

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados ala UNAM**

**CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON
DISFUNCION MOTORA SUPERIOR**

NOMBRE: ERIKA DIAZ CRUZ

NOMBRE DEL DIRECTOR: LIC. JOSE MANUEL MAYA MORALES

**COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL: MARIA GUADALUPE ESCOBEDO
ACOSTA**

ENERO – JULIO 2010/NSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

Hoy en día es fundamental la importancia que tiene el trabajo de Lic. De Enfermería dentro del campo de hospitalización. La atención que se le proporciona al paciente durante su estancia, es tomar en cuenta las necesidades Físicas, emocionales, sociales, culturales y religiosas del paciente, así como restablecer en condiciones normales la salud y evitar complicaciones. Por lo cual se realiza el siguiente documento que establece con precisión las habilidades a desarrollar y los conocimientos que hay que aplicar en el proceso asistencial al paciente durante su estancia en el hospital. Con este propósito se realiza un proceso Atención de Enfermería que se habrá de considerar como guía para el desarrollo formativo y acciones que indudablemente permitirán integrar un criterio clínico en la medida que ejerza con argumentos teóricos, dominando las funciones que son competencia en el marco de las instituciones de salud.

En este Proceso de Enfermería, el único medio para restablecer la Patología de la paciente que presenta Mielitis Transversa debido a esta durante su avance se genero Ulceras por Presión, ambas son de suma importancia por que puede llevar a un riesgo de vida de la paciente.

Debido a esto se lleva a cabo un Plan de Cuidados correcto a una exploración de la paciente, lo cual lleva un método perfecto, podremos encontrar los antecedentes, clasificación, complicaciones, tratamientos y acciones de enfermería, con las que pretendo brindar un mejor cuidado y tomando en cuenta las necesidades del ser humano. Por lo tanto, este documento podrá ser utilizado el Lic. Enfermería como un referente de consulta cotidiana que dirija las acciones que se realizan con el paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

- Realizar un proceso de Atención de Enfermería con base a Virginia Henderson, para poder proporcionar cuidados de las diferentes necesidades que se encuentren alteradas en el paciente con Mielitis transversa y Ulcera Sacra y cubrirlos al 100%.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

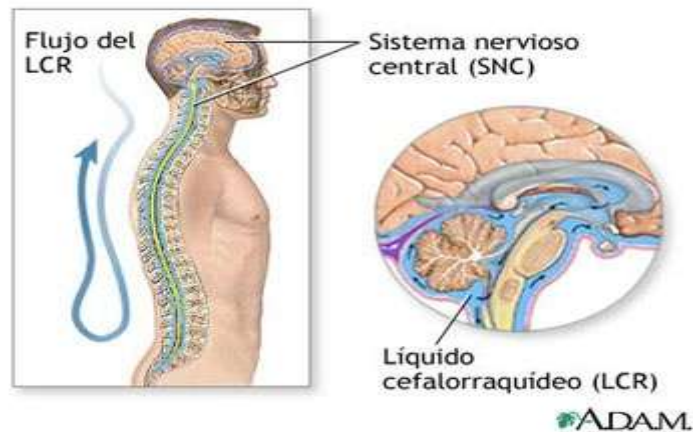
- Conocer a una paciente con patologías graves, cubrirle todas sus necesidades y ayudarlo a satisfacerlas con su recuperación al 100%.
- Informar a la familia sobre la patología que tiene la paciente y darle orientación en caso de dudas que esta pueda tener.
- Reafirmar los conocimientos otorgados durante la teoría

MARCO TEORICO

La paciente es diagnosticada con la patología mielitis transversa la cual ha ciencia cierta desconocen las causa que desencadeno dicha enfermedad. Los síntomas mencionados son los que presenta la paciente.

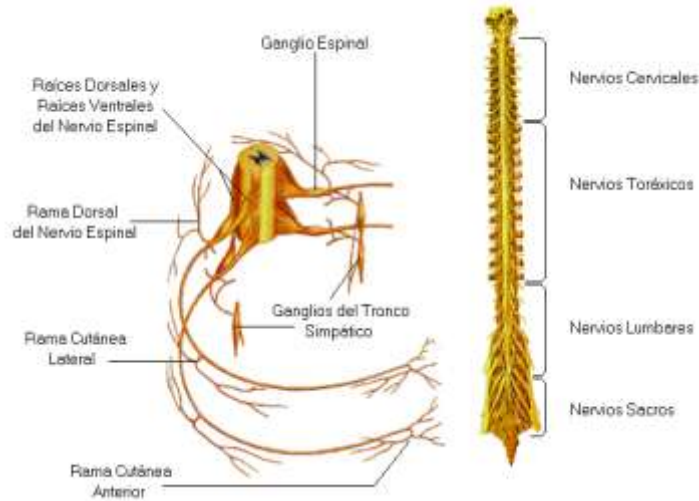
MIELITS TRANSVERSA

La mielitis transversa (TM por sus siglas en inglés) es un síndrome neurológico causado por inflamación de la médula espinal.). El término “mielitis” es un término no específico que refiere a la inflamación de la médula espinal; “transversa” describe simplemente la posición de la inflamación es decir que abarca el ancho de la medula espinal.



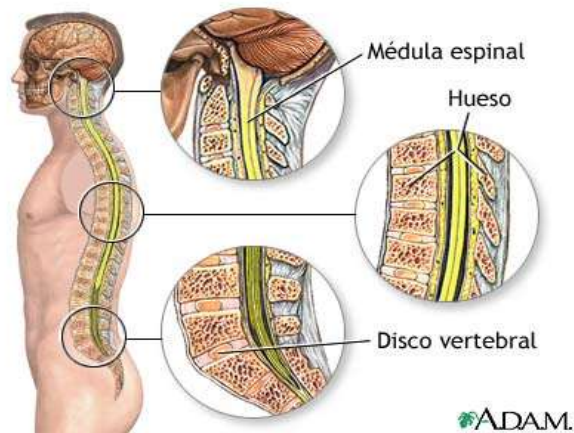
CONCEPTO DE MIELITIS TRANSVERSA AGUDA

Síndrome, no enfermedad, en el que existe una inflamación aguda que afecta a la sustancia gris y a la sustancia blanca medular en uno o más segmentos torácicos adyacentes.



QUE CAUSA LA MIELITIS TRANSVERSA

Desconocen en ciencia cierta las causas exactas de la mielitis transversa. La inflamación que causa daños graves a las fibras nerviosas de la médula espinal pueden resultar de infecciones virales, reacciones inmunes anormales, escasez de la sangre que atraviesa los vasos sanguíneos situados en la médula espinal.

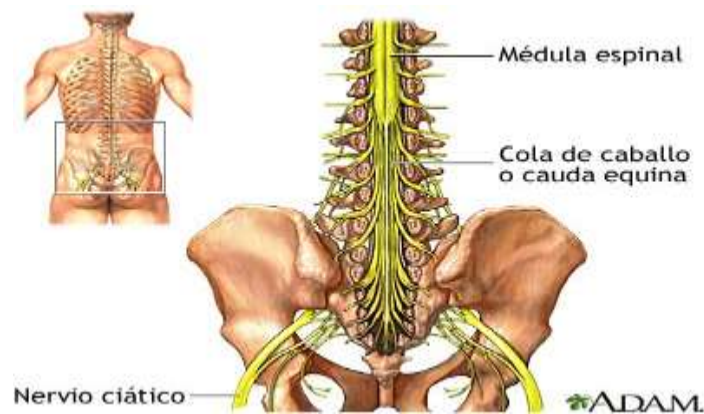


- ◇ Infecciones virales
- ◇ Sífilis
- ◇ Sarampión
- ◇ Enfermedad de Lyme
- ◇ Vacunas: varicela y la rabia.
- ◇ Varicela-zoster
- ◇ Herpes simples
- ◇ Citomegalovirus

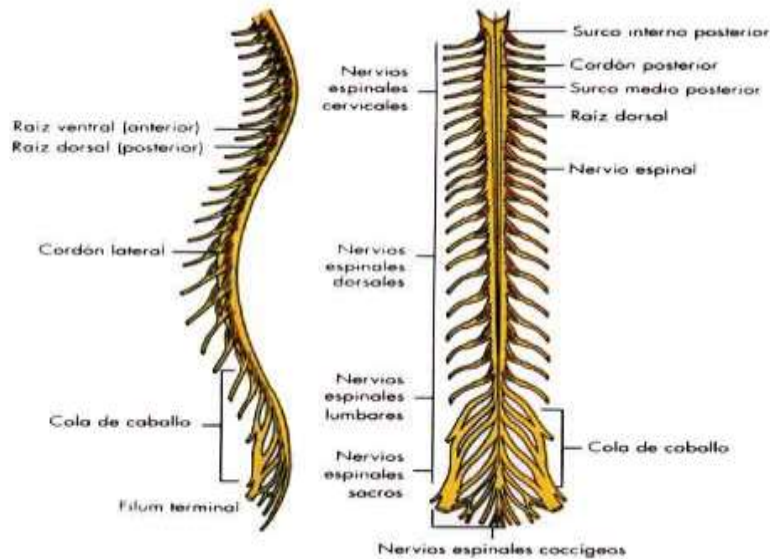
- ◇ Espstein-barr
- ◇ Vih
- ◇ Hepatitis
- ◇ Neumonías por micoplasma

MANIFESTACIONES CLINICAS

El segmento de la médula espinal en el cual ocurre el daño determina qué partes del cuerpo se ven afectadas. Los nervios de la región cervical (cuello) controlan las señales que viajan hacia el cuello, los brazos, las manos y los músculos respiratorios (el diafragma). Los nervios de la región torácica (parte superior de la espalda) envían señales al torso y a algunas partes de los brazos. Los nervios de la región lumbar (parte media de la espalda) controlan las señales a las caderas y las piernas. Finalmente, los nervios sacros, situados dentro del segmento más bajo de la médula espinal, retransmiten señales a la ingle, a los dedos de los pies y a algunas partes de las piernas. Los daños que ocurren en un segmento afectan las funciones de ese segmento y los segmentos inferiores.



En pacientes que padecen de mielitis transversa, la desmielinización ocurre generalmente a nivel torácico, causando problemas de movimiento en las piernas y el control del intestino y de la vejiga, los cuales requieren señales de los segmentos inferiores de la médula espinal.



El dolor es el síntoma principal de la mielitis transversa entre aproximadamente un tercio y la mitad de todos los pacientes. El dolor se puede localizar en la parte inferior de la espalda o puede consistir en breves sensaciones punzantes que se desplazan hacia las piernas, los brazos o alrededor del torso.

Los problemas de la vejiga y del intestino pueden involucrar un aumento en la frecuencia de las ganas de orinar o evacuar, incontinencia, evacuación dificultosa, la sensación de evacuación incompleta y estreñimiento. Durante el curso de la enfermedad, la mayoría de las personas con mielitis transversa padece uno o varios de estos síntomas:

- ◇ Pérdida de apetito
- ◇ Pérdida de la función medular
- ◇ Dolor repentino en la espalda
- ◇ Debilidad muscular
- ◇ Cefalea
- ◇ Trastornos sensoriales
- ◇ Fiebre
- ◇ Debilidad y entumecimiento ascendentes en los pies y piernas
- ◇ Parálisis parcial de las piernas

La paciente fue valorada y diagnosticada por los siguientes estudios: historial general, examen físico, LCR, RM y RX donde se arrojaron los resultados para darle un óptimo tratamiento para su mejoramiento

DIAGNOSTICO

Primero se hace la historia general y el examen físico, pero frecuentemente ellos no proveen pistas sobre la causa de daño a la médula espinal. La primera preocupación del médico que evalúa un paciente con quejas y un examen que sugieren un trastorno de la médula espinal es excluir una lesión que ocupa espacio y puede estar comprimiendo la

médula espinal. Las lesiones potenciales las cuales puede comprimir la médula espinal incluyen un tumor, un disco herniado, estenosis (un conducto estrechado para la médula) y absceso. Esto es importante porque cirugía temprana para quitar la compresión a veces puede deshacer el daño neurológico a la médula espinal. La prueba más fácil para excluir tal lesión compresiva es imágenes de resonancia magnética de los niveles apropiados de la médula. Sin embargo, si las IRM no están disponibles o si las imágenes son equívocas, la mielografía es mandataria. Un mielograma es un grupo de rayos X sacados después de una punción lumbar ha sido hecho o en el cuello o en la espalda inferior y un agente de contraste (tinte) está inyectado en la bolsa que rodea la médula espinal. Después, el paciente está inclinado y declinado para que el tinte fluya y muestre los bordes de la médula espinal durante los rayos X.



Historia:

Muchos pacientes reportan haber tenido un síndrome viral (fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, síntomas respiratorios y dolor muscular) en las semanas previas al comienzo de los síntomas de MT.

Examen físico:

La disfunción de la neurona motora superior es usualmente evidente en el examen físico. En la MT frecuentemente se observa disminución de los reflejos tendinosos profundos, clonus y Babinski positivo. Sin embargo, al igual que cualquier otra enfermedad aguda de la medula espinal, la flacidez y la ausencia de reflejos tendinosos profundos pueden notarse inicialmente. En la mayoría de los casos puede documentarse un nivel sensitivo, que es un signo fiel de patología de la medula espinal. Algunos pacientes muestran el signo de Lhermitte (descrito como una sensación eléctrica que baja por la columna vertebral hacia los miembros cuando se dobla el cuello hacia adelante), indicando la afectación de la medula cervical. La paraparesia es comúnmente observada, sin embargo, algunos pacientes se presentan con cuadriplejía completa dependiendo del tamaño y la localización de la lesión. La marcha puede verse afectada por la debilidad o la pérdida propio receptiva.

Otros signos que pueden encontrarse en el examen físico o la historia clínica son erupciones de la piel, úlceras orales o genitales, ojos secos, disminución de saliva, adenopatía, uveítis o retinitis, organomegalia y frote pleurítico o pericárdico. Estos hallazgos, pueden sugerir que la MT forma parte de una enfermedad sistémica autoinmune como el lupus sistémico eritematoso (LSE), la sarcoidosis, la enfermedad de Behçet, o el Síndrome de Sjögren (SS).

Imagen:

La rápida obtención de imágenes es crucial para el inicio temprano del tratamiento adecuado. La modalidad diagnóstica de elección para la MT, dado que no exista ninguna contraindicación, es la IRM con contraste, y tiene dos propósitos principales. El primero, es descartar una lesión medular compresiva. Los tumores, hernias de disco, estenosis espinal, hematomas y abscesos pueden causar mielopatías agudas o subagudas pero estas requieren un manejo muy diferente al de la MT. El segundo propósito de la IRM es identificar zonas de inflamación en el medula espinal. La MT aparece como áreas de señal anormal, típicamente de hiperintensidad, en la fase T2. La inflamación activa comúnmente produce refuerzo luego de la inyección con contraste de Gadolinio, y este hallazgo es un criterio diagnóstico de la MT 10. También puede identificarse tumefacción de la medula espinal que puede extenderse a lo largo de varios segmentos medulares.

Una evaluación de IRM completa debe incluir la espina cervical, torácica y el cerebro. La mielografía es otra opción diagnóstica que involucra la inyección de medio de contraste en el espacio subaracnoideo. Durante la fluoroscopia el paciente es inclinado lentamente hacia los lados, lo cual permite delinear la medula espinal y mostrar sus anormalidades. Los potenciales visuales evocados son útiles para demostrar daños previos del nervio óptico, sugestivo de EM o NMO. Una vez que las lesiones compresivas han sido descartadas, se debe realizar un análisis del LCR para identificar evidencia de inflamación.

Se esta tratando con medicamentos para disminuir la inflamación. La paciente cursa con un cuadro de dolor lo cual se esta tratando con analgésicos, problemas de incontinencia urinaria y la defecación. Se encuentra en depresión la cual se canalizo al servicio de psicología.

TRATAMIENTO

Como ocurre con muchos trastornos de la médula espinal, no existe actualmente ninguna cura eficaz para los pacientes con mielitis transversa. Los tratamientos se establecen para manejar y aliviar los síntomas y dependen en gran parte de la severidad de la situación neurológica. La terapia comienza generalmente cuando el paciente presenta los primeros síntomas. Los médicos a menudo prescriben terapia de córticoesteroides durante las primeras semanas de la enfermedad para disminuir la inflamación. Aunque ningunas pruebas clínicas han demostrado si los córticoesteroides alteran el curso de la mielitis transversa, estas drogas se prescriben a menudo para reducir la actividad del sistema inmunológico debido a que se sospecha que mecanismos autoinmunes influyen en el trastorno. Los córticoesteroides que pueden ser recetados incluyen la metilprednisona o la

dexametasona. Los analgésicos generales probablemente se prescribirán para cualquier dolor que el paciente pueda sufrir. A menudo se recomienda descanso total en los días y semanas iniciales del trastorno.

Terapia Física: Los fisiatras y los terapeutas físicos tratan las discapacidades que resultan de las deficiencias motoras y sensoriales. A través de varios tipos de ejercicios, su objetivo es ayudar a los pacientes a aumentar su fuerza y resistencia, a mejorar la coordinación, a reducir la espasticidad y el desgaste muscular en los miembros paralizados y a recuperar mayor control de la vejiga y del intestino. Los fisiatras y los terapeutas físicos enseñan a los pacientes paralizados las técnicas para usar los dispositivos de asistencia, tales como las sillas de ruedas, bastones y soportes, con la mayor eficacia posible. Los pacientes paralizados también aprenden maneras de evitar llagas por la presión en las partes inmovilizadas del cuerpo, las cuales pueden conducir a mayores dolores o infecciones sistémicas. Además, los fisiatras y los terapeutas físicos se involucran directamente en el manejo del dolor. Actualmente existe una amplia variedad de drogas que pueden aliviar el dolor ocasionado por lesiones de la médula espinal, tales como los que causa la mielitis transversa. Dichos medicamentos incluyen las drogas anti-inflamatorias no esteroides, como por ejemplo el ibuprofeno o naproxeno; drogas antidepressivas como la amitriptilina (tricíclica) y la sertralina (un inhibidor selectivo de la serotonina); y drogas anticonvulsivas tales como la fenitoina y gabapentina.

Terapia Ocupacional: Los terapeutas ocupacionales ayudan a los pacientes a aprender nuevas formas de realizar tareas rutinarias (ocupaciones) significativas, auto-dirigidas, precisas y orientadas, como por ejemplo bañarse, vestirse, preparar la comida, limpiar la casa, realizar manualidades, artes plásticas o jardinería. Les enseñan a los pacientes a desarrollar estrategias compensatorias, a realizar cambios en sus hogares para mejorar su seguridad (como por ejemplo instalar barras de apoyo en los cuartos de baño), a vencer obstáculos en su ambiente que interfieren con su actividad normal y a utilizar los dispositivos asistenciales.

Terapia Vocacional: Además de hacer conocer a los pacientes sus derechos según lo especifica la Ley para Personas con Discapacidades de 1990 y de ayudar a la gente a desarrollar y promover capacidades de trabajo, los terapeutas vocacionales identifican empleos potenciales, ayudan a los pacientes en la búsqueda de trabajo y actúan como mediadores entre los empleados y los empleadores para asegurar que existan instalaciones razonables en el ambiente de trabajo.

Manejo crónico de la MT:

Una vez que la fase aguda de la MT finaliza, la mayoría de los pacientes quedan con secuelas que afectan su calidad de vida. El curso de estas secuelas depende de la iniciación temprana de la terapia física y ocupacional. Los terapeutas pueden ayudar a que los pacientes recuperen su fuerza o pueden enseñarles a compensar las deficiencias permanentes. Luego del alta hospitalaria, muchos pacientes pasan periodos extensos en rehabilitación antes de volver a sus casas.

Dolor crónico:

La terapia externa comúnmente involucra el manejo del dolor crónico, el cual, dado su origen neurológico, tiende a responder pobremente a los narcóticos. Los siguientes medicamentos han probado ser efectivos en el tratamiento del dolor residual de la MT: antiepilépticos (gabapentina [Gabarone, Neurontin], carbamazepina), antidepresivos (amitriptilina), tramadol (Ultram, Ultram ER) y lidocaina tópica. La espasticidad es otro problema crónico. Drogas antiespasmódicas como el baclofene (Lioresal), tizanidina (Zanaflex), diazepam (Diazepam Intensol, Valium) y la inyección de toxina botulínica (Botox) deben usarse en combinación con ejercicios activos de estiramiento para mantener la flexibilidad.

Disfunción vesical e intestinal:

La mayoría de los pacientes continúan sufriendo disfunción vesical e intestinal- incluso aquellos que obtienen total o casi total recuperación de otras deficiencias neurológicas 28. Aunque el control del esfínter vesical y uretral se inicie en el mesencéfalo y la corteza cerebral, el daño de los tractos en la medula espinal interrumpe los mensajes motores descendientes y sensitivos ascendientes. A medida que la función medular se recupera, la vejiga también tiende a recuperarse. Cuando esto sucede, los pacientes pueden desarrollar urgencia urinaria e incontinencia de urgencia. También pueden sufrir incompleto vaciamiento de la vejiga. Es importante que los pacientes visiten a un Urólogo para seguimiento a largo plazo. Los estudios Urodinámicos son muy valiosos para determinar el tipo particular de disfunción vesical: disinergia del detrusor- esfínter externo, y la arreflexia, hiperreflexia e hiporeflexia del detrusor 9. Dependiendo del tipo de disfunción, el tratamiento puede incluir medicación, cateterización intermitente, estimulación eléctrica o cirugía. Los pacientes deben ser monitoreados para la detección de infecciones urinarias, aunque la presencia de bacterias sin síntomas de infección no avala el tratamiento con antibióticos. La disfunción intestinal puede mejorar con una dieta rica en fibras, el aumento de la ingestión de líquido, desimpactación manual y un buen régimen intestinal con medicación de venta libre o de prescripción.

Depresión:

Vivir con una condición como la MT es física y emocionalmente demandante. Esto se refleja en el alto número (25%) de pacientes con MT que desarrollan depresión clínica, independientemente del grado de discapacidad. Más aun, el suicidio es la causa principal de muerte en los pacientes con MT. Debido a esto, los pacientes deben ser frecuentemente monitoreados para la detección de síntomas y signos de depresión. Afortunadamente, los pacientes con MT tienden a responder favorablemente al tratamiento médico y psicológico.

ULCERAS POR PRESION

DEFINICIÓN.

· Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, tracción y fricción; siendo determinante la relación presión-tiempo.

ETIOLOGÍA.

Mecanismos que alteran la integridad de la piel:

· **PRESIÓN:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.)

La presión capilar oscila entre 6-32 mm. de Hg. Una presión superior a los 32 mm. de Hg. ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando una hipoxia y si no se alivia, una necrosis de los mismos.

· **FRICCIÓN:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastre.

· **FUERZA EXTERNA DE PINZAMIENTO VASCULAR:** Combina los efectos de la presión y fricción (posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar presión en sacro y presión sobre la misma zona).

· **MACERACIÓN:** Provocada por exceso de humedad, por causas como incontinencia fecal o urinaria, sudoración profusa o mal secado de la piel tras el lavado. Produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

4. ESTRUCTURA DE LA PIEL

Está constituida por dos capas principales que son, de fuera adentro: la epidermis, o epitelio superficial y la dermis o corion, que es la capa de tejido conjuntivo subyacente. Por debajo de la dermis hay un estrato de tejido conjuntivo, la fascia superficial o **hipodermis** que, en muchas partes, está trasformada en tejido adiposo subcutáneo.

La piel forma una cubierta celular ininterrumpida por toda la superficie externa del cuerpo y se especializa para formar ciertos **apéndices o anejos cutáneos**: pelo, uñas y glándulas.

EPIDERMIS.

Tiene un grosor entre 0,07 y 0,12 mm y puede alcanzar 1,4,5mm en las plantas de los pies y 0,8 mm en las palmas de las manos.

Está formada, de dentro afuera, por:

Estrato basal: capa de células que reposan sobre la lámina basal y la dermis subyacente y que se llaman queratinocitos. Se dividen constantemente y van ascendiendo a niveles

superiores de la piel a medida que producen queratina. Esta capa es la responsable de la renovación de la epidermis, lo que se hace aproximadamente cada 4 semanas.

Estrato espinoso: formado por las células en vías de queratinización y unidas unas a otras.

Estrato granular: células aplanadas que contienen gránulos de queratohialina.

Estrato córneo: células queratinizadas, planas, sin núcleo.

En la epidermis hay también otras células: las células de Langerhans, que se supone intervienen en las reacciones inmunitarias, melanocitos, que producen melanina y otras células implicadas en la percepción sensorial.

DERMIS.

Su grosor no puede medirse exactamente, pues se continua con la hipodermis sin que haya una frontera definida entre ambas. El promedio es 1-2 mm. Consta de dos capas o estratos :

papilar en estrecho contacto con la epidermis, que suele ser regular, con tejido conjuntivo laxo.

Reticular, en contacto con la hipodermis, formada por tejido conjuntivo denso con haces de fibras colágenas en todas direcciones, pero fundamentalmente paralelas a la superficie corporal, y con fibras elásticas situadas entre los haces colágenos y en torno a los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.

En dichas capas se extienden también la **red de vasos sanguíneos** que nutre la piel y las **terminaciones nerviosas** que permiten captar los estímulos exteriores: calor, frío, tacto y dolor.

Tiene funciones muy importantes:

- intercambio de metabolitos entre la sangre y el tejido
- protección contra la infección
- reparación de las lesiones
- inhibición de las mitosis epidérmicas, evitando los carcinomas.

HIPODERMIS.

Es la capa situada por debajo de la dermis y está formada por tejido conjuntivo laxo, con fibras colágenas y elásticas orientadas en todas direcciones, pero fundamentalmente paralelas a la superficie de la piel . Donde la piel es flexible y se mueve libremente las fibras de colágeno son pocas, pero donde está firmemente fijada a estructuras subyacentes, como en palmas y plantas, son muy gruesas y numerosas.

Esta capa tiene un número variable de células adiposas y también está recorrida por grandes vasos sanguíneos y troncos nerviosos. Contiene muchas terminaciones nerviosas. Está separada de los tejidos más profundos por fascias o aponeurosis. Debajo de éstas están los músculos y huesos.

ANEJOS CUTÁNEOS.

Constituidos fundamentalmente por los folículos pilosebáceos, uñas y glándulas sudoríparas.

Folículos pilosebáceo: Se componen básicamente de pelo, acompañado por una o más glándulas sebáceas y un músculo erector del pelo.

- Pelo: delgado filamento de queratina, que nace a partir de una invaginación tubular de la epidermis, el folículo piloso, que se extiende profundamente hasta la dermis, donde está rodeado de tejido conjuntivo.
- Glándulas sebáceas: distribuidas por toda la piel con excepción de las palmas, las plantas y los bordes de los pies y situadas en la dermis. Sus conductos excretores se abren en el cuello de los folículos pilosos, aunque en determinadas áreas de la piel pueden abrirse directamente en su superficie.
- Músculo erector del pelo: formado por células musculares lisas.

Uñas: Son placas córneas situadas en la cara dorsal de las falanges terminales de los dedos de los pies y de las manos.

Glándulas sudoríparas:

- Ecrinas. La parte secretora está en la dermis y desemboca por un conducto ascendente en la epidermis, vertiendo el sudor al exterior. Son importantes en la regulación de la temperatura corporal y equilibrio hidroelectrolítico.
- Apocrinas. Se encuentran en región pubiana, aréola de mama y área perianal. Están conectadas con folículos pilosos y funcionan a partir de la pubertad produciendo una secreción más viscosa que las glándulas ecrinas.

RED VASCULAR CUTÁNEA.

Las arterias que irrigan la piel se localizan en la capa subcutánea o hipodermis.

De una de las caras de esta red, la más profunda, parten ramas que nutren el estrato subcutáneo y sus células adiposas, las glándulas sudoríparas y las porciones más profundas de los folículos pilosos. De otro lado de esta red, la más superficial, los vasos suben y penetran en la dermis y, en el límite entre la dermis papilar y reticular, forman una red más densa llamada red subpapilar que emite finas ramas hacia las papilas. Cada papila tiene un asa única de vasos capilares con un vaso arterial ascendente y una rama venosa descendente.

Las venas que recogen la sangre de los capilares de las papilas forman una primera red de venas finas inmediatamente por debajo de las papilas. Más profundamente, están continuadas por tres redes de venas aplanadas, de tamaño cada vez mayor, que están en la frontera entre las capas papilar y reticular.

En la parte media de la dermis y en el límite entre dermis y tejido subcutáneo, la red venosa está al mismo nivel que la red arterial cutánea.

En la piel hay conexiones directas entre la circulación arterial y venosa sin interposición de redes capilares. Estas anastomosis arteriovenosas desempeñan un papel muy importante en la termorregulación del cuerpo.

TERMINACIONES NERVIOSAS.

Hay dos categorías: terminaciones nerviosas libres y corpúsculos receptores de Meissner, de Vater-Paccini, de Krause y de Rufini.

CLASIFICACIÓN.

· **GRADO I:** Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras pueden presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría).
- Consistencia del tejido (edema o induración).
- Y /o sensaciones (dolor, escozor).

· **GRADO II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

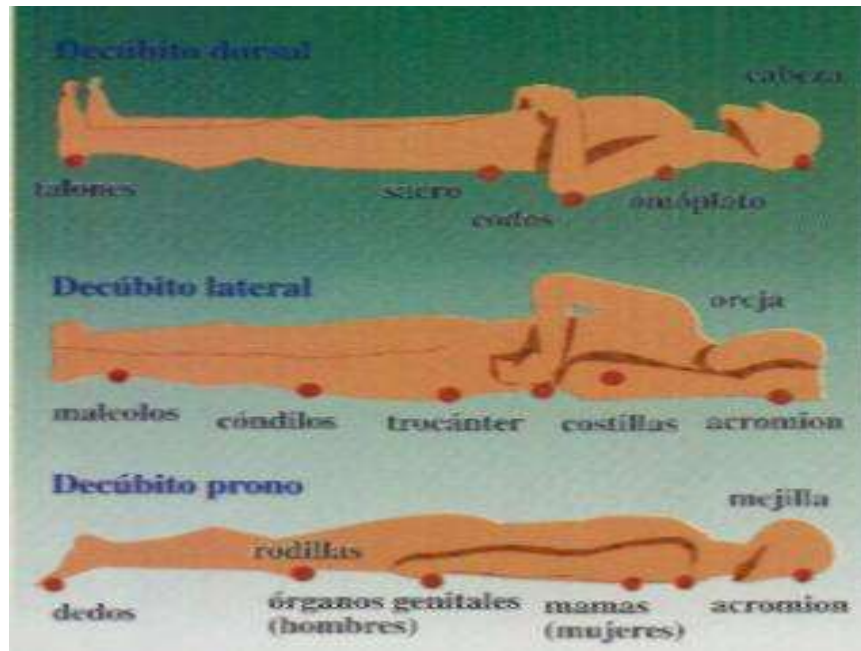
· **GRADO III:** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. Puede presentarse en forma de cráter, a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

· **GRADO IV:** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES EN ORDEN DESCENDIENTE:

- Sacro.
- Talón.
- Maléolos externos.
- Glúteos.
- Trocánteres.
- Escápulas.
- Isquion.
- Región occipital.
- Codos.
- Crestas ilíacas.



- Orejas.
- Apófisis espinosas.
- Cara interna de las rodillas.
- Cara externa de las rodillas.
- Maleolos internos.
- Bordes laterales de los pies.

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS ÚLCERAS YATROGÉNICAS:

- Nariz: Por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: Por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: Por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: Por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: Por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: Por pliegues de las sábanas.
- Muñecas y codos: En personas con sujeción mecánica.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Detección de problemas y necesidades de un paciente. Para ello tendremos en cuenta el estado físico, psíquico y social, para conseguir una visión global de la persona y sus circunstancias, con el fin de adecuar las actuaciones de enfermería a las necesidades detectadas. Una vez realizada la valoración general, las actuaciones de enfermería irán encaminadas a la prevención y cuidado de la integridad de la piel.

RIESGO DE DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

· FISIOPATOLÓGICOS.

Ocasionados por problemas de salud que repercuten en:

- Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad...
- Trastornos en el transporte de oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos, cáncer, infección.
- Alteración del estado de conciencia: Estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: Paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: Neuropatías, pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la eliminación (urinaria/fecal): Incontinencia urinario o fecal.

· **DERIVADOS DEL TRATAMIENTO.**

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores, etc.
- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora: radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéutico: sondaje vesical, nasogástrico, etc.

· **SOCIO-ECONÓMICOS.**

Resultado de modificaciones de las condiciones personales.

- Hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes.
- Desconocimiento de los factores que amenazan la integridad de los tejidos y la forma de evitarlos: movilización activa y pasiva, evitar arrugas en ropa y cama.
- Bajo nivel económico: con baja calidad alimenticia.

Se consideran de riesgo todo paciente con:

- Parálisis cerebral o lesión medular debido a su extensa pérdida de función sensorial o motora.
- Disminución del nivel de conciencia por cualquier causa, dado que las percepciones normales que estimulan los cambios de postura, están reducidas o ausentes.
- Deficiencia del estado nutricional o dieta insuficiente de aporte proteico.
- Mayores de 85 años, debido a la mayor frecuencia de problemas de movilidad, incontinencia, delgadez y disminución de la capacidad del sistema circulatorio.
- Los pacientes encamados o en silla de ruedas, especialmente si dependen de los demás para moverse.

ESCALA DE BRADEN PARA LA MEDICIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Ante todo paciente en el que confluyan varios factores de riesgo, es necesaria una valoración que determine el nivel de riesgo de presentar U.P.P. para emprender acciones encaminadas a su prevención.

Las escalas de valoración de riesgos (EVRUPP), están consideradas como herramientas de trabajo muy eficaces para identificar a un paciente de riesgo en un tiempo mínimo, con el fin de establecer un plan de cuidados preventivos.

Percepción sensorial:

Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

Completamente limitada: 1

Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: 2

Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: 3

Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

Sin limitaciones: 4

Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

Exposición a la humedad.

Nivel de la exposición de la piel a la humedad.

Constantemente húmeda: 1

La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: 2

La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: 3

La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: 4

La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina

Actividad.

Nivel de actividad física.

Encamado: 1

Paciente constantemente encamado/a.

En silla: 2

Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: 3

Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: 4

Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

Movilidad.

Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

Completamente inmóvil: 1

Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: 2

Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.

Ligeramente limitado: 3

Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.

Sin limitaciones: 4

Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Nutrición.

Patrón usual de ingesta de alimentos.

Muy pobre: 1

Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos).

Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: 2

Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día.

Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada: 3

Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: 4

Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente como entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.

Roce y peligro de lesiones.**Problema: 1**

Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario.

Problema potencial: 2

Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: 3

Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o silla.

Riesgo alto: <12

Riesgo medio: 13-15

Riesgo bajo: >16

LA ESCALA DEBE UTILIZARSE DE FORMA CONTINUADA O SEGÚN CRITERIO DE LA ENFERMERA.

<p>Percepción sensorial. Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>2. Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p>4. Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor malestar.</p>
<p>Exposición a la humedad. Nivel de la exposición de la piel a la humedad</p>	<p>1. Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al</p>	<p>2. A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama</p>	<p>4. Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina</p>

	paciente.		aproximadamente una vez al día.	
Actividad. Nivel de actividad física	1. Encamado: Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla: Paciente que no puede andar o con de ambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.	3. Ligeramente limitado: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	4. Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
Nutrición. Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas	2. Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente	3. Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por	4. Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente como entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.

	y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	
Roce y peligro de Lesiones.	<p>1. Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de elasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario.</p>	<p>2. Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>3. No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o silla.</p>	

CAMBIOS POSTURALES.

POSICIONES:

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

DECUBITO SUPINO:

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de los gemelos.
- Una manteniendo la posición de la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional).

No se debe producir presión sobre:

- Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.

PRECAUCIONES:

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada (evitando la hiperextensión), codos estirados y manos en ligera flexión.

Las piernas deben quedar ligeramente separadas.

Si la cabecera de la cama debe elevarse, procurar que no exceda de 30°.

Evitar la rotación del trocánter.

Evitar la flexión plantar del pie.

DECUBITO LATERAL:

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

No se debe producir presión sobre:

- Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias.

PRECAUCIONES:

La espalda quedará apoyada en la almohada, formando un ángulo de 45 -60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabecera de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

POSICION SENTADA:

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.

No se debe producir presión sobre:

- Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

PRECAUCIONES:

La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.

No se permitirá la situación inestable del tórax.

En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros que faciliten su movilización.

Es importante que estén sentados correctamente.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

PROTOCOLO DE PREVENCION DE LAS ULCERAS POR PRESION

OBJETIVOS.

- Identificar al paciente con riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP).
- Mantener la integridad de la piel.
- Mantener al paciente en óptimas condiciones para su posterior recuperación.
- Proporcionar educación sanitaria al paciente y/o familia.

CONSIDERACIONES PREVIAS.

A) Centradas en el paciente:

- Riesgo de desarrollo de úlceras por presión:
 - Fisiopatológicos.
 - Derivados del tratamiento.
 - Socio-económicos.
- Se considera de riesgo todo paciente con: parálisis cerebral, disminución del nivel de conciencia, deficiencias del estado nutricional, mayores de 85 años.
- Todo paciente que presente UPP, deberá ser considerado automáticamente de alto riesgo.
- Valoración del riesgo de ulceración (según escala de Braden).
 - Riesgo alto: < 12. Paciente de alto riesgo.
 - Riesgo medio: 13-15. Paciente de riesgo medio.
 - Riesgo bajo: > 16. Paciente de bajo riesgo.

B) Centradas en el personal:

- Siga las recomendaciones sobre el manejo de pesos y cargas del hospital.
- Lavado higiénico de las manos.
- Colóquese guantes para el lavado e higiene de los pacientes.
- Siga las normas universales sobre prevención de transmisión de infecciones del Hospital.

PERSONAL NECESARIO.

- Enfermera.
- Auxiliar.
- Celador (actividades de movilización)

PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

- **Medidas para su correcta preparación y manipulación.**
- Tenga todo lo necesario antes de comenzar su actividad, para evitar Incomodidades al paciente y pérdidas de tiempo.

· **Material necesario:**

- Material de higiene: jabones o sustancias limpiadoras con ph neutro, agua tibia.
- Solución hidratante.
- Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO).
- Lencería de tejidos naturales, preferentemente.
- Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): estáticas o dinámicas.
- Apósitos protectores: hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano u otros.
- Protectores cutáneos (pomadas, películas, etc.)

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe contemplar:

1º. Desbridamiento del tejido necrótico.

2º. Limpieza de la herida.

3º. Descripción del estado de las lesiones.

4º. Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

5º. Prevención y abordaje de la infección bacteriana.

DESBRIDAMIENTO

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico, bien sea como escara negra, amarilla de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

En cualquier caso, la situación global del paciente condicionará el desbridamiento (enfermos con trastornos de la coagulación, enfermos en fase terminal de su enfermedad, etc). Las características del tejido a desbridar, igualmente, orientará el tipo de desbridamiento a realizar.

De forma práctica, podremos clasificar los métodos de desbridamiento en: cortantes (quirúrgicos), químicos (enzimáticos), autolíticos y mecánicos.

Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

· **Desbridamiento cortante o quirúrgico.**

- Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.

- El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento cruento, que requiere de conocimientos, destreza y de un técnica y material estéril. **Por otro lado, la política de cada institución o nivel asistencial, determinará quién y donde realizarlo.**

- El desbridamiento cortante deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

- Ante la posibilidad de aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc.). La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cediera la situación con las medidas anteriores se recurrirá a la sutura del vaso sangrante. Una vez controlada la hemorragia sería

recomendable utilizar durante un periodo de 8 a 24 horas un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo.

· **Desbridamiento químico (enzimático)**

- El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.
- Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos..), que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos.
- La colagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias. Existen evidencias científicas que indican que ésta, favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación.

Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral mediante una pasta de zinc, silicona, etc., al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

· **Desbridamiento autolítico.**

- El desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda.
- Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados.
- Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva y atraumática. No requiere de habilidades clínicas específicas y es generalmente bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo. Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica, son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico.
- En el caso de heridas con tejidos esfacelados, los hidrogeles en estructura amorfa (geles), por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables, por lo que deben considerarse como una opción de desbridamiento.

· **Desbridamiento mecánico.**

- Se trata de una técnica no selectiva y traumática. Principalmente se realiza por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranómeros, mediante la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas 4-6 horas, se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada.
- En la actualidad son técnicas en desuso.

LIMPIEZA DE LA LESIÓN.

- Limpie las lesiones inicialmente y en cada cura. Utilice como norma suero salino fisiológico.

Use la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera, así como para su secado posterior. Use una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de los detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo, la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml. con una aguja o catéter de 0,9mm. que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 kg./cm². Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg./cm².

- No limpie la herida con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipocloritos,...) o limpiadores cutáneos. Todos los productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE LAS ÚLCERAS.

Aspectos a considerar en la descripción del estado de las lesiones:

1. Forma de la úlcera:

- a) Circular
- b) Ovalada
- c) Reniforme
- d) Herradura
- e) Serpiginosa
- f) Irregular

2. Bordes de la úlcera:

- a) Oblicuo
- b) Excavado perpendicular
- c) Mellado
- d) Evertido
- e) Socavado

3. Volumen y forma de la úlcera:

- a) Superficial
- b) Profunda
- c) Forma de copa
- d) Festoneada
- e) Crateriforme
- f) Tunelizaciones, trayectos fistulosos

4. Tipo de tejido presente en el lecho de la úlcera:

- a) Limpio
- b) Rugoso
- c) Purulento
- d) Esfacelado
- e) Necrótico
- f) Granulante

5. Estado de la piel periulceral:

- a) Íntegra
- b) Lacerada
- c) Macerada
- d) Eczema
- e) Celulitis

6. Secreción de la úlcera:

- a) Escasa
- b) Moderada
- c) Profusa
- d) Hemorrágica
- e) Purulenta
- f) Serosa

7. Signos clínicos de infección local:

- a) Exudado purulento
- b) Mal olor
- c) Bordes inflamados
- d) Fiebre sin otro foco

ELECCIÓN DEL APÓSITO.

Características de la cura en ambiente húmedo.

- La evidencia científica demuestra la efectividad clínica de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional, así como su mayor eficacia (coste / beneficio).
- Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas. Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca. Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción y dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión. Ser adaptable a localizaciones difíciles y de fácil aplicación y retirada.
- Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.
- La selección de un apósito de cura en ambiente húmedo deberá de realizarse considerando las siguientes variables:
 - Localización de la lesión.
 - Estadío.
 - Severidad de la úlcera.
 - Cantidad de exudado.
 - Presencia de tunelizaciones.
 - Estado de la piel perilesional.
 - Signos de infección.
 - Estado general del paciente.
 - Nivel asistencial y disponibilidad de recursos.
 - Coste-efectividad.
 - Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado.
- Para evitar que se formen abscesos o se “cierre en falso” la lesión será necesario rellenar parcialmente, entre la mitad y las tres cuartas partes, las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.
- La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por las características específicas del producto seleccionado.
- Será preciso elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado sin permitir que deseque el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral.

Apósitos basados en cura húmeda.

· Hidrogeles.

Composición: Son sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos. Absorben gran cantidad de agua (30-90% de su peso).

Características: Favorecen el desbridamiento mediante la hidratación de costras secas y la lisis del tejido necrótico. Son indoloros, producen sensación de frescor con efecto calmante inmediato.

No adherentes, por lo que precisan de otro apósito de sujeción.

Presentación: En placas, gránulos, estructura amorfa (geles) y geles combinados con alginatos.

Indicaciones: Úlceras en cualquier fase o estadio, especialmente como desbridante autolítico en úlceras con esfacelos o tejidos necróticos secos. Favorecen la granulación y epitelización. En geles como relleno de úlceras cavitadas con escaso exudado. Puede asociarse a otros productos como la colagenasa. Se puede usar con infección.

Contraindicaciones: No asociar con antisépticos tipo yodo, clorhexidina o hipocloritos.

· Hidrocoloides.

Composición: Carboximetil-celulosa sódica junto a otros derivados hidrocoloides (elastómeros), algunos compuestos hidroactivos que le dotan de su potencial de absorción y elementos que le proveen de su capacidad adherente. Recubiertos de una lámina de poliuretano que le confieren propiedades de oclusividad o semioclusividad.

Características: Al contactar con el lecho de la herida, absorbe el exudado y los restos de necrosis, convirtiéndose en un gel coloidal que mantiene un ambiente húmedo y cálido, que favorece la cicatrización y disminuye el dolor. Crea un medio ligeramente ácido que le da carácter bacteriostático. Son de fácil aplicación y retirada e hipoalergénicos.

Presentación: En placa, extrafinos o semitransparentes, en gránulos, polvos, gel y como fibra no adhesiva conocida como hidrofibra. Se pueden presentar asociados con alginatos (hidrorreguladores).

Indicaciones: Úlceras de grado I, II, ó III sin signos de infección. Como desbridantes autolíticos (úlceras con esfacelos o tejido necrótico) y en general, para granulación y epitelización. Úlceras con ligero o moderado exudado. Los apósitos extrafinos o transparentes como protección de zonas riesgos y en úlceras superficiales sin exudado. Las hidrofibras están indicadas en úlceras exudativas, que sangran con facilidad e infectadas.

Contraindicaciones: Evitar el uso de éter y antisépticos agresivos.

· Poliuretanos.

Composición: Lámina o película plástica de poliuretano adhesivo.

Características: Apósitos, generalmente transparentes semioclusivos (permeables a gases y vapores, impermeables a bacterias y agua). Crean un ambiente húmedo que estimula la regeneración tisular y aceleran la curación. Son flexibles y lavables. Pueden recortarse a la medida deseada sin que reduzcan su efectividad. Son de fácil aplicación y retirada e hipoalergénicos.

Presentación: Apósitos transparentes, hidrofílicos (foam), y placas finas autoadhesivas.

Indicaciones: En prevención y estadio I. Úlceras superficiales en fase de epitelización.

Espuma de poliuretano (FOAM): derivados del poliuretano con las características descritas anteriormente, a los que se ha asociado una estructura hidrofílica que amplía su uso a úlceras exudativas.

Contraindicaciones: No asociar con antisépticos tipo yodo, clorhexidina o hipocloritos

· **Hidrocelulares.**

Características: Derivados de los poliuretanos a los que se ha asociado una estructura hidrofílicas que favorece el uso en úlceras exudativas. Alta capacidad de absorción, permeable a gases e impermeable a líquidos. Se componen de tres capas.

Presentación: En placas e hidrocelulares para cavidad. Algunas presentaciones incorporan adhesivo, no precisando de apósito secundario.

Indicaciones: Úlceras de grado II,III,IV, con exudado moderado - alto.

Contraindicaciones: No deben utilizarse con agentes oxidantes que contengan hipocloritos o Nperóxido de hidrógeno.

· **Alginatos.**

Características: Polímeros de cadena larga, procedentes de algas pardas. Absorben el exudado, hidratándose y cambiando iones Ca por Na, siendo solubles en suero salino. Absorben 20 veces su peso. Crean un medio húmedo y cálido, favoreciendo la cicatrización a la vez que pueden retener gérmenes. Precisan de apósitos secundarios. Para retirar, irrigar con suero salino.

Presentación: Apósitos exclusivamente de fibra de alginato cálcico. Cinta de alginato para cavidades. Apósitos de alginato asociado a hidrocoloide en placa y en aplicadores líquidos.

Indicaciones: Úlceras con moderada – alta exudación. Algunos autores refieren su utilidad en heridas infectadas y heridas con mal olor. Capacidad desbridante y hemostático.

Contraindicaciones: Heridas no exudativas.

· **Apósitos de carbón.**

Características: Apósitos de carbón activado. Favorecen la cicatrización de la herida mediante la absorción de los mircoorganismos que la contaminan. Capacidad de eliminación del olor.

Presentación: Apósitos de carbón activado y asociados a plata.

Indicaciones: Heridas muy exudativas, infectadas (asociados a plata) y malolientes. Precisan de un segundo apósito.

LA COLONIZACIÓN Y LA INFECCIÓN BACTERIANA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas.

En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión, debe ser fundamentalmente clínico.

Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor).
- Dolor.
- Olor.
- Exudado purulento.

La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente: déficit nutricional, obesidad, fármacos (inmunopresores, citostáticos), enfermedades concomitantes (diabetes, neoplasias), edad avanzada, incontinencia, etc. y otros relacionados con la lesión (estadío, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, lesiones átonas, alteraciones circulatorias en la zona, etc.)

Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión (GNEAUPP), recomienda que, si transcurrido un plazo entre 2 y 4 semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continúan signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con un antibiótico local, con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (p.e. sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...) y durante un periodo máximo de dos semanas.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección.

Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

Control de la infección:

- Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales
- Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente. El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.
- En pacientes con varias úlceras, comience por la menos contaminada.
- Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión.
- No utilice antisépticos locales.
- Los antibióticos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis
- Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

FASES DE CURACIÓN DE UNA ÚLCERA.

FASE DE LIMPIEZA.

Se produce una reacción inflamatoria con aumento de la permeabilidad capilar y la liberación de sustancias y células sanguíneas que tienen como objetivo eliminar los restos necróticos (colágeno, fibrina, elastina) y cuerpos extraños. Es esencial para que la úlcera cicatrice, ya que la presencia de estos restos representan una obstrucción mecánica para el tejido de granulación, es una barrera para la penetración de los antibióticos así como un caldo de cultivo para la proliferación de microorganismos.

FASE DE GRANULACIÓN.

Una vez que la herida está limpia, comienzan los fenómenos mitóticos. La red de fibras que va cubriendo el lecho se va extendiendo y va uniendo los bordes de la herida. El tejido de granulación tiene un aspecto rojo brillante por el proceso de neoformación vascular.

FASE DE EPITELIZACIÓN.

Una vez que el tejido de granulación rellena la cavidad hasta el nivel de la piel circundante, desde la capa basal de los bordes de la herida, se forman y migran las células epiteliales hasta quedar recubierta la herida, restaurándose la continuidad de la epidermis.

FASE DE MADURACIÓN.

Se produce la retracción de la cicatriz, el cambio de la pigmentación y la recuperación de las funciones pasando así de una dermis provisional a la definitiva. Este proceso dura varios meses.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre: Cecilia Mendoza Gudiño
- Edad: 32 a.
- Fecha de nacimiento: 22-noviembre-19756
- Sexo: femenino 5. Peso: 64Kg 6. Talla: 1.59
- Escolaridad: primaria
- Ocupación: promotora/hogar
- Religión: católica
- Lugar de nacimiento: Distrito Federal
- Idioma: español
- Estado civil: unión libre
- Tipo de familia: disfuncional
- Domicilio: Barrio Sn. Antonio 3era. Calle de chilampa No.6
- Teléfono: -----
- Fuente de información; Directa SI (X) NO () Indirecta ()
Quién: paciente y expediente
Cual -----

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

- 1.1 ¿Refiere dificultad para respirar? SI (X) NO ()
- 1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?
SI (X) NO ()
- 1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo? SI (X) NO ()
- 1.8 ¿Tiene dolor al respirar? SI NO: X
- Inspiración () Espiración ()

1.8 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?

SI () NO (X)

Especificar: -----

1.7 ¿Actualmente presenta "Tos"?

SI () NO (X) Productora () Seca ()

18 ¿Acostumbra fumar? SI (X) NO ()

¿Cuentos cigarrillos al día? -----

¿Hace cuanto tiempo? -----

19 ¿Presencia de varices en miembros Inferiores?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

Toma de signos vitales:

T/A: 90/60 mmHg-Ig FC: 82 xmin.

T-C: 36.8 FR: 22 xmin.

Respiración espontánea SI (X) NO ()

Tipo de apoyo Ventilatorio

Estado de conciencia:

Conciente (X) Desorientado () Somnoliento ()

Estuporoso () Inconsciente ()

Coloración de la piel: Rosada () Cianótica ()

Palidez (X) Marmórea ()

Coloración de los labios: Rosada () Cianótica ()

Palidez (X)

Coloración de zona peribucal

Cianótica () Palidez (X)

Coloración de las uñas de las manos:

Rosadas () Cianótica () Palidez (X)

Morfología de las uñas de las manos: redondas

Patrón respiratorio uniforme SI (X) NO ()

Dificultad al respirar: Sin esfuerzo ()

Al esfuerzo físico () Acostado () Nocturna ()

Presenta Aleteo nasal: SI () NO (-)

Tiros intercostales SI () NO (-)

Depresión del Apéndice Xifoides SI () NO (-)

Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares

SI (X) NO ()

Sibilancias ()

Crepitaciones Durante la espiración ()

Roncus ()

Roces ()

Presencia de edema en miembros inferiores

SI () NO () Grado I (X) II ()

III ()

Palpación de pulsos

Carótida (X) Branquia () Radia () Femoral () Popliteo ()
Dorso/pie () Tíbia/Posterior ()

OBSERVACIONES. -----

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

2.1 ¿Que tipo de alimento consume usualmente en 7 días?

AUMENTO	1-3 DÍAS	3-5 DÍAS	5-7 DÍAS
CARNES		X	
LÁCTEOS			
FRUTAS	X		
VERDURAS	X		
LEGUMINOSAS	X		
CEREALES		X	
GRASAS	X		
AZÚCARES	X		

22 ¿Cuántas veces come al día?

Una () Dos () Tres (X) Mas da tres ()

23 ¿Su horario de alimentos es?

FUJO (X) IRREGULAR ()

1A ¿Come acompañado? SI (X) NO ()

2.6 ¿En un ambiente agradable? SI () NO (X)

2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente?

SI (X) NO ()

2.7 ¿A que lo atribuye?

La comida del hospital se encuentra cruda y dura

2.8 ¿Consume en su dieta diaria algún alimento Irritante?

(grasas, condimentos, café, te, picante, refresco)

SI (X) NO ()

Especifique: picante y refresco

2.9 ¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimento en especial?

SI () NO (X)

Cuál _____

2.10 ¿Cuándo se encuentra triste qué tipo de alimentos consume? El guisado del día

2.11 ¿Sigue alguna dieta especial? SI () NO (X)

TIPO DE DIETA:

2.12 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?

SI (X) NO ()

2.13 ¿Tiene periodos en los que te da mucha hambre?

SI () NO (X)

2.14 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre? _____

2.15 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

Vómito SI () NO (X) Nauseas SI () NO ()

Distensión abdominal SI () NO ()

Diarrea SI () NO () Estreñimiento SI () NO ()

Ardor SI () NO () Agruras SI () NO ()

2.16 ¿Tiene dificultad para masticar? SI () NO (X)

A que lo atribuye usted _____

2.17 ¿Tiene dificultad para deglutir? SI () NO

(X)

2.18 ¿Utiliza dentadura postiza para comer? SI () NO (X)

2.19 ¿Le lastima la dentadura al momento de consumir sus alimentos?

SI () NO ()

220 ¿Asea su dentadura? SI () NO (X)

Cuántas veces al día:

221 ¿Es alérgico a algún alimento? SI () NO (X)

Especifique _____

NO (X)

222 ¿Intolerancia alimentaria? SI ()

Especifique _____

223 ¿Come fuera de casa? SI () NO (X)

224 ¿Depende de otra personas para

consumir sus

aumentos? SI (X) NO ()

()

226 ¿Cuánta agua consume al día?

0-1 Vaso () 2-3 Vasos () 3-4 Vasos (X)

4-6 Vasos () 6-8 Vasos () + 8 vasos ()

226 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI () NO (X)

¿Con que frecuencia? _____

227 ¿Padece alguna enfermedad? SI (X) NO ()

Cuál: Mielitis transversa y Ulcera sacra

228 ¿Actualmente toma algún medicamento?

SI (X) NO ()

¿Cual?: Asa, gabapentina, omeprazol, tramadol, clonizato de Lisina, Prednisona, Impenem, Duloxetina y Trexen

Recetado (X) Automedicado ()

229 ¿Realiza algún tipo de ejercicio? SI () NO (X)

¿Especifique? _____

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0-1 vez () 2-3 veces () 3-4 veces ()
4-5 veces () 5-7 veces ()

ASPECTO

GENERAL

CABELLO

Abundante (X) Con brillo () Sedoso ()
Grueso (X) Delgado () Opaco ()
Escaso () Quebradizo () Caída de cabello ()
Signo de bandera ()

OJOS

Conjuntivas

Rosadas Hidratadas () Pálidas (X) Deshidratadas ()

PIEL

Rosada () Hidratada () Pálida (X) Seca ()

Otros: _____

MUCOSA ORAL

Coloración () Rojo Rosado () Pálida (X) Húmeda ()

Otras _____

DIENTES

Caries SI (X) NO () Cuántas piezas: 5 piezas

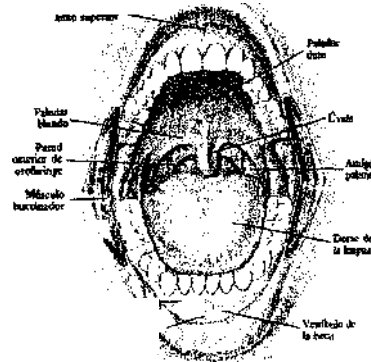
Adoncia SI (X) NO () Cuántas piezas: incisivo izquierdo

Marque con una X Caries, Adoncia o lesión en cavidad bucal

dos molares derecho un molar izquierdo abajo
un molar derecho un molar izquierdo arriba

Duras () Gruesas () Débiles () Delgadas (X)

CAVIDAD BUCAL



Quebradizas () Descamadas () Rosadas ()
Pálidas ()

INDICE DE MASA CORPORAL. (Peso kg. / (Talla m)²)

Peso Ideal: 55 Peso Real: 64kg

Talla: 1.59

<18 () 22-24\$ () 25-27 < () >30 ()

BAJO PESO () NORMAL () SOBREPESO (X)

OBESIDAD () OBESIDAD MÓRBIDA ()

3.- NECESIDAD DE

ELIMINACIÓN DATOS SUBJETIVOS

3.1 ¿Frecuencia de la evacuación?

Diario (X) 2o3 veces por semana () Otros ()

Especifique. - _____

3.2. Describa las características de sus heces

Cantidad

Escaso (X) Abundante ()

Consistencia

Blandas formadas (X) Duras () Líquidas ()

Amarillas (X) Otros ()

Especifique _____

Color

Marrón () 3.3 ¿Olor?

Acre (Varia según alimento) (X)

Desagradable ()

3.4 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

SI () NO (X)

Alimentos no digeridos () Sangre () Parásitos ()

Otras ()

3.5 ¿Requiere laxantes para evacuar?

SI () NO (X)

Natural () Medicamento ()

Especifique. _____

3.5 ¿Bajo tensión emocional hay cambio «n su defecación?

SI () NO (X)

Diarrea () Estreñimiento () Otros ()

Especifique.

3.6 ¿Consume medicamentos actualmente?

SI (X) NO ()

Cuales. Omeprazol, gabapentina, tramadol, Asa, clonixinato de lisina, duloxetine, metamizol, imipenem y texen.

3.7 ¿Con qué frecuencia orina?

2o3 Veces al día () 4 a 8 Veces al día ()

Otros ()

Especifique: sonda foley

3.8 ¿Qué color tiene su orina?

Transparente Ámbar (X) Otros ()

Especifique.- _____

3.9 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

SI () NO (X)

Aumenta el deseo de orinar () Otros ()

Especifique.- _____

3.10 ¿Presenta alguna alteración urinaria? SI (X) NO ()

Ardor () Disuria () Incontinencia (X)

Otros ()

Especifique.- _____

3.11 ¿Cuál es el ritmo de su menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días (X) Otros ()

Especifique.- _____

3.12 Describa las características de su menstruación

Cantidad

Escaso (X) Abundante ()

Duración

3 a 4 días (X) 5 a 6 días ()

Especifique: _____

Rojo brillante (X) Rojo oscuro () Otros ()

Especifique _____

3.13 ¿Presenta alguna alteración?

SI () NO (X)

Dolor () Sangrado ínter-menstrual () Otros ()

3.14 ¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

SI (X) NO ()

Como. _____

DATOS OBJETIVOS

Explore

3.15 Características de las heces

Observaciones: formadas y blandas

3.16 Elementos extraños en las heces

Observaciones: _____

3.17 Simetría del abdomen

Liso, plano () Redondeado convexo (X) Distendido ()

3.18. Presencia de ruidos intestinales

Audibles (X) hipoactivos () Hiperactivos ()

3.19. Aéreas sensibles en abdomen

Abdomen relajado (X) Dolor e hipersensibilidad ()

Localizada () Generalizada () Masas superficiales ()

3.20 Características de la orina.

Observaciones: ambar

3.21. Elementos extraños en la orina

Observaciones: _____

3.22. Presencia de globo vesical

Palpable (X) No palpable ()

3.23. Dolor en el bajo vientre:

Si () No (X)

Características del dolor: _____

3.34. Presencia de diaforesis

SI () NO (X)

Observaciones _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS SUBJETIVOS

4.1 Antecedentes de Dolor:

Cervical () Lumbar (X) Ciática ()

De articulaciones de miembros superiores (X)

De articulaciones de miembros inferiores ()

4.2 Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico (X) Sin esfuerzo físico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2-3hrs () De 4-6hrs. ()

De 7-8 h () De pie de 2-3hrs. () De 4-6hrs ()

De 7-8h () De movimiento continuo (X)

4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?

SI (X) NO ()

4.5 ¿De cuanto tiempo?

De 10min () 15min () 20min () + de 30 min. (X)

4.6 ¿En que postura? Sentado (X) Recostado ()

4.7 ¿Se considera una persona?

Activa () Sedentaria (X)

Porque?: por la enfermedad

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?

De tipo común (X) de algún arreglo ortopédico ()

Otros ()

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?

SI () NO (X)

¿Cuál? _____

4.10 ¿Practica algún deporte? SI (X) NO ()

Con que frecuencia _____

cuanto tiempo _____

DATOS OBJETIVOS

4.11 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada?

SI () NO (X)

Describe: alterada a nivel sacro

4.12 De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?

SI () NO (X)

Porque: Mielitis y Ulceras

4.13 ¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente?

SI () NO (X)

Porque? No por que no llevo una dieta adecuada

4.14 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el Estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?

SI () NO ()

4.15 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?

SI () NO ()

4.18 ¿Al levantarse el paciente lo hace?

Con impulso normal y sin ayuda ()

Utiliza los brazos como ayuda ()

Con ayuda de otra persona ()

4.17 ¿Para la de ambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?

SI () NO ()

¿Cuál?

Bastón () Andadera () Muletas ()

De otra persona ()

4.18 ¿Presenta alguna facie de dolor?

SI (X) NO ()

Describe: Lumbar superior

4.19 En cuanto a la marcha, ¿éste es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

420 La marcha, ¿la Inicia inmediatamente después de que se le pide que camine?

SI () NO ()

Porque _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultada para conciliar el sueño?

SI () NO (X)

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

Menos de 4hrs. () De 4 a 6hrs. () De 7 a 9hrs. (X)

Más de 9hrs. ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?

SI () NO (X)

¿Por qué? _____

5.4 ¿Como es su patrón de sueño?

Continuo (X) Discontinuo () Insomnio ()

¿Por qué? _____

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?

SI () NO (X)

6.6 ¿Toma algo para inducir el sueño?

SI () NO (X)

¿Cuál? _____

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.8 ¿Su estado de ánimo te impide dormir?

SI () NO ()

5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?

SI (X) NO ()

5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?

SI () NO (X)

5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?

SI () NO (X)

5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?

SI () NO (X)

5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?

SI () NO (X)

½ hora () Una hora () Más de una hora < ()

5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?

SI () NO ()

5.16 ¿Durante el día se siente cansado?

SI () NO (X)

DATOS OBJETIVOS

Inspección en el paciente

1. Presencia de ojeras. SI () NO (X)

2. Cambio de posición varias veces SI () NO (X)

3. Bostezos frecuentes SI () NO (X)

4. Visión borrosa SI (X) NO ()

5. Tipo de respuesta es lenta SI () NO (X)

6. Se observa fatigado SI () NO (X)

7. Irritabilidad SI ()

NO (X)

8. ¿Se encuentra apático? SI () NO (X)

9. ¿Presenta somnolencia excesiva? SI () NO (X)

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS SUBJETIVOS

6.1 ¿Su estado de ánimo es determinante para elegir las prendas de vestir que usará?

SI () NO (X)

Cómo _____

6.2 ¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc?

SI () NO (X)

Como: _____

6.3 ¿Puede decidir por sí solo (a) la ropa que se pone?

SI () NO (X)

6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

SI () NO (X)

6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?

SI () NO (X)

Cuales _____

6.8 ¿Su modo de vestir está relacionado con sus valores y creencias?

SI () NO (X)

8.7 ¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otra gente?

SI (X) NO ()

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?

SI () NO (X)

7.3 ¿Experimenta mucho calor?

SI () NO (X)

7.5 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?

Templado (X) Caluroso () Frío ()

DATOS OBJETIVOS

7.6 ¿Vestido adecuado a la estación?

SI () NO (X)

7.7 ¿Habitación y vivienda adecuada?

SI () NO (X)

Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis ()

Frialdad de la piel () Transpiración normal (X)

Escalofríos () Palidez (X) Pilo erección ()

Enlentecimiento del llenado capilar ()

Palidez de los lechos inguinales () Piel caliente al tacto ()

Temperatura

Hipodérmica () Febrícula ()

Hipertermia () Normotermia (X)

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LAMEL

Datos subjetivos

8.1 Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?

SI (X) NO ()

8.2 Baño

Diario (X) Cada tercer día () Una vez por semana ()

Otro: _____

8.4 Cepillado de dientes y/o prótesis

Después de cada alimento () 2 veces al día ()

1 vez al día () no lo practica ()

8.5 Necesita ayuda para practicar su higiene

SI (X) NO () Parcial () Total (X)

Datos Objetivos

8.6 Aspecto general

Correcto (X) Incorrecto ()

8.7 PIEL

() Integra/Hidratada () Heridas

Localización: _____

() Deshidratadas (X) Ulceras

Localización: nivel sacro y en miembros pélvicos

() Palidez (X) Edema

Localización: miembros pélvicos

() Ictericia () Verrugas

Localización: _____

() Cianosis (X) Lunares

Localización: cara

() Otros (X) Manchas

Localización: pómulos

Decoloración ()

Localización: _____

Exudados ()

Localización: _____

8.9 CABELLO

Fino () Grueso (X) Brillante () Seco ()

Presencia de parásitos

SI () NO (X)

Especifique: _____

Localización: _____

8.9 UÑAS

Aspecto

Cuidadas (X) Descuidadas () Mordidas () Lisas (X)

Limpias (X) Duras () Delgadas (X) Micosis ()

Color:

Rosa () Amarilla () Verdoso-negruzco ()

Otro: _____

NARIZ

Mucosa Nasal

Coloración

Rosa intenso (X) Otro:

Secreción

Transparente (X) Amarilla () Verdosa ()

Otra: _____

Presencia de:

Sangre () Costras () Perforaciones ()

Otros: _____

BOCA Y OROFARINGE

LABIOS

Aspecto:

Secos () Grietas () Edema ()

Coloración:

Rosados (X) Palidez () Cianosis ()

Mucosa Bucal

Color:

Rojo Rosado (X) Otro:

Húmeda (X) Otro:

Presencia de:

Manchas () Lesiones () Ulceras ()

Otras: _____

Dientes	8.19 OIDOS: Dolor	SI () NO (X)
Completos () Incompletos (X)	Inflamación	SI () NO (X)
Prótesis SI () NO (X)	Cerumen	SI () NO (X)
Presencia de:	Derrames	SI () NO (X)
Placa dentobacteriana () Sarro (X)	Cuerpos Extraños	SI () NO (X)
Localización: _____	Presencia de:	
8.8 CAVIDAD ORAL	() Nódulo	
() Halitosis () Lesiones	Localización: _____	
Localización: _____	() Lesiones	
() Ulceras Localización:	Localización: _____	
() Manchas Localización :	9. NECESIDAD DE EVITAR PEUGROS	
() Sangrado Localización:	DATOS SUBJETIVOS	
() Dolor Localización: _____	9.1 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?	
() Criptas Localización:	Cada año () solo cuando se enferma ()	
_____	Otro (X) continuo	
() Inflamación Localización:	9.2 Sen enferma frecuentemente?	
_____	SI () No ()	
() Induraciones Localización:	94 ¿Cuenta con cartilla de vacunación?	
_____	SJ () NO () -	
_____	9.4 ¿Se ha aplicado otras vacunas?	
_____	SI () NO ()	
_____	Cuáles: _____	

9.5 Conoce las medidas para prevenir enfermedades
SI () NO (X)
Cuales _____

9.6 Ha padecido alguna alteración
Física (X) Psicológica () Social ()
Cual: _____

Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen
SI (X) NO ()
Porque: me consideran como la mala

9.7 Actualmente requiere de algún tipo de ayuda
SI (X) NO ()
Cual: económica, social, psicológica y física

La utiliza SI () NO (X)
Porque: no la han buscado

9.8 Como reacciona ante una situación de peligro
Se estresa SI (X) NO ()
Pierde el control SI (X) NO ()
Porque: siento que esta fuera de alcance
Como lo manifiesta: agresiva

La familia le apoya SI (X) NO ()
Porque: mi pareja e hijas

9.9 Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones
SI () NO (X)
¿Quién?: _____

9.10 ¿Conócete medidas de prevención de accidentes en su casa?

SI () NO ()

¿Cuates? _____

9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

SI (X) NO ()

Cuales: un tinaco grande de agua

9.12 Conoce las medidas de prevención de su trabajo

SI (X) NO ()

Cuales: no caminar en el piso mojado y no correr en las escaleras

9.13 En su trabajo identifica areas o factores de riesgo de accidente

SI (X) NO ()

9.14 Suele consumir Alcohol () Tabaco ()

Medicamentos no prescritos o alguna droga

Especifique: _____

9.15 Conoce los efectos del consumo de estas substancias

SI (X) NO ()

Cuales: lo dejan uno mal del hígado y de los pulmones

Se fija metas para el futura SI () NO ()

En cuanto tiempo: _____

Toma previsiones económicas

SI () NO (X)

Le apoya algún familiar SI () NO (X)

Quien: _____

DATOS OBJETIVOS

9.6 Escucha bien SI (X) NO ()

Porque: _____

Tipo de apoyo que utiliza _____

9.6 Ve bien SI () NO (X)

Porque: debido a la enfermedad veo borroso

Que apoyo utiliza: ninguno

9.7 Lenguaje claro SI (X) NO ()

Porque: _____

9.8 Presenta sensibilidad en su cuerpo

SI () NO (X)

Porque: por la Mielitis en las piernas

9.9 Se le dificulta caminar SI () NO ()

Porque: _____

10 NECESIDAD DE COMUNICACION

DATOS SUBJETIVOS

10.1 Tiene relaciones armónicas con su familia

SI () NO (X)

Porque: soy muy agresiva y enojona

10.2 Pertenece o asiste a algun grupo de ayuda

SI () NO (X)

Cual _____

10.3 Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como

Sentimientos de negación () Inhibiciones ()

Agresividad (X) Hostilidad ()

Desplazamiento ()

10.4 Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse

SI (X) NO ()

Cual: el no poderme trasladarme con las demás personas

10.5 Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas

SI () NO (X)

Con quien: _____

10.6 Cuanto tiempo pasa solo: nunca me gusta estar sola

10.7 Tiene contactos sociales satisfactorios

SI (X) NO ()

Porque: tengo humildad

10.8 Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demas

SI (X) NO ()

Porque: trato de escuchar a la gente

10.9 Se considera de buen de humor

SI () NO (X)

10.10 Cuando esta estresado se le dificultad comunicarse con los demas

SI (X) NO ()

Porque: agresiva

10.11 En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?

SI () NO (X)

¿Con quien?

10.12 Cree que sus necesidades sexuales están cubiertos en forma satisfactoria?

SI (X) NO ()

¿Porqué? por que ya me siento realizada

DATOS OBJETIVOS

Estado de conciencia

Cortejante () Inconsciente () Estuporoso ()

Soporoso () Somnoliento ()

Según edad está orientado

Persona (X) espacio (X) tugar (X) tiempo (X)

¿Al hablar establece contacto visual? SI () NO ()

Especificar: _____

Se relaciona con su familia SI () NO (X)

Especificar: _____

Que persona de su familia es mas importante para usted

Mi marido

Como lo consideran a usted dentro del núcleo familiar

Como la mala

Recibe visitas de su familia SI () NO (X)

De quien: marido

Utiliza alguna prótesis para escuchar

SI () NO ()

Especificar: _____

11. PRACTICAR SU RELIGIÓN. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

11.1 ¿Religión? catolica

11.2 ¿Practica su religión?

SI () NO (X)

11.3 ¿Su religión fe prohíbe?

Aumentos () Practicas higiénicas ()

Tratamientos módico { }

¿Cuáles? _____.

11.4 ¿Necesita del algún objeto, imagen religiosa que te ayude en su tratamiento médico?

SI () NO ()

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad (X)

Depresión (X), Enojo () Culpa (X)

Vergüenza () Desesperanza (X) Resignación ()

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?

SI () NO (X)

Observaciones: Indiferencia

¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

SI () NO (X)

12 NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN DATOS OBJETIVOS

12.1 ¿Tiene actividad remunerada?

SI () NO (X)

12.2 ¿Tipo de trabajo?

Eventual () Permanente ()

12.3 ¿Sus ingresos económicos cubran sus necesidades básicas personales y las de su familia?

SI { } NO { }

12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?

SI () NO ()

12.5 ¿Esta usted satisfecho con su trabajo?

SI () NO ()

12.6 ¿Esta usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

SI () NO ()

12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte de tiempo?

SI () NO ()

12.8 Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo

SI () NO ()

DATOS SUBJETIVOS

Estado Emocional () Inquieto ()
Tranquilo () Eufórico ()
Ansioso () Decepcionado de su trabajo ()
Irritable () Deprimido ()

12.9 ¿Expresiones de desesperanza

SI (X) NO ()

¿Por qué? No me siento la misma persona que era antes

13. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o ocio?

SI () NO (X)

TIPO _____

13.2 ¿Qué actividades recreativas e de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Leer () Actividades Ludicas ()
Ver tele () Actividades Culturales ()
Actividades Deportivas ())
Cine () Juegos de mesa ()

13.3 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas?

Sí (X) NO ()

De que modo: discutir

Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente a proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo

SI () NO ()

Porque: _____

13.6 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance a su comunidad? SI (X) NO ()

13* ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?

SJ { } NO (X)

DATOS OBJETIVOS

13.7 Integridad del Sistema Neuromuscular

Elasticidad ()

Flexión ()

Extensión ()

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS

14.1 ¿Sabe escribir?

SI (X) NO ()

10 ¿Sabe leer?

SI (X) NO ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

Mucho () Poco (X) Nomo cueste trabajo ()

¿Considera que su memoria es buena?

SI (X) NO ()

Porque: _____

14.6 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

SI (X) NO ()

¿Porqué: para saber como cuidarme durante mi proceso de enfermedad y no se me realizan mas ulceras o que estas se hagan mas grandes

14.6 ¿Conoce el motivo da su ingreso?

SI (X) NO ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos ~~respecto~~ a su salud?

SI (X) NO ()

14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimiento?»?

Lecturas { } De sus semejantes (X) Televisión ()

Radio () Cursos () Otros ()

¿Cuales? médicos internos y enfermeras

14.9 Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?

SI (X) NO ()

Como: ya entendí que es mejor que me cuide

DATOS OBJETIVOS

Identifica alguna alteración en vista SI (X) NO ()

¿Cual?: miopia

Oído () SI () NO (X)

¿Cual?___

Pídale al usuario que repita la siguientes series de números: 7,4,1
(Memoria inmediata)

Dificultad para repetir Si () No (X)

El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior (memoria reciente)

SI NO ()

Recuerda con facilidad números telefónicos importantes (memoria naciente)

SI (X) NO ()

Recuerda con facilidad hechos de la infancia (memoria remota)
en el nivel sacro de 3er. Grado.

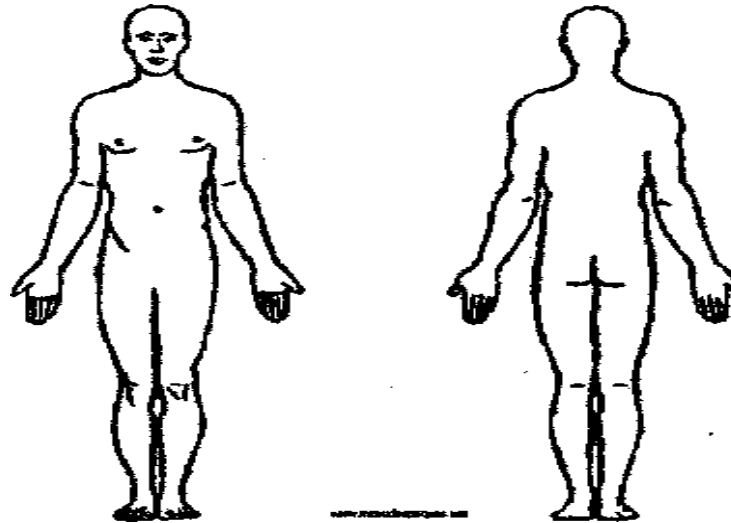
SI (X) NO ()

Manifiesta interés por aprender

SI (X) NO ()

Se muestra receptivo

SI () NO (X)



OBSERVACIONES: Ulcera en el tobillo derecho y en el talón izquierdo 2do grado Ulcera

VALORACION DE VIRGINIA HENDERSON

La paciente no refiere dificultad para respirar, patrón respiratorio espontáneo, uniforme, auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares. Signos vitales FR: 22x' FC: 82x' T/A: 90/60 TEMP: 36.8. Estado de conciencia conciente con ligera palidez de tegumentos así como también en la zona peribucal y en uñas con morfología redondas. Presencia de edema en Miembros Inferiores de I grado, palpación de pulso carótida.

Dieta blanda la paciente excluye en su alimentación los lácteos come tres veces al día pero porciones pequeñas ya que refiere que le desagrada la comida del hospital por (duras y crudas), también depende de otras personas para consumir sus alimentos debido a la Mielitis Transversa que padece toma de 3 a 4 vasos de agua y a perdido peso involuntario. Su aspecto general: cabello abundante, grueso; conjuntivas pálidas e hidratadas; mucosa oral: húmeda; piel pálida, falta de aseo bucal: presencia de caries en el 2do. Molar derecho superior, 1er Molar izquierdo inferior 1er. Molar derecho inferior 1er. Molar izquierdo superior. Adonancia ½ pza en el incisivo izquierdo.

A causa de la Mielitis Transversa la paciente requiere el uso del pañal y sonda Foley, las evacuaciones son diarias escasas blandas y formadas amarillas sin presencia de cuerpos extraños, el olor varía según el alimento, color de la orina es ámbar al igual no se observan cuerpos extraños. Abdomen redondo convexo hipoactivos ruidos intestinales, abdomen relajado y presencia del globo vesical.

Refiere dolor en vértebras dorsales, hay alteración en la alineación ósea a nivel lumbar no hay tono, resistencia y flexibilidad de acuerdo a la edad debido a la Mielitis Transversa ya que le impide moverse en miembros pélvicos el cual afecta la postura anatómica. Ciclo menstrual es de cada 30 días, la duración es de 3 a 4 días en cantidad escasa y la tensión emocional altera su ciclo menstrual manifestándole enojo.

No presenta dificultad para conciliar el sueño duerme durante 7 a 8 hrs. Con patrón de sueño continuo ronca mientras duerme.

En la vestimenta utiliza bata hospitalaria la cual requiere ayuda para vestirse y desvestirse.

Normotermia de 36.8°C transpiración normal, palidez ya que solo esta cubierta solo con una sabana.

Baño diario el cual necesita ayuda para practicar su higiene, presenta úlceras en nivel sacro de tercer grado y en miembros pélvicos de primer grado junto con edema, lunares en cara paño en pómulos. En el aspecto general: cabello grueso, uñas cuidadas, lisas, limpias, delgadas y rosadas. Nariz: mucosa nasal de secreción transparente. Labios: húmedos y rozados. Dientes incompletos y presencia de sarro, cavidad oral halitosis, no hay no hay ningún problema en los oídos

La paciente se encuentra en posición semifowler con barandales altos lo cual reconoce los riesgos y peligros de caída y no presenta sensibilidad en su cuerpo en miembros pélvicos. Tiene problemas de comunicación ya que su carácter es muy fuerte lo cual actúa agresiva y enojona solamente con su familia en cuanto a interacciones sociales no se comporta igual y solo mantiene una relación estrecha con su marido y en el núcleo familiar es considerada como la mala.

Es de religión católica de acuerdo a sus creencias la cual le causa depresión, enojo y culpa muestra indiferencia en los servicios religiosos, se considera inútil.

No tiene actividad remunerada a Causa de su padecimiento y el estrés lo cual no le permite practicar actividades de juego y recreación.

Muestra interés en saber sobre la Mielitis Transversa y los cuidados necesarios y para la cuidados y curación de las úlceras.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
NUTRICIONAL	<p>DOMINIO II Nutrición</p> <p>Clase:1 Ingestión</p> <p>Código 00002</p> <p>Desequilibrio Nutricional por defecto R/C incapacidad para ingerir los nutrientes M/P falta de apetito, debilidad.</p>	<p>DOMINIO 2: Salud Fisiológica</p> <p>Clase: K: Nutrición</p> <p><i>Estado Nutricional (1004)</i></p> <p>Indicador</p> <p>100402 Ingestión Alimentaría</p> <p>Desviación grave del rango normal 1</p> <p>Desviación sustancial del rango normal 2</p> <p>Desviación moderado del rango normal 3</p> <p>Desviación leve del rango normal 4</p> <p>Sin desviación del rango normal 5</p>	<p>CAMPO 1: Fisiológico Básico</p> <p>Clase D: Apoyo Nutricional</p> <p>1083 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACION</p> <p>* Identificar la dieta prescrita</p> <p>* Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar un huevo</p> <p>* Colocar al paciente en posición cómoda</p> <p>* Suministrar los alimentos a la temperatura mas apetitosa</p> <p>* Anotar la ingesta, si procede</p> <p>1050 ALIMENTACION</p> <p>* Disponer la bandeja de comida y la mesa atractiva</p> <p>* Facilitar la higiene bucal después de las comidas</p>	<p>La desnutrición es un factor de riesgo para la formación de UPP</p> <p>Facilitar el acoger los alimentos con mayor facilidad</p>	<p>Aumento de ingesta alimentaría.</p>

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
E L I M I N A C I O N	DOMINIO III. Eliminación e Intercambio Clase:1 Sistema Urinario Código 00018 Incontinencia urinaria funcional R/C mielitis M/P falta de la sensibilidad de miccionar, uso de sonda foley	DOMINIO 2: Salud Fisiológica. Clase F: Eliminación. <i>Continencia Urinaria (0502)</i> <u>Indicador</u> 050202 Patrón predecible del paso de la orina. Nunca manifestada 1 Raramente manifestada 2 En ocasiones manifestada 3 Con frecuencia manifestada 4 Constantemente manifestada 5	CAMPO 1 Fisiológico: básico Clase B: Control de la Eliminación. 1876 CUIDADOS DEL CATETER URINARIO * Mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario. * Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril. * limpiar la zona dermica genital a intervalos regulares. * Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares. * Anotar las características del líquido drenado. * Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario. * Limpiar el equipo del drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro. 1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO *Enseñar al paciente /o otras personas significativas la rutina de aseo. *Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal).	Evitar foco de infección. Llevar una técnica adecuada de asepsia	Se evito infección y hay un control de líquidos correcto

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
E L I M I N A C I O N	DOMINIO: III Eliminación e intercambio Clase: 2 Gastrointestinal 00014 Incontinencia fecal R/C Mielitis M/P incapacidad para notar la sensación de repleción rectal.	DOMINIO 2: Salud Fisiológica. Clase: F: Eliminación <i>Continencia Intestinal 0500</i> <u>Indicador</u> 050001 Evacuación de heces predecible Nunca manifestada 1 Raramente manifestada 2 En ocasiones manifestada 3 Con frecuencia manifestada 4 Constantemente manifestada 5	CAMPO 1: Fisiológico: Básico Clase B: Control de la eliminación. 0410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL. *Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal. *Explicar la etiología del problema y la base de las acciones. *Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición. *Mantener la cama y la ropa de cama limpias. *Vigilar por si produjera una evacuación intestinal adecuada. *Controlar la dieta y las necesidades del líquido. *Colocar pañales de incontinencia si es necesario 1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO *Ayudar al paciente en el aseo. *Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. *Enseñar al paciente /o otras personas significativas la rutina del aseo.	Evitar foco de infección Prevenir rozaduras en genitales	Se evito infección y rozaduras

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
MOVESY MANEJAN UN	<p>DOMINIO IV: Actividad/Reposo.</p> <p>Clase 2: Actividad/Ejercicio</p> <p>00085</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C Mielitis M/P la limitación de capacidad para la habilidad motora en miembros pélvicos.</p>	<p>DOMINIO 1: Salud Funcional</p> <p>Clase C: Movilidad</p> <p><i>Movilidad (0208)</i></p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>020803 Movimiento Muscular. 020804 Movimiento Articular 020802 Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>Gravemente Comprometidos 1 Sustancialmente Comprometido 2 Moderadamente Comprometido 3 Levemente comprometido 4 No Comprometido 5</p>	<p>CAMPO 1: Fisiológico: Básico.</p> <p>Clase C: Control de Inmovilidad</p> <p>0840 CAMBIO DE POSICION</p> <p>*Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede *Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida. *Eleva el miembro afectado a 20 grados o más por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso. *Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.</p> <p>0740 CUIDADOSA DEL PACIENTE ENCAMADO</p> <p>*Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado. *Evitar utilizar ropa de cama</p>	<p>Disminuir el efecto de la presión como causa UPP. Reducir los niveles de presión en las zonas de riesgo. Se desancoseja sentar a pacientes con lesión sacra. Prevenir la fricción y evitar las lesiones de espalda del personal que realiza la movilización. Incrementar el confort del paciente reducir y aliviar la presión. El tiempo de permanencia en cada posición deberá acordarse, si cualquier zona enrojecida no</p>	<p>Se incremento el confort del paciente y se previno que incrementarán las úlceras en el cuerpo del paciente.</p>

**B
U
E
N
A

P
O
S
T
U
R
A**

limpia seca y libre de arrugas.
*Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
*Subir las barandillas.
*Colocar el interruptor al alcance de la mano.
*Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
*Cambiarla de posición, según lo que indique el estado de la piel.
*Colocar la luz de llamada al alcance del paciente.
*Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas de acuerdo con un programa específico.
*Vigilar el estado de la piel.
*Realizar ejercicios de margen pasivos y/o activos
*Ayudar con las medidas de higiene.
*Observar si se producen estreñimiento.
*Controlar la función urinaria.

recupera el dolor normal una hora después del cambio postural.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
DESNORMALIZACIÓN	DOMINIO XII: Confor Clase: Confor Físico 00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos M/P malestar general.	DOMINIO 5: Salud percibida Clase V: Sintomatología <i>Nivel de Dolor (2102)</i> <u>Indicador</u> 210201 Dolor referido 210203 Frecuencia del dolor intenso Intenso 1 Sustancial 2 Moderado 3 Ligero 4 Ninguno 5	CAMPO 1: Fisiológico; básico Clase E: Fomento de la comodidad Física 1400 MANEJO DEL DOLOR *Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. *Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. *Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles. *Explorar con el paciente los factores que alivia/empeoran el dolor. *Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. *Proporcionar información acerca del dolor tal como causa del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. CAMPO 2: Fisiológico Complejo	Administración de medicamentos para disminuir o controlar el dolor al paciente	Disminuyo el dolor considerablemente

			<p>Clase H: Control de fármacos</p> <p>2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS</p> <ul style="list-style-type: none">*Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.*Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.*Comprobar el historial de alergias a medicamentos.*Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.*Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.*Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.*Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis vías de administración o cambios de intervalos con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.		
--	--	--	---	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO O NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
PRENDAS DE VESTIR	DOMINIO VI Auto percepción Clase 3: Imagen Corporal 00118 Trastorno de la imagen corporal R/C la enfermedad M/P la expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto por función	DOMINIO 3: Salud Psicosocial Clase M: Bienestar Psicosocial. IMAGEN CORPORAL <u>Indicadores</u> 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico 12008 Adaptación a cambios en la función corporal. Nunca positiva 1 Raramente positiva 2 En ocasiones positiva 3 Con frecuencia positiva 4 Constantemente positiva 5	CAMPO 3: Conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles 5270 APOYO EMOCIONAL *Comentar la experiencia emocional con el paciente. *Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones *Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. *Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza. *Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. *Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. *Favorecer la conservación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. *Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.	Mejorar su perspectiva hacia su apariencia física	Mejoro el trastornó de su apariencia física

			<p>5220 POTENCIACION DE LA IMAGEN CORPORAL</p> <ul style="list-style-type: none">*Ayudar al paciente a discutir causados por la enfermedad.*Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.*Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos enfermedad.*Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.*Determinar si un cambio de imagen corporal ha distribuido a aumentar el aislamiento social.*Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ella.*Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.		
--	--	--	--	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO O NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
T E R M O R R E G U L A C I O N	DOMINIO XI: Seguridad/Protección Clase 1: Infección Riesgo de infección R/C destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental	DOMINIO 4: Conocimiento y conducta en salud Clase T: Control del riesgo y seguridad CONTROL DEL RIESGO <u>Indicadores</u> 19201 Reconoce el riesgo 190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud Nunca demostrado 1 A veces demostrado 2 Raramente demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	CAMPO 1: Fisiológico Básico Clase F: Facilitar de los autocuidados 1610 BANO *Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable. *Ayudar con el cuidado perianal *Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante) *Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca. *Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas *Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. CAMPO 4; Seguridad Clase V: Control de infecciones	Prevenición de complicaciones en las úlceras. Evitar infecciones dentro de los usuarios	Se obtuvo el cuidado de protección para evitar la infección.

			<p>6540 CONTROL DE INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">*Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.*Aislar a la persona expuestas a enfermedades transmisibles.*Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.*Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.*Poner en práctica precauciones universales.*Garantizar unas manipulaciones asépticas de todas líneas IV.*Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.*Admón. Terapia de antibióticos si procede. <p>6550 PROTECCION CONTRA LAS INECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none">*Observar los signos y síntomas de infección sistémica localizada.*Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.*Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo*Proporcionar a los cuidados	
--	--	--	--	--

			<p>adecuados a la piel en las zonas edematosas.</p> <ul style="list-style-type: none">*Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.*Obtener muestra para realizar un cultivo si es necesario.*Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios.*Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador.*Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones*Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.		
--	--	--	---	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO O NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
H I G I E N E Y P R T E C C I O N D E	DOMINIO XI: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión Física 00044 Deterioro de la integridad tisular R/C deterioro de la movilidad física M/P ulcera sacra y en miembros pélvicos	DOMINIO 2 Salud Fisiológica Clase L: Integridad tisular <i>Curación de la herida por segunda tinción (1103)</i> <u>Indicadores:</u> 110318 resolución del tamaño de la herida Ninguna 1 Escasa 2 Moderada 3 Sustancial 4 Compleja 5	CAMPO 2: Fisiológico Complejo Clase L: Control de la Piel/Herida 3520 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESION *Describir las características de la ulcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura, y profundidad) estadio III, posición, exudación, granulación o tejido neurótico y epitelización. *Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. *Limpiar alrededor de la ulcera jabón suave y agua. *Aplicar vendajes si esta indicado *Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. *Cambiar de posición cada 1-2hrs. Para evitar la presión prolongada *Utilizar cama y colchones especiales.	Efecto de relajación y limpieza y curación. Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo. Prevención de complicaciones de las úlceras y estimulación de la curación de la misma Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	Se obtuvo el cuidado y protección de la piel se mantuvo limpia y lo mas posible integra

**P
I
E
L**

- *Enseñar a los miembros a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel.
- *En enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
- *Cambiar el aposito según la cantidad de exudado y drenaje.
- *Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- *Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- *Colocar de manera que se evite presionar la herida si procede
- *Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2hrs si procede
- *Remitir al medico de la otomía de la herida.
- *Ayudar al paciente y a la familia a obtener material.
- *Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apositos y el material de cura.
- *Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección
- *Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

			<p>3590 VIGILANCIA DE LA PIEL *Valorar el estado del sitio de incisión. *Observar si hay enrojecimiento y perdida de integridad de la piel *Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas. *Vigilar el color de la piel *Comprobar la temperatura de la piel. *Comprobar la temperatura de la piel. *Instruir al miembro de la familia, cuidador acerca de los signos de perdida de integridad de la piel, si procede.</p>		
--	--	--	---	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
E V I T A R R I E S G O S Y P E L I G R O S	DOMINIO II: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión Física 00155 Riesgo de caída R/C fisiológicas deterioro de la movilidad física	DOMINIO 4: Conocimiento y conducta en salud Clase T: Control del riesgo y seguridad <i>Conducta de Prevención de Caídas (1909)</i> <u>Indicadores</u> 190903 Colocación de barreras para prevenir caídas 190902 Provisión de ayuda personal Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4	CAMPO 4: Seguridad Clase V: Control de Riesgo 6490 PREVENCIÓN DE RIESGO *Identificar déficit cognoscitivas o físicas del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. *Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. *Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. *Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo *Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. *Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones. *Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. *Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar	La vigilancia continua: por medio de la observación para brindarle protección y cuidado a cualquier riesgo de lesión o caída	Con la vigilancia continua se evito que el paciente sufriera un accidente dentro del área hospitalaria

		Siempre demostrado 5	caídas de la cama, si es necesario. *Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) *Responder a la luz de llamada inmediatamente. *Ayudar en el aseo intervalos frecuentes y programadas.		
--	--	-------------------------	--	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
COMUNICACION	DOMINIO VII: Rol/Relaciones Clase 1: Roles del Cuidador. 00061 Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C presencia de agentes estresantes situacionales que normalmente afectan a las familias, vulnerabilidad económica	DOMINIO 6: Salud Familiar Clase W: Estado de salud del cuidador <i>Factores Estresantes del cuidador familiar (22080)</i> <u>Indicadores</u> 220801 Factores estresantes referidos por el cuidador Extenso 1 Importante 2 Moderado 3 Escaso 4	CAMPO 5: Familia Clase X: Cuidados de la vida 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL *Determinar el nivel de conocimientos del cuidador *Determinar la aceptación de cuidador de su papel *Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. *Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. *proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. *Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente *Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. *Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de	Al minimizar el cansancio del cuidador puede realizar mas actividades con un mejor rendimiento	Mejoro su estado emocional y físico durante el cuidado de su paciente

		Ninguno	5	<p>enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Observar si hay indicios de estrés *Explorar con el cuidador principal como la esta afrontando. *Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. *Educar al cuidador sobre los procesos de quejas. *Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. *Comentar con el paciente los límites del cuidador. *Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental *Información al personal centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia. *Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. <p>CAMPO 3: Conductual</p> <p>Clase R: Ayuda hacer frente a situaciones difíciles.</p>		
--	--	---------	---	--	--	--

			<p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO</p> <ul style="list-style-type: none">*Calcular la respuesta psicológica a la situación y a la disponibilidad del sistema de apoyo.*Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.*Observar la situación familiar actual*Remitir a un grupo de auto ayuda, si se considera oportuno.*Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento, rehabilitación.*Proporcionar los servicios con una actitud de apoyo.		
--	--	--	--	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO O NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
C O M U N I C A C I O N	DOMINIO I: Promoción de la salud Clase 2: Manejo de la salud 00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar R/C conflicto familiar M/P soledad, enojo, desesperanza y tristeza	DOMINIO 4: Salud de la Familia Clase X: Bienestar de la familia <i>Funcionamiento de la familia (2602)</i> <u>Indicadores</u> 26011 Crear un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos. 260216 Los miembros pasan tiempo juntos Nunca manifestado 1 Raramente manifestado 2 En ocasiones manifestado 3 Con frecuencia manifestado	CAMPO 3: Conductual Clase R: Ayuda para frente a situaciones difíciles 5330 CONTROL DEL HUMOR *Evitar el humor (signos, síntomas, historial personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular, como progreso del tratamiento. *Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de si mismo y de los demás *Poner en practica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daño físico (suicidio, autolesiones, fugas, lesiones) *Animar al paciente a que tome un papel en el activo tratamiento y rehabilitación, si procede. *Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. *Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar	Al realizar los enlaces de la comunicación entre el paciente y familiares se unen lazos diálogos para mejorar su estado emocional del paciente	Se mejoro el carácter de la paciente para acceder a comunicarse con respeto hacia sus familiares

		<p>4 Manifestado constantemente</p>	<p>5</p> <p>oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> *Ayudar al paciente a controlar concientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario) *Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional *Limitar el tiempo que se permite al paciente para expresar los sentimientos y/o asuntos negativos de errores pasados. *Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuado (golpeando una bolsa, terapia artística y actividad física vigorosa). <p>7100 ESTIMULACION DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> *Ayuda la familia en resolución de conflictos *Facilitar la armonía dentro de/entre la familia. *Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente de acuerdo con los deseos de este. *Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. *Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia *Acordar la realización de los cuidados que 		
--	--	---	---	--	--

			<p>han de presentar al paciente por parte de los miembros de la familia si resulta óptimo.</p> <ul style="list-style-type: none">*Programar visitas familiares*Remitir a terapia familiar, si es preciso. <p>7130 MANTENIMIENTO EN PROCESOS FAMILIARES</p> <ul style="list-style-type: none">*Determinar los procesos familiares.*Estimular las visitas de miembros de la familia, si resulta oportuno.*Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.*Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.*Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos*Minimizar la ruptura familiar facilitando rutinas y rituales familiares, tales como comidas privadas juntas o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.*establecer programas de actividades de cuidado o del paciente en casa para el paciente que minice la ruptura.*Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa.		
--	--	--	--	--	--

NECESIDAD	DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) hacer frente	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA (EBE)	RESULTADOS OBTENIDOS (NOC)
<p>ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES</p> <p>TRABAJO Y REALIZACION</p> <p>JUEGO Y RECREACION</p>	<p>DOMINIO VI: Auto percepción</p> <p>Clase 2: Autoestima</p> <p>00120 Baja autoestima situacional R/C el deterioro funcional de miembros pélvicos y aparición por presión M/P expresiones de desesperanza e inutilidad</p>	<p>DOMINIO 3: Salud Psicosocial</p> <p>Clase M; Bienestar Psicológico</p> <p><i>Autoestima</i></p> <p><u>Indicadores</u> 12501 Verbalización de auto percepción 120519 Sentimiento sobre su propia persona 120502 Aceptación de las propias limitaciones</p> <p>Nunca positivo 1 Raramente positivo 2 En ocasiones positivo 3 Con frecuencia positivo 4 Constantemente positivo 5</p>	<p>CAMPO 3: Conductual</p> <p>Clase R: Ayuda para frente a situaciones difíciles</p> <p>5400 POTENCIACION DEL AUTOESTIMA *Observar las frases del paciente, sobre su propia valía. *Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios *Animar al paciente a identificar sus virtudes *Reafirmar las virtudes personales que identifiquen el paciente *Proporcionar experiencias que aumente la autonomía del paciente, si procede. *Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse *Abstenerse de burlarse *Mostrar confianza en la capacidad del paciente, para</p>	<p>Tratar el estado emocional para proporcionar el óptimo tratamiento terapéutico para lograr pronta recuperación y afrontar sus miedos</p>	<p>Mejoro su estado de ánimo con la esperanza de su pronta recuperación</p>

			<p>controlar una situación</p> <ul style="list-style-type: none">*Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.*Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de si mismo*Explorar las razones del autocrítica o culpa*Animar al propio paciente a evaluar su conducta.*Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.*Recompensar o alabar el progreso del paciente en la conservación de objetivos*Facilitar un ambiente y actividades que aumenten; la autoestima*Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre si mismo.*Observar los niveles de autoestima si procede <p>5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO</p>		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">*Valorar la comprensión del paciente del proceso enfermedad.*Ayudar al paciente a identificar la información que mas le interese obtener.*Proporcionar información; objetiva respecto al diagnostico, tratamiento y pronostico*Animar al paciente a identificar sus puntos fuerte y sus capacidades*Animar la amplificación familiar si procede*Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación si procede.		
--	--	--	---	--	--

ANALISIS DE DATOS

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 1 O X I G E N A C I O N	FR=22x' FC=82x' T/A=90/60 TEMP=36.8 Si hay respiración espontánea. Estado de conciencia conciente. Coloración de piel palidez. Coloración de labios rosados. Coloración de zona peribucal palidez Coloración de las unas palidez La morfología de las unas de las manos redondas. Si es uniforme su patrón respiratorio No presenta aleteo nasal No presenta tiros intercostales. No presenta depresión del apéndice xifoides. En la auscultación de pulmones se encuentra el paso libre de aire en ambos campos pulmonares. Hay presencia de enema en miembros pélvicos en grado I Palpación de pulsos carótida.	No refiere dificultad para respirar. No ha presentado sensación de falta de aire. No presenta sensación de ahogo. No presenta dificultad para respirar al realizar esfuerzo físico. Actualmente no presenta Tos. No fuma.	Independiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 2 N U T R I C I O N E H I D R A T A C I	Aspecto general CABELLO: abundante, sedoso, grueso OJOS: hidratados palidez PIEL: pálida, seca MUCOSA ORAL: húmeda DIENTES: caries si 4 pzas 2 molares lado derecho inferior 1molar izquierdo superior asonancia si 1pza. incisivo izquierdo superior UNAS: delgadas INDICE DE MASA	Tipos de alimentos consume actualmente en 7 dias: Carnes 3-5 dias Lacteos no consume Frutas 3-5 dias Verduras 1-3 dias Leguminosa 1-3 dias Cereales 3-5 Grasas 1-3 Azucares 1-3 Come 3 veces al día El horario del alimento es fijo Refiere que el ambiente no es agradable Si ha presentado falta de apetito últimamente. Y lo atribuye a la comida del hospital esta dura y cruda En su consume en su dieta diaria el picante, fresco. Cuando esta enojada no tiene preferencia por algún alimento en especial. Cuando se encuentra triste el tipo de alimento que consume es el guisado del día. No sigue alguna dieta especial. Si ha tenido perdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos los en los últimos 3 meses. No tiene dificultad para masticar, deglutir. No utiliza dentadura postiza para comer. No es alérgica algún medicamento No tiene intolerancia alimentaría. No come afuera de casa Si depende de otras personas para consumir sus alimentos	Dependiente

O N	COORPORAL Talla 1.59 Peso ideal: 55kg Peso real: 64kg	Consume de 3 a 4 vasos al día. No ingiere bebidas alcohólicas. Si padece alguna enfermedad Cual: mielitis transversa trasformada con vasculitis con ulceración sacra. Actualmente si toma algún medicamento Cual: gabapentina, omeprazol, tramadol prednisona, asa Clonoxinato de lisina, metamizol, imipenem Si es recetado No realiza algún tipo de ejercicios.	
----------------------	---	---	--

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 3 E L I M I N A C I O N	Las características de las heces formadas y blandas No se observan elementos extraños en las heces Simetría del abdomen redondeado convexo Presencia de ruidos intestinales audibles. Áreas sensibles en abdomen relajado. No hay elementos extraños en la orina Palpable de la presencia del globo vesical. No hay dolor en el bajo vientre No presencia de diaforesis.	Es diaria la frecuencia de la evacuación. Escasa cantidad de heces La consistencia son blandas y formadas COLOR: amarillas OLOR: varia según el alimento No se identifican cuerpos extraños. No requiere laxantes para evacuar. No hay cambio en su defecación en bajo tensión emocional. Si con sume actualmente medicamentos (omeprazol, prednisona, tramadol, asa, clonixinato de lisina, imipenem, metamizol, gabapentina, duloxatina y trexen. No percibe la frecuencia que orina ya que tiene sonda foley El color de la orina es transparente ámbar. Bajo estado emocional no hay cambio en su eliminación Si presenta alguna alteración urinaria incontinencia debido por la mielitis no siente nada. Cada 30 días es el ritmo de menstruación es escasa. Duración de 3 a 4 días. Color rojo oscuro. No presenta alguna alteración. Si altera su tensión emocional altera su ciclo menstrual como enojo.	Totalmente Dependiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
<p>N O . 4</p> <p>M O Y</p> <p>V U</p> <p>E M N P</p> <p>R A A O</p> <p>S N S</p> <p>E T B T</p> <p>E U U</p> <p>N E R</p> <p>E N A</p> <p>R A</p>	<p>De acuerdo a la observación la alineación ósea no es la adecuada Describe a nivel sacro. De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad no son las que corresponde a la edad del paciente. Porque: a la mielitis El peso: 64kg y la talla:1.59</p>	<p>Presenta dolor lumbar Tipo de trabajo que realiza es con esfuerzo físico. La actividad que realiza en el trabajo es de movimiento continuo. Si acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día Tiempo de descanso mas 30min. En que postura sentado Si se considera una persona sedentaria por la enfermedad. Regularmente el calzado que usa es de tipo común No pertenece algún rol social No practica ningún deporte</p>	<p>Parcialmente Dependiente</p>

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICIÓN
N O . 5 D Y E S S C U A E N Ñ S O O	Inspección en el paciente. No hay presencia de ojeras No hay cambio de posición varias veces No hay bostezos frecuentes Si presenta visión borrosa Tipo de respuesta: no es lenta No se observa fatigado No irritabilidad No se encuentra apática No presenta somnolencia excesiva	No tiene dificultad para conciliar el sueño Cuantas horas duerme durante la noche de 7 a 9 horas No tiene dificultad para mantenerse dormido Es continuo su patrón de sueño No realiza alguna actividad para favorecer el sueño No toma algo para inducir el sueño No le impide su estado de ánimo dormir Si le han dicho ronca mientras duerme No le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos. No padece dolor de cabeza tras despertarse No tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día. No acostumbra a tomar una siesta No se queda dormido en momentos inapropiados Durante el día no se siente cansado	Independiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
<p style="text-align: center;">N O · 6</p> <p>U S P D A R E R E N V D E A S S T I R</p>		<p>No determina su estado de animo para elegir las prendas de vestir que usara</p> <p>No considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales etc.</p> <p>Si puede decidir por si sola la ropa que se pone.</p> <p>Si necesita ayuda para vestirse o desvestirse.</p> <p>No tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted</p> <p>Su modo de vestir no esta relacionado con sus valores y creencias</p> <p>Si se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño ante personas o con ayuda de otra gente</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 7 T E R M O R R E G U L A C I O N	Vestido adecuado a la estación (ropa de hospital) Habitación y vivienda no adecuada Características de la piel: palidez, transpiración normal, normotermia	No experimenta frío frecuentemente Si experimenta mucho calor Temperatura que le es agradable templado.	Dependiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 8 H I P G R D I O E E T N E L E C A C Y I P O I N E L Y	Aspecto general correcto: PIEL: Ulceras: en nivel del sacro y miembro pélvicos. Palidez. Edema: en miembros pélvicos Lunares en la cara Paño en ambos pómulos CABELLO: grueso, no hay presencia de parásitos UNAS: cuidadas, lisas y delgadas. COLOR: rosa NARIZ: mucosa nasal, rosa intenso, secreción transparente. BOCA Y OROFARINGE: labios, pálidos. MUCOSA: bucal, rojo, rosado, húmeda. DIENTES: incompletos, no usa prótesis, presencia de sarro: localizado en incisivos y premolares. CAVIDAD ORAL: halitosis. OIDOS: no presenta, dolor, inflamación, cerumen, derrames, cuerpos extraños, nódulos, lesiones.	Si cuenta con recursos públicos para practicar su higiene Baño diario Lavado de manos antes de comer. Cepillado de dientes y/o prótesis dos veces al día. Si necesita ayuda para practicar su higiene total.	Totalmente dependiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 9 E V I T A R P E L I G R O S	<p>Si escucha bien Se ve bien Su lenguaje es claro No presenta sensibilidad en su cuerpo porque: por la mielitis en MP. Si se le dificulta caminar. Porque: por la mielitis.</p>	<p>Con que periodicidad lleva su control medico solo continuo. Si se enferma frecuentemente. No cuenta con cartilla de vacunación. Si se aplicado otras vacunas. Cuales: tétanos, influenza, hepatitis. Si conoce las medidas para prevenir enfermedades. Si ha padecido alguna alteración física psicológica y social. Este padecimiento si altera su auto-concepto o su imagen porque la consideran mala Actualmente si requiere de algún tipo de ayuda. Cual: económica, social, física y psicológica. La utiliza no porque: no la han buscado. Como reacciona ante una situación de peligro: se estresa; porque siente que esta fuera de mi alcance. Como lo manifiesta agresiva. La familia si la apoya. No asiste a algún centro de ayuda para mejorar sus emociones Si conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa: cuales; gas, aceite caliente cuchillos. Actualmente Si identifica riesgos de accidentes en su casa. Cual un tinaco grande de agua el cual nunca esta tapado Si conocía las medidas de prevención de accidentes en su trabajo; no caminar en el piso mojado, la rebanadora. Si identifico en su trabajo las áreas o factores de riesgo de accidentes. Cuales: rebanadora y cuchillos.</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
<p>N O . 10 C O M U N I C A C I O N</p>	<p>Estado de conciencia: conciente Según edad esta orientado en persona, espacio, lugar, tiempo. Al hablar SI establece contacto visual No se relaciona con su familia. Especificar: solo con su marido. Que persona de su familia es más importante para usted: su marido. La considera dentro del núcleo familiar como la mala Recibe visitas de su familia NO; solo de su marido No utiliza prótesis para escuchar</p>	<p>No tiene relaciones armónicas con su familia. Porque: soy muy agresiva y enojona. No pertenece o asiste a algún grupo de ayuda. Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como agresividad. Si tiene alguna limitación física que le impide comunicarse. Cual: el no poder trasladarme hacia ellas No habla con nadie cuando tiene problemas Cuanto tiempo pasa solo: nunca le gusta estar sola Si tiene contactos sociales satisfactorios; por que tengo humildad. Si se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás por que trato de escucharlas No se considera de buen humor. Porque: siempre he sido así. Cuando esta estresado SI se le dificulta comunicarse con los demás porque: soy agresiva En su núcleo familiar o grupo NO creé que tiene que competir con otra persona Cree que sus necesidades sexuales SI están cubiertas en forma satisfactoria. Porque: ya me realice como mujer</p>	<p>Dependiente</p>

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
<p style="text-align: center;">N O . 11 R E L I G I O N</p>		<p>¿Religión? Católica No practica su religión Su religión NO le prohíbe los alimentos, prácticas higiénicas y tratamiento médico. No necesita algún objeto, imagen religiosa que le ayuden en su tratamiento médico. De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad: depresión. No requiere de servicios religioso (indiferencia) En su hogar no cuenta con área específica para comunicarse.</p>	<p>Dependiente</p>

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
T R A B A J O Y N O · 12 R E A L I Z A C I O N	No tiene actividad remunerada	Estado emocional: Deprimida Si hay expresiones de desesperanza e humildad Porque: ya no soy la misma.	Dependiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
J U E G O Y N O . 13 R E C R E A	Integridad del sistema nervioso: No elasticidad No flexión No extensión En miembros pélvicos	No dedica tiempo para realizar actividades deportivas. Que actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre: ver televisión Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas SI De que modo discutir Si conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad. No cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas.	Dependiente

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	CONDICION
N O . 14 A P R E N D I Z A J E	NO hay alteración de vista y oído. No tiene dificultad para repetir. El paciente si recuerda con facilidad hechos del día anterior (memoria reciente) Si recuerda con facilidad números telefónicos importantes. Si recuerda con facilidad hechos de la infancia. Si manifiesta interés por aprender No se muestra receptivo	Si sabe escribir Si se sabe leer Poco le cuesta aprender Si considera que su memoria es buena Si considera que necesita adquirir nuevos conocimientos Porque: para saber como cuidarme de mi enfermedad y prevenir que me salgan mas ulceras Si conoce el motivo de su ingreso Si le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud. De sus semejantes adquiere sus conocimientos Cuales: médicos, enfermeras y esposo. Lo ha aprendido lo SI ha modificado su estado de salud Como: se que es mejor que me cuide	Parcialmente dependiente

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

1. Deterioro de la movilidad física R/C Mielitis M/P la limitación de capacidad para la habilidad motora en miembros pélvicos
2. Deterioro de la integridad tisular R/C deterioro de la movilidad física M/P ulcera sacra y en miembros pélvicos
3. Incontinencia urinaria funcional R/C mielitis M/P falta de la sensibilidad de miccionar, uso de sonda foley
4. Incontinencia fecal R/C Mielitis M/P incapacidad para notar la sensación de repleción rectal.
5. Dolor agudo R/C agentes lesivos M/P malestar general.
6. Desequilibrio Nutricional por defecto R/C incapacidad para ingerir los nutrientes M/P falta de apetito, debilidad.
7. Baja autoestima situacional R/C el deterioro funcional de miembros pélvicos y aparición por presión M/P expresiones de desesperanza e inutilidad
8. Trastorno de la imagen corporal R/C la enfermedad M/P la expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto por función
9. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar R/C conflicto familiar M/P soledad, enojo, desesperanza y tristeza.

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	OBJETIVOS	CUIDADOS EN CASA
Necesidad de Higiene y protección de la piel	Evitar que la lesión se extienda. Mantener la piel limpia durante su recuperación. Evitar aparición de micosis por presencia de humedad	Orientar y enseñar al familiar o el cuidador la técnica de curación de úlceras por presión en caso de ser necesario canalizarlo al servicio de ostomias Mantener limpia y protegida la úlcera para evitar infección. Colchones de aire, Vendaje (si procede) Baño diario Evitar humedad cerca de la úlcera Cepillado de dientes tres veces al día Lavado de manos antes de comer
Necesidades de Moverse y Mantenerse una Buena Postura	Mantener la postura adecuada mediante su recuperación a través de un buen manejo de técnica. Apoyar al auto cuidado de la paciente.	Movilización (terapia de rehabilitación) Valorar las necesidades de realizar cambios posturales
Necesidades de eliminación		Orientar y enseñar a cuidador o familiar el manejo de colector de orina (técnica de instalación de sonda foley) Panales absorbentes Orientar la técnica de asepsia para en el recambio de la sonda y cambio de panales
Necesidad de Evitar Peligros	Evitar que el paciente sufra una caída y lesionarse cualquier parte de la superficie corporal	Poner los barandales en alto de la cama Movilización con ayuda de algún familiar Dejar a su alcance los alimentos y medicamentos a la mano

Necesidades Nutricionales e Hidratación	Lograr que la concentración de nutrientes y el requerimiento de la paciente sea el adecuado conforme a su talla y su peso	Dieta blanda Abundantes líquidos
Necesidad de Termorregulación	Mantener la temperatura normotérmica a través de un buen cuidado e higiene de la úlcera y personal	Admón. de medicamento Higiene personal Evitar humedad cerca de la úlcera
Necesidad de Descanso y Sueño	Favorecer la comodidad y el descanso al paciente	Colchones de aire Admón. de analgésicos en caso de dolor
Necesidad de Oxigenación	Seguir manteniendo la permeabilidad que la paciente a mantenido	Mantener en posición semifowler en la hora de los alimentos y admón. de medicamentos para evitar bronco aspiré.
Necesidad de Comunicación	Mejorar la comunicación entre los lazos familiares para que estas sean armónicas y accesibles	Terapia familiar
Necesidades de Aprendizaje	Favorecer la educación y la orientación e información a las necesidades del paciente	Orientar y educar al paciente y familiar sobre su enfermedad para brindarle mejor cuidado y calidad de vida.
Necesidad de Usar Prendas de Vestir adecuadas	Favorecer la comodidad y el confort de la paciente	usar ropa adecuada de acuerdo al estado de la piel del paciente
Necesidad de trabajo y Realización	Mejorar los ingresos económicos ayudando	Motivar para la realización de manualidades

	con la motivación de manualidades al realizar con la paciente	
Practicar su religión. Actuar de acuerdo a creencias y valores	Elevar su fe católica	Leer la Biblia platicas sacerdotal
Necesidades de juego y recreación	Mejorar la destreza de habilidades mentales que Favorezca a la paciente	Juegos de mesa

EXAMENES DE LABORATORIO

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
TIEMPOS DE COAGULACION			
Fibrogeno derivado	23.00 – 555.00mg/dl	546mg/dl	Estable
TP	9.40 – 12.10seg	14.2seg	Normal
TP(INR)	0.80 – 120 INR	1.21 INR	Estable
TP (%)	70.00 – 130.00%	70%	Estable

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA			
TPT	27.00 – 36.00seg	33.9seg	Estable
TPT (RATIO)	0.80 – 120R	1.14R	Estable

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
QUIMICA SANGUINEA 3			
ELEMENTOS			
Creatinina	0.50 – 130mg/dl	0.63mg/dl	Estable
Glucosa	70.00 – 110.00mg/dl	102mg/dl	Estable
Nitrógeno Ureico	9.00 – 23.00mg/dl	10.00mg/dl	Estable

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
PERFIL TRANSAMINASA			
GLUTAMICO			
Transaminasa Oxalactica Glutámico	0.00 – 34.00 350 – 4.80g/dl	5U/L 2.6g/dl	Se encuentra elevada Estable

Albúmina	10.00 – 49.00u/L	9U/L	El hígado esta trabajando de mas Estable
Transaminasa glutámico piruvica	28.00 – 100U/L	18U/L	
Amilasa total			

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
PERFIL DE LIPIDOS			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	30.00 – 80.00mg/dl	26mg/dl	Estable
Colesterol alta densidad	50.00 – 150mg/dl	68mg/dl	Estable
Colesterol baja densidad	140 – 800.00	119mg/dl	Estable
Colesterol total	>200mg/dl	127mg/dl	estable
triglicéridos			

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
PERFIL ELECTROLITOS			
SERICOS 5	8.40 – 10.40mg/dl	8.5MG/DL	Estable
Calcio	98.00 – 109 .00mm/dl	105mmol/L	Estable
Cloro	2.40 – 5.10ml/dl	3.9ml/dl	Estable
Fósforo en suero	1.20 – 2.70mg/dl	2.7mg/dl	Estable
Magnesio en suero	3.50 – 5.50mmo/l	4.1mmol/L	Estable
Potasio	132.00 – 146.00mmo/l	143mmol/L	Estable
Sodio	0.00 – 7.00U/L	5U/L	Estable
Fosfatasa alcalina total	6.00 – 51.00U/L	15.89U/L	Estable
Lipasa			

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
CULTIVO EN LA ULCERA SACRA Bacteriología	Sin bacterias	Secreciones purulentas escherichi colin	Infección

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
PERFIL HEPATICO			
Albúmina	3.0g/dl	2.7g/dl	Baja
Amilasa total	19UI/dl	20UI/dl	Estable
Bilirrubina Directa	0.1500mg/dl	0.17mg/dl	Estable
Bilirrubina Total	0.2500mg/dl	0.31mg/dl	Estable
Deshidrogenada láctica	130 – 1.55u/L	125U/L	Estable
Fosfatasa alcalina	6.9 – 7.9UI/L	7.6UI/L	Estable
Gamma transpetida glutamil	6.0 – 7.1UI/L	6.7UI/L	Estable
Globulina serica	3.08 – 4.02g/dl	3.0g/dl	Estable
Osmoralidad serica	19.03 – 29.0mo/L	28.3mo/IL	Estable
Proteínas totales	4.30 – 6.20g/dl	5.7g/dl	Estable
Transaminasa Glutámico oxalacetica	4u/l	3U/L	Estable
Transaminasa Glutámico piruvica	6.00 – 7.02 U/L	7U/L	Estable

GABAPENTINA

Mecanismo de Acción

Antiepiléptico relacionado estructuralmente con el GABA. Su efecto parece producirse como resultado de una acción farmacológica retardada o indirecta, hasta ahora desconocida.

Farmacocinética

Vía Oral; su bio-disponibilidad es de 1 55 – 65 % alcanzando la concentración serica máxima al cabo de 2 horas. Los alimentos no reducen ni retrasan la absorción oral. Aunque en los estudios clínicos las concentraciones plasmáticas de gabapentina estuvieron generalmente entre 2mcg/ml y 20mcg/ml estas no son predicativas de seguridad deficiencia.

Indicaciones

- ◇ Epilepsia Parcial: como monoterapia o terapia combinada en crisis parciales o crisis parciales secundariamente generalizadas, incluyendo los paciente con crisis recién diagnosticadas.
- ◇ Dolor Neuropatico: tratamiento del dolor neuropatico.

Posología

- Vía oral: adultos
- Epilepsia dosis de 900-36.00mg/día repetidos en 3e dosis.

DOSIS	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
900 mg	300 mg una vez al día	300 mg dos veces al día	300 mg tres veces al día
1200 mg	400 mg una vez al día	400 mg dos veces al día	400 mg tres veces al día

La dosis puede incrementarse hasta 3600 mg al día dividido en tres dosis equitativas.
Dosis de mantenimiento

DOSIS	ESQUEMA
900 mg	300 mg tres veces al día
1200 mg	400 mg tres veces al día
1800 mg	2 x 300 mg tres veces al día
2400 mg	2 x 400 mg tres veces al día
3600 mg	3 x 400 mg tres ves al día

El intervalo máximo de tiempo entre dosis en la pauta de tres veces al día no debe superar las 12 horas.

La dosis inicial usual de gabapentina para los pacientes recién diagnosticados es de 900 mg/día.

Niños de 3-12 años:

La dosis eficaz de gabapentina es 30 mg/Kg./día repartida en varias dosis (3 veces al día). Puede realizarse una titulación durante 3 días hasta la dosis eficaz, administrando 10 mg/Kg./día el Día 1, 20 mg/Kg./día el Día 2 y 30 mg/Kg./día el Día 3. Dosis de hasta 40-50 mg/Kg./día fueron bien toleradas en un estudio a largo plazo. En un pequeño número de niños se han administrado dosis de 60 mg/Kg./día.

No se dispone de suficiente información respecto a las recomendaciones posológicas en monoterapia para niños menores de 12 años.

- Dolor neuropático: La dosis inicial es de 900 mg/día (repartida en tres tomas al día), titulándola en casos necesarios, en función de la respuesta, hasta una dosis máxima de 3600 mg/día repartidos en varias dosis (3 veces al día). La eficacia de gabapentina ha sido demostrada en varios estudios clínicos con una duración máxima de 7 a 8 semanas.

Pacientes con la función renal alterada:

Se recomienda realizar un ajuste de la dosis en pacientes con la función renal alterada o sometidos a hemodiálisis y en aquellos pacientes de edad avanzada con deterioro de la función renal.

Dosificación de mantenimiento de gabapentina en adultos con deterioro de la función renal

Función renal Aclaramiento de creatinina (ml/min.)	Rango de la dosis diaria total (mg/día)
≥ 80	900 - 3600 mg
50 - 79	600 - 1800 mg
30 - 49	300 - 900 mg
15 - 29	150 b - 600 mg
< 15	150 b - 300 mg

Contraindicaciones

GABAPENTINA está contraindicada en pacientes que hayan demostrado hipersensibilidad a gabapentina o alguno de sus excipientes.

Reacciones Adversas

El 50-70% de los pacientes experimentan algún efecto adverso, aunque sólo el 10% del total son afectados con cierta intensidad o experimenta discapacidad para sus actividades cotidianas. El 5% de los pacientes tratados con este medicamento se ven obligados a suspender el tratamiento. Los efectos adversos más frecuentes son:

- Somnolencia
- Mareos
- Ataxia
- Astenia
- nistagmo

Precauciones

Insuficiencia renal debe ajustarse la posología de acuerdo al grado del funcionalismo renal.

OMEPRAZOL

Mecanismo de Acción

Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final del volumen gástrico.

Propiedades Farmacodinámicas

Grupo fármaco terapéutico: antiulcerosos inhibidores de la bomba de protones. El Omeprazol es un inhibidor específico de la bomba de hidrogeniones en la célula parietal gástrica actúa rápidamente y produce un control mediante la inhibición reversible de la secreción ácida del estómago, con una dosis diaria.

Farmacocinéticas

- Absorción y distribución: es hábil en presencia del PH ácido, con recubrimiento entérico y encapsulado.
- Metabolismo y excreción: es metabolizado completamente por el sistema citocromo P450 (CYP), principalmente en el hígado. La mayor parte de su metabolismo depende de las isoenzimas específicas. Excretar como metabolitos en orina y el resto en heces procedentes principalmente de la secreción biliar.

Posología

El Omeprazol se administra preferiblemente por las mañanas, tragando las capsulas enteras con ayuda de líquido.

- Úlcera duodenal: 20mg una vez al día en pacientes con úlcera duodenal activa para que pueda cicatrizar.
- Úlcera gástrica: 20mg una vez al día ayuda a la cicatrización.
- Úlceras gástricas, duodenales o erosiones gastroduodenales asociada a un tratamiento de mantenimiento o no con AINES 20mg una vez al día.
- Reflujo gastroesofágico: 20mg una vez al día en pacientes con esofagitis por reflujo grave.
- Función renal alterada: 10-20mg con deterioro de función renal.

Contraindicaciones

- hipersensibilidad

Reacciones Adversas

- Cefalea
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Flatulencias

IMIPENEM

Composición

Cada vial imipenem monohidrato equivale base 500mg y cilastatina sodica equivalente a cilastina base 500mg. Cada vía 1g contiene aproximadamente 37.5mg de sodio como bicarbonato de sodio.

Indicaciones

El imipenem es un antibiótico para uso parental de la familia de los carbapenem y se administra junto con la cilastatina sodica en iguales cantidades. Ejerce su acción bactericida inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana.

Indicado en las siguientes infecciones;

- Infecciones polimicrobianas y mixtas severas
- Infecciones por organismos múlté-resistentes intra-hospitalarias
- Infecciones del aparato respiratorio
- Infecciones del tracto urinario, ginecológicas e intra-abdominales
- Infecciones osteoarticulares
- Endocarditis bacterias y septicemias bacteriana

Posología

Se establece con base en el tipo y la gravedad de la infección así como el estado del paciente. Adultos 50mg en 30min. A 1g en 1 hora

En profilaxis de cirugía col-rectal 1g durante la inducción anestésica 1g a las tres horas 500mg a las 8 y 16hrs. La dosis varía de acuerdo a factores como la edad, el peso y la función renal de cada paciente.

Efectos Adversos

- Dolor
- Eritema
- Prurito
- Anafilaxia
- Fiebre
- Nauseas
- Vomito
- Diarrea
- Estados confusionales
- Convulsiones *si son altas dosis

Contraindicaciones

- hipersensibilidad

PRENISONA

“Corticosteroide”

La prednisona es uno de los corticoides fármacos activos por vía oral que se metaboliza en el hígado a prednisolona, la forma activa.

Farmacocinética

Después de su administración oral la prednisona se absorbe rápidamente alcanzándose los máximos niveles en sangre en 1-2hrs. El fármaco se une extensamente a las proteínas del plasma. Una vez en la circulación sistémica la prednisona se distribuye rápidamente en los riñones, intestinos, piel hígado y músculos

Indicaciones

- ◇ enfermedades reumáticas del colágeno
- ◇ endocrinas
- ◇ dermatológicas
- ◇ alérgicas
- ◇ oftalmológicas
- ◇ respiratorio
- ◇ hematológicas

Posología

- ◇ tratamiento a corto plazo enfermedades reumáticas: adultos 5 y 30mg una vez al día. Oral niños: 0.05-2mg/kg/día entre 4 admón.
- ◇ Tratamiento enfermedades dermatológicas. Oral adultos 60 a 250mg
- ◇ Tratamiento de la nefritis lúpica: oral 0.25mg/kg/día
- ◇ Tratamiento de la dermatomiositis: oral adulto 60 mg una vez al día.

Reacciones Adversas

- ◇ Catarata supracapsular
- ◇ Hipoplasia suprarrenal
- ◇ Depresión del eje hipófisis suprarrenal
- ◇ Síndrome de Cushing
- ◇ Obesidad
- ◇ Osteoporosis
- ◇ Gastritis
- ◇ Cicatrización retardada

Contraindicaciones

- ◇ Hipersensibilidad
- ◇ Tuberculosis
- ◇ Úlcera péptica
- ◇ Hemorragia activa del tubo digestivo
- ◇ Diabetes mellitas
- ◇ Infección activa

METAMIZOL

El Metamizol es un fármaco pertenece a la familia de las pirazolonas, cuyo tipo prototipo es el piramidon. También se le conoce como dipirona. El Metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir a la actividad de la prostaglandina.

Farmacocinética

Después de su administración, el metamizol es rápidamente metabolizado por oxidación.

Indicaciones

- ◇ Dolor agudo post-operatorio o post-traumático.
- ◇ Dolor de tipo cólico
- ◇ Dolor de origen tumoral
- ◇ Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos

Posología

- ◇ Vía oral de 1 a 2g cada 8hrs.
- ◇ Vía parenteral: una ampolla de 2g de metamizol.
- ◇ Vía intramuscular a intravenosa lenta (3 min.) cada 8hrs.
- ◇ Salvo criterio medico, sin sobrepasar las ampollas por día. En la indicación de dolor oncológico se utilizara ½-1ampolla cada 6-8hrs por vía oral, disuelta en naranja, cola o cualquier otra debida.

Contraindicaciones

- ◇ Hipersensibilidad
- ◇ Pacientes con dificultad para respirar
- ◇ Deficiencia congénita de glucosa

Reacciones Adversas

- ◇ Coloración roja en la roja
- ◇ Hipotensión
- ◇ Disminución de la orina
- ◇ Aumento de la excesion de proteínas con la orina

ACIDO ACETILSALICILICO

El ácido acetilsalicílico también conocido con el nombre de aspirina, es un fármaco de la familia de los salicilatos

Indicaciones

- antiinflamatorio analgésico para el alivio del dolor leve y moderado
- antipirético para reducir la fiebre
- antiagregante plaquetario: indicado para personas de dolor de cabeza con alto riesgo de coagulación sanguínea.
- Resfriados
- Periodos menstruales
- Dolor muscular artritis reumatoide

Posología

- Via Oral dosis menores 0.6 a 0.65 c/4hrs, niños 50 – 75mgxKg de peso, Adulto 45mg/kg/día en dosis divididas
- Intravenoso

Contraindicaciones

- Pacientes con hemofilia
- Pacientes alérgicos al ibuprofeno o naproxeno
- Asmáticos
- Úlceras pépticas
- Diabetes
- Gotas
- gastritis

Reacciones Adversas

Gastrointestinales

- Úlceras gástrica
- Sangrado estomacal
- Náuseas
- Vómito
- Cambios en la piel

CLONIXINATO DE LISINA

“Analgésico”

Indicaciones

Esta indicado como analgésico y antiinflamatorio en pacientes que cursan con dolor agudo o crónico. Afecciones de tejidos blandos, cefalea, otalgias, sinusitis y herpes zoster, dolor e intervenciones ginecológicas, ortopédicas, urológicas y de cirugía general.

Posología

- Parental
- IM } 1 – 2 ampolletas c/ 6- 8hrs
- IV

Contraindicaciones

- Ulcera peptica
- Hemorragia gastroduodenal
- gastritis

Reacciones Adversas

- Nauseas
- Mareos
- Somnolencia de carácter leve y transitorio

TRAMADOL

“Analgésicos Narcotizo

Acción Terapéutica

Analgésico de acción central.

Indicaciones

Tratamiento del dolor moderado a severo, tanto como agudo como crónico.

Es un analgésico de acción central cuya eficacia es debida a la sinergia a dosis terapéuticas de un efecto ovoide debido a la fijación sobre receptores opiáceos de tipo V

Posología

Debe ser adaptada a la intensidad del dolor.

Severo: 50mg a 100mg (20-40gotas) respectivamente para continuar el alivio 50 a 100mg (20-40 gotas c/4 – 6 hora)

Mayores 65 a 300mg no excederse siempre cuando no tengan problemas, renales y hepáticos

Contraindicaciones

- hipersensibilidad
- embarazo lactancia

Reacciones Adversas

- náuseas
- somnolencia y astenia
- cefalea
- vértigo
- sequedad bucal
- dolores abdominales

DULOXETINA

Es antidepresivo de estructura similar a la fluoxetina pero con un mecanismo de acción similar al de la venlafaxinam, inhibe la recaptacion de serotonina y noradrenalina

Indicaciones

- tratamiento de episodios depresivos mayores.
- Tratamiento del dolor neuropatico periférico diabético en adulto
- Mujeres para el tratamiento de la incontinencia urinaria
- Trastorno depresivo
- Trastorno de ansiedad generalizada.

Posología

- 40mg/día (20mg dos veces por día) a 60mg/día (una vez por día o 30mg dos veces por día) c/s alimentos

Contraindicaciones

- hipersensibilidad

Reacciones Adversas

- Nauseas
- Sequedad en la boca
- Diarrea
- Perdida de peso
- Mareos
- Insomnio
- Visión borrosa
- Ansiedad
- Disminución del libido
- Vómitos
- Disminución del apetito

TREXEN

“Óvulos”

Antibiótico para el tratamiento de vaginas bacteriana

Indicación

Tratamiento de la vaginosis bacteriana

Farmacocinética terapéutica

Trexen es clindamicina en una formulación en una formulación en óvulos para administración vaginal, con acción antibacteriana contra diversas cepas de microorganismos.

La clindamicina es un derivado semisintético de la licomicina con acción antibiótica contra diversas cepas.

Posología

Vía vaginal una vez al día de preferencia en la noche al acostarse durante 7 días consecutivas en embarazadas en 3 días.

Reacciones adversa

- ◇ Irritación vulvar
- ◇ Cefalea
- ◇ Vértigo
- ◇ Mareo
- ◇ Nauseas
- ◇ Diarrea
- ◇ Urticaria

Contraindicaciones

Hipersensibilidad

CAMA CERRADA

Objetivo

Preparar la cama en condiciones de higiene y comodidad para el paciente.

Material

Empapador-cubrecamas (en las unidades que lo requieran).

Equipo

- Almohada.
- Cama.
- Cuna.
- Colcha.
- Funda de almohada.
- Funda de colchón.
- Incubadora.
- Manta.
- Sábanas (3).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.R).
2. Preparar material y trasladarlo a la habitación.
3. Colocar la cama en posición horizontal.
4. Comprobar buen estado de todo el material.
5. Colocar la funda de colchón y sobre ella la sábana bajera, extendiéndola y ajustando las cuatro esquinas de forma que no tenga arrugas.
6. Extender la sábana encimera, con el dobladillo hacia arriba, plegando las esquinas inferiores.
7. Colocar la colcha siguiendo el mismo procedimiento de la sábana encimera con el borde superior por encima de ésta.
8. Poner funda a la almohada y dejarla sobre la cabecera de la cama.

OBSERVACIONES

- Según necesidades de la unidad, se colocará una tercera sábana doblada a modo de entremetida y un salva camas.
- Las incubadoras deberán prepararse con las condiciones óptimas de humedad y temperatura. Las cunas térmicas deberán también estar a la temperatura adecuada.

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

Objetivo

Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

Material

- Aceite almendras,
- Artículos de higiene personal.
- Bolsa para residuos.
- Esponjas
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Papel higiénico.
- Peine.
- Registros de Enfermería.
- Vaselina líquida.

Equipo

- Tanico
- Cortauñas.
- Palangana.
- Pijama o camisón.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas
7. Colocarse guantes.
8. Ofrecer cuña o botella si la necesita.
9. Preparar agua a temperatura adecuada.
10. Colocar al paciente en decúbito supino.
11. desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
12. Comenzar a lavar al paciente por la cara con agua sin jabón. Secar.
13. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar.
14. Acercar la palangana al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secarle las manos.
15. Cambiar el agua, jabón y esponja.
16. Seguir lavando él tórax. En las mujeres incidir de manera especial en la zona submamaria. Continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.

17. Colocar al paciente en decúbito lateral.
18. Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
19. Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino (G -3).
20. Lavar extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
21. Cambiar el agua, jabón y la esponja.
22. Lavar genitales y zona anal. Enjuagar.
23. Secar bien la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos.
24. Frotar la espalda con aceite de almendras o vaselina líquida.
25. Vestir al paciente con el pijama o el camisón.
26. Peinar al paciente y facilitar el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, cotonía, talco...).
27. Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
28. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo d fácil acceso al timbre y objetos personales.
29. Recoger el material.
30. Retirarse los guantes.
31. Realizar lavado de manos.
32. Anotar en los registros las posibles incidencias.

OBSERVACIONES

- Realizar el aseo diario y tantas veces como sea necesario.
- Valorar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar el grado de autonomía del paciente fomentando el autocuidado, siempre con la ayuda y supervisión del personal asignado.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano/ libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado.
- Si el paciente lo necesita, se avisará al barbero mediante el impreso destinado a tal fin.

LAVADO DE GENITALES

Objetivo

Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.

Material

- Bolsa para residuos. Esponja sin jabón. Guantes de no estériles.
- Jabón neutro.
- Pañal
- Braga.
- Papel higiénico.
- Registros.

Equipo

- Cuña.
- Tanico.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas
7. Colocarse los guantes.
8. Preparar agua a temperatura adecuada.
9. Colocar al paciente en decúbito supino
10. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
11. Retirar pañal si lo tuviera.

En el varón:

- a) Retraer el prepucio del pene del paciente y lavar el glande. Enjuagar pero no secar, ya que la humedad lubrica e impide la fricción
- b) Devolver el prepucio a su posición para evitar edema y lesión tisular.
- c) Limpiar la parte superior y los lados del escroto. Enjuagar y secar.
- d) Poner al paciente en decúbito lateral
- e) Limpiar la parte inferior del escroto y región anal. Enjuagar y secar bien.

En la mujer.

- a) Pedir a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede por sí misma.
- b) Separar las piernas *de* la paciente
- c) Separar los labios vulvares con una mano y lavar con la otra, limpiando de adelante hacia atrás el periné (para evitar contaminar la uretra o la vagina).
- d) Enjuagar y secar bien con la toalla.
- e) Colocar a la paciente en decúbito lateral.

- f) Limpiar et área rectal desde la vagina hasta el ano en un solo movimiento.
- g) Proceder de la misma manera para enjuagar y secar.
- 13. Colocar pañal si lo precisa.
- 14. Dejar al paciente en posición adecuada y cómoda, permitiendo un fácil acceso al timbre y objetos personales,
- 15. Recoger material.
- 16. Retirarse los guantes.
- 17. Realizar lavado de manos.
- 18. Anotar en los registros de Enfermería posibles incidencias.

COLOCACIÓN Y CUIDADOS DE UN COLECTOR URINARIO

Objetivo

Aplicar un dispositivo externo que facilite la evacuación de la orina en pacientes con incontinencia, pero con vaciado vesical completo y los cuidados que deriven de ello.

Material

- Bolsa de orina.
- Bolsa para residuos
- Comodo.
- Equipo colector: sonda foley del numero adecuada al paciente.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Jeringa del No. 5 estéril
- Tela adhesiva

Material del procedimiento

Registros.

Equipo

Equipo procedimiento

Soporte para bolsa

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar todo el material y trasladarlo a la unidad del paciente.
3. Informar y Orientar al paciente.
4. Preservar intimidad.
5. Calzarse los guantes.
6. Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera ligeramente elevada para su comodidad.
7. Retirar el pantalón del pijama.
8. Poner el cómodo colocándolo por debajo de los glúteos del paciente.
9. Realizar higiene de los genitales, en este caso se secará el pene, pero sin friccionar.
10. Observar el meato urinario y el pene para detectar posibles irritaciones, fisuras... que contraindiquen el uso del colector.
11. Fijar el vello a la base de pene.
12. Colocar una tira de gasa envolviendo el cuerpo del pene haciendo una espiral.
13. Sujetar el pene con la mano no dominante.
14. Poner con la mano dominante la sonda en la punta del pene y desenrollar suavemente la goma dirigiéndola hacia la base de éste. Dejar un espacio de 2,5 a 5 cm. entre la punta del glande y el final de la sonda. Comprobar que la sonda no esta girada.
15. Conectar la bolsa de orina al extremo del catéter de la sonda foley.
16. Colocar la bolsa de orina en el soporte siempre por debajo de la vejiga.
17. Retirar el cómodo
18. Colaborar con el paciente en la colocación del pantalón del pijama.

19. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
20. Recoger el material.
21. Retirarse los guantes.
21. Realizar lavado de manos.
22. Observar tras 30 minutos y posteriormente en cada turno, la eliminación urinaria, el aspecto y coloración del pene, para asegurar el buen funcionamiento y una adecuada circulación sanguínea.
23. Retirar y cambiar el colector cada 24 horas durante la realización de la higiene, dejando el pene al descubierto durante un breve espacio de tiempo antes de volver a colocar el colector.
24. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

No están recomendados en pacientes con obstrucción crónica y se debe valorar más exhaustivamente en pacientes con neuropatías.

El cambio de la bolsa se realizara con la frecuencia necesaria para que no se llene en exceso y pese demasiado.

Vigilar posible retención urinaria, así como signos de infección.

No deben utilizarse durante largos periodos de tiempo.

Si no existe contraindicación se aumentará la ingesta de líquidos.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

Objetivo

Mantener la permeabilidad de la sonda vesical para prevenir obstrucciones e infecciones.

Material

- Antiséptico diluído.
- Jeringas
- Registros.
- Suero salino fisiológico (100 ce.)

Equipo

- Equipo de los Procedimientos colocación de colector urinario e lavado de genitales si es necesario.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad.
5. Colocarse los guantes.
6. Lavar los genitales diariamente y cada vez que se precise.
7. Lavar la sonda externamente eliminando los restos acumulados.
8. Comprobar la permeabilidad de la sonda.
9. Cambiar el equipo de drenaje frecuentemente, conservando las condiciones de asepsia.
10. Cambiar la sonda y sustituir la bolsa por una nueva.
11. Cambiar la sonda cada 4 semanas aproximadamente.
12. Efectuar el cambio cada 8 semanas si es de silicona.
13. Realizar lavado vesical en caso de obstrucción: introducir de 30 a 50 ml de SSF (10a 15 ml en niños).
14. Aspirar suavemente o conectar la sonda a la bolsa para comprobar permeabilidad.
15. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
16. Recoger el material.
17. Retirarse los guantes.
18. Realizar lavado de manos.
19. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Observar la piel y meato urinario asegurándonos que no presenta enrojecimiento, erosión o inflamación.
- Evitar decúbitos de la sonda.
- Mantener la bolsa por debajo del nivel vesical.
- Comprobar que el paciente no presenta dolor.

- Observar si hay hematuria.
- Observar que el sistema no tenga fugas.
- Educar al paciente/ familia en el autocuidado y mantenimiento del sondaje.

RETIRADA DE LA SONDA VESICAL

Objetivo

Extraer la sonda vesical permanente cuando el paciente no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta, evitando complicaciones.

Materia

- Bolsa para residuos.
- Precipitador.
- Cómodo.
- Gasas no estériles.
- Jeringa.
- Registros.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos
2. Preparar todo el material y trasladarlo a la unidad del paciente.
3. Informar y orientar al paciente.
4. Preservar intimidad.
5. Calzarse los guantes.
6. Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas cuando el paciente sea mujer.
7. Poner el cómodo colocándolo por debajo de los glúteos del paciente.
8. Extraer mediante la jeringa el contenido del globo de la sonda vesical.
9. Sujetar el cuerpo de la sonda con una gasa y retirada suavemente, depositándola en la bolsa par residuos.
10. Comprobar que el volumen de orina en cada micción después de retirada la sonda es adecuado.
12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
13. Recoger el material.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Aumentar la ingesta de líquidos si no esta contraindicada disminuirá el malestar y estimulará la producción de la orina.
- Sí el paciente no la orinado entre 6 y 8 horas después de la retirada de la sonda, valorar los signos de retención urinaria y comunicarlo al medico, así como cualquier incidencia que se hubiera producido.
- La reeducación vesical no esta bien documentada y puede incrementar el riesgo de infección por lo que no se recomienda.

VALORACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

Objetivo

Identificar si existe alteración de la actividad-ejercido en el paciente y prestar los cuidados adecuados.

Material

- Registros.

Equipo

- Dispositivos de ayuda: andador, bastón, muletas.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Crear un ambiente adecuado para realizar la valoración.
3. Observar las limitaciones de la actividad-ejercido del paciente.
4. Registrar en la hoja de valoración la información obtenida.
5. Planificar los cuidados derivados de las alteraciones detectadas:
 - a) Fomentar el ejercicio en el paciente considerando sus limitaciones,
 - b) Instruir al paciente para que realice las actividades apropiadas en función de su estado físico o de su salud.
 - c) Prestar ayuda al paciente para conseguir el nivel de actividad-ejercido adecuado.
 - d) Advertir al paciente de los peligros existentes al sobrestimar sus posibilidades (riesgo de mareos, inestabilidad, limitación funcional).
 - e) Proporcionar los dispositivos de ayuda disponibles para facilitar la actividad-ejercicio (andador, muletas, bastón...)
6. Hacer partícipe a la familia en los cuidados.
7. Comunicar al facultativo la conveniencia de remitir al paciente al servicio de Rehabilitación si está indicado.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

Objetivo

Proporcionar las posiciones más adecuadas al paciente encamado y prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios.)

Material

- Guantes no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas según necesidades. Arco.
- Cama articulada. Grúa para movilizar enfermos.
- Manivela de cama
- Sábana bajera a modo de entremetida.
- Sillón. Trapecio.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Informar al paciente.
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Calzarse los guantes.
6. Colocar la cama en posición adecuada.
7. Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
8. Proteger las vías, drenajes y dispositivos que pudiera tener el paciente al moverlo.
9. Evitar la presión prolongada sobre la misma zona.
10. Aplicar medidas preventivas de seguridad
11. Dejar al paciente cómodo y, si es posible, facilitarle el acceso al timbre y objetos personales.
12. Retirar el material.
13. Retirarse los guantes.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en los registros de enfermería.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

Objetivo

Evitar que el paciente hospitalizado pueda sufrir caídas

Material

- Algodón.
- Compresas.
- Esparadrapo tela.
- Registros.
- Vendas.

Equipo

- Andadores, bastones, muletas.
- Barandillas.
- Barras y pasamanos.
- Cama.
- Correas de sujeción.
- Sábanas.
- Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Valorar el riesgo de caída según la patología, la edad, el estado de conciencia y/o emocional del paciente.
2. Informar al paciente y/o familia de las medidas a tomar.
3. Retirar de la habitación el material que pueda producir caídas (mobiliario, agua, cables...)
4. Comprobar que la cama esté frenada.
5. Colocar las barandillas en la cama si fuera necesario.
6. Colocar el timbre o interfono en una posición accesible para el paciente.
7. Poner a su alcance las pertenencias y los dispositivos de ayuda personales (andador, bastón, muletas).
8. Mantener una luz difusa en la habitación durante la noche.
9. Mantener las medidas de sujeción si fuera necesario.
10. Comprobar los factores de riesgo y la seguridad del paciente por turno.
11. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Enseñar al paciente a levantarse lentamente de la cama para prevenir vértigos y pérdida de equilibrio.
- Responder cuanto antes a la llamada del enfermo para limitar el nº de ocasiones que abandone la cama sin ayuda.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS CAÍDAS

Objetivo

Administrar cuidados al paciente que ha sufrido una caída.

Material

- Material adecuado según lesiones.
- Registros.

Equipo

- Equipo adecuado según lesiones.

PROCEDIMIENTO

1. Tranquilizar al paciente tras la caída.
2. Solicitar ayuda en caso necesario.
3. Detectar lesiones y, en caso de existir, avisar al facultativo.
4. Trasladar al paciente a la cama con precaución dependiendo del grado de lesión, si la hubiera.
5. Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia.
6. Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
7. Anotar en registros de Enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados administrados.
8. Rellenar la Hoja de registro de caídas.

OBSERVACIONES

Detectar las causas que produjeron la caída.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

OBJETIVO

Mantener la piel del paciente en buen estado y eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición de las úlceras por presión (presión, humedad, desnutrición).

Material

- Acerté hiperoxigenado (tipo Corpitof®)
- Apositos hidrocoloides extrafinos.
- Esponja sin jabón.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Productos hidratantes y nutritivos:
 - Aceite de almendras,
 - Vaselina.
 - Vaselina líquida.
- Protectores locales:
 - Apositos.
 - Compresas blancas.
 - Esparadrapo de tela.
 - Vendas almohadillado.
 - Vendas elásticas crepé.
- Registros (Hoja valoración de riesgo, hoja evolución de enfermería).

Equipo

- Almohadas.
- Carro de curas.
- Cojines.
- Colchón antiescaras.
- Ropa de cama,

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión al ingreso y cada siete días.
4. Realizar la higiene diaria de la piel con agua y jabón neutro y cuando precise.
5. Eliminar las pomadas y los polvos.
6. aclarar y secar bien entre los dedos y pliegues cutáneos.
7. Mantener buena hidratación de la piel.
8. Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidos, con aceite hiperoxigenado.
9. Mantener las sábanas limpias, secas y sin arrugas,
10. Colocar apositos hidrocoloides extrafinos en zonas de presión.
11. Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción.

12. Pautar cambios postúrales y sistemas de rotación programados.
13. Vigilar sondajes, vías centrales, drenajes, evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.
14. Levantar al enfermo al sillón cuando sea posible, adoptando posturas adecuadas que prevengan el cizallamiento.
15. Asegurar la buena hidratación y corregir el déficit nutricional.

OBSERVACIONES

- En pacientes de alto riesgo o ingresados en unidades de cuidados críticos, se valorará diariamente el riesgo de UPP.

TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION

Objetivo

Restablecer la integridad física de la piel del paciente.

Material

- Apositos estériles.
- Compresas estériles.
- Desbridantes:
 - Colagenasa (tipo íruxoí mono®)
 - Pasta hidrogel.
 - Esparadrappo de tela elástico.
- Gasas estériles.
- * Guantes estériles.
- * Guantes no estériles,
- Hoja de bisturí nº 15 ó 21

Material de curas;

- Aceite biperoxigenado {tipo Corpitol®}.
- Apositos de carbón activado,
- Apositos de hidrofibra.
- Apositos hidrocoloides absorbentes de varios tamaños.
- Apositos hidrocoloides extraínicos de varios tamaños.
- Pasta hidrocoloide.
- Suero fisiológico para lavar,
- * Registros.

Equipo

- Carro de curas.
- Paños verdes estériles.
- Set de curas: mango de bisturí, pinzas de Kocher, pinzas de disección con o sin dientes.

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el carro de curas y trasladarlo al lado del paciente.
2. Realizar lavado de manos.
3. informar y orientar al paciente
4. Proporcionar intimidad al paciente.
5. Colocarse los guantes no estériles.
6. Valorar la lesión atendiendo a:
 - a) Localización de la lesión,
 - b) Clasificación según estadio.
 - c) Tipo de tejido.
 - d) Cantidad de exudado.
 - e) Dolor,

i) Signos de infección local.

7. Se seguirán unas normas básicas para la cura de todas las úlceras, basándose en el principio de la cura húmeda.

NORMAS BÁSICAS PARA TODAS LAS ÚLCERAS.

- a) Aplicar el procedimiento de prevención.
- b) Realizar lavado de manos.
- c) Usar guantes estériles.
- d) Usar cuarto de curaciones (esteril).
- e) Limpiar la herida siempre con S.S.F, a chorro,
- f) Secar sin arrastrar.
- g) No usar ningún tipo de antiséptico.

8. Aplicación de tto. Según el estadio, tipo de tejido y cantidad de exudado existentes. El cambio y frecuencia de las curas vendrá determinado por el nivel de exudado y estado en que se encuentre el apósito utilizado.

ESTADIO I (Eritema cutáneo).

Tto: Aceite hiperoxigenado (Corpitol®) Apósito hidrocoloide extrafino. No masajear la zona enrojecida.

ESTADIO II (Pérdida parcial de tejido que afecta a epidermis y dermis. Suele presentar exudación moderada).

Tto; Apósito hidrocoloide absorbente.

Sí existe cavidad: Apósito hidrocoloide absorbente mas pasta hidrocoloide

Si existe tejido necrótico: Desbridar.

ESTADIO III y IV. (Pérdida total del espesor de la piel que implica al tejido subcutáneo, muscular, y a veces, óseo y tendones.)

Tto: Apósito hidrocoloide abs. mas pasta hidrocoloide (rellenar 3/4 partes de la cavidad).

Retirar por completo toda la pasta hidrocoloide de las curas anteriores. Si el exudado es muy abundante: Apósito de hidrofibra mas apósito hidrocoloide absorbente. Sí existe tejido necrótico: Desbridar.

No utilizar cura oclusiva si están expuestos los tendones y los huesos: Usar apósitos tradicionales (apósito estéril no transparente). En las úlceras con mal olor: Usar apósitos de carbón activado.

ÚLCERAS INFECTADAS

Tto: No usar cura oclusiva. Limpieza con SSF cada 12 horas.

Apósito de hidrofibra mas apósito tradicional (tipo Mepore®).

Sí no mejora en 10 días, aplicar tto ATB local previo frotis o tomando

Muestra de cultivo por aspiración.

Comunicar al facultativo por sí procede pauta ATB por vía sistémica,

ÚLCERA CON TEJIDO NECRÓTICO. (Desbridar) Tipos de desbridamiento:

Quirúrgico: Precisa destreza, es rápido, no selectivo, puede resultar doloroso y producir hemorragia.

Comenzar a desbridar siempre por el centro de la lesión. Enzimático: más lento, no doloroso y puede macerar el tejido sano.

El más utilizado es la colagenasa (tipo Iruxot mono®), que se aplica con gasas humedecidas en SSF. Autolítico: Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación.

Se utilizan los hidrogeles (tipo Varihesive hidrogel®).

Tanto el desbridamiento Enzimático como el Autolítico, se pueden combinar con el Quirúrgico.

NORMAS BÁSICAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS APOSITOS HIDROCOLOIDES.

- a) Aplicar directamente sobre la ulcera dejando un margen de 2 o 3cm alrededor.
 - b) Cambiar con frecuencia (48-72 horas) o siempre que rebose un gel blanquecino por los bordes.
 - c) No retirar precozmente porque se destruye el tejido de granulación que se forme.
 - d) Utilizar esparadrapo de tela elástica tipo Fixomull® como refuerzo en los bordes .
 - e) Identificar la fecha de aplicación del aposito.
9. Recoger el material.
 10. Retirarse los guantes.
 11. Realizar lavado de manos.
 12. Anotar en registros.

OBSERVACIONES

Ante cualquier duda, consultar el Protocolo de Cuidados en úlceras por presión.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Objetivo

Evitar la aparición de signos y síntomas de infección en el paciente.

PROCEDIMIENTO

Utilizar medidas profilácticas en los distintos eslabones de la cadena epidemiológica;

Sobre el agente infeccioso:

1. Lavar los objetos contaminados.
2. Realizar la desinfección y esterilización de los mismos.

Sobre el Reservorio:

1. Lavar al paciente con agua y jabón neutro.
2. Cambiar la ropa sucia
3. Desechar los tejidos muertos, apósitos y ropa sucia en bolsas impermeables.
4. Tirar el material punzante en los contenedores diseñados para ello.
5. Emplear medidas de limpieza y desinfección en el mobiliario y habitaciones.
6. Retirar las soluciones de los frascos abiertos durante periodos prolongados.
7. Tomar medidas de aislamiento de contacto y respiratorio, si procede.

Sobre el portador el mecanismo de transmisión.

1. Realizar lavado de manos.
2. Usar guantes.
3. Seguir las normas de aislamiento.
4. Realizar una adecuada recogida, transporte y eliminación de los líquidos corporales.
5. Los enseres de aseo del paciente serán individuales.
6. Utilizar preferentemente material de un solo uso.

Sobre el huésped.

Se tomarán medidas encaminadas a reducir la susceptibilidad a la infección:

1. Proporcionar una alimentación e ingesta líquida adecuada.
2. Asegurar el descanso suficiente.
3. Mantener la integridad cutánea y de las mucosas
4. Aseo adecuado e hidratación de la piel.
5. Manipular lo menos posible los sistemas de perfusión.
6. Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
7. Curar las heridas con técnica estéril.
8. Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.

VALORACIÓN DEL DOLOR

Objetivo

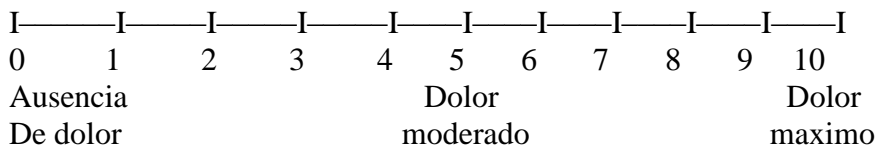
Conocer la etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente

Material

Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

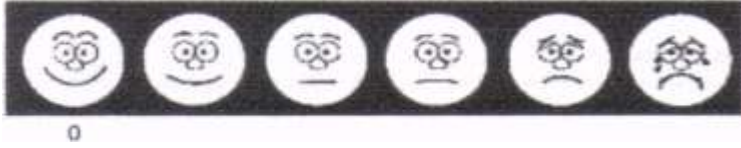
1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Obtener información del paciente para detectar las características del dolor de forma objetiva y subjetiva:
 - A) Valoración subjetiva:
 - a) Registrar:
 - Intensidad del dolor. (Ver escalas en anexo 1).
 - Localización e irradiación
 - Causa probable
 - Aumento o disminución con el ejercicio
 - b) Escuchar al paciente y observar la conducta ante el dolor.
 - c) Detectar déficit de conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo.
 - d) Detectar signos de ansiedad, preocupación y desinformación.
 - e) Preguntar por el efecto analgésico de la medicación y su duración si la tuviera.
 - t) Obtener información de la familia.
 - B) Valoración objetiva;
 - a) Cambios en la T.A., pulso y respiración.
 - b) Dilatación de pupilas.
 - c) Sudoración, náuseas, vómitos, cambios de temperatura...
 - d) Expresión facial del dolor (ojos sin brillo, aspecto derrotado con movimiento fijo e irregular, palidez).
 - e) Alteración del tono muscular (tensión de los músculos faciales, musculatura en posición de defensa).
 - í) Conducta desordenada como: lamentos, llanto, deambulación incontrolada, nerviosismo, irritabilidad ansiedad.
 - g) Debilidad, agotamiento, impotencia.
 - h) Insomnio.
3. Anotar en registros de Enfermería los datos observados.



Escala analógica lineal del dolor.

Adaptada de: Brown, V.M. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4' Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999.Pág. 97.

ANEXO 2



0 1 2 3 4 5

VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

Objetivo

Observar e interpretar la comunicación verbal y no verbal que emite el paciente,

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Observar el lenguaje y capacidad que tiene el paciente para expresarse verbalmente, así como el grado de comprensión del mismo,
3. Comprobar si el paciente presenta deficiencias sensoriales: sordera, mudez, ceguera.
4. Observar la comunicación no verbal del paciente: expresión facial, gestos, marcha, movimientos de las manos, movimiento corporal, tono de voz, contacto físico.
5. Identificar otras causas que interfieran la comunicación del paciente como: distinto idioma, presencia de otras personas, ansiedad, nerviosismo, estado violento del paciente.
6. Anotar en registros de Enfermería los datos obtenidos.

COMUNICACIÓN ENFERMERA- PACIENTE

Objetivo

Asegurar el intercambio de información entre el paciente y la enfermera/o.

Material

- Registros de Enfermería. Bolígrafo.
- Papel.

Equipo

- Pizarrín.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Crear un clima de calidez y aceptación, controlando los factores ambientales que dificulten la comunicación (ruidos, poca iluminación, temperaturas extremas).
3. Comenzar dirigiéndose al paciente por su nombre. Realizar la presentación indicando al paciente nuestro nombre y nuestro papel dentro del equipo.
4. Tener en cuenta:
 - a) Capacidad para el lenguaje presentada por el paciente.
 - b) Existencia de alguna deficiencia sensorial (sordera, ceguera, mudez).
 - c) Idioma.
 - d) Edad.
 - e) Tipo de patología.
5. Emplear conductas no verbales adecuadas:
 - a) Sentarse al mismo nivel que el paciente.
 - b) Adoptar posición relajada.
 - c) Realizar una escucha activa.
6. Utilizar frases cortas, concretas, en lenguaje coloquial, de forma ordenada y sugerente
7. Animar al paciente a solicitar aclaraciones, concederle tiempo y prestarle atención.
8. Comprobar que su comunicación verbal se corresponde con la verbal. En caso contrario solicitar aclaración.
9. Garantizar la retroalimentación.
10. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- En casos de deficiencias sensoriales, distinto idioma, pacientes pediátricos, con ventilación mecánica, etc., utilizar métodos alternativos (intérpretes, lenguaje de signos, dibujos, escritura, etc.).

Planificar la comunicación como una actitud habitual definiendo los objetivos. Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información sea la misma.

Evitar hacer juicios de valor, menospreciar, utilizar el sarcasmo y la ironía, generalizar.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Objetivo

Dar apoyo o soporte informativo al paciente (y/o familia).

PROCEDIMIENTO

1. Verificar la información y unificar criterios antes de proporcionarla al paciente y/o familia.
2. Procurar intimidad y confidencialidad.
3. Presentarse al paciente y/o familia.
4. Tener en cuenta a la hora de dar la información los factores que influyen en el estado del paciente:
 - a) Factores físicos: Integridad de los sentidos, fatiga, dolor.
 - b) Factores psicológicos: Experiencias anteriores, motivación, confianza en si mismo y en el personal, estado de ansiedad.
 - c) Factores intelectuales: Capacidad de comprensión, edad.
 - d) Factores sociológicos: Grado de apoyo familiar, creencias.
5. Utilizar un lenguaje comprensible evitando terminología complicada, con mensajes cortos y repetitivos, procurando poner ejemplos.
6. Adoptar una actitud de acercamiento haciéndole ver al paciente que estamos para ayudarle.
7. Dar la información en sentido positivo, aconsejarle, orientarle, proporcionar datos sobre el entorno y personal.
8. Aportar la información de forma clara y ordenada, resolviendo las dudas que el enfermo plantee.
9. Aportar la información relativa a procedimientos y exploraciones a que va a ser sometido previamente a la realización de los mismos.
10. Verificar con el paciente que ha comprendido la información aportada.
11. Anotar en registros de Enfermería los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

- Dar información directamente sí es posible, evitando intermediarios.

Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información aportada sea la misma.

GLOSARIO

Absorción: paso de una sustancia a través de una membrana (piel y mucosa) hacia la sangre.

Acapnia: disminución notable en la concentración de bióxido carbónico de la sangre.

Acetabulo: cavidad del hueso coxal en la cual encaja la cabeza del fémur.

Acinesia: hipoactividad psíquica y motora o parálisis muscular

Adiponecrosis: necrosis del tejido graso

Adormía: incapacidad para conducir estímulos que presenta cualquier nervio responsable de un músculo

Alcalina: sales de bicarbonato que se presenta en los líquidos corporales; principalmente bicarbonato sódico.

Alcalosis: estado en el cual hay proporción excesiva de alcalinos en la sangre; apuesto acidosis

Algia: sufijo que significa dolor y estado doloroso

Anestesia: pérdida de la sensibilidad

Aneurisma: dilatación sacular llena de sangre de la pared de una arteria.

Aterosclerosis: endurecimiento de las paredes arteriales caracterizado por depósitos de lípidos en la túnica íntima.

Atrofia: adelgazamiento de los tejidos; disminución del volumen de una parte.

Bajera: sabana inferior.

Braga: especie de calzones anchos.

Cianosis: coloración azulada de la piel que depende de oxigenación deficiente en la sangre.

Ciático: relativo al isquion.

Cilindroeje: prolongación de las células nerviosas que transmite impulsos.

Cinestesia: sentido muscular percepción de la posición y el movimiento de las partes corporales

Cuña: pieza terminada en ángulo diedro muy agudo que sirve para hender cuerpos sólidos para calzarlos o para rellenar un hueco.

Dendrita: arborescente o semejante a árbol; prolongaciones de una célula nerviosa que transmite impulsos hacia el cuerpo de la célula.

Edema: Exceso de líquido en los tejidos hidropesía

Esparadrapo: tela adherente que sirve para sujetar vendajes o como apostilló si le ha agregado algún antiséptico

Fascículo: haz de cilindros situados en el sistema nervioso central.

Isométrica: concentración muscular que no produce cambios de la longitud del músculo.

Lomo: parte de la espalda entre las costillas y los coxales

Medula: porción interna de un órgano, a diferencia de la porción externa o corteza.

Mielina: sustancias lipóide que se presenta en la vaina que rodea algunas fibras nerviosas.

Neurilema: vaina nerviosa.

Palangana: recipiente ancho y poco profundo usado para lavar o lavarse.

Parálisis: pérdida de la facultad de movimiento o sensibilidad, especialmente de movimientos voluntarios.

Perimisio: tejido conjuntivo entre los haces de fibras musculares.

Trombosis: formación de un coágulo en un vaso sanguíneo.

Vía: haz de axones localizado en el sistema nervioso central.

Zonula: zona pequeña

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Estudios Adams, ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 51. Pag. 410-422. 2- Maklebust, .1; Sieggreen, M, Cómo vencer a las úlceras por presión, Rev. Nursmg. Mayo 1997. Pag. 10-23. 3. Fdez. Álvarez, V. Úlceras de decúbito. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, j. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editora! Ceditan /Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pag. 322-324,
2. Neízei, C, y cois.. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pag. 20,21.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3a Ed. Editorial Mosby S.A.,Madrid.1994.Pág. 223-225.
4. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Vaibuena S.A. Madrid 1997, Tema 51. Pag. 410-422,
5. Maklefaust, J.; Sieggreen, M. Consejos prácticos para prevenir, valorar y tratar las lesiones cutáneas. Rev. Nursing. Febrero 1997. Pag. 32,32.
6. Fdez. Álvarez, V. Úlceras de decúbito. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud, Diplomados de Enfermería. Contestaciones ai programa oficial. Materia específica. 1a Ed. Editorial Cedttán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pag. 225-254.
7. Rodríguez Palma, M; Malia Gázquez, R; Baraba Chacón, A., Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev. Rol de Enfermería. N° 223. Marzo 1997. Pag. 13-18.
8. Ayeiio, E. A. Valoración de! riesgo y estrategias preventivas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica; técnicas y procedimientos.4a Ed, Editorial Harcourt Brace S,A..Madri.1999.Pág, 198-205.
9. División de Enfermería. HURS, de Córdoba. Protocolos de cuidados en úlceras por presión. Córdoba. 1999.
10. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básteos de Enfermería. Madrid 1990. Pag. 50.
11. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermeria.2a Ed. Ediciones Rol. Ma-drid. 1988. Pag 24.
12. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedí-
13. Buchda, V; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial tnteramericana. México D.F. 1995. Pag. 92.
14. Brown, V. M. Supresión de estímulos dolorosos En: Perry, A. G.; Potter, P.A., Enfermería Clínica; técnicas y procedimientos^" Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999.Pag. 95-101.
- 3- Centro de Estudios Adams. Cuidados de Enfermería al paciente con dolor. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Pag. 454-467.
15. Gómez Martín, M.. Cuidados de Enfermería al paciente con dolor En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editora! Ceditan /Algaida. VoL IV. Sevilla 1998. Pag. 322-324,

16. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pag. 53-70.

17. Kozier, Erb, Oltvieri, Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4^a Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pag. 1033-1076.