en relación con los objetivos esperados de los cuidados

Evaluación del proceso en relación con su estructura, los procesos y Resultados. - Con la finalidad de asegurarse del control completo de las prácticas de cuidados de la salud, se realizan los tres tipos de evaluación; (Donabedian 1966) son:

- ❖ estructura se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados; por ejemplo, entorno físico, plantilla del personal, o lugar de prácticas en la comunidad; hay que preguntarse si estos fueron adecuados para un eficaz manejo de los cuidados.
- ❖ resultados se enfatiza en los objetivos planteados; es decir, si se logró el alcance de éstos, satisfacción de la persona, o bien la etapa del proceso en donde se dejó de brindar asistencia. Hay que preguntarse si se alcanzaron los objetivos. ¿Las personas están satisfechas de los cuidados?

Durante esta etapa y una vez ejecutado los planes de cuidado, se vio reflejado un grado avanzado de capacidad donde se mejoró la actuación independiente de la señora Adelaida mediante el cambio de actitudes y la cicatrización tuvo un cierto grado de avance lo que se vio reflejado en la medición continua, y en la recuperación de la independencia gradual mejorando así la calidad de vida.

A manera de conclusión, la evaluación crítica de los cuidados es la clave de la calidad en la provisión de los cuidados.

5.2.1. MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras. (Álvarez, 2004)

La manifestación filosófica de Virginia Henderson define la función de la enfermería en el cuidado del paciente, basándose en la valoración de las 14 necesidades y el grado de dependencia e independencia en la cual tenga la misma satisfacción analizando los orígenes teóricos de las propuestas permitió reconocer que no cuenta con los requisitos para ser catalogado como un modelo o una teoría, sin embargo las influencias y experiencias con las que cuenta, llevaron a Henderson a elaborar su propia propuesta filosófica permite comprender los fundamentos de sus conceptos y el nivel de desarrollo en la que se encuentra dentro de la estructura del conocimiento (Vallejo, 2010)

5.2.2. METAPARADIGMA.

<p style="text-align: center;">Persona</p> <p>Los individuos cuentan con un total de 14 necesidades fundamentales, las cuales deben mantener en equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de las personas son inseparables.</p> <p>El paciente requiere ayuda para ser independiente, ya que en conjunto con su familia conforman una unidad</p>	<p style="text-align: center;">Salud</p> <p>Comprende un estado de bienestar físico, mental y social como una cualidad de vida ya que es básica para el funcionamiento del ser humano, el cual como requisito es la independencia e interdependencia.</p> <p>La promoción de la salud es de mayor importancia que la atención al enfermo, la persona recuperará la salud o la mantendrá si tiene la fuerza de voluntad o el conocimiento necesario.</p>
<p style="text-align: center;">Enfermería</p> <p>Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible</p>	<p style="text-align: center;">Entorno</p> <p>Es el conjunto de todas las condiciones externa y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir de tal capacidad.</p> <p>Las enfermeras deben recibir información sobre las medidas de seguridad, proteger a los pacientes de las lesiones por agentes mecánicos, minimizar las probabilidades de lesión, tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros</p>

Fuente: Vallejo, 2010.

5.2.3. POSTULADOS

En los postulados que sostienen el modelo, descubre el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera: (Álvarez, 2004)

- ❖ Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- ❖ Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- ❖ Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- ❖ Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- ❖ Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia de la satisfacción de sus necesidades.
- ❖ Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
- ❖ Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

- ❖ Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- ❖ Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Sus postulados hacen hincapié en que cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia, ya que su todo es un compuesto y complejo en el cual tiene catorce necesidades y aun cuando una necesidad no está satisfecha no es un todo complejo o independiente

Considero que el postulado es aplicable a la realidad actual ya que muchos pacientes en el contexto hospitalario buscan ser independientes paralelo a los que no están hospitalizados siendo que al tener un grado de dependencia para que ellos mismos mantengan satisfacción de sus necesidades de desarrollo bajo una representación conceptual por lo yo creo que siguen conservando utilidad dentro del contexto actual.

En el proceso desarrollado considero que es funcional dicho postulado ya que se buscó que la señora Adelaida mantenga un grado de independencia mayor al que tiene ahora, trabajando las alteraciones de las necesidades que se han visto afectadas a partir de la herida que tiene.

5.2.4. VALORES

- ❖ Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. afirma que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.
- ❖ Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.
- ❖ La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

Las concepciones de los valores durante el proceso de atención fueron imprescindibles ya que al cumplir un rol asistencial de forma integral, efectiva y humana permitieron que los familiares tomaran cada uno su función de un rol cuidador en diferentes niveles a los cuales se les delego una función específica para mejorar la calidad de vida.

5.2.5. CONCEPTOS

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- ❖ **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades
- ❖ **Cliente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial.
 1. N. de respirar.
 2. N. de beber y comer.
 3. N. de eliminar.
 4. N. de moverse y mantener una buena postura.
 5. N. de dormir y descansar.
 6. N. de vestirse y desvestirse.
 7. N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
 8. N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
 9. N. de evitar los peligros.
 10. N. de comunicarse.
 11. N. según sus creencias y sus valores.
 12. N. de ocuparse para realizarse.
 13. N. de recrearse.
 14. N. de aprender.

El paciente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

- ❖ **Rol de la enfermera:** Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.
- ❖ **Fuentes de dificultad:** Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (conocimientos, falta de fuerza. de voluntad).

Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

En consecuencia, la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario

Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

- ❖ Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.
- ❖ Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

5.2.6. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible. (Álvarez, 2004)

Relación con el paciente en el proceso de cuidar:

- ❖ Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

- ❖ Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- ❖ Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Relación de la enfermera con el equipo de salud.

- ❖ Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.

5.2.7. EQUIPO DE ATENCIÓN

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratará de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera, expuestos en cuatro elementos del metaparadigma. (Vallejo, Salazar, 2010).

6. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

6.1.1. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Señora Adelaida mujer de 51 años, católica, madre soltera, desempleada, con un hijo adolescente, dependiente económica de familiares directos, la cual presenta ulcera venosa desde hace 8 años con aparición de lesión tisular, en tercio distal de miembro pélvico derecho causándole ulcera venosa de 20x 15 cm, (enero 2019) anteriormente siendo hospitalizada y multitratada a base de petrolato, sulfadiazina de plata, miel virgen, vendaje de compresión con vendaje elástico lo cual no ha funcionado para llevar un adecuado proceso de cicatrización.

6.1.2. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

- Antecedentes familiares sin interés
- Antecedentes personales. - hipertensión arterial, insuficiencia venosa, anemia hemolítica, depresión situacional, parálisis facial.
- Tratamiento farmacológico Losartan, Acenocumarol, complejo B, ácido fólico, recientemente de Flouxetina, y Ketorolaco PRN por dolor.

6.1.3. EXPLORACIÓN FÍSICA.

Signos vitales: T/A: 110/60, FR 21 por minuto, FC 65 por minuto, temperatura 36.5°C

Edad aparente a la edad cronológica, se muestra con facies de tristeza, ligera parálisis facial de lado derecho, orientada en 3 esferas, cooperadora, constitución media integridad corporal, actitud libremente escogida, a la exploración física se encuentra con cabello bien implantado ligeramente canoso, cráneo normo cefálico, sin endocitosis y exocitosis, no hundimientos, cuello cilíndrico, tórax normolineo, simétrico, amplexion, y amplexacion normales, sin crepitaciones, ruidos rítmico cardiacos y de buena intensidad, abdomen con cicatriz umbilical, y de cesárea, a la auscultación se encuentra con peristalsis presente, a la palpación blando depresible a expensas de panículo adiposo, extremidades torácicas integras funcionales con adecuado tono y fuerza muscular adecuado, con lesión tisular en miembro pélvico derecho, genitourinario no explorado.

6.1.4. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Señora Adelaida presenta lesión cutánea clasificada como ulcera venosa en tercio distal de miembro pélvico derecho con medidas bidimensionales de L: 20 x A. 15 (enero 2019), se encuentra con coloración negruzco y grisáceo, datos de maceración, bordes regulares, sangrado activo venoso, salida de secreción

seropurulento no fétido, con datos de granulación inadecuada, edema local +++, calor al tacto, dolor tipo punzatil Eva de 5pts, dificultad para caminar, sensación de pesadez y datos de eccema y descamación.

se solicitó examen microscópico fresco en fresco, con tinción de Gram, cultivo negativo se inicia tratamiento tópico con manejo avanzado de la herida con antiséptico tipo gel (ACCUA Aséptic Gel) y gasa de malla fina impregnada de mezcla de 3% de Tribromofenato de bismuto (Xeroform) y vaselina USP.

6.1.5. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE DATOS.

Sra. Adelaida de 51 años madre soltera, vive con su hermana, tiene 1 hijo adolescente, con los cuales mantiene una adecuada relación afectiva, aunque con problemas ocasiones que afectan la armonía familiar, se encuentra desempleada a raíz de la aparición de la ulcera venosa, la cual no ha tenido un proceso de cicatrización adecuado por lo que resigmo a continuar con vida de esta manera lo cual puede afectar emocional por la dependencia que esto puede ocasionar.

Sigue una dieta baja en alimentos ricos en vitamina k y baja en carbohidratos, realiza una ingesta adecuada de líquidos ya que a raíz de su enfermedad se vio obligada a seguir un seguimiento nutricional más estricto debido al problema de coagulación, aunque dice que desconocía esa información porque nadie le explico claramente, acerca de que alimentos puede comer y cuáles no.

En algunos momentos se muestra triste, preocupado y angustiada por la situación actual que presenta y la evolución de su herida la cual no había sido favorable, refiere que en ocasiones no ha podido conciliar el sueño por la preocupación pensando en todo lo que ha implicado estar y vivir de esta manera, expresa de manera verbal sentirse triste y deprimida por la evolución de la ulcera, además del conflicto familiar que se ha presentado, ya que todo este proceso lo relaciona como una "complicación" de la ulcera venosa.

Desde que dejo de trabajar su actividad diaria consiste en tareas del hogar, no todas solo las que no implica una actividad de gran impacto y esfuerzo, en su tiempo libre se ha dado a la tarea de tejer y bordar servilletas, ha platicado más con su hijo el cual había tenido diversos problemas e intento de autolisis, cosa que desconocía de alguna manera. Desde el inicio del proceso se ha visto un cambio gradual tanto en el cambio de actitud, así como el cambio de hábitos higiénico- dietéticos, se muestra más tranquila, serena, con una afrontación eficaz sobre la situación actual manteniendo una comunicación efectiva expresando sentimientos y emociones negativas y positivas que mejoran las convivencias.

Muestra gran interés en todo lo que se ha realizado, atendiendo a todas las actividades de educación y promoción a la salud, así como la curación de la herida, por lo que tiene sus necesidades se ha visto alteradas son dependientes ya que cuenta con el apoyo de su hermana e hijo.

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
1. oxigenación	Llenado capilar de 2" Disnea de mediano esfuerzo Cambio de coloración tisular Sensación de pesadez Hormigueo Fatiga
2. alimentarse y beber	ingesta nutricional inadecuada al problema de coagulación
3. eliminación.	Estreñimiento ocasional
4. termorregulación	Lugar de residencia frío FUM noviembre 2018
5. moverse y mantener una buena postura.	Limitación física, dificultad para deambular, con dispositivo de ayuda,
6. N. de descanso y sueño.	Con datos de ansiedad, preocupación, insomnio ocasional
7. N. de usar prendas de vestir adecuadamente	Viste con ropa holgada
8. N. de higiene y protección de la piel	Lesión tisular en miembro pélvico derecho Presenta dificultad para realizar el baño Curación de herida diaria
9. N. de evitar los peligros.	Desconoce medidas de prevención de accidente, lugar de residencia lleno de tierra, tristeza, llanto, ansiedad
10.N. de comunicarse.	No expresa sentimientos al momento Temor Tristeza Arranques de ira con hijo
11.N. vivir según sus creencias y sus valores.	no asiste a su templo
12.N. de trabajar y realizarse	No trabaja, presenta incapacidad prolongada, no se encuentra satisfecha con el rol familiar
13.N. de jugar y participar en actividades recreativas.	No realiza actividad física, no participa en actividades recreativas, limitación de movimiento.
14.N. de aprender.	Desconoce situaciones en relación a su tratamiento, a su herida.

6.1.6. JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS.

De acuerdo Instrumento Metodológico para la Atención de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson), se consideraron estas necesidades que se ha visto principalmente afectas como consecuencia del tardío proceso de cicatrización, es importante aclarar que existen diversos datos objetivos y subjetivos que, si se encuentran alterados, sin embargo, estos se solucionan sin intervenir directamente sobre ellas ya que de igual manera se ven afectado por la herida.

NECESIDAD	JUSTIFICACIÓN
Higiene y protección de la piel	Conservar un nivel de higiene corporal en la señora Adelaida reflejara un signo externo del estado de salud que se presenta, debido a que esta necesidad mantiene un valor fisiológico como psicológico, al no tener este un equilibrio se convirtió en un problema dependiente para la familia por lo cual se requiere de manejo avanzado de la herida para mejorar el proceso de cicatrización por segunda intención.
Moverse	El mantener una movilidad óptima en la señora Adelaida determina en gran medida la independencia para realizar las actividades de la vida diaria disminuyendo la limitación física y que ha reducido su vida productiva por lo que es trascendental implementar un plan de actividad y ejercicio habitual
Oxigenación	El proceso de oxigenación a nivel tisular mantiene gran relevancia debido a que la herida que presenta la señora Adelaida afecta el proceso de cicatrización, lo que reduce la calidad de vida y la satisfacción de necesidades.
Aprender	Las condiciones de salud de la señora Adelaida desmejoró debido a los conocimientos insuficientes o inadecuados por lo que es indispensable educación y promoción para la salud, los cuales se verá reflejado en la mejoría de la calidad de vida y satisfacción de necesidades.
Comunicarse	Para la señora Adelaida es fundamental expresar sentimientos y emociones con su entorno familiar ya que el bienestar emocional y psicológico que presenta ligada a la alteración fisiológica que presenta por lo que fomentar las relaciones interpersonales afectivas y la aceptación personal es importante ya que así pues disminuye los periodos de depresión.
Trabajar y realizarse	La incapacidad que presenta la señora Adelaida, la ha mantenido en un proceso de insatisfacción personal por lo que es importante desarrollar actividades económicas que impliquen un alto impacto para mejorar esta necesidad.

6.1.7.

PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta lesión tisular en miembro pélvico derecho, con cambios de coloración negruzca en zona perilesional, edema local.	Etiqueta Diagnostica. Perfusión tisular periférica ineficaz Relacionado Con Obesidad Manifestado Por Retraso en la curación de las heridas periféricas	Fomentar el autocuidado aumentando el conocimiento y mejorando las acciones para reducir los factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ✳ monitorización de las extremidades inferiores ✳ examinar si hay presencia de poca higiene ✳ examinar presencia de edema, cambio de coloración, fisuras en la piel, aumento de la temperatura ✳ valorar datos de parestesia en miembro pélvico ✳ valorar pulsos distales ✳ valorar tiempo de llenado capilar ✳ eliminar el uso de compresión neumática 	Por medio de la valoración se puede identificar alteraciones cutáneas para poder intervenir oportunamente, ya que integridad cutánea por falta de movimiento es propenso a crear nuevas lesiones tisulares convirtiéndose así en un foco infeccioso para las heridas y a las patologías agregadas
EVALUACIÓN	La señora Adelaida continua con edema +++, se mantiene con llenado capilar 2", se conserva pulsos distales presentes, con cambios de coloración a nivel tisular, se mantiene vendaje de compresión a 40 mmhg			

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>presenta dolor ocasional tipo punzatil localizado dificultando las actividades de la vida diaria</p>	<p>Etiqueta Diagnostica Dolor agudo Relacionado Con Agente lesivo (lesión en tercio distal de miembro pélvico) Manifestado Por postura para evitar dolor, mascara facial</p>	<p>Lograr que la señora Adelaida disminuya el dolor gradualmente mediante una terapéutica holística antes de realizar las pocas actividades de su vida diaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manejo del dolor ❖ Evaluar la intensidad del dolor mediante EVA ❖ Ministración de analgésicos según prescripción ❖ Educar a la señora Adelaida sobre el cuidado debe tener al realizar actividades diarias ❖ Realizar ejercicios de respiración profundas antes y durante los procedimientos que impliquen una sensación dolorosa ❖ Explorar con la señora Adelaida los factores que disminuyen el dolor o aumenten el dolor ❖ Facilitar las medidas de higiene para mantener la comodidad ❖ Valoración de funciones vitales 	<p>La valoración de manera objetiva permite realizar los cambios necesarios en la terapéutica a fin de disminuir la intensidad del dolor, el cambio de las funciones vitales indicara una alteración en el funcionamiento del organismo, una adecuada posición ayudara a una buena circulación y a disminuir el dolor, Cuando impartimos conocimientos de medidas alternativas se busca sensibilizar al paciente para que tenga cuidado para su pronta recuperación</p>
EVALUACIÓN	<p>La señora Adelaida se mantiene con dolor intermitente, punzatil el cual disminuye con terapias de respiración focalizado a un color, se mantiene con Ketorolaco solo cuando el dolor es muy intenso, utiliza un calzado optimo el cual le ayuda a disminuir ocasionalmente el dolor.</p>			

NECESIDAD: DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta dificultad para realizar el Baño durante la noche	Etiqueta Diagnostica Déficit de autocuidado: baño Relacionado Con Alteración musculo esquelética Manifestado Por Disminución de la capacidad para lavarse, entrar y salir del baño	La señora Adelaida será capaz de realizar su higiene personal completa con la mínima ayuda en un plazo de dos meses	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Ayuda con los autocuidados / baño-higiene ✦ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria aplicando valoración de Barthel ✦ Facilitar que el paciente se bañe por si solo ✦ Fomentar la participación de familiares ✦ Realizar baño con agua a una temperatura agradable ✦ Aplicar cremas y lubricantes en la piel ✦ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño ✦ Controlar la capacidad funcional durante el baño Proporcionar un ambiente cálido, relajante, privado y personalizado 	La atención de las necesidades de higiene personal puede ser una experiencia agradable siempre y cuando se respete y tome en cuenta las consideraciones personales, tiempo y frecuencia del baño ya que mantiene el autoestima e imagen corporal positiva, tomando en cuenta las preferencias individuales la elección en los quipos, control ambiental. El baño constituye la primera línea de defensa contra agentes nocivos y contribuyen a conservarlas la piel y mucosas sanas e integras
EVALUACIÓN	La señora Adelaida aun no es capaz, por la falta de fuerza para preparar su baño diario adecuado, continúan apoyándola su hijo y hermana a lavarse el cuerpo y a acondicionar el baño, posteriormente se aplica crema de almendras dulces.			

NECESIDAD: DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Lesión tisular en miembro pélvico derecho con ocho años de evolución proceso de cicatrización tardía	<p>Etiqueta Diagnostica</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Relacionado Con</p> <p>Alteración de la circulación</p> <p>Manifestado Por</p> <p>Perdida de la continuidad de la herida</p>	Que la señora Adelaida tome decisiones rápidas para el manejo y cuidado terapéutico de la piel bajo la premisa de la identificación de signos y datos de infección y cicatrización tardía	<ul style="list-style-type: none"> ★ cuidado de la herida ★ Control y manejo del dolor ★ Despegar los apósitos y gasas humedeciéndolas ★ Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje tamaño, color y olor ★ Aplicar un vendaje adecuado a la herida ★ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida ★ Enseñar a la señora Adelaida y a la familia los signos y síntomas de infección <p>Inspeccionar la herida cada que se realice un cambio de apósito Xeroform</p>	Calcular las dimensiones de la lesión, así como la valoración de las heridas permiten con exactitud una evaluación objetiva del proceso de cicatrización de la lesión, en conjunto son factores imprescindibles en la aplicación de cuidados mediante el uso de protocolos de curación avanzada en el tratamiento de las mismas que durante los últimos años se han desarrollado bajo una conducta basada en el conocimiento, la visión integral de la persona y efectividad de los insumos, costos y cuidados locales
EVALUACIÓN	La ulcera venosa ha empezado un proceso de cicatrización gradualmente hasta el día de hoy se encuentra con L 9.5 cm x A 14.5 cm y tejido de reepitelización con bordes ligeramente difusos, se aplica un vendaje de compresión a 40 mmhg,(verificado con Doppler) continua sin datos de infección, con salida se secreción amarillenta no fétida.			

NECESIDAD: OXIGENACIÓN				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta llevado capilar 2", sensación de pesadez, hormigueo	Etiqueta Diagnostica Perfusión tisular periférica ineficaz Relacionado Con Hipertensión Manifestado Por Parestesia	Lograr que la señora Adelaida mejore la circulación mediante un plan terapéutico por medio del cual mejore la circulación de los pequeños vasos sanguíneos de las extremidades	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Cuidados circulatorios ⊗ Examinar el color, temperatura, textura de la piel ⊗ Realizar una valoración exhaustiva periférica ⊗ Evaluar edema y pulsos periféricos ⊗ Mantener una hidratación adecuada para disminuir adecuada para disminuir la viscosa de la sangre ⊗ Evitar la aplicación directa de calor en la extremidad ⊗ Examinar la claudicación intermitente ⊗ Determinar el ITB si procede ⊗ Evitar el uso de torniquetes 	Por medio de la valoración se puede identificar alteraciones cutáneas para poder intervenir oportunamente, ya que integridad cutánea por falta de movimiento es propenso a crear nuevas lesiones tisulares convirtiéndose así en un foco infeccioso para las heridas y a las patologías agregadas
EVALUACIÓN	La señora Adelaida continua con edema ++, pulsos periféricos presentes, se mantiene una hidratación de la piel adecuada a base de crema de almendras dulces, presenta claudicación ocasional a las actividades de alto impacto.			

NECESIDAD: OXIGENACIÓN				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta fatiga al momento de realizar actividades de alto impacto, lo que provoca disneas de mediano esfuerzo	Etiqueta Diagnostica Intolerancia a la actividad Relacionado Con Desequilibrio entre aportes y demandas de Oxigeno Manifestado Por Malestar, disnea de esfuerzo, HTA	La señora Adelaida será capaz de incrementar paulatinamente sus actividades que impliquen un esfuerzo físico mayor	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Fomentar al paciente con prendas cómodas ✿ Aconsejar al paciente que utilice un calzado cómodo que facilite la deambulación ✿ Fomentar por la deambulación por periodos cortos ✿ Proporcionar un dispositivo de ayuda ✿ Verificar nivel de presión arterial ✿ Verificar valores antes y después de la actividad ✿ Realizar ejercicio activos y pasivos 	La realización regular de actividad física ayuda a estabilizar los valores fisiológicos, incluso mejorar la calidad del sueño, pues contribuye al bienestar mental y físico ya que alivia el estrés, ansiedad y estimula el cerebro mejorando la oxigenación del cuerpo
EVALUACIÓN	La señora Adelaida tolera las actividades de la vida diaria, con algunas molestias ocasionales, deambula con dispositivo de ayuda (bastón).			

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta dificultad para deambular por lo que lo hace con un dispositivo de ayuda	Etiqueta Diagnostica. deterioro de la movilidad física Relacionado Con Destrucción de tisular periférica Manifestado Por Incapacidad para deambular, dificultad para mantener postura corporal	Enseñar la importancia del fomento de autocuidado para mantener el organismo en un estilo de vida más cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Utilizar un dispositivo terapéutico para favorecer la alineación corporal ✳ Valorar las razones de la señora Adelaida que cambiar el estilo de vida ✳ Evitar el uso de ropa con texturas ásperas que provoquen rose ✳ Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta ✳ realización de ejercicios activos y pasivos ✳ animar al paciente a empezar con los ejercicios ✳ incluir a la familia en la planificación del programa de ejercicios ✳ proporcionar una respuesta positiva en los esfuerzos del paciente 	<p>La actividad física es necesaria para mejorar la circulación, fortalecimiento de la masa muscular, aumento de tono y fuerza además de mejorar las funciones cardiacas y respiratorias.</p> <p>La realización regular y sistemática de la actividad físicas ha demostrado ser una práctica sumamente beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, así como un medio para forjar el carácter, la disciplina, la toma de decisiones y el cumplimiento de las reglas beneficien ciado así el desenvolvimiento del paciente en todos los ámbitos de la vida diaria.</p>
EVALUACIÓN	La señora Adelaida comprendió la importancia de realizar actividad física mediante un plan de ejercicios para prevenir la insuficiencia venosa, tolerando así 15 a 20 min de caminata aunque con un poco de dolor en EVA de 3, se acompaña de su hijo durante la caminata.			

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta dificultad para deambular largas distancias ocasionado por la herida.	<p>Etiqueta Diagnostica</p> <p>Deterioro de la ambulación</p> <p>Relacionado Con</p> <p>Baja en la resistencia</p> <p>Manifestado Por</p> <p>Disminución de la habilidad para caminar distancias requeridas</p>	La señora Adelaida mantendrá la capacidad de movilización con la instauración de medidas mecánicas y personales para disminuir los riesgos de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> ★ Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones de movimiento ★ Determinar el nivel de conciencia y la capacidad de colaborar ★ Planear el tipo y método de movimiento ★ Ayudar a la señora Adelaida a recibir todos los cuidados necesarios para fortalecer la deambulación ★ Utilizar mecánica corporal adecuado durante los movimientos ★ Proporcionar un dispositivo ortopédico para la deambulación ★ Hay que asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten adecuadamente. ★ Realizar ejercicios de equilibrio ★ Evaluar funciones cognitivas ★ Vestir a la señora Adelaida con ropa cómoda 	La adecuada utilización de dispositivos de ayuda para la deambulación brinda una protección al paciente ya que coadyuvan al mantener la integridad de la excursión articular y a conservar la flexibilidad y movilidad, además de que ayudan a soportar el peso o mantener el equilibrio.
EVALUACIÓN	La señora Adelaida se ha mantenido activamente con actividad física mejorando así su nivel de movilidad, utiliza una mecánica corporal adecuada, trae dispositivo de ayuda para deambular			

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
debido a la limitación de la movilidad puede presentar un riesgo potencial de sufrir un accidente	Etiqueta Diagnostica Riesgo de caída Relacionado Con disminución del estado neuromuscular Manifestado Por	La señora Adelaida será capaz de identificar los peligros ambientales, así como la utilización de dispositivos de protección físicas para la movilidad o acceder a situaciones peligrosas	<ul style="list-style-type: none"> ★ Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta a la señora Adelaida. ★ Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente. ★ Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. ★ Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. ★ Utilizar dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad. ★ Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas. ★ Observar cualquier cambio que presente el paciente sobre todo lo relacionado a su seguridad. 	Las medidas de prevención de caídas son un conjunto de acciones que se deben proporcionar como parte de la educación al paciente y familiares a fin de evitar precipitación del paciente contra su voluntad
EVALUACIÓN	La señora Adelaida identifica los peligros latentes y potenciales ambientales que predisponen a un accidente, modifíco los factores ambientales en su casa, coloco luz eléctrica en el patio de su casa.			

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presento un periodo de inmovilidad y reposo absoluto por el disconfort que presento	Etiqueta Diagnostica Riesgo de síndrome de desuso Relacionado Con Dolor Manifestado Por	Evitar que la señora Adelaida mantenga la necesidad para moverse con resoluciones adaptativas idóneas para la contracción muscular según el movimiento	<ul style="list-style-type: none"> ★ Terapia de ejercicio: movilidad articular ★ Explicar a la señora Adelaida sobre el plan de ejercicios articulares ★ Determinar la localización de la naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento ★ Fomentar a realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo al grado de molestia ★ Fomentar la deambulación por periodos cortos ★ Ministración de analgésicos si el grado de molestia aumenta ★ Realizar terapias de relajación muscular progresiva 	Los ejercicios para la movilidad son parte integral del estilo de vida, fomentando una sensación de control y autodeterminación del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejercicios, las ayudas a la marcha deben utilizarse de manera correcta y de forma segura para prevenir lesiones y garantizar su eficacia
EVALUACIÓN	La señora Adelaida se ha mantenido una movilidad más adecuada haciendo más actividades de la vida diaria, con control del dolor, ya deambula más con dispositivo de ayuda, aunque el cansancio es menos que al inicio.			

NECESIDAD: APRENDER				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Presenta conocimientos insuficientes respecto al proceso de salud-enfermedad y los pocos que tiene no son tan claros ni específicos para el cuidado	<p>Etiqueta Diagnostica</p> <p>Conocimientos deficientes</p> <p>Relacionado Con</p> <p>Información insuficiente sobre la salud</p> <p>Manifestado Por</p> <p>Aprendizaje deficientes sobre el autocuidado</p>	La señora Adelaida fortalecerá las habilidades y conocimientos de sobre la propia salud, así como los beneficios que se tienen el aprender sobre el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Enseñanza: aprendizaje ⌘ Determinar la capacidad a la señora Adelaida para para asimilar la información ⌘ Valorar el estilo de aprendizaje a la señora Adelaida y corregir las malas interpretaciones de la información ⌘ Dar tiempo a la señora Adelaida para que haga preguntas y expresar inquietudes ⌘ Determinar la preparación del paciente para aprender ⌘ Enseñar las técnicas y procedimientos para la realización de su curación ⌘ Promoción de los hábitos higiénico –dietético. 	La enseñanza es un proceso interactivo que promueve el aprendizaje mediante un conjunto de acciones, consientes y deliberadas que ayudan a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades de manera efectiva por medio de la comunicación interpersonal efectiva.
EVALUACIÓN	La señora Adelaida ha fortalecido las habilidades y capacidades para interpretar y procesar la información que se le proporcione siendo más apegada a su tratamiento y mejorando el autocuidado, eliminando las malas prácticas sobre el cuidado.			

NECESIDAD: APRENDER				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Manifiesta el interés por aprender nuevos conocimientos que mejoren la calidad de vida y los hábitos higiénico-dietéticos	Etiqueta Diagnostica disposición para mejorar los conocimientos Relacionado Con estado de salud actual Manifestado Por expresa deseos de mejorar en el aprendizaje	La señora Adelaida adoptara y aumentara la practicas y estilos de vida saludable para el autocuidado y la autorresponsabilidad sobre su propia salud	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Potencialización de la disposición de aprendizaje ⌘ Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas ⌘ Evitar el uso de lenguaje estandarizado ⌘ Comprobar el nivel de orientación ⌘ Fomentar las manifestaciones verbales de sentimientos, percepciones e inquietudes ⌘ Ayudar al paciente a darse cuenta sobre las susceptibilidades a las complicaciones 	La presencia o adquisición de nueva información cognitiva sobre algún tema específico, resulta ser suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y esta a su vez pueda ser reforzada obteniendo resultados y experiencias positivas despertando el interés en la participación a largo y mediano plazo
EVALUACIÓN	La señora Adelaida ha procurado saber un poco más sobre las enfermedades que presenta, así como los cuidados que debe mantener, trata de no hacer corresponsables a sus familiares, aunque si con los medicamentos hace responsable a su hijo.			

NECESIDAD: COMUNICACIÓN				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
No manifiesta expresión de sentimientos y emociones y cuando lo hace tiene arranques de ira con su hijo,	Etiqueta Diagnostica Afrontamiento ineficaz Relacionado Con Crisis situacional Manifestado Por Insuficiente conducta dirigida al logro del objetivo	Animar a que la señora Adelaida exprese los sentimientos y favorezca la conversación su hijo en un lapso menor al deseado	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Apoyar el uso de mecanismo adecuados ☛ Animar a la paciente a expresar sus sentimientos negativos y positivos ☛ Favorecer las conversación o llanto como medio para disminuir la respuesta emocional ☛ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones ☛ Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad ☛ Utilizar un enfoque sereno de reafirmación ☛ Disponer un ambiente de aceptación ☛ Alentar la actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia Proporcionar información objetiva sobre el tratamiento 	Es importante reconocer y saber manejar las propias emociones que se sienten utilizando un potencial existente para obtener unos buenos resultados en los problemas de salud los cuales se requiere perseverancia, y capacidad de sobreponerse ante las complicaciones mediante el manejo de emociones y ordénalas de manera satisfactoria
EVALUACIÓN	La señora Adelaida tiene un afrontamiento eficaz y ha entablado una relación más cercana con sus familiares, así como con su hijo, con el cual ha logrado una comunicación afectiva-efectiva.			

NECESIDAD: COMUNICACIÓN				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
cuando se encuentra sola tiene episodios de tristeza con episodios de autolisis.	Etiqueta Diagnostica Proceso familiar disfuncional Relacionado Con habilidad para la solución de problemas Manifestado Por temor, tristeza	La Sra. Adelaida y familiares serán capaces de expresar sentimientos y emociones mejorando la interacción familiar	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Estimulación de la integridad familiar ✦ Establecer tiempos de escucha activa- efectiva ✦ Establecer una relación de confianza entre los integrantes de la familia ✦ Determinar el grado de comprensión familiar ✦ Coadyuvar a la resolución de problemas ✦ Fomentar la expresión de sentimientos y emociones ✦ Fomentar un ambiente tranquilo y sereno al momento de compartir experiencias 	La expresión libre y espontánea de sentimientos y emociones brinda una sensación de alivio y sentimiento humano lo que hace un cambio significativo para la convivencia. También es importante encontrar formas de enfrentar los temores, la ansiedad, la ira, la tristeza, tratando de comprender lo que se oculta tras estas emociones para llegar a captar mensajes negativos, tales como rechazos, los que provocan más daño que la misma emoción.
EVALUACIÓN	La señora Adelaida ha expresado los sentimientos y emociones con su hijo pues han platicado más cuando están a solas, lo cual favorece una mejor comunicación entre ambos, esto ayuda a la identificación de signos de alarma en crisis de angustia, ansiedad y depresión. Así mismo ha tenido un acercamiento con su hermana que la cuida actualmente con la que vive			

NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
no se encuentra satisfecha con el rol familiar por lo que muestra frustración	Etiqueta Diagnostica Conflicto del rol parental Relacionado Con Vivir en un ambiente no tradicional (cambio de hogar continuamente) Manifestado Por Frustración	La Sra. Adelaida será capaz de expresar una respuesta positiva ante su actual crisis situacional por medio de actividades de desarrollo que mejoren el rol durante los próximos meses	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Potencialización del rol familiar ✧ Apoyo a la familia ✧ Fomentar el desarrollo personal ✧ Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios ✧ Realizar estrategias de desarrollo económico ✧ Confrontar los sentimientos ambivalentes ✧ Uso del asertividad como principio básico ✧ Ayudar al paciente a identificar los cambios de rol específicos necesarios debido a la enfermedad 	Es importante reconocer que la presencia de la familia en el cuidado es de suma importancia para la recuperación del paciente. Sin embargo, si la familia recibe escaso apoyo y atención, se puede caer en el error de sobrecargarla. Es más, incluso se puede distorsionar el fundamento de involucrar a la familia en el proceso de cuidado, porque la familia es importante para el paciente, o porque supone un recurso para los profesionales y alivia la carga de trabajo y cuidado de estos
EVALUACIÓN	La señora Adelaida ha expresado por medio del llanto la crisis situacional por la que está pasando, el conflicto en el cual se encuentra con hijo ya que empezó a fumar y tenía una relación con una persona mucho mayor que él, por lo que ahorita ha tomado la decisión de ser responsable sobre el cuidado del niño.			

NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE				
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
No trabaja, presenta incapacidad prolongada por lo que se alteró el rol parenteral al hacerse dependiente en diversas áreas de desarrollo	Etiqueta Diagnostica Disposición para mejorar el rol parenteral Relacionado Con Necesidades suficientes satisfechas Manifestado Por Expresión de deseo de mejorar el entorno familiar	la Sra. Adelaida mostrara la toma de conciencia del bienestar de las funciones para mantener el control y así fomentar el bienestar familiar durante los próximos meses	<ul style="list-style-type: none"> ✧ Apoyo a la familia ✧ Asegurar a la familia que a la señora Adelaida se le brinda los mejores cuidados ✧ Aceptar los valores familiares sin emitir juicios ✧ Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el compromiso ✧ Escuchar las inquietudes, sentimientos, y preguntas familiares ✧ Enseñar a los familiares los planes de cuidado ✧ Facilitar medios de comunicación para las inquietudes y sentimientos familiares y del paciente ✧ Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente 	La inclusión en la participación de los integrantes de la familia, en cuidado tiende a ser positiva cuando se mantiene una comunicación efectiva-afectiva mejorando así las competencias para afrontar de manera eficaz en el desarrollo social-personal concretamente en la autoestima y seguridad para abordar la relación con el entorno familiar y el cuidado
EVALUACIÓN	La señora Adelaida ha asumido que en un momento a otro perdió la razón y el control sobre su propia vida y la de su hijo el cual ha enfrentado crisis de autolisis, por lo que al este día se encuentra más animada emocionalmente para salir adelante a fin de que vuelvan a retomar su vida, se compromete a seguir con sus terapias psicológicas.			

6.1.8. PLAN DE ALTA

Objetivo:

- ✓ Lograr la adaptación en el hogar mediante el cuidado específico y en colaboración con el familiar
- ✓ Mejorar la calidad de vida en el hogar de la señora Adelaida
- ✓ Asegurar un cuidado integral en el hogar

★ **Alimentación:**

Continúa con mismo plan nutricional antes mencionado a reserva de hortalizas verdes con moderación, se recomienda

★ **Indicaciones Farmacológicas:**

Permanece con mismo manejo terapéutico, es recomendable continuar con manejo de servicio de medicina interna, angiología, psiquiatría.

★ **Actividad y ejercicio:**

Se recomienda ejercicio de bajo impacto, se recomienda deambular con ayuda de dispositivo ortopédico (bastón).

★ **Tratamiento de la herida:**

Se exhorta utilizar vendaje elástico no comprensivo, continúa a cargo de la clínica de heridas, curación diaria.

★ **Higiene corporal:**

Se invita a realizar baño diario, cambio de ropa diario, aseo bucal 3 veces al día

★ **Signos de alarma:**

Se explica la identificación de datos de alarma como fiebre, superación excesiva de la herida con olor fétido, datos de necrosis tisular (cambio de coloración negruzca), calor local, roboración de la herida (color rojizo).

★ **Otras recomendaciones:**

Fortalecimiento del entorno familiar mediante la comunicación afectiva efectiva, fortalecimiento del afrontamiento espiritual mediante la oración y asistencia regular a su templo

7. CONCLUSIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos los cuales pueden ser dinámico, estructurado de acuerdo a las etapas que están interrelacionado cuando se centran en las respuestas humanas

Virginia Henderson desarrollo un método en el cual se describen 14 necesidades humanas, con ellos se manifiesta que la esencia principal de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacifica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Durante los últimos años se ha modernizado los avances tecnológicos en el campo del cuidado lo que permiten crear nuevas estrategias en el cuidado de mayor eficacia y mejor tolerabilidad frente al proceso de salud enfermedad; logrando que el proceso de atención enfermería del paciente y de la familia sea totalmente individualizada y centrada en sus necesidades alteradas partiendo de la valoración centrada en el problema real, tomando en cuenta que no es necesario exceder los recursos disponibles, es preciso mejorar un amplio panorama sobre la información clara y comprometida con los planes de cuidado así como en la toma de decisiones.

Es fundamental para el personal de enfermería establecer una comunicación abierta clara y bidireccional en el cual se implique a la familiar siempre que sea posible mediante un enfoque holístico, de calidad, de calidez, y con un alto sentido humano proporcionando cuidados e información específicos al problema real mejorando la práctica.

El proceso de atención enfermería fue gran importancia para aplicar de manera correcta los cuidados que se necesitaban considerado las generalidades y sugerencias al respecto de las diferentes etapas con respecto al modelo de Virginia Henderson en el cual se observaron diversas propiedades que tiene el proceso porque la mayor parte se dirigieron a un objetivo final que era el bienestar del paciente, mediante una manera ordenada y clasificando sus necesidades, implicando cambios dinámicos y continuos; fue interactivo tanto con el paciente como la familia y el equipo multidisciplinario, ya que se centró en las respuestas humanas cambiantes de la paciente identificadas en la relación enfermero- paciente-, todo esto con una base teórica basado en modelo de Virginia Henderson.

Al realizar este proceso en la señora Adelaida, bajo este modelo teórico se mejoró la calidad de vida y reinserción social y familiar tiene una gran funcionalidad para identificar las necesidades que se encontraban alteradas y se logró plasmar cada uno de los cuidados que se planeaban y se llevaron a cabo durante las visitas domiciliarias

Durante el desarrollo del proceso atención enfermería aplicado a la señora Adelaida fue de gran importancia y de gran ayuda la aplicación de manera correcta los diversos cuidados en los que se involucraron de manera directa a los familiares directos, a la clínica de heridas del Hospital General Xoco, así como al laboratorio CONVALEO para el manejo avanzado de la herida que presenta.

Para el manejo avanzado de la herida se realizó el cambio del parche de Xeroform cada tercer día, y el cambio de gasa diario con aplicación cutánea de stericide gel, se cambió diariamente los apósitos absorbibles, aplicación tópica de aldanex y ulcoderma para eliminar los datos de dermatitis perilesional que presenta por último se controló la micosis que se presentaba en la región plantar.

La participación familiar al incorporarse de la mejora del proceso fue de gran importancia y relevancia ya que a partir de mantener una adecuada comunicación efectiva se disminuyeron los conflictos lo que se vio relegado en el estado emocional de la señora Adelaida lo que permitió continuar y avanzar con el avance del plan de cuidados.

Se lograron evitar compleciones al mejorar el proceso de atención enfermería con el manejo avanzado de la herida a partir del uso de la alta tecnología del cuidado, lo que permitió contribuir en cierta manera a la reincorporación social y familiar de la señora Adelaida reduciendo el desarrollo de la ulcera venosa, incorporando tratamientos estandarizados, y colaboraciones multidisciplinaria que fortalecieron el proceso de atención enfermería aumentando la resolución de problemas dependientes e independientes de forma adecuada y aumentando la calidad de vida sin muchas repercusiones en el enfoque psicológico y económico y por ende largos periodos de incapacidad, dolor e incomodidad.

Al desplegar el proceso atención enfermería se encontraron diversos factores que alteraron el desarrollo del plan de intervenciones debido a que la señora Adelaida no contaba tal vez con un lugar propio donde se realizaban las actividades sin embargo se propició un lugar específico en la casa de una hermana de la señora Adelaida, la cual permitió realizar las actividades sin problema alguno. Por otra parte, en el desarrollo del proceso se vivieron experiencias con las cuales no había tenido experiencias con la salud mental, las cuales afectaron parte del proceso que

se tenía como parte del objetivo principal que era la cicatrización de la herida, por la cual se canalizo un Centro Integral de Salud Mental (CISAME) del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

Es importante como profesional brindar cuidados al paciente con ulcera venosa, incluyendo una evaluación integral y focalizada del entorno, así como de su herida, realizando un seguimiento identificando factores de riesgo relacionados con los hábitos de vida, heredo familiares, actividad laboral y examen físico. Identificando la lesión localización, tamaño, características, y factores relacionados como dolor y edema, al considerar la evolución es imprescindible evaluar la evolución del tratamiento empleado, diagnóstico médico, examen de laboratorios los cuales auxilian la evolución completa de las complicaciones presentes en el paciente y que pueden interferir en el proceso de cicatrización y seguida de la terapia tópica que envuelve la limpieza y una protección más accesible y eficiente en el tratamiento, absorción, exudados creando un ambiente favorable para la cicatrización.

La enfermería en este momento está basada en teorías fundamentadas en un marco, así como basada en evidencias realizadas principalmente por enfermeras estadounidenses, canadienses e inglesas mismas que han llegado a mismo punto que nuestra obligación como enfermero es el cuidado de las necesidades humanas. Los modelos y teorías coadyuvan al conocimiento teórico-práctico y metodológico del cuidado enfermero durante la prestación de servicios asistenciales.

El personal de enfermería representa un punto de apoyo para los pacientes con úlceras venosas, correspondiendo al mismo tiempo de intervenir, cuidar, fomentar, a utilizar las mejores posibilidades de respuesta a las fuentes de dificultad descritas por Virginia Henderson, destacando así la importancia de la evaluación constante de la integridad cutánea del paciente y la intervención eficaz de enfermería, lo que manifiesta que la enfermería tiene un papel fundamental en los cuidados ante la herida crónica con recuperación lenta y posibilidades de volver a incidir lo que tiene diversas implicaciones en la calidad de vida del paciente, dado esto es de suma importancia la educación para la salud, pues se necesita orientar en cuanto a la modificación del factores de riesgo modificables implicando cambios en relación a los hábitos higiénico -dietéticos.

Diversos aspectos deben enfocarse en el tratamiento y medidas de prevención, orientados a seguir de forma completa a la educación y mejorar el autocuidado, de manera esencial que el profesional de enfermería no actué solo en el cuidado de las heridas crónicas, sino de forma holística contribuyendo así de forma muy significativa en la búsqueda de estrategias para la parte curativa como en la promoción de la salud mejorando la calidad de vida.

Para concluir consideró que el proceso nos ayuda al profesional a la resolución e identificación de problemas y/o necesidades que afectan al ser humano, el proceso debe mantener el paradigma salud-entorno-paciente-cuidado y el cual debe estar basado en valores éticos y morales, además de deben tener un alto sentido humanístico, humanista, de calidad y calidez. Es importante que se escoja un modelo teórico funcional y de acuerdo a la experiencia profesional en el contexto actual ya que los tiempos han cambiado así como han aumentado los problemas de salud pública por la creciente incidencia, demandas en el tratamiento que suelen ser largos y complejos, caros, con alto índice de recaída lo que exige al profesional de enfermería especializarse técnica, científicamente cualificados, además es importante considerar que los profesionales de enfermería tengan buenas condiciones laborales para dar una atención satisfactoria delimitando las dificultades del entorno, material, para la realización del proceso curativo, con estandarización del tratamiento.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ❖ Alfaro, R. 2003. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5.a ed.). México: Masson.
- ❖ Ackley B. Ladwing G 2007. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7° Edición. Elsevier. Madrid, España.
- ❖ Barbosa JA, Campos, LM. octubre 2010. Directrices para tratamiento de úlcera venosa. Marzo 2019, de Enfermería Global Sitio web: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision2.pdf>
- ❖ Carpenito L J, 2003. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9 ed. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana;
- ❖ Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. (Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. 2016.) Kunts Gráfico Ciudad de México septiembre de 2016
- ❖ Enfermería Universitaria Artículo de Revisión 18 Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol. 8. • Año. 8 • No. 2 • Abril-junio 2011 Desarrollo epistemológico de enfermería
- ❖ Giménez S. 2018. Osteoporosis, Anemia, Heridas. Barcelona España: global medical communication.
- ❖ Kozier B. 1993 Enfermería fundamental conceptos, procesos y practicas 4Ta edición Interamericana McGraw-Hill
- ❖ Lidia Inés Villalba Estela Bilevich. 2008. Consenso sobre cicatrización de heridas. Marzo 2019, de sociedad argentina de dermatología Sitio web: www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/cicatrizacion.pdf
- ❖ Isaac A 1998, Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica, Madrid McGraw-Hill Interamericana
- ❖ M.M Duran de Villalobos 2001. Enfermería desarrollo teórico y práctico 1ª reimpresión F.E.U.N Colombia

- ❖ Marriner A. 1983. El Proceso de Atención con Enfoque Científico 2a edición el Manual Moderno Madrid
- ❖ NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015- 2017 Madrid, España: Elsevier
- ❖ Secretaria de Salud 2016. Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. CDMX: Kunts Gráfico.
- ❖ Sotomayor, S. (2011). Las intervenciones de enfermería y su vinculación con el diagnóstico de enfermería. (Manuscrito no publicado). México: UNAM, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
- ❖ Rojo S, septiembre 2018. Dieta Anticoagulantes Orales. febrero 2018, de sociedad española de cardiología Sitio web: <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/3128-dieta-para-pacientes-en-tratamiento-anticoagulante-orales.html>
- ❖ Reyes J, Jara P, Merino J. 2007, Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Ciencia y Enfermería., 13 (1): 45-5
- ❖ Rosella Gallo, 2010. Cuidado de Heridas Crónicas una Guía Práctica. España: Sociedad Española de Heridas
- ❖ Téllez, S. 2011. planes de cuidado. (Manuscrito no publicado). México: UNAM, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
- ❖ Vallejo J, Cobo José. (2010). Capítulo II Modelo de Cuidados de Virginia Henderson. En Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN (17-33). España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén
- ❖ Virginia Henderson CIE Principios Básicos De Los Cuidados De Enfermería Publicaciones Científicas No. 57 diciembre de 1961 OMS/OPS EE.UU.
- ❖ Yolanda Vargas Sánchez. (2015). Unidad 5 El Reiki y su aplicación en el cuidado. Consultado el 10 de septiembre de 2016, de SUAyED, UNAM Sitio web: http://132.248.141.209/moodle/pluginfile.php/952/mod_resource/content/1/u5_terapeutica_holistica.pdf

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones. Léalo atentamente y consulte con el/la enfermer(o) todas las dudas que se le planteen.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar la información con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Yo, C. _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de las sesiones y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el estudiante de enfermería. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, **CONSIENTO** participar en las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Toluca Mex. a 13 de Febrero De 2019

Firmado: C. D. Josefa Rivera Hernández (El/la usuario/a)

ANEXO 2: LAVADO DE MANOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



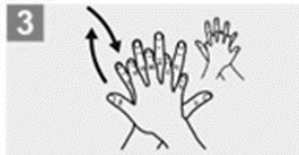
0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



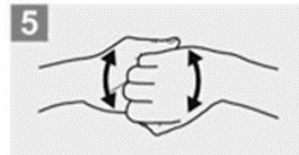
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



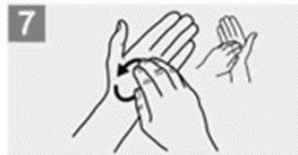
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



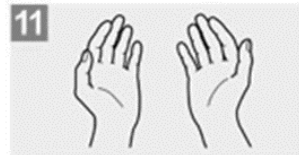
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



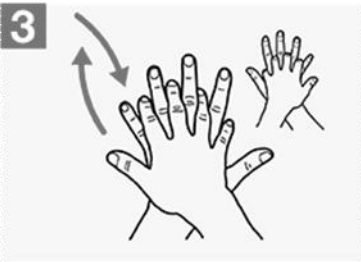
 Duración del procedimiento: 30 segundos.



Deposite abundante gel en la palma de la mano



Frote el gel en las palmas para generar fricción



Repita los procesos de frotación como si fuera un lavado con agua y jabón, en las zonas de las manos que corresponden



Siga de esa forma hasta el final y extienda las manos para secar.



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

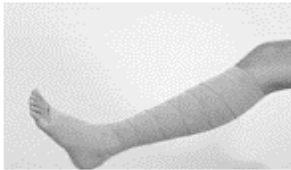
ANEXO3. TRÍPTICO INSUFICIENCIA VENOSA / EJERCICIOS



Escuela Nacional
de Enfermería y
Obstetricia



Insuficiencia venosa



ALFREDO M. JUAREZ

¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA VENOSA?

La **insuficiencia vascular** o venosa es la incapacidad que tienen las venas de las extremidades inferiores para hacer llegar la sangre desde éstas hasta el corazón.

FACTORES DE RIESGO

- ☞ Permanecer de pie durante muchas horas.
- ☞ Consumo anticonceptivo.
- ☞ Factores hereditarios.
- ☞ Sobrepeso.
- ☞ Tabaquismo.
- ☞ Alcohol.
- ☞ Sedentarismo.
- ☞ Consumo de alimentos altos en sodio.
- ☞ Uso de fajas y prendas ajustadas.

SÍNTOMAS

- ☞ Pesadez de piernas.
- ☞ Dolor en las piernas.
- ☞ Inflamación.
- ☞ Cansancio.
- ☞ Dolor en los gemelos.
- ☞ Calambres.

- ☞ Sensación de hormigueo o adormecimiento.
- ☞ Calor.
- ☞ Aparición de arañitas vasculares, varices o venas varicosas.

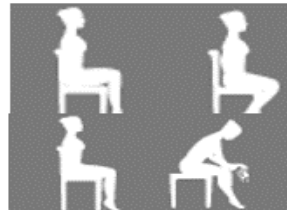
MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- ☞ Tomar duchas de agua en sentido ascendente desde los pies hasta la rodilla.
- ☞ Utilizar medias de compresión desde la primera hora de la mañana (prescritas por el médico).
- ☞ Evitar el agua caliente.
- ☞ Realizar masajes ascendentes con geles fríos o cremas.
- ☞ Elevar las piernas por encima de la cabeza, al menos 20 minutos al día.
- ☞ Hacer ejercicios que favorezcan la oxigenación sanguínea.
- ☞ Tomar abundante agua

FUENTE: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR 2016



- De pie
- ☞ Con la espalda recta, ponte de puntillas y baja lentamente. Repite varias veces.
 - ☞ Camina unos minutos sobre los talones.
 - ☞ Camina unos minutos sobre las puntas de los pies.



Sentado/a

- ☞ Separa y junta las puntas de los pies.
- ☞ Balancea los pies suavemente de los dedos a los talones.
- ☞ Eleva los talones apoyándote en la punta de los pies (20 repeticiones).
- ☞ Masajéate desde el pie hasta la rodilla, a poder ser con agua fría.



Acostado

- ☞ Pedalea boca arriba en el aire, mueve las piernas cuidando de no separar del suelo la zona lumbar.
- ☞ Partiendo de una posición con ambas piernas estiradas en el suelo, lleva una de ellas a tu pecho sosteniéndola con las manos, manteniendo la rodilla flexionada. Aguanta 30 segundos con cada pierna.
- ☞ Con las piernas levantadas y estiradas, flexiona y extiende alternativamente los dedos de los pies. Repite 20 veces

ANEXO 4. MEDITACIÓN BASADA EN LA RESPIRACIÓN

MEDITACIÓN BASADA EN LA RESPIRACIÓN

(5 PASOS)



1.

Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros. Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.



2.

Fijemos la atención en el estómago y sintamos como sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar. Mantengámonos concentrados en la respiración "estando ahí" con cada inspiración y espiración completas, como si cabalguemos sobre las olas de nuestra respiración.



3.

Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que le apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él. Si nuestra mente se aleja mil veces, nuestra "tarea" será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado

4.



Percatémonos de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que estando con nuestra respiración y sin tener que "hacer" nada.

5.

Practiquemos este ejercicio durante quince días todos los días y en el momento que mas nos convenga, nos agrade o no, y veamos como nos sentimos al incorporar una práctica disciplinada de la meditación en nuestras vidas.



HODGSON & BURQUE PSICÓLOGOS

Ilustraciones de Brown Bird Design para TIME
Texto del libro Vivir con plenitud las crisis (Jon Kabat Zinn)

ANEXO 5. CULTIVO Y LABORATORIO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS MICROBIOLOGICOS,
ULTRASONIDO Y RAYOS X
"AMECAMECA" Reg:
AV. FRAY MARTIN DE VALENCIA No. 6 TEL: 97- 812-36 AMECAMECA, ESTADO DE MEXICO

Responsable Dr. Miguel Angel Cruz Ortiz
REG. S.S.A. 2010 CED. PROF: 2487221
Auxiliar de Responsable: Eduardo B. Cruz Ortiz

DR PRESENTE: A QUIEN CORRESPONDA REG: 9877 - M
EDAD: 51 AÑOS

ORDENADO A: ADELAIDA RIVERA HERNANDEZ

EXAMEN SOLICITADO: CULTIVO DE HERIDA

CARACTERÍSTICAS SIGNIFICATIVAS DEL PRODUCTO: NINGUNA

EXAMEN MICROSCOPICO EN FRESCO:

EXAMEN MICROSCOPICO TINCION DE GRAM:

CULTIVO: NEGATIVO

ANTIMICROBIANOS:

SENSIBLE A:

RESISTENTE A:

AMECAMECA, MEXICO A 23 DE FEBRERO DE 2019.

ATENTAMENTE
DR. MIGUEL ANGEL CRUZ ORTIZ
CED. PROF. 2487221
P.A.



PACIENTE ADELAIDA JOSEFINA RIVERA HERNANDEZ
EDAD: 51.0.21 SEXO: FEMENINO
SERVICIO DE PROCEDENCIA: CE REUMATOLOGIA
FECHA DE SOLICITUD: 03/01/2019 08:09
MÉDICO: A QUIEN CORRESPONDA

EXPEDIENTE: RIHA671216MMCVRDXX
FECHA DE NACIMIENTO: 16/12/1967
NO. DE CAMA: 6561315
FECHA DE TOMA: 03/01/2019 09:11
FECHA DE IMPRESIÓN: 07/01/2019 12:30

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	LABORATORIO
BIOMETRIA HEMATICA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.6	10 ³ /μL	3.5 - 10.5	LMP DF
ERITROCITOS	5.29	10 ⁶ /μL	4.0 - 5.47	LMP DF
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	12.0 - 16.4	LMP DF
HEMATOCRITO	43.8	%	36.0 - 49.2	LMP DF
VOLUMEN GLOBULAR MEDIO	82.9	fl	81.6 - 98.3	LMP DF
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.2	pg	27 - 33	LMP DF
CONCENTRAC. HEMOG. CORPUSCULAR MEDIA	34.0	g/dL	32 - 36	LMP DF
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITOS	14.6	%	11.9 - 15.5	LMP DF
PLAQUETAS	218.0	10 ³ /μL	150 - 450	LMP DF
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.4	fl	6.5 - 11.0	LMP DF
NEUTROFILOS	58.4	%	50 - 70	LMP DF
LINFOCITOS	30.2	%	18 - 42	LMP DF
MONOCITOS	7.5	%	2.0 - 11.0	LMP DF
EOSINOFILOS	* 3.5	%	1.0 - 3.0	LMP DF
BASOFILOS	0.4	%	0.2 - 1.0	LMP DF
BANDAS	0.0	%	0.0 - 5.0	LMP DF
NEUTROFILOS ABSOLUTOS	3.85	10 ³ /μL	1.7 - 7.0	LMP DF
LINFOCITOS ABSOLUTOS	1.99	10 ³ /μL	0.9 - 2.9	LMP DF
MONOCITOS ABSOLUTOS	0.49	10 ³ /μL	0.3 - 0.9	LMP DF
EOSINOFILOS ABSOLUTOS	0.23	10 ³ /μL	0.05 - 0.5	LMP DF
BASOFILOS ABSOLUTOS	0.03	10 ³ /μL	0 - 0.3	LMP DF
Metodología: Impedancia Especimen: Sangre Total				Resultado: VALIDADO
TIEMPO DE PROTROMBINA				
TIEMPO DE PROTROMBINA				
T.P.	* 12.4	segundos	9.4 - 12.0	LMP DF
I.N.R.	* 1.25		0.9 - 1.2	LMP DF
El INR se utiliza en pacientes con anticoagulación oral estable. Los lineamientos internacionales sugieren: 2.0 - 3.0 para anticoagulación rutinaria 2.5 - 3.5 prótesis valvulares, infarto del miocardio recurrente.				Resultado: VALIDADO
Metodología: Foto-óptico Especimen: Plasma Citratado				Resultado: VALIDADO
HAPTOGLOBINA				
HAPTOGLOBINA	160.0	mg/dL	30.0 - 200.0	LCP
Metodología: Nefelometría Especimen: Suero				Resultado: VALIDADO
RETICULOCITOS				
RETICULOCITOS	* 2.14	%	0.3 - 1.5	LMP DF
Metodología: Volumen, Conductividad y dispersión de luz Especimen: Sangre Total				Resultado: VALIDADO
QUIMICA SANGUINEA DE 6 ELEMENTOS				
RELACION NIT.UREA/CREA			10 - 20	LMP DF
RELACION NITROGENO UREICO/CREATININA	* 25.1			Resultado: VALIDADO
Metodología: Cálculo Especimen: Suero				Resultado: VALIDADO
GLUCOSA				

ANEXO 6. TABLA DE ALIMENTOS Y CONTENIDO EN VITAMINA K

ALIMENTO	CONTENIDO BAJO	CONTENIDO MEDIO	CONTENIDO ALTO	CONSEJOS
HUEVOS Y LÁCTEOS	Yogurt Queso Leche Huevo			El contenido de vitamina K en la leche es bajo, así que el tipo de leche puede ser elegido sin modificar el contenido de vitamina K1 de la dieta
VERDURAS Y HORTALIZAS	Champiñones Rábano Cebolla Maíz Lentejas Papas Calabaza Garbanzos Berenjenas Calabacín Pimiento rojo	Pimiento verde Tomate Lechuga Zanahoria Coliflor Alcachofas Apio Chicharos Pepino	Espárrago Lechuga romana Brócoli Cebollino Perejil Espinacas Col rizada Col lombarda Coles de Brúcela	Los vegetales verdes oscuro (particularmente las hojas) son las fuentes más ricas de vitamina K
BEBIDAS	Agua mineral Zumos de frutas Café Bebidas carbónicas Bebidas alcohólicas Infusiones			Todas aportan poca vitamina K.
CEREALES Y PASTAS	Ajo Sal Vinagre Mostaza Chile Pimentón, Azúcar Miel	Orégano		Son fuentes ricas de vitamina K pero no contribuyen al total ingerido diario porque son consumidas en pequeñas cantidades.
ACEITES	Aceite de maíz Aceite de cacahuete Aceite de girasol	Anacardo Higos Avellanas Pistachos	Ciruelas pasas Piñones	Los frutos secos no son importantes fuentes de vitamina K excepto algunas frutas secas, los piñones, pistachos y anacardos.
CARNES Y PESCADOS	Jamón Carne de ternera Pollo Cerdo Moluscos Crustáceos Pescado	Atún en aceite		
FRUTAS	Pera Melón Mango Fresas Papaya Sandía Manzana Cerezas Piña cruda Plátano Naranja	Uva Ciruela	Kivi Pasas Higos Ciruelas pasas	La mayoría de las frutas no son fuentes importantes de vitamina K (aportan < 5 mcg/100 gramos), excepto, las frutas secas y los kiwis que contienen alto contenido.

Fuente: Tabla de alimentos y contenido en Vitamina K elaborada por: Gabriel Oliveira Fuster y Rosario Vallejo Lima (Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga).

ANEXO 7. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

Avance de la herida

ENERO 2019



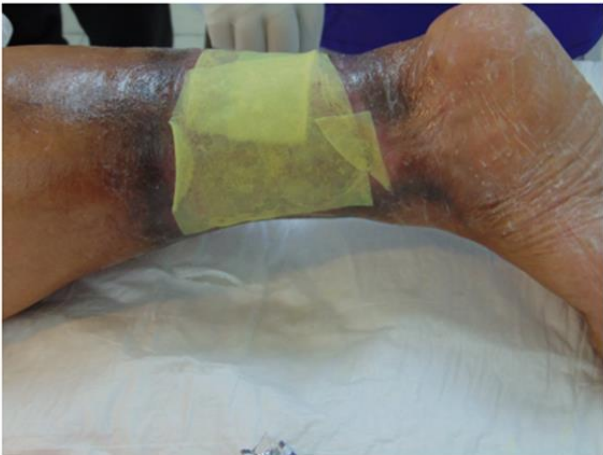
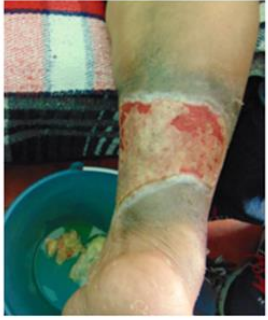
Avance de la herida

FEBRERO 2019



Avance de la herida

MARZO 2019



Educación y promoción para la salud





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA EDUCACIÓN A DISTANCIA



**Instrumento metodológico para la atención
de enfermería
(Modelo de Virginia Henderson)
ANEXO 8**

ELABORO: MACLOVIO JUAREZ ALFREDO

TUTOR: L.E.O VARGAS SÁNCHEZ YOLANDA

FECHA: ENERO 2019

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- ❖ Nombre: **Adelaida Josefina Rivera Hernández**
- ❖ Edad: **51 años**
- ❖ Peso: **100 kg**
- ❖ Talla: **1.59 cm**
- ❖ Fecha de nacimiento: **16 de diciembre 1967**
- ❖ Sexo: **mujer**
- ❖ Ocupación: **ama de casa**
- ❖ Escolaridad: **secundaria trunca**
- ❖ Fecha de admisión: **13 de febrero de 2019**
- ❖ Hora: **15:00**
- ❖ Procedencia: **Pueblo nuevo, san Rafael Edo. Méx**
- ❖ Fuente de información: **directa**
- ❖ Fiabilidad (1-4) **4**
- ❖ Miembro de la familia / persona significativa: **hijo**
- ❖ Estado civil: **soltera**
- ❖ Sistemas de apoyo y fuente de ingreso: **familia indirecta (cuñada)**
- ❖ Servicios sociales utilizados actualmente por la persona: **seguro popular**

I. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Subjetivo:

Disnea/ reposo/ **pequeños esfuerzos**/ medianos esfuerzos:

Ortopnea: ___ Polipnea: _____ Bradipnea _____ Sin alteración:

Disnea debido a: ___ Tos productiva: Cantidad: ___ consistencia: _____

Amplitud respiratoria/ **profunda**/ Superficial: _____

Ruidos respiratorios/ estertores/ sibilancia/ crepitantes: _____ Dolor asociado con la respiración:

Permeabilidad de las vías aéreas: **Adecuada** / inadecuada _____

Fumador _____ Desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado

Emocional: _____

Antecedentes Cardiorrespiratorios: _____

Otros: **fumadora anteriormente, suspendido progresivamente hace 18 años, sensación de pesadez y hormigueo**

- Objetivo:

Alteraciones en la anatomía del sistema respiratorio: **NO**

Registro de signos vitales y características: **121/76 55x" 18 x" 36.5**

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: **alerta, despierta orientada**

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: **buena coloración de tegumentos**

Saturación de oxígeno en sangre **94%** Hemoglobina: **14.3** Circulación del retorno venoso: **2"**

Entorno: _____

Otros: **presenta cambios de coloración a nivel tisular en zona perilesional, presenta fatiga al momento de realizar actividades de la vida diaria**

2. NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN Y BEBER

- Subjetivo:

Conocimiento de los grupos de alimentos: **deficiente**

Número de comidas diarias: **2**

Prefiere comer los alimentos: **tibios**

Ingestión de líquidos en 24 horas: **2 L en 24**

Lugar donde come: **comedor**

Ayuda para comer: **sin necesidad**

Ayuda para preparar sus alimentos: **si ocupa ayuda**

Apetito **bueno**/ regular/ deficiente:

Trastornos digestivos: **estreñimiento ocasional**

Intolerancias alimentarias / Alergias: **negadas**

Problemas de la masticación y deglución **sin problema**

Prototipo de imagen corporal: **sin alteración de la imagen , obesidad tipo pera**

Fluctuaciones de peso, últimos 6 meses:

otro: _____

- Objetivo:

Peso: **100 kg** Talla: **1.59 cm**

Turgencia de la piel: **adecuada** Membranas mucosas hidratadas / secas: **hidratadas**

Características de uñas / cabello: **cabello teñido bien implantado con datos de canosidad, uñas limpias recortadas**

Funcionamiento neuro muscular y esquelético: **con dificultad para deambular**

Aspectos de los dientes y encías **piezas dentales completas, ligeramente amarillentos, gingivitis**

Historia de problemas cutáneos/ de cicatrización/ eccema/ sequedad/ sudoración excesiva: **lesión en miembro pélvico derecho desde hace 5 años multitratada 20 x 11 cm**

Otros: **desconoce alimentos que debe ingerir para la coagulopatía que presenta**

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Subjetivo

Hábitos intestinales/ Núm. De defecaciones al día/ fecha de última defecación/
características: **2 normal compactada después de cada comida**

Hábitos urinarios/ frecuencia/ disuria/ nicturia/ urgencia miccional / hematuria/
retención: **frecuentemente sin alteraciones color ámbar con apoyo de
diurético**

Última menstruación/ características/ frecuencia: **noviembre 2018 regular con
proceso de menopausia**

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: **sin datos de hemorragias**

Uso de laxantes: **NO** Hemorroides: **NO** Dolor al defecar / menstruar /
orinar: **NO**

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: **NO INFLUYE**

Objetivo:

Abdomen características **GLOBOSO A EXPENSAS DE PANÍCULO ADIPOSO**

Ruidos intestinales: **PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD** Palpación de la
vejiga urinaria: **LLENA**

Otros: **presenta estreñimiento ocasional**

4. NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **Subjetivo**

Adaptabilidad de los cambios de temperatura/ bebidas/ clima: **CON BUENA ADAPTABILIDAD SIN EMBARGO PREFIERE EL CLIMA TEMPLADO, BEBIDAS NO AZUCARADAS**

Ejercicio / tipo y frecuencia: **NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA**

Temperatura ambiental que le es agradable:

Otros: _____

- **Objetivo:**

Características de la piel: **TURGENCIA ADECUADA, LLENADO CAPILAR, CON LESIÓN EN MPD DE 20 X 11 CM MULTITRATADA**

Transpiración: **NORMAL**

Condiciones del entorno físico:

Otros: **SE ENCUENTRA CON PROCESO DE CLIMATERIO A PARTIR DE NOVIEMBRE 2018**

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: **CON LIMITACIÓN FÍSICA, DIFICULTAD PARA DEAMBULAR,**

Actividades en el tiempo libre: **CAMINA POR PERIODOS CORTOS**

Hábitos de descanso **DESCANSA TODO EL DÍA POR LESIÓN**

Hábitos de trabajo: **NO TRABAJA**

Otros:

- Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético.

Fuerza: **5/5**

Capacidad muscular. **5/5**

Tono / resistencia / flexibilidad **5/5 RESISTENCIA LIMITADA,**

Posturas: **DECÚBITO LATERAL, SIMS**

Necesidad de ayuda para la deambulación: **SI, DISPOSITIVO DE AYUDA**

Dolor con el movimiento: **OCASIONAL**

Presencia de temblores: **FRECUENTEMENTE**

Estado de conciencia: **ALERTA, DESPIERTA, CONSCIENTE**

Estado emocional: **TRANQUILA, CON BUEN ANIMO**

Otros: _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo:

Hora de descanso: **00:00 A 5:30**

Horario de sueño: **23:00 A 10:30**

Siesta: **OCASIONAL**

Ayudas: **OCASIONAL AYUDA DE THE RELAJANTE**

Trastornos de sueño/ despertar temprano/ insomnio/ pesadillas **NO**

Debido a:

Se siente descansado después de dormir: **SI**

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: **CON DATOS DE ANSIEDAD,
ESTRÉS, LENGUAJE COHERENTE**

Ojeras: Atención **SI** Bostezos: **SI** Concentración: **SI**

Apatía: **NO** Cefaleas: **NO** Respuesta a estímulos: **SI**

Otros: _____

7. NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: **NO**

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: **NO**

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: **NO**

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: **NO**

Otros: _____ **utiliza ropa holgada**

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: **SI**

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: **ADECUADA NO PARA LA PARTE INFERIOR**

Vestido incompleto: **NO**

Sucio: **NO**

Inadecuado: **NO**

Otros: _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: **C/ 3ER DÍA**

Momento preferido para el baño: **NOCHE**

Cuántas veces se lava los dientes al día: **1**

Aseo de manos antes y después de comer: **SIEMPRE**

Después de eliminar: **_SIEMPRE**

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: **NO**

Otros: _____

- Objetivo:

Aspecto general: **LIMPIA, BIEN ALINEADA**

Olor corporal: **A PERFUME**

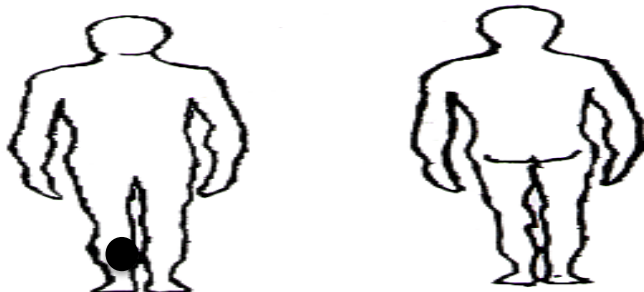
Halitosis: **_NO**

Estado del cuero cabelludo: **CABELLO BIEN IMPLANTADO, TEÑIDO CON DATOS DE CANAS**

Lesiones dérmicas Tipo: **ULCERA VENOSA DE 20X 11 CM EN MPD**

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: **PIEL SECA CON DATOS DE ECZEMA**



9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: **HIJOS Y CUÑADA**

Cómo reacciona ante situación de urgencia: **PREOCUPACIÓN**

Conoce las medidas de prevención de accidentes. **SI, ALGUNAS**

Hogar: **SI**

Trabajo:

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: **SI CADA 6 MESES**

Familiares:

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida **A TRAVÉS DEL LLANTO**

Otros: **PRESENTA CUADRO DE DEPRESIÓN 18 DE FEBRERO 2018**

- Objetivo:

Deformidades congénitas **NO**

Condiciones del ambiente en su hogar: **ADECUADO, OPTIMO**

Trabajo:

Otros: _____

10.NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo:

Estado civil: **SOLTERA**

Años de relación: **1**

Viven con: **HIJO Y CUÑADA Y HERMANA**

Preocupaciones / estrés: **SI, OCASIONAL**

Familia: **_**

Otras personas que pueden ayudar **CUÑADA Y SOBRINOS**

Rol en estructura familiar: **MAMA**

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: **NO**

Cuanto tiempo pasa solo: **_NUNCA**

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo **OCASIONAL**

Estado de ánimo actual: **TRANQUILA**

Otros: **PRESENTA CUADRO DE DEPRESIÓN 18 DE FEBRERO 2018**

- Objetivo:

Habla claro: **SI**

Confusa: **NO**

Dificultad. Visión: **NO**

Audición: **SIN ALTERACIÓN**

Comunicación verbal / **no verbal con la familia** / con otras personas significativas:

NO COMUNICA DE MANERA VERBAL, Y EXPRESA EMOCIONES

Otros:

Arranques de ira con hijo

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Religión/ **CATÓLICA**/ protestante/ judía/ otra:

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: **NO**

Otros: _____

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): **SIN PROBLEMA PARA ESCOGER LA VESTIMENTA**

Permite el contacto físico: **SI DEPENDE DE LA PERSONA**

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: **NO**

Otros: **NO ASISTE AL TEMPLO DESDE EL 01 DE ENERO**

2019 _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo:

Situación laboral/ empleado/ incapacidad temporal/ **INCAPACIDAD**

PROLONGADA/ DESEMPLEADA

Tipo de trabajo:

Riesgos en el trabajo:

Cuánto tiempo le dedica al trabajo:

Estas satisfecho con su trabajo:

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:

NO

Sistema de apoyo/ Cónyuge/ vecinos/ amigos/ ninguno: **CUÑADA Y SOBRINOS E**

HIJO

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: **NO**

otros:

- Objetivo:

Estado emocional / **CALMADO** / ansioso / enfadado / **temeroso** / irritable / inquieto

/ eufórico:

Otros: **no se encuentra satisfecha con el rol familiar**

13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: **OCASIONALMENTE TEJE**

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: **NO**

Recursos en su comunidad para la recreación: **POCOS LUGARES**

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: **A VECES**

Otros:

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: **ADECUADO CON LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO**

Rechazo a las actividades recreativas: **NO**

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: **OCASIONALMENTE PARTICIPATIVO**

Otros:

14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo:

Nivel de educación: **_BÁSICA CON SECUNDARIA TRUNCA**

Problemas de aprendizaje: **NINGUNO**

Limitaciones cognitivas: **NINGUNO**

Tipo:

Preferencias: leer / escribir: **LEER**

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: **NO**

Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo: **NO**

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: **SI**

Otros:

- Objetivo:

Estado del sistema nervioso **CON PERIODOS DE ANSIEDAD**

Órganos de los sentidos **SIN ALTERACIONES**

Estado emocional: **TRANQUILA, COOPERATIVA (PRESENTA CUADRO DE DEPRESIÓN 18 DE FEBRERO 2018)**

Memoria reciente: **SIN ALTERACIONES**

Memoria remota: **SIN ALTERACIONES**

Otras manifestaciones: _____

ANEXO 9. HERIDA CRÓNICA POR INSUFICIENCIA VENOSA

Es una lesión que requiere para el proceso de cicatrización tiempos muy prologados, ya que esta cicatriza por segunda intención, siendo un proceso muy complejo que elimina y reemplaza el tejido que se encuentra dañado, se considera una herida crónica cuando el proceso de cicatrización total no ha culminado en un plazo de 6 semanas.

Las heridas crónicas por insuficiencia venosa están siempre colonizadas o contaminadas por agentes patógenos, por lo que un adecuado, manejo de la carga bacteriana tendrá influencia sobre la evolución de la cicatrización además de evitar un proceso infeccioso local, las heridas crónicas mantienen una diferencia de las heridas agudas, quirúrgicas, traumática; ya que estas cicatrizan por primera intención por medio de la superposición de planos que comprende un periodo entre los 7 a 14 días, comprendiendo que una herida aguda se puede llegar a cronificarse debido a complicaciones como la dehiscencia de suturas, heridas que se fistulizan o bien una herida con una evolución tórpida.

DEFINICIÓN

Son lesión cutánea provocada por pérdida variable de sustancia, extensión y profundidad, espontánea o secundaria, localizada en el tercio distal de la pierna y con tendencia a la cronicidad. Representan hasta 95% de las úlceras de pierna y las generadas por insuficiencia venosa constituyen 70 a 75% de todos los casos. Aparece con mayor frecuencia entre la mitad inferior de la pantorrilla y 3 cm por debajo del maléolo.

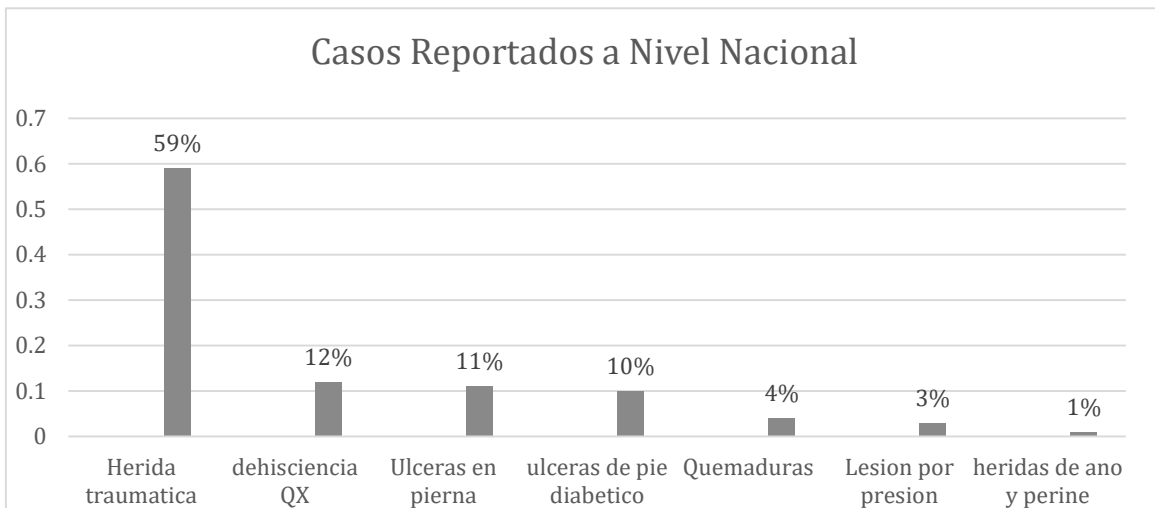
Las úlceras venosas en miembros pélvicos representan uno de los problemas médicos que se asocia a una importante morbilidad con una gran repercusión sobre la calidad de vida, además representa un problema a nivel laboral ya que aumenta el ausentismo laboral y un retiro a más temprana edad por la incapacidad permanente que provoca, también aumenta la carga económica sobre la familia y el sistema de salud.

EPIDEMIOLOGIA

Las heridas en México y en el mundo son un problema de salud pública que afecta directamente la calidad de vida de las personas que las padecen y sus familias, ya que estas heridas pueden conducir períodos prolongados de discapacidad, dolor e incomodidad, además de impedir la realización de actividades básicas

En México se aborda este problema con una perspectiva nacional ya que se manejan datos como las características, tiempo de atención (curación) y el costo de la atención.

La prevalencia reportada de lesiones venosas a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) está entre el 5 y 11% en el continente americano, en 2011 se realiza el primer estudio nacional de prevalencia de las lesiones venosas dando como resultado una prevalencia de 12.92% que lo ubica a nivel medio respecto a otros países como España y Alemania cuya prevalencia oscila entre el 6 y 13% (SINAVE, 2015)



FUENTE: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(2):105-14

Estimación de los costos directos mensuales por tipo de herida

TIPO DE HERIDA	COSTO MNX ATN. AMB	COSTO MNX ATN. HOSP.
Heridas traumáticas	17 520 599.65	389 975 080.76
Úlceras de pie diabético	11 029 189.80	398 388 469.99
Lesiones por presión	2 647 210.96	715 416 914.19
Úlceras vasculares	8 628 456.22	91 060 396.40
Dehiscencias quirúrgicas	2 552 137.03	148 373 352.92
Quemaduras	3 188 899.12	86 132 540.24
Heridas neoplásicas	996 577.99	34 777 682.38

FUENTE: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(2):105-14

Promedio de curaciones por semana y tiempo promedio por curación

TIPO DE HERIDA	MEDIA DEL NÚMERO DE CURACIONES POR SEMANA	MEDIA DEL TIEMPO POR CURACIÓN (EN MINUTOS)
Heridas traumáticas	2.9	21.9
Úlceras de pie diabético	3.7	22.4
Lesiones por presión	2.9	20.9
Úlceras vasculares	2.7	26.7
Dehiscencias quirúrgicas	3.0	21.8
Quemaduras	3.1	22.0
Heridas neoplásicas	5.5	20.6

FUENTE: Vela-Anaya G et al. Epidemiología y costos de la atención de heridas

Como puede evidenciar existe una incidencia de herida agudas y crónicas los cuales representan un problema de salud, así como para el sistema de salud nacional por lo que se busca promover un acceso universal a los servicios de salud especializado en dicha atención para el cuidado de heridas agudas y crónicas a fin de disminuir el desarrollo de lesiones, el impacto sobre la imagen, así como la reducción de del costo en la atención y cuidado, mediante líneas de acción estratégicas donde se incluye la capacitación, sustitución de servicios de curación por clínicas de heridas, generación de diagnósticos situacionales; así como la inclusión de una normatividad vigente que incluye la infraestructura, insumos y tecnología para el cuidado de heridas.

Como se puede visualizar existe un aumento en relación con las heridas en México, lo que implica una estancia hospitalaria prolongada, así como el uso ineficiente de recursos médicos que incluyen tratamientos de protección especiales con una diversidad enorme de materiales como antisépticos, apósitos, gasas, que han sido modificado a través del tiempo; que anteriormente habían sido tratados de manera tradicional. Durante estos últimos años las medidas de prevención, tratamiento, rehabilitación de pacientes con heridas se hace bajo una perspectiva del caso con alta tecnología y atención especializada y multidisciplinaria.

ETIOLOGÍA

La etiología es multifactorial y puede incluir incremento de la presión venosa causas por la bipedestación prolongada, incremento de la presión intrabdominal, factores congénitos y familiares (Jones 2008) el mecanismo implicado en la aparición de úlceras venosas es la válvula venosa secundaria a la destrucción de las mismas o por un defecto idiopático de la pared venosa que produciría una dilatación excesiva

y la separación de las válvulas agregar defectos de pared (Vieras 2002). El primero síntoma es la sensación de aumento de peso en las piernas posteriormente aparece edema, dolor, dilatación de las venas de las extremidades inferiores (Slodka 2006)

En cuanto a su etiología el 80 a 90% de los casos corresponde a una insuficiencia venosa crónica, mientras que el 10 al 25% son provocadas por arteriopatías obstructivas en las que a su vez puede coexistir una enfermedad venosa o neuropatía. Existen otras causas etiológicas menos frecuentes en la génesis de las úlceras de miembros inferiores, y, en muchos pacientes, la superposición de etiologías, así como de enfermedades concomitantes que potencialmente pueden desencadenar una úlcera, no son infrecuentes.

FACTORES DE RIESGO

Factores directos

- ❖ Venas varicosas
- ❖ Trombosis de venas profundas
- ❖ Insuficiencia venosa crónica
- ❖ Función reducida de los músculos de la pantorrilla
- ❖ Fístula arteriovenosa
- ❖ Obesidad
- ❖ Antecedente de fractura de pierna

Factores indirectos

- Factores que predisponen a trombosis de venas profundas (deficiencias de proteína C y S, y antitrombina III).

El principal protagonista de la fisiopatología de la úlcera venosa es el retorno venoso a partir de la extremidad inferior, en la cual implican las venas superficiales, las comitentes o perforantes y profunda, además de las válvulas que previenen el reflujo, las venas superficiales comprenden la safena interna, externa y sus tributarias que entran en contacto con las profundas directamente o a través de las perforantes; las profundas se clasifican en intermusculares o intramusculares y comprenden tres grupos de venas tibiales apareadas que se fusionan para formar la poplítea, que se continúa con la vena femoral superficial. Todas tienen válvulas bicúspides de una vía que permiten el flujo, sólo en dirección cefálica.

Una parte fundamental de las úlceras venosas es la estasis la cual se refiere al estancamiento de la sangre dentro de las venas dilatadas y tortuosas que puede causar anoxia del tejido y muerte celular. La estasis venosa provoca a su vez una hipertensión venosa, en la cual se han descrito cuatro mecanismos:

- ❖ disfunción de las válvulas en las venas superficiales o perforantes debido a insuficiencia adquirida o congénita.
- ❖ disfunción en las válvulas del sistema profundo por ausencia congénita, debilidad inherente o daño trombotico.
- ❖ obstrucción del flujo de salida de las venas profundas provocada por alguna masa u obesidad.
- ❖ insuficiencia de la bomba muscular secundaria a procesos inflamatorios de las articulaciones o de los músculos, fibrosis o neuropatías.

La insuficiencia de las venas superficiales es la causa más frecuente de la úlceras en las piernas, ya que propone que la presión venosa ambulatoria con la hipótesis de la fibrina en la cual se propone que la presión venosa ambulatoria se transmite a la circulación capilar de la piel y el tejido subcutáneo de la pantorrilla lo cual que provoca una diversidad de anormalidades en la microcirculación con distensión del lecho capilar dérmico, que permite la inducción de extravasación de moléculas(que suelen ser de fibrinógeno, albumina y amicroglobulina) al espacio extravascular donde se polimeriza y se producen la fibrina perivascular que se deposita en la región pericapilar, esta fibrina provoca una barrera física que evita una difusión normal de oxígeno y aporte de nutrientes lo que resulta en muerte celular y posteriormente la ulceración (Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. 2016.)

CLASIFICACIÓN

❖ Insuficiencia venosa superficial

Asienta sobre piernas con el llamado Complejo Varicoso (várices, edema y pigmentación ocre). Cuando la úlcera se localiza en la región maleolar interna, uní o bilateral, sugiere insuficiencia de la safena interna o sus perforantes, si se encuentra en la cara externa, se pensará en la incompetencia de la safena externa.

❖ Síndrome post -trombótico:

Hay antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP), edema importante, dermatoesclerosis, anquilosis de articulación tibio-astragalina. La úlcera es maleolar interna o circunferencial, grande, dolorosa y con abundante secreción serohemática. La pierna presenta corona plantar fleboestática, gran flebedema y su aspecto morfológico es en botella de champagne invertida.

❖ Comunicación arterio-venosa:

Presencia de shunts arterio-venosos congénitos en piernas y dorso de pies. (Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. 2016.)

CLASIFICACIÓN CEAP

Fue creada en 1994 para recoger las diferentes enfermedades venosas crónicas. Fue modificada en el año 2004, para referirse de manera más amplia a los trastornos venosos crónicos. Por lo tanto, recoge el amplio espectro de alteraciones morfológicas y funcionales del sistema venoso. Como su nombre indica, la clasificación CEAP se compone de 4 subclasificaciones:

- ❖ **C: Clínica**
- ❖ **E: Etiológica**
- ❖ **A: Anatómica**
- ❖ **P: Fisiopatológica**

Clasificación CEAP	Clasificación clínica
C0	Ningún signo visible o palpable de enfermedad venosa
C1	Telangiectasias o venas reticulares
C2	Venas varicosas
C3	Edema
C4a	Pigmentación o eczema
C4b	Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa activa

Fuente: Porter JM 1995

Clasificación etiológica	Clasificación anatómica	Fisiopatología
Ec: congénita	As: venas superficiales	Pr: reflujo
Ep: primaria	Ap: venas perforantes	Po: obstrucción
Es: secundaria	Ad: venas profundas	Pr,o: reflujo y obstrucción
En: ninguna causa venosa identificada	An: ninguna identificación venosa identificada	Pn: ninguna fisiopatología venosa identificable

Fuente: Porter JM 1995

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas dependerán de la clasificación que se tenga el cuadro clínico con úlcera venosa presentan al principio

- Sensación de pesadez y dolor en MMII
- Calambres musculares
- Edema
- Hiperpigmentación cutánea
- Ezcema varicoso y prurito
- Localización: zona lateral interna del tercio distal de la pierna.
- Morfología: redonda/ oval, irregular tamaño variable.
- Bordes: excavados, mal delimitados, superficiales.
- Lecho ulceral: predominio de tejido de granulación, altamente exudativo.
- Tejido periulceral: con alteraciones cutáneas previas como dermatitis
- ocre, hiperqueratosis, atrofia blanca, Hiperpigmentación.
- Expresión de dolor baja excepto en presencia de infección.
- Pulsos tibiales: positivos.
- Índice tobillo/brazo (IT/B): mayor a 0,75

Signos y Síntomas clínicos de acuerdo a su etiología

Etiología	Venosa	Arterial
Pesadez en pierna	XXX	-
Piernas cansadas	XXX	-
calambres	XXX	XX
prurito	X/-	X/-
Sensación de quemazón	XX	XXX
Ataxia	XX	-
dolor	-	XXX
Dolor a la marcha	-	XXX
Alivio con declive	-	XXX

FUENTE: Otero 2012.

DIAGNOSTICO

La valoración de las úlceras venosas y/o arteriales se realiza por medio de un equipo multidisciplinario buscando una respuesta a los diversos problemas de salud a los cuales se enfrentan; la valoración integral de cualquiera de las úlceras deberá incluir historia clínica con examen físico completo prestando una mayor atención a los factores predisponentes de riesgo, así como las enfermedades que influyen en el proceso de cicatrización.

Se deberá realizar una anamnesis de las personas sobre sus antecedentes familiares, personales, enfermedad actual, y patologías crónicas que se asocian a la alteración vascular. En la exploración física se debe realizar la palpación de pulso

femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio de miembros inferiores como una maniobra simple y de elevada especificidad, esta se debe palpar de manera cuidadosa los pulsos y de esta forma se ayudará a determinar la localización o gravedad de la patología oclusiva e identificar la relación que se tiene con la claudicación y la localización del dolor, los pulsos se deben graduar como ausentes, disminuidos, normales.

El examen de la piel se debe realizar de manera rutinaria vigilando la coloración de la extremidad, el llenado capilar mediante la digito presión de la zona y el pulpejo de los dedos tratando de identificar procesos isquémicos. También se debe valorar los anejos cutáneos de los pies, observando datos de fragilidad de las uñas, aumento del tiempo de crecimiento y ausencia de vello en los pies.

En las úlceras venosa, surge de manera espontánea localizándose en la región del maléolo interno siendo superficiales, los contornos son normalmente irregulares, son extremadamente exudativas, con escala del nivel del dolor de moderado a intenso, el cual mejora con la elevación del miembro pélvico. La evaluación física de la úlcera se debe enfocar en la valoración del estado vascular con atención a las señales clínicas específicas tal como edema, eczema, Hiperpigmentación, hinchazón del tobillo, venas varicosas, lipodermatoesclerosis, dolor.

El diagnóstico clínico tiene la facilidad por medio de la comparación de las diferencias entre las úlceras venosas y arteriales: las venosas tienden a localizarse en el tercio medio inferior de la pierna y las úlceras arteriales tienden a localizarse en los ortijos de la piel, en el talón, el proceso del desarrollo en la úlcera venosa es lento mientras que en la arterial suele ser rápido.

La úlcera venosa presenta contornos superficiales e irregulares y el tejido profundo no está afectado en cambio la úlcera arterial es generalmente profunda afectando tendones, musculo y el contorno está bien definido; la úlcera venosa presenta manchas varicosas de color castaño, eczema y presenta calor al tacto, mientras que la arterial presenta piel brillante cianosis, es fría al tacto, el edema esa presente en la úlcera venosa mientras que en la arterial está prácticamente ausente, el pulso se encuentra presente en la úlcera venosa mientras que en la arterial se encuentra disminuida o ausente.

El diagnóstico diferencial entre úlceras venosas y arteriales se puede evaluar el suministro del flujo sanguíneo a los miembros pélvicos por medio de una ultrasonografía Doppler por cual se compara la presión sanguínea en la parte inferior de la pierna con la presión braquial. La presión se presenta bajo la forma de

un índice: la índice presión tobillo/brazo calculando por medio de la división entre la presión sistólica en el tobillo y la presión sistólica braquial.

Ecografía Doppler a color: permiten perfilar la anatomía vascular, ver trombos y ateromas, valorar el grado de estenosis de un vaso. La imagen en color y la cantidad del mismo refleja el volumen de sangre en movimiento en las estructuras examinadas. Mide los cambios de velocidad. Debe pedirse en posición decúbito y de pie. La onda trifásica evidencia circulación normal. Si la onda es bifásica la isquemia es moderada. Ante una onda monofásica hay sospecha de oclusión severa y es indicación de revascularización.

El examen de los pulsos periféricos se puede clasificar entre 0 y 6 siendo 0 ausencia y 6 normal, los pulsos que se deben valorar son femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio. La presencia de pulsos distales (pedio y tibial posterior) normales o con una ligera disminución son compatibles con la perfusión suficiente para cicatrizar una lesión, la ausencia de pulsos no necesariamente se debe a una hipoperfusión, también se puede deber a una calcificación vascular en los cuales la onda del pulso no se transmite por rigidez en la pared arterial .la medición del llenado capilar puede ser:

- ❖ Normal: hasta 2 segundos
- ❖ Dudoso: entre 2 y 4 segundos
- ❖ Patológico: Mayor de 4 segundos.

Medición de los índices tobillo/brazo (T/B): Es el cociente entre el valor de la presión sistólica máxima de la extremidad inferior (arteria pedia o tibial posterior) y el valor máximo determinado en 20 extremidades superiores. Su utilidad reside en la indicación de revascularización y de elastocompresión que está contraindicada cuando el valor es menor de 0,5.

- ❖ Índice normal = 1
- ❖ Sin isquemia clínica = 0.9
- ❖ Con isquemia clínica = 0.9 a 0.5
- ❖ Isquemia grave = < 0.5

De acuerdo a referencias bibliográficas un ITB DE 0.9 o más indica una presión arterial normal para la pierna, y cuando se encuentra por debajo de 0.9 indica la presencia de algún proceso isquémico, la terapia de compresión no debe usar si estuviera por debajo de la 0.

Estudio histopatológico: solamente en aquellas úlceras que no responden a tratamientos habituales, ante la sospecha de fenómeno de vasculitis o proceso

neoplásico. Se realizan 2-3 tomas por lesión: zona más friable, más reciente y más vegetante.

Estudio bacteriológico: la toma de la muestra debe ser por punch, quirúrgica o por punción aspiración por piel sana. Solicitar el cultivo por gramo de tejido que debe ser mayor de 10 x 6 colonias para ser considerado infección. (Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. 2016.)

TRATAMIENTO

La preparación del lecho consiste en una serie de procedimientos destinados a reparar el microambiente alterado de la ulcera venosa optimizando la formación de tejido de granulación sano. Tiene como objetivo remover los factores y barreras que retardan e impiden la normal cicatrización. Estos procedimientos son:

- ❖ Limpieza de la herida
- ❖ Desbridamiento del tejido necrótico
- ❖ Reducción de la carga bacteriana
- ❖ Control del exudado
- ❖ Cicatrización húmeda
- ❖ Granulación
- ❖ Reepitelización

Limpieza de la herida

La limpieza apropiada de la herida puede remover bacterias, detritos celulares, restos de otras curaciones y reducir el exceso de exudado. Utilizar solución fisiológica con una presión de lavado efectivo que facilite el arrastre de dichos elementos cuidando de no dañar el tejido sano. El uso de antisépticos en heridas crónicas es controvertido. Está bien establecido que las infecciones provocan el deterioro de la herida alterando la cicatrización. La principal razón para la utilización de antisépticos en heridas abiertas es la prevención y el tratamiento de la infección acortando el tiempo de cicatrización.

Desbridamiento del tejido necrótico

La presencia en la herida de tejido necrótico, seco o húmedo, impide el proceso de cicatrización. El desbridamiento es la remoción del tejido muerto, desvitalizado, contaminado o cualquier material extraño de la herida, ayudando de ese modo a reducir el número de microbios, toxinas y otras sustancias que inhiban la reparación. Las heridas crónicas acumulan continuamente carga necrótica, es por ello que deben realizarse desbridamientos en forma regular. Existen varios métodos de desbridamiento (quirúrgico, autolítico, enzimático, mecánico y bioquirúrgico) y la elección del mismo dependerá de diversos factores como el tamaño, localización,

tipo de herida, dolor, nivel de exudado, riesgo de infección, estado general del paciente y costo del procedimiento. En algunos casos resulta apropiado combinar los diferentes

❖ **Desbridamiento quirúrgico:**

Es el método más rápido para remover el tejido muerto. Es doloroso, aunque puede hacerse más tolerable utilizando anestésicos tópicos antes del procedimiento. A pesar de ser selectivo, puede dañar el tejido viable y provocar sangrado. Esto último puede ser útil al colaborar revitalizando la herida, inundando el lecho con factores de crecimiento y citoquinas. El sangrado puede ser controlado con apósitos de alginato de calcio y compresión directa.

❖ **Desbridamiento autolítico:**

Consiste en favorecer la eliminación fisiológica del material necrótico del lecho. Se basa en el principio de cura húmeda (cuidado avanzado de heridas). Es el método más recomendable porque no daña el tejido viable subyacente. Todas las heridas experimentan algún nivel de desbridamiento autolítico, que es un proceso natural y altamente selectivo a través del cual las enzimas proteolíticas endógenas degradan el tejido necrótico. Es lento pero el uso de apósitos oclusivos puede optimizarlo manteniendo el lecho húmedo y manejando el exceso de exudado. Es indoloro, selectivo y promueve la formación de tejido de granulación. En general se utiliza un hidrogel para ablandar el tejido necrótico, cubierto con un apósito oclusivo.

❖ **Desbridamiento enzimático:**

Es altamente selectivo y consiste en la aplicación de enzimas proteolíticas en la herida. Incluyen: colagenasa, papaína/urea, hialuronidasa y fibrinolisisina.

❖ **Desbridamiento mecánico:**

Es un método no selectivo que utiliza la fuerza mecánica a través de diferentes técnicas. Es más rápido que el autolítico y el enzimático; además puede dañar el tejido de granulación del lecho y causar discomfort. Hay diferentes formas de efectuar un desbridamiento mecánico

Reducción de la carga bacteriana

Todas las heridas crónicas contienen bacterias, pero no es dicha presencia el único factor que interfiere en la cicatrización, sino la interacción que tengan con el huésped. Existe un delicado equilibrio entre la resistencia del huésped y las distintas bacterias que determina la posibilidad de cicatrización de una herida.

La presencia de bacterias en el lecho de una herida puede manifestarse en cuatro categorías basándose en la respuesta que inducen en el huésped. Ellas son:

- ❖ **Contaminación:** presencia en la herida de microorganismos incapaces de replicarse, por lo tanto, las defensas del huésped rápidamente los eliminan. La mayoría de los microorganismos del lecho están en este estado.

- ❖ **Colonización:** los microorganismos adheridos a la superficie de la herida se replican, aunque no causan daño celular en el huésped, sino que funcionan como comensales sin alterar el proceso de cicatrización.
- ❖ **Infección local o colonización crítica (Bioburden):** categoría intermedia entre colonización e infección. Durante esta fase solamente tenues síntomas de infección local pueden aparecer. Los signos y síntomas de esta etapa son: retardo en la cicatrización, dolor, incremento del exudado seroso, cambios en el color del lecho y tejido de granulación friable.
- ❖ **Infección:** Tiene lugar cuando se rompe el equilibrio entre la resistencia del huésped y las bacterias presentes en la herida. No solamente es necesaria la existencia de microorganismos, sino que resulta crucial la virulencia de los mismos y la inmunocompetencia del huésped.

Control del exudado

Las heridas crónicas suelen producir cantidades importantes de exudado que se incrementa en las altamente colonizadas o infectadas. La cantidad de fluido de una herida crónica puede representar una barrera en la cicatrización.

Controlar el nivel de exudado es un aspecto importante en el manejo de las heridas crónicas. Hay apósitos con diferentes capacidades de absorción para reducir el volumen del mismo. Se debe adecuar el tipo de apósito al exudado que produzca la herida. En general la capacidad de absorción de los hidrocoloides es suficiente para la mayoría de las heridas. Sin embargo, en caso de úlceras muy exudativas son preferibles los alginatos. La cantidad de exudado determina la frecuencia del recambio de los apósitos. No debe retrasarse el recambio ya que provoca irritación en la piel sana circundante pudiendo favorecer el sobrecrecimiento bacteriano. El cambio de vendaje debe ser atraumático y sin dolor para el paciente.

Cura húmeda

Cuando la herida se encuentra en un medio húmedo mejora la síntesis de colágeno y la formación de tejido de granulación. Además, disminuye la formación de detritos en el lecho, acelerándose la migración celular y la reepitelización. Las curaciones se deben realizar cada 1-3 o 7 días de acuerdo a la cantidad de secreción presente en la herida. Los agentes antisépticos ejercen un efecto nocivo al agredir y dañar las nuevas células enlenteciendo el proceso de reparación tisular.

Films

- ❖ Presentación: lámina.
- ❖ Composición: poliuretano.
- ❖ Indicaciones: heridas superficiales agudas y crónicas, heridas quirúrgicas, quemaduras de 1er y 2do grado, úlceras por decúbito estadio 1, fijación de vías intravenosas y drenajes, zonas dadoras de injertos.

- ❖ Ventajas: transparentes, estériles, flexibles, impermeables al agua, permiten el baño
- ❖ diario, permeables al O₂ y CO₂, microambiente húmedo, adherentes, barrera contra contaminantes externos, reducen el dolor.
- ❖ Desventajas: no son absorbentes, no usar durante infección, existen alergias al adhesivo.
- ❖ Sugerencias: secar bien la piel circundante para evitar su despegamiento. En heridas con secreción leve, usar variantes que incluyen gasa absorbente no adherente

Hidrocoloides

- ❖ Presentación: plancha, pasta, polvo o gel.
- ❖ Composición: carboximetilcelulosa sódica, pectina y gelatina. Indicaciones: heridas hasta dermis profunda, úlceras venosas y arteriales, úlceras por decúbito estadio II y III, heridas crónicas.
- ❖ Ventajas: microclima húmedo, reduce el dolor, barrera mecánica, capacidad de absorción, adhesividad, desbridamiento autolítico, estimula granulación.
- ❖ Desventajas: impermeable al O₂, favorece el crecimiento de flora anaeróbica, produce olor característico desagradable, no usar otra medicación tópica, contraindicado en infección.
- ❖ 11 Sugerencias: Es normal la formación de secreción amarillo-amarronada maloliente. Puede aumentar el dolor, en estos casos reemplazar por esponja de poliuretano. La fuga de exudado es un indicador de recambio en la forma de plancha.

Hidrogel

- ❖ Presentación: membrana y gel amorfo en pomo.
- ❖ Composición: polímeros hidrofílicos con elevado porcentaje de agua.
- ❖ Indicaciones: quemaduras, peelings, dermoabrasión, úlceras venosas y arteriales, heridas necróticas, zonas dadoras de injertos, úlceras por presión II y III, radiodermatitis. Ventajas: son fríos, disminuyen la temperatura local hasta 5 ° C, absorbentes, potentes desbridantes, permiten el paso de O₂ y alivian el dolor.
- ❖ Desventajas: necesita vendaje secundario para fijarlo, porque no es adherente. Sugerencias: Estimulan el desbridamiento autolítico. Es normal la coloración amarillo verdosa de la membrana al degradarse

Esponjas hidrofílicas

- ❖ Presentación: membrana de espuma.
- ❖ Composición: poliuretano o hidropolímero.
- ❖ Indicaciones: heridas profundas, úlceras por decúbito estadio III, úlceras venosas y arteriales que no toleran la oclusión húmeda, heridas hipergranuladas, alrededor de ostomías.

- ❖ Ventajas: moderadamente absorbentes, reducen dolor, estimulan la reepitelización, permeables al O₂.
- ❖ Desventajas: no desbridan, necesitan secreción para crear microclima, contraindicadas en infección. Sugerencias: usar en lesiones que presenten lecho granulante y limpio. La aparición de secreción amarillo-verdosa es normal.

Alginato de Calcio

- ❖ Presentación: plancha o mecha.
- ❖ Composición: fibras de alginato de calcio extraído de algas marinas.
- ❖ Indicaciones: heridas profundas hasta hueso, úlceras por presión IV, fístulas, relleno de cavidades, heridas infectadas, heridas exudativas, heridas quirúrgicas dehiscentes.
- ❖ Ventajas: altamente absorbentes, permeables al O₂, bacteriostáticas, hemostáticas, estimulan regeneración tisular.
- ❖ Desventajas: no en heridas sin exudado, no en pacientes con hipercalcemia.
- ❖ Sugerencias: rellenar solo el 50% de la cavidad. Aplicar vendaje secundario para favorecer la acción de las fibras. En heridas extensas y/o profundas realizar curaciones cada 48 horas o según la saturación

Apósitos bactericidas

Esta familia reúne los distintos apósitos oclusivos o no que tienen por efecto controlar o tratar las heridas infectadas. Si bien su acción final no es la de generar la cicatrización, se utilizan como primer paso para desbridar (limpiar) el lecho de la herida y disminuir la colonización o infección bacteriana de la misma. El apósito se compone de una malla central de carbón activado y óxido de plata al 25% cubierta de una tela sintética a ambos lados. El carbón activado actuaría absorbiendo los malos olores y el ion plata como bactericida. El apósito se coloca en contacto con la herida (apósito primario) y se cubre con apósito absorbente (apósito secundario) el cual se recambia 1 o 2 veces al día según saturación sin retirar el apósito primario, el cual debe removerse antes de los 7 días

Matrices

Son membranas que poseen una combinación de celulosa oxidada (ORC) y colágeno. Esta combinación inactiva las metaloproteasas (MMP's), creando un ambiente protector de los factores de crecimiento y estimulante de la granulación. Dado que el exceso de MMP's degrada las proteínas de la MEC e inactiva los factores de crecimiento, estas nuevas membranas acortan la fase inflamatoria protegiendo así a los factores de crecimiento facilitando la granulación.

Gasas no adherentes

Las gasas no adherentes pueden ser secas y húmedas.

Las secas son apósitos pasivos no adherentes que evitan el traumatismo del lecho en cada curación. En heridas con exudado leve, absorben el exceso de exudado sin alterar el proceso de cicatrización. Se componen de un suave material no tejido; algunas pueden presentar una almohadilla central con mayor capacidad de absorción (para heridas quirúrgicas) y también pueden contener un antimicrobiano del grupo de las clorhexidinas que evitaría la contaminación. Las húmedas se presentan impregnadas en vaselina o en solución salina al 20%. Las primeras se usan en heridas con el lecho seco o con mínima cantidad de exudado, y las salinadas son potentes como desbridantes.

Granulación

Existen varios compuestos que aplicados sobre el lecho de la herida pueden estimular la síntesis de colágeno y neovascularización. Las membranas hidrocoloides son consideradas las más específicas para esta etapa luego le siguen los alginatos y los hidrogeles. Sin embargo, hay situaciones donde no es conveniente su uso y debemos recurrir a tratamientos alternativos. Se pueden utilizar ciertas cremas o ungüentos, debemos recordar que según su componente activo acelerarán, retrasarán o serán indiferentes al proceso de cicatrización.

Reepitelización

Esta etapa se lleva a cabo en forma lenta, muchas veces es la más prolongada y dificultosa. Se utilizan distintas modalidades terapéuticas como las membranas (films, hidrocoloides, esponjas hidrofílicas), el autoinjerto, el heteroinjerto con piel porcina, cadavérica, sustitutos de piel o plasma rico en plaquetas (PRP), ingeniería de tejidos (cultivo de fibroblastos y queratinocitos autólogos). L.Villalba E. Ilevich. (2008)

COMPLICACIONES

- ❖ Varicorragia: espontánea o por traumatismos.

- ❖ Infección: puede ser superficial o profunda. Lo más frecuente es la erisipela simple o recidivante, celulitis de partes blandas, sobreinfección de la herida. Menos frecuentes son miasis y tétanos (indicar vacuna antitetánica a todos los pacientes).

- ❖ Lipodermatoesclerosis: después del síndrome post-trombótico puede aparecer una progresiva infiltración de la hipodermis para dar lugar a una verdadera vaina esclerosa. La piel se torna dura a la palpación y difícil de plegar, toma aspecto y consistencia de piel de cera. Tiende a evolucionar con brotes inflamatorios y dolorosos que muchas veces se confunde con erisipela.

- ❖ Calcificaciones subcutáneas: pueden asentar en el lecho de una úlcera o en la piel circundante, lo que impide su cierre, no existe ningún trastorno fosfocálcico asociado.
- ❖ Atrofia blanca de Milian: no está asociada obligatoriamente a la IVC. Se ve frecuentemente en las colagenopatías, y se pueden identificar 3 formas:
 - ✓ idiopática relacionada con la hipertensión venosa.
 - ✓ relacionada a un livedo inflamatorio.
 - ✓ dependiente de un proceso sistémico (colagenosis).
- ❖ Hiperplasia pseudoepiteliomatosa: manifestación histológica de lesión benigna que presenta bordes elevados que semejan cambios neoplásicos.
- ❖ Degeneración neoplásica: hacia carcinoma epidermoide, en las úlceras de larga evolución. Es aconsejable realizar estudio histopatológico en todas las úlceras que no responden al tratamiento
- ❖ Celulitis: Extensión de la infección a la piel y tejido celular subcutáneo circundante que cursa con eritema, edema y dolor. Puede acompañarse de fiebre y en ocasiones de linfangitis; de forma excepcional puede afectar a tejidos más profundos, dando lugar a fascitis o miositis necrotizante, cuadro de suma gravedad.
- ❖ Osteítis/Osteomielitis: Infección del periostio y/o del hueso que deberá descartarse mediante pruebas diagnósticas cuando exista exposición del hueso o retraso manifiesto de la cicatrización. Cursa con signos inflamatorios, pero a veces es asintomática, siendo a menudo difícil de establecer su diagnóstico, ya que es necesario que el hueso pierda entre un 40- 50% del contenido mineral para hacer un diagnóstico radiológico.
- ❖ Bacteriemia y sepsis: Infección sistémica que precisará de un tratamiento antibiótico sistémico de amplio espectro de forma empírica e inmediata para posteriormente adecuarlo al germen causante. Una sepsis necesita atención médica urgente, especialmente en ancianos en los que puede que no se presenten todos signos y síntomas. L.Villalba E. Ilevich. (2008)

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
<p>Enfermedad: insuficiencia venosa crónica</p> <p>Agente: no biológico-físico- posición de bipedestación durante tiempo prolongado</p> <p>Huésped: primordialmente mujeres</p> <p>Medio ambiente: cualquier nivel socioeconómico</p>		<p style="text-align: right;">Muerte</p> <p>Estado crónico</p> <p>Complicación obstrucción de las paredes venosas</p> <p>Enfermedad: insuficiencia venosa crónica/ ulcera venosa</p> <p>Signos y síntomas: sensación de pesadez y dolor en miembros pélvicos, calambres musculares, edema, hiperpigmentación cutánea, eccema varicoso y prurito</p> <p>Cambios Anatómicos y funcionales. - pérdida de la continuidad tisular, dificultad para la movilidad</p>		
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA	
Promoción a la salud	Protección Específica	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Control de tensión arteria ❖ Fomentar el dejar las toxicomanías ❖ Promover el ejercicio diario ❖ Procurar mantener una higiene adecuada de los pies ❖ Mantener lubricación de la piel ❖ Fomentar el uso de calzado bajo 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No usar prendas ajustadas de la cintura hacia abajo. ❖ acudir al médico en caso de dolor al caminar o aparición de lesiones. ❖ uso de medias de compresión según prescripción 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valoración medica ❖ Historia clínica ❖ Exploración física ❖ Ecografía Doppler ❖ Medición de Índice tobillo/Brazo ❖ Examen de pulsos periféricos ❖ Educación para la salud ❖ Proporcionar dieta balanceada ❖ Mejoramiento de vida familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educación de la salud ❖ Curación de la herida ❖ Control por medio del médico especialista 	<p>Regresarla a la comunidad con limitaciones y adecuado proceso de cicatrización previniendo aparición de nuevas lesiones tisulares</p>