



**Universidad Autónoma del
Estado de Hidalgo**

**Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Enfermería**

**Proceso de Atención de Enfermería a
paciente con úlceras por presión
Para obtener título como Enfermera
General**

Profesor:

MCE. Evila Gayoso Islas

Alumna:

Dora Paola Castillo Montes



INDICE

Página

Dedicatoria.....	1
Agradecimientos.....	2
1. Introducción.....	3
2. Justificación.....	4
3. Objetivos.....	5
3.1 Objetivo General.....	5
3.2 Objetivo Especifico.....	5
4. Marco Teórico.....	6
4.1 Úlceras por presión.....	6
4.2 Etiología.....	6
4.3 Cuadro clínico.....	7
4.4 Diagnóstico.....	7
4.5 Tratamiento.....	8
5. Anatomía y fisiología de la piel.....	10
5.1 Fisiología de la piel.....	11
5.2 Patogenia.....	12
6. Proceso atención enfermería.....	14
6.1 Beneficios.....	14
6.2 Objetivos del proceso atención enfermería.....	15
6.3 Características del proceso atención enfermería.....	15
6.4 Etapas o fases del proceso atención enfermería.....	16
7. Primera etapa del PAE valoración.....	17
7.1 Segunda etapa del PAE diagnóstico de enfermería.....	19
7.2 Tercera etapa del PAE planeación.....	20
7.3 Cuarta etapa del PAE ejecución.....	22
7.4 Quinta etapa del PAE evaluación.....	23
8. Valoración de enfermería.....	24
8.1 Escala de Norton de riesgo de úlceras por presión.....	34
8.2 Diagnósticos de enfermería.....	35
8.3 Plan de cuidados.....	38
8.4 Ejecución.....	43
8.5 Evaluación.....	66
9. Conclusiones.....	67
10. Bibliografía.....	68
11. Glosario.....	71

DEDICATORIA

A DIOS

Doy gracias a dios por haberme permitido estar aquí y lograr una meta más en mi vida

A MIS PADRES

María Trinidad y Nazario por su amor y cariño en todos los momentos de mi vida se los agradezco infinitamente

A MIS HIJOS

Carlos Eduardo y Diego Cruz por permitirme dedicarme al estudio y elaboración de este trabajo

A MI HERMANA

Marlen por apoyarme en este gran momento de mi vida

A MI ESPOSO

Pablo por su apoyo incondicional amor y comprensión en todo momento

GRACIAS

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a dios por haber puesto a la maestra Evila Gayoso en mi camino y agradecerle infinitamente su apoyo en la elaboración de este trabajo

A MIS SINODALES

A la Maestra Rosa María Baltazar y a la Maestra Lilia de la Cruz Gómez

1. INTRODUCCION

Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos y se encuentra en constantes renovaciones a través de la investigación científica, posee además un método científico propio de actuación el proceso Atención de Enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares y dirigidos al cuidado de las personas para la conservación de la salud.

Al aplicar el método científico de actuación (Proceso de Atención Enfermería) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que les permita identificar sus necesidades y resolver los problemas. Este debe ser dirigido a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

En los últimos años, la enfermería a logrado un amplio desarrollo intelectual a través del empleo de teorías y modelos de enfermería en la educación, practica e investigación , es por ello que este proceso atención enfermería está integrado con la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Este Proceso Atención Enfermería se enfoca al cuidado del paciente con Ulceras por Presión, problema de salud que cada día va en aumento.

Este trabajo aborda aspectos teóricos–metodológicos encaminados a la identificación de necesidades y resolución de problemas, con la aplicación del proceso atención enfermería, el trabajo se presenta en tres capítulos, el primero está dirigido a los objetivos que sustentan el estudio, el segundo capítulo que aborda el marco teórico basado en el Proceso Atención Enfermería y el tercer capítulo contiene el plan de cuidados.

2. JUSTIFICACION

La salud en México, representa un reto para todos, siendo varios los problemas que la afectan, entre los que destacan: la crisis económica, política, y social; la insuficiencia de las respuestas institucionales ante el crecimiento y evolución de los problemas que enfrenta el sector salud y la falta de equidad, eficiencia y eficacia de las acciones de promoción que revelan la necesidad de las nuevas orientaciones en la forma de la entrega de servicios de salud.

Se analizan las causas del por qué se presenta cada día esta enfermedad la cual ira en aumento a medida que crece la población de riesgo, siendo una de estas las Ulceras por presión.

La enfermedad de Ulceras por Presión se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública a nivel mundial. Se ha observado un incremento progresivo en su prevalencia en las últimas décadas, sobre todo en los países desarrollados que ha obligado incluso a planes de intervención nacionales y estatales. La incidencia de nuevos pacientes con enfermedad de Ulceras por Presión va en aumento.

Por lo que es necesario que el profesional de enfermería de respuesta a las necesidades y problemas de salud que presenta el individuo a través del proceso de atención enfermería, este demuestra que los cuidados de enfermería están basados en conocimientos científicos y que permiten dar atención planificado, organizado, da atención enfermería que asegura la calidad de los ciudadanos, cubriendo las necesidades y resolviendo los problemas de salud.

El presente proceso atención de enfermería se elaboro con la finalidad de que el paciente con enfermedad Ulceras por Presión se desarrolle con calidad de vida adecuada, se encuentre física, psicológicamente y emocionalmente estable, que el agente de cuidado terapéutico (profesional de enfermería) realice la planeación y organización de los cuidados para disminuir el déficit de autocuidado y desarrollar capacidades de autocuidado en el paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Proporcionar atención enfermería a un paciente con diagnóstico de úlceras por presión aplicando el Proceso Atención de enfermería, utilizando la taxonomía: NANDA, NOC, NIC.

3.2 Objetivos específicos

1. Elaborar el proceso atención enfermería con sus cinco etapas
2. Identificar las necesidades y problemas del paciente con úlceras por presión y elaborar sus diagnósticos.
3. Elaborar el plan de cuidados y planificar las acciones de enfermería integrando la taxonomía: NANDA, NOC, NIC.
4. Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir los problemas de salud detectados.

4. MARCO TEORICO

4.1 Úlceras por presión

Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

4.2 Etiología

Las Úlceras por Presión se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

Las fuerzas responsables de su aparición son:

1. 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 32 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

2. Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres

3. Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

4.3 Cuadro Clínico

Generalmente estas personas han perdido la sensibilidad al dolor y a la presión, padecen alteraciones en la circulación sanguínea, atrofia muscular por la inmovilidad, desnutrición y anemia entre otros cuadros que contribuyen a la producción de las úlceras.

Al comprimirse alguna parte del cuerpo por un período prolongado de tiempo, se produce una disminución de su flujo sanguíneo, isquemia y la consiguiente muerte paulatina del tejido.

En un principio aparece un enrojecimiento en la zona afectada que no desaparece al presionarla. Posteriormente la piel comienza a adelgazarse, comprometiendo tanto a la epidermis como a la dermis, y se observa una pequeña úlcera superficial.

Tiempo después se pierde por completo el espesor de la piel, afectando al tejido celular subcutáneo y la úlcera crece superficialmente y en profundidad.

En un último estadio de evolución la úlcera ha adquirido un tamaño considerable, con gran destrucción de la piel, músculo o hueso subyacente.

4.4 Diagnóstico

Para la valoración por enfermería sobre el estado de la piel, el riesgo de padecer UPP y la valoración de las lesiones cutáneas del paciente, tendremos que interpretar los signos y síntomas que observemos, desde el punto de vista de los diagnósticos de enfermería (NANDA), podemos prevenir el deterioro de la integridad cutánea (UPP) y aplicar los cuidados necesarios.

Deterioro de la integridad cutánea (grados I y II)

Estado en que la piel de un individuo está alterada adversamente

Características definitorias principales

Solución de continuidad de la superficie cutánea; destrucción de las capas de la piel.

Factores relacionados/contribuyentes

Externos: Hiper o hipotermia; sustancias químicas; factores mecánicos (fuerza de deslizamiento, presión, sujeciones); radiación; inmovilidad física, humedad.

Internos: Medicación, alteración del estado nutricional (obesidad, emaciación), alteración del estado metabólico, alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad, alteración de la pigmentación, prominencia esquelética, factores de desarrollo, déficit inmunológico, alteraciones en la turgencia.

Deterioro de la integridad cutánea (Grados III y IV) déficit integridad tisular Estado en el que el individuo experimenta lesión de tejidos (membrana mucosa, córnea, intergumentario o subcutáneo).

Características definitorias principales: lesión o destrucción de los tejidos

Factores relacionados/contribuyentes:

Alteración de la circulación, déficit/ exceso nutricional de líquidos, déficit de conocimientos; deterioro de la movilidad física; irritantes químicos (incluyendo la excreciones y secreciones corporales y los medicamentos); irritantes térmicos (temperatura extrema), irritantes mecánicos (presión, deslizamiento, fricción); radiación (incluyendo la terapéutica).

4.5 Tratamiento

Existen dos tipos básicos de tratamiento; el conservador, basado en la aplicación de medicamentos y en la cicatrización espontánea, y el tratamiento quirúrgico, el cual persigue como objetivo:

1. Reconstruir las pérdidas de sustancias más o menos extensas.
2. Eliminar las superficies óseas causantes de la compresión.
3. Dar un almohadillado de tejidos blandos y de piel para crear una zona resistente a futuras compresiones.
4. Para la aplicación de este tratamiento se requieren medidas preoperatorios, que consisten en:
 1. Disciplinar al enfermo y a los familiares.
 2. Realizar frecuentes curas (dos veces al día).
 3. Procurar una buena higiene cutánea.
 4. Régimen dietético rico en vitaminas y proteínas.
 5. Antibioticoterapia dos o tres días previos a la intervención propuesta.

Técnicas operatorias

Son varios los colgajos cutáneos a realizar, en dependencia de su extensión, localización y la calidad de la piel circundante a la úlcera:

1. Úlceras pequeñas.
2. Úlceras sacras.
3. Úlceras trocantéricas.
4. Úlceras isquiáticas
5. Neurovasculares.

Cuidados post-operatorios

- Aplicación de apósitos bien almohadillados con una presión ligeramente comprensiva, preferentemente con una venda elástica.
- Cambiar de posición al enfermo, rigurosamente cada dos horas, y en un colchón especial.
- La higiene cutánea debe ser cuidadosa y disciplinada.
- Uso de antibióticos de acuerdo con su antibiograma.
- Alimentación rica en proteínas y vitaminas.
- Institución precoz del tratamiento complementario rehabilitatorio.

Complicaciones post-operatorias

Las más frecuentes son:

1. Hematoma o seroma
2. Infecciones
3. Dehiscencia de la sutura.
4. Presencia de fístulas.

Formas especiales de úlceras de presión:

Las que se ven con una evolución rápida en los pacientes que presentan coma tóxico y surgen en cualquier punto del revestimiento cutáneo aun sin relieve óseo, que desencadenan una necrosis masiva. Otras de las úlceras de presión son las provocadas por los aparatos enyesados a nivel de una prominencia ósea. Nuestra exposición no pretende abarcar todo lo existente actualmente acerca de la úlcera de decúbito, sino simplemente dar una idea general sobre ello; ahora bien, sí queremos destacar que las úlceras puedan prevenirse en la mayor parte de los casos y su verdadero tratamiento es el preventivo, pues una vez que aparezca, por la causa que sea, la cura de esta afección, aunque no imposible, es muy difícil y compleja, lo que entorpece la evolución de las enfermedades que concomiten con ella, y siempre ensombrece el pronóstico.

4. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA PIEL

La piel, como pared externa del organismo, defensora de alteraciones químicas, físicas y bacterianas mediante reacciones bioquímicas y fisiológicas, mantiene el medio interior del organismo, apoyada en sus tres capas constitutivas, una, superior externa, epidermis, otra, intermedia, la dermis y la interna o profunda, hipodermis; anexadas a ellas se hallan los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas y sebáceas, los vasos sanguíneos, arterias y venas, linfáticos y terminaciones nerviosas, dadas por corpúsculos sensoriales, y las uñas.

Su irrigación sanguínea depende de la existencia de dos arcos arteriales situados, el primero, en la unión dermoepidérmica, formada por arterias de mediano calibre provenientes de la circulación profunda con vasos rectos perpendiculares a la epidermis que forman el arco arterial superficial. De éste parten pequeñas arteriolas capilares que al nivel del vértice de la papila dérmica originan el sistema venoso de retorno, el cual desemboca finalmente en la circulación venosa profunda.

El segundo arco se halla situado a nivel de la dermis. Su inervación se realiza por múltiples terminaciones nerviosas que penetran en el tejido celular subcutáneo y corren paralelas a la superficie cutánea, acompañado de receptores dérmicos.

5.1 Fisiología de la piel

Cada persona nace con el tipo de piel que lo acompañará durante toda la vida, determinado por factores genéticos hereditarios familiares o raciales, que responden de determinada forma ante los diferentes estímulos a que se halla expuesta.

Funciones de la piel

- Aislamiento de las estructuras corporales del medio exterior.
- Protección de las estructuras corporales contra las agresiones externas de origen físico, químico o biológico.
- Participa en la regulación de la temperatura y de la producción de anticuerpos.
- Participa en el metabolismo de determinadas sustancias, como el ergosterol, que se transforma en vitamina D por la acción de la luz solar.
- Eliminación sudoral y sebácea, que mantiene húmeda y elástica la superficie cutánea. Las escaras y las úlceras de decúbito son tan antiguas como el surgimiento de la medicina; constituía una lesión típica del parapléjico o cuadripléjico.

Como teoría de su surgimiento se plantean:

- Falta del aporte sanguíneo
- Déficit alimentario

Como resultante de destrucciones nerviosas, Otros la relacionan en la existencia de presión y otras enfermedades asociadas. Aparecen en pacientes débiles que requieren de un encamamiento prolongado, durante el cual no se prevén todas estas condicionales anteriormente expuestas.

¿Es posible la realización de la profilaxis?

En nuestras manos está la aplicación de un tratamiento general y local adecuado, la indicación de un tratamiento dietético rico en proteínas, la movilización precoz de todos los pacientes, independientemente de la

edad y la enfermedad de base, así como el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias.

5.2 Patogenia

Partiendo de la presión sostenida sobre el tejido y la existencia de causas accesorias (isquemia local), provocan una pérdida de sustancia de los tegumentos, piel y tejido celular subcutáneo. Unido a ello está la inmovilidad de los pacientes en períodos prolongados sobre zonas anatómicas prominentes. Son las más frecuentes las trocantéricas, isquiáticas, sacras y calcáneas, con afectación de la sensibilidad cutánea, la fricción de las partes blandas, la hipoproteïnemia. Son estos elementos los fundamentales como factores patogénicos más directamente responsables en el origen de las escaras y las úlceras de decúbito.

Anatomía patológica

Puede resumirse de la forma siguiente:

1. Isquemia por compresión.
2. Necrosis profunda responsable de la formación de una escara.
3. Úlcera acompañada de una infección secundaria.
4. Presencia de tejido de granulación exuberante.
5. Proliferación epitelial.
7. Retracción cicatrizal con ulceración persistente.

El surgimiento de la escara o la ulceración se manifiesta clínicamente en diferentes fases o etapas:

1. Fase de eritema o flictena.
2. Fase de necrosis o escara.
3. Fase de ulceración y granulación
4. Fase ulcerocicratizal

Los síntomas son muy escasos y relacionados con trastornos cutáneos, con sensibilidad muy afectada y con inhibición de las reacciones de defensa normales. Dolores siempre raros. Presencia de exudado o supuraciones. Olor desagradable. Hemorragia eventual a partir del tejido de granulación. Proceso inflamatorio agudo. Síntomas relacionados con el grado variable del deterioro del enfermo postrado.

Complicaciones de las úlceras

Son muchas y variadas, dadas unas por la propia pérdida de los tegumentos; otras, dependen de su localización; las más frecuentes son:

1. Infecciones de partes blandas en forma de celulitis o abscesos.
2. Procesos infecciosos óseos.
3. Cuadros artríticos.
4. Luxaciones y fracturas.
5. Tromboflebitis.

Cómo prevenir las úlceras de presión.

Además de un equipo médico y de enfermeras permanentemente atentas y conscientes de sus responsabilidades, enfrascados en una lucha constante por evitar la presión continuada, se recomienda:

1. Cambios periódicos de posición del enfermo en un período de tiempo no mayor de dos horas.
2. Vigilancia de la zona cutánea de apoyo diariamente, con aseo de la zona y aplicación de masaje.
3. Reducción de la presión local con almohadones y colchones especiales.
4. Vigilancia y control de la nutrición del enfermo

6. PROCESO ATENCION ENFERMERIA

Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza el profesional de enfermería apoyándose en modelos y teorías y en un orden específico con el fin de asegurar que la persona que requiere de cuidados de salud los reciba de la mejor forma posible. Además de que es un método sistemático y organizado para poder administrar cuidados en forma individual con un enfoque de que cada persona o un determinado grupo responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas y necesidades humanas. Además, el proceso permite tratar a la persona como un todo; ya que se identifica al paciente como un individuo único que necesita atenciones de enfermería enfocadas en específico a el y no solo a su enfermedad.

El Proceso de Atención Enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, de modo que se puede ofrecer desde una perspectiva enfermera, y cuidados sistematizados.

6.1 Beneficios del Proceso Atención Enfermería

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- Impide omisiones o repeticiones innecesarias.
- Permite una mejor atención.
- Se centra en la respuesta humana única del individuo
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

6.2 Objetivos del Proceso Atención Enfermería

Entre los objetivos se describen y consta de diferentes apartados:

- Recogida de datos, valoración, organización y registro de dichos datos.
- Diagnostico de enfermería: Que puede ser de autonomía o de independencia. No se incluyen en este apartado los problemas de colaboración, ya que estos se derivan de un análisis de datos desde la perspectiva de un modelo medico.
- Planeación: Fijación de objetivos y prioridades.
- Intervención y actividades.

6.3 Características del Proceso Atención Enfermería

Es un proceso **Cíclico** y **Continuo** que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes. La evaluación de los cuidados de enfermería llevara posiblemente a cambios en la realización de los mismos también es posible que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por **deterioro** o por **mejora** en su salud.

El proceso de atención enfermería está enfocado además de las necesidades fisiológicas del paciente, en brindar: **seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y auto-realización**

Habilidades

El personal de enfermería debe poseer habilidades para cuando empiece la fase inicial del proceso, el tener habilidades contribuye a la mejora de la atención al cuidado de la salud del paciente.

- **Habilidades cognitivas o intelectuales:** Tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del paciente, se realizara la identificación de problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación.
- **Habilidades interpersonales:** Estas incluyen la comunicación terapéutica y desarrollo de confianza y buena comunicación con el paciente.
- **Habilidades técnicas:** Incluyen el conocimiento y habilidad para realizar técnicas y procedimiento

6.4 Etapas o Fases del Proceso Atención Enfermería

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería.
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

7. PRIMERA ETAPA DEL PAE (VALORACIÓN)

La valoración o recogida de datos es la primera etapa del PAE ya que por medio de los datos obtenidos se podrán identificar las necesidades del paciente para poder aplicar los cuidados.

Recogida de datos

Es un proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla.

El proceso de cuidados se entabla con la recogida de datos desde la llegada de la persona a un servicio de cuidados o durante las primeras horas de su hospitalización. Es la primera interrelación entre enfermera, personal médico y paciente es un proceso continuo y dinámico en el que la enfermera no deja de observar, consultar, preguntar y reunir información.

La finalidad es conocer mejor al usuario y planificar los cuidados necesarios y apropiados, esta etapa del proceso proporciona una imagen global del estado de salud de la persona y permite a la enfermera emitir uno o varios juicios clínicos específicos, es decir identificar los problemas después de sus observaciones y preguntas y tratar de resolverlos en el marco de sus funciones.

Tipo y fuente de datos.

- **Datos subjetivos:** Son los que el paciente nos refiere y no nos puede mentir
- **Datos objetivos:** Son los que observamos y podemos medir, ejemplo: medición de S. V.
- **Datos históricos:** Son antes de que apareciera la enfermedad, ejemplo. Hábitos alimenticios, hábitos del sueño o problemas anteriores, esto nos permite establecer una comparación de lo que ocurre ahora.
- **Datos actuales:** Estos incluyen lo que ocurre en el momento, por lo que esta acudiendo.

- **Por fuente primaria:** Información obtenida del paciente.
- **Por fuente secundaria:** Información obtenida por expediente, familia, amigos, estadística y bibliografía.

Hay dos tipos de valoración

1. **Valoración general:** Céfalo caudal por aparatos y sistemas.
2. **Valoración focalizada:** Únicamente te va enfocar a un aparato o sistema, según sea el caso (ginecología, pediatría) estos datos serán confidenciales no se podrá hablar de la valoración realizada al paciente con terceros (vecinos, amigos, asegurador, empresario etc.) el personal médico y de enfermería está obligado a guardar secreto de acuerdo a su ética profesional.

7.1 Segunda etapa del PAE (Diagnóstico de enfermería)

El diagnóstico enfermero es el resultado de la segunda etapa del proceso de cuidados. Consiste en un enunciado sencillo y preciso que describe la respuesta de una persona o de un grupo a una experiencia del ciclo vital o a un problema eventual o presente que concierne a la salud física, psicológica, o a una dificultad de adaptación social.

El diagnóstico enfermero, a diferencia del diagnóstico médico es un juicio clínico que no se refiere directamente a la enfermedad, lleva más bien a la enfermera a interesarse por la manera como la persona presenta.

Juicio Clínico

Es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

Tipos de diagnóstico enfermero

- Reales o presentes.
- Riesgo
- Salud y promoción de la salud

Objetivos del diagnóstico enfermero

- Identificar los problemas de una persona para poder ayudarla.
- Centrar los cuidados en los aspectos de enfermería más que los aspectos médicos.
- Ofrecer al enfermo cuidados de mejor calidad, personalizados y más humanos.
- Adoptar un vocabulario común estandarizado.
- Facilitar la coordinación del trabajo del equipo de cuidados para dirigirlo a un fin concreto.
- Dar una mayor importancia a la prevención.
- Establecer una base para la evaluación de la calidad de los cuidados.
- Dar al trabajo de la enfermera un carácter más riguroso y científico.

Los diagnósticos de enfermería se elaboran de acuerdo a los problemas identificados en la valoración y observación de los signos y síntomas que presente el paciente tomando en cuenta la taxonomía de la Nanda.

7.2 Tercera etapa del PAE (Planeación)

La planeación se deriva directamente del diagnóstico de enfermería ya que ha permitido identificar los problemas y se tienen que dar algunas soluciones, algunas intervenciones que van a contribuir a prevenir alguna dificultad, eliminar la causa de un problema, disminuir sus efectos y corregir o a mejorar la situación.

La planeación esta esencialmente en la acción; esta tercera etapa del proceso de cuidados se puede definir así: la planificación de los cuidados consiste en establecer un plan de acción en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, una estrategia de cuidados bien definida.

El plan de cuidados no puede quedarse en un mero proceso intelectual debe de ser explícitamente redactado en un documento que todos los cuidadores puedan consultar.

La etapa de planeación incluye dos partes:

1. La elaboración de los resultados.
2. Las intervenciones

Los resultados son los que queremos satisfactoriamente para nuestro paciente y las intervenciones deben basarse en principios científicos de cuidados enfermeros, buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona. Las intervenciones deben ser concisas, simples, precisas e individualizadas.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera. Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.

El plan de cuidados es un todo que comprende el diagnóstico enfermero, los resultados y las intervenciones que sirven para preveer, organizar y evaluar los cuidados

Tipos de planes de cuidados

Existen diferentes tipos de planes de cuidados. El más extendido es sin duda alguna el **plan de cuidados personalizado** en el que hay que rellenar algunas columnas para el diagnostico enfermero, los resultados, las intervenciones y la evaluación.

Este tipo de plan es un medio extraordinario para organizar los cuidados pero exige mucho tiempo y energía.

Plan de cuidados estándar

Es un instrumento cerrado que, para un diagnóstico enfermero dado, propone una serie de resultados y de intervenciones entre los que se puede elegir, este plan puede utilizarse de dos maneras: para servir de modelo para elaborar un plan de cuidados personalizado o convertirse en un instrumento de trabajo.

7.3 Cuarta etapa del PAE (La ejecución)

La fase de ejecución es la realización del plan de cuidados elaborado por la enfermera. Se centra en la realización de las intervenciones que figuran en el plan de cuidados y que tiene como finalidad ayudar a la persona a alcanzar los objetivos.

No obstante, hay que precisar que el plan de cuidados debe realizarse en concordancia con las otras actividades que afectan a la persona cuidada, es decir las que se han planificado en las “actividades de la vida diaria” (cuidados de higiene, levantar, etc.) y las que corresponden a la función de la colaboración (administración de medicamentos, cambio de apósitos y aplicación de diversos tratamientos).

La enfermera se pregunta ahora como compaginar sus intervenciones autónomas y sus intervenciones en colaboración. Para responder a esta cuestión hay que dividir la etapa de la ejecución en seis puntos:

- Preparación de la jornada
- La elaboración mental o escrita de un horario de trabajo
- La ejecución de los cuidados
- La delegación de tareas
- La documentación de los cuidados
- Los informes escritos

La importancia de los informes escritos

Desde hace mucho tiempo las enfermeras consideran que la documentación de los cuidados es esencial para el ejercicio de su profesión; actualmente la documentación ocupa una parte importante en el trabajo de la enfermería.

7.4 Quinta etapa del PAE (La Evaluación)

La evaluación de los resultados o consecución de los objetivos constituye la última etapa del proceso del cuidado. Es una etapa bastante compleja que reúne un conjunto de elementos, consiste en emitir un juicio sobre el estado de la persona cuidada en relación con las intervenciones cuidadas, representa una obligación profesional, pero en un sentido más amplio, afecta a la evolución misma de la enfermera en sus responsabilidades de cuidadora.

La evaluación es un juicio comparativo y sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos al medir el progreso realizado, la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus intervenciones.

Finalidad de la evaluación

- Verificar la consecución de los objetivos.
- Brindar cuidados de calidad.
- Tratar de averiguar lo que podría mejorarse.
- Rectificar el curso de la acción.

Evaluación es un proceso serio que debe ser documentado no basta decir que el objetivo se ha conseguido o no. En algunos casos la enfermera debe de ampliar su evaluación al conjunto del proceso seguido porque la situación no evoluciona además, siempre es importante evaluar la satisfacción de la persona cuidada.

Como objetivo principal se va averiguar si se han alcanzado los resultados esperados

VALORACIÓN DE ENFERMERIA

VALORACION ENFERMERA AL INGRESO

Fecha: 17 de Febrero de 2010 Hora de llegada: _____ : _____

Procedente de: se desconoce su llegada

Acompañado de : _____

Transporte en silla de ruedas _____ Camilla _____ Deambula _____

Brazalete de identificación _____ Información obtenida _____

Protesis aparatos u otros dispositivos

Dentadura postiza _____ Andados/Baston/Muletas _____

Completa SUP. _____ INF. _____ Extremidades Artificiales _____

I. Signos Vitales

Parcial SUP. _____ INF. _____

Abrazaderas _____

Temp. 36.4 | _____ Pulso 82 _____ Resp. 20

Gafas _____ Ojo artificial _____

Oral _____ Rectal _____ Axilar x _____ Lentes de
contacto _____ Peluca _____

TA _____ ESD _____ ESI _____ Posición _____

Audifono _____

Peso 38 kg _____ Talla _____ Otros

Peso: en la cama _____ en una silla _____ de pie _____
Comentarios _____

Diferido x Ha acudido por si mismo al hospital Si _____ No _____

Orientado en la habitación X
Excepciones _____

II. Alergias a: Medicamentos _____ Contrastes _____ Alimentos _____
Otros _____ Ninguna conocida _____

**AGENTE ESPECIFICO
DESCRIBIR LA REACCION SI SE SABE**

III. Percepción/Mantenimiento de la salud

A. Enfermedad actual

1. Diagnostico al ingreso _____ G
40 _____
2. Razones para el ingreso (en palabras del enfermo)

3. Duración de la enfermedad actual: 28 años de estancia en el hospital
4. Tratamiento anterior/Actual de la enfermedad y respuesta

5. El enfermo conoce el diagnostico Si _____ No x No se sabe _____

B. Enfermedades Anteriores (Incluyendo hospitalizaciones) Isquemia cerebral, síndrome hipertensivo de 10 años de evolución aprox. Cuadros parasitarios, Fx del tercio distal cubital izq. (08)infección de vías urinarias onicomicosis desde hace 20 años

C. ¿Esta tomando algún medicamento (prescrito o de venta libre)?

Si _____ No _____

MEDICACION LA TOMA	DOSIS ULTIMA DOSIS	CUANDO LA TOM LA HA TRAI DO	DISPOSICION	PORQUE	
Lesortan	50 mg	6 14 22	TX de TA.	S I	N O
Amlodipina	5 mg	6 14 22	TX de TA.		
AAS	100 mg	C/24 hrs.			
3 ferroso acido fólico	1 tab C/24 hrs.	C/24 hrs.			

D. ¿ Toma o ha tomado ?

	Si	No	Ultima toma	Frecuencia o cantidad
Alcohol		x		
Drogas		x		

E. Fuma: Si _____ Paquetes/Día _____ Desde _____

No x Ha fumado No 0 Si 0 Paq/Dia 0 Cuanto tiempo 0 Cuanto
hace que lo dejo 0

IV. Cognicion/percepcion Cefaleas - Convulsiones x Ausencias -
Mareos - Otros -

A. Nivel de conciencia: Alerta x Somnoliento - Responde aL dolor -
Responde a estímulos verbales x No responde -

B. Orientado en el: tiempo _____ Espacio _____ Personas _____
Comentarios Indiferente al medio

C. Humor : Relajado ___ Ansioso ___ Triste ___ Enfadado ___ Retraido ___
Otros Indiferente

D. Cambios recientes de memoria Si ____ No ____
Especificar _____

E. Responde a las ordenes Si ____ No x
Especificar _____

F. Habla Clara ____ Confusa ____ Ininteligible ____ No puede hablar ____
Afasia Lenguaje poco

G. Idioma que habla: Castellano x Otros _____

H. Audición: Normal x Deteriorada - Corregida - Lenguaje de los
sordos - Lee los labios -

I. Visión: Normal x Deteriorada - Corregida - Ceguera -

J. Dolor: Si ____ No ____ Describirlo Al realizarle curación de escara hay
dolor

¿Qué tratamiento sigue? Curación de escara C/24 hrs. Y cambios de
posición C/2 hrs.

K. Capacidad de aprendizaje sin limitaciones - Deseos de aprender -
se resiste aprende -

Disponibilidad emocional para aprender Si ____ No ____ Necesita
refuerzo concreto de lenguaje -

Mala memoria x
La enseñanza dirigida principalmente

Miembro de la familia/persona

L. Comentarios _____

V. Rol-relaciones (psicosocial) planificación para el alta

A. Ocupación: Se encuentra en una villa

B. Vive: solo ____ con su familia ____ en una residencia ____
Otros ____ comentarios _____

C. Entorno físico

D. Se anticipa alta en un centro asistido ____ necesitara cuidados domiciliados _____

Otros _____ Domicilio Hospital Villa Ocaranza

Si va a ir a su domicilio

¿Quién podría ayudarle en sus cuidados de salud tras el alta?

E. ¿Desea que le visite un sacerdote durante el ingreso Si No

Filiacion religiosa _____

F. Comentarios _____

VI .Valoración de la historia de la salud

A. Cardiovascular: Angina ____ Arritmia ____ Soplos ____ Edemas ____
palpitaciones _____

Dolor Toracico ____ IAM ____ AVC ____ Aneurisma ____ Hipertension _____
Marcapasos _____ tipo _____ no aplicable _____

Pulso: fuerte x Debil _____ Regular x Irregular _____

Pulso en la arteria pedia derecha: fuerte x débil ____ ausente _____

Pulso en la arteria pedia izquierda: fuerte x débil ____ ausente _____

B. Respiratorio: tos - productiva - dolor - describir _____

Resfriados Frecuentes _____ ronquera _____ Asma _____ TBC _____ falta de
aliento con el ejercicio _____

En reposo _____ otros _____

Comentarios Ocasionalmente presenta infección de vías respiratorias
altas y bajas

C. Renal: Litiasis

Renal ____ infecciones _____ retencion _____ quemazon _____ poliuria _____
disuria _____ Sin quejas _____

Dispositivos urinarios _____ tipo _____

Incontinencia _____ diurna _____ nocturna _____ de esfuerzo _____

¿Se levanta por la noche a orinar? Si _____ No _____

Comentarios Actualmente tiene instalada S. Foley

D. Gastrointestinal (nutrición/metabolismo)

1. Historia de diabetes Si _____ No x Se hace análisis de glucosa
Si _____ No _____ en orina _____ en sangre _____

2. Controlada con dieta - insuloni dependiente - hipoglucemiantes
orales x

Años que hace que es diabético _____ enseñanza anterior sobre la diabetes
Si _____ No _____

3. Numero de comidas/dia 5 tentempies _____ dieta especial
Hiposodica alta en hierro

4. Capacidad del paciente para comer solo _____ con ayuda x
especificar Dieta Asistida

Dificultad para deglutir Ya deglute mejor

5. Cambios ponderables en los últimos 6 meses: ninguno _____ perdida de
x kg _____ aumento de _____ kg _____

6. Tiene: nauseas/vómitos Si _____ No x relacionados con

7. Tiene dolor abdominal 0 pirosis 0 dolor rectal 0
meteorismo _____ última deposición _____

8. Deposición: hora habitual _____ frecuencia diaria _____ a días
alternos _____ otra _____

Incontinencia _____ uso de dispositivos _____

Color: marron x blanquinoso -- negro -- sanguinolento --

Estreñimiento: nunca -- ocasionalmente x frecuentemente --
estoma _____

Frecuencia de uso de laxantes/enemas (especificar) _____

9. Abdomen: blando no doloroso no distendido duro
doloroso distendido

Ruidos intestinales: presentes ausentes

Comentarios Ocasionalmente se estriñe por falta de movilización o deambulacion

E. Estado de la piel

Color: Normal palidez cianosis Ictericia Otros

Temperatura: caliente fría turgencia: normal mala

Edema: No Si

Descripción/localización _____

Lesiones:

No Si descripción/localización: Lesion Coxigea

Decubitos:

No Si descripción/localización: _____ (V. el impreso de trauma histico)

Hematomas:

No Si descripción/localización: _____

Erupciones:

No Si descripción/localización: _____

Enrojecimiento:

No Si descripción/localización: _____

Comentarios _____

Músculos esquelético:

Calambres Artritis rigidez inflamación otros No puede deambular

Función motora:

Brazo derecho: Normal ___ amputación ___ elasticidad ___
debilidad ___ parálisis ___ otros _____

Brazo izquierdo: Normal ___ amputación ___ elasticidad ___ flacidez ___
debilidad: parálisis ___ otros _____

Pierna derecha:
Normal ___ amputación ___ elasticidad ___ flacidez ___ debilidad ___
parálisis ___ otros _____

Pierna izquierda:
Normal ___ amputación ___ elasticidad ___ flacidez ___ debilidad ___
parálisis ___ otros _____

Comentarios _____

VII. Actividad-reposo/sueño

A. Patron habitual de sueño: se acuesta a las ___ horas de sueño 9 hrs.
siesta No x Si _____

B. Dificultad para conciliar el sueño No ___ Si ___ especificar : A veces _____

C. Ayudas para dormir No ___ Si ___ especificar Cuando lo necesita (1 qt de clonazepan) PRN

D. Tiene problemas/dificultades para:
Bañarse No ___ Si x especificar:: Se le proporciona baño y aseo personal

Vestirse No ___ Si x especificar: Se le asiste para sus cuidados _____

Deambular No ___ Si x equilibrio/marcha: seguro _____ inseguro _____
se cansa fácilmente ___ siente debilidad _____

Comentarios: Permanece en silla de ruedas y movilización en cama y sillón

VIII. Salud Sexual

A. Ultima menstruación _____ ultima prueba de
papanicolau: Se desconoce _____

B. Autoexploración de las mamas/testículos Si No Frecuencia Poco frecuente

C. Si la respuesta es negativa: ¿sabe hacerlo? Si No ¿le interesa aprender? Si No

¿Se le ha dado un folleto? Si No comentarios No sabe leer

IX. Resumen de valoración Usuaría a la cual se le proporcionan cuidados asistenciales específicos y atención holística ya que ella no lo puede realizar

Diagnósticos enfermeros

¿Se ha iniciado la planificación para el alta? Si No

¿Se ha instalado el protocolo de prevención de lesiones?
SI NO

¿Se ha iniciado un plan para la educación sanitaria ? SI No

XI. Los siguientes apartados no se rellenaron en el momento del ingreso (especificarlos) _____

Razon _____

Fecha: ___/___/___ Hora: ___: ___ hrs.

Realizado por: _____

Enfermera primaria:

Revisado por la enfermera primaria: Si: No:

Enfermera _____

Escala de Norton de riesgo de Ulceras por Presión

Evalúa los factores de riesgo para presentar Ulceras por presión

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Edad	Incontinencia
4 Bueno	4 Alerta	4 Ambulante	4 Cambios Posturales	4 < de 40	4 Ninguna
3 Aceptable	3 Somnoliento	3 Deambulaci ^o n con ayuda	3 Algunas Limitaciones	3 40 a 54	3 Ocasional
2 Pobre	2 Delirio	2 Silla de Ruedas	2 Muchas limitaciones	2 55 a 69	2 Vesical
1 Muy pobre	1 Estupor	1 Encamado	1 Inmóvil	1 70 o >	1 Vesical y Rectal

Riesgo de Desarrollo de Ulceras por Presión

Puntaje Total	Riesgo
7 a 12	Alto
13 a 18	Moderado
19 a 24	Bajo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Diagnósticos de enfermería

1. **Deterioro de la movilidad en la cama:** Relacionado con la disminución de la habilidad para deslizarse o cambiar de posición en la cama, manifestado por falta de fuerza muscular.
2. **Déficit de actividades recreativa:** relacionado con la disminución de movimientos para poder realizar actividades recreativas manifestado por aburrimiento.
3. **Ansiedad:** disminución de la habilidad para solucionar problema manifestado por irritabilidad y desesperanza.
4. **Estreñimiento:** relacionado a la falta de actividad física insuficiente.
5. **Deterioro de la deambulaci3n:** relacionado con la limitaci3n del movimiento independiente de pie en el entorno manifestado por fuerza muscular insuficiente y deterioro muscular.
6. **Transtorno de la calidad y cantidad del sueño:** relacionado con la disminuci3n de tiempo para dormir manifestado por cambio de la emotividad, falta de energa e irritabilidad.
7. **Deterioro de la eliminaci3n urinaria:** relacionado con el deterioro sensitivo motor, manifestado por incontinencia.
8. **Deterioro de la integridad cutánea dermis y epidermis:** relacionado a presi3n por falta de movilizaci3n física manifestado por destrucci3n de las capas de la piel y alteraci3n de la superficie de la piel.
9. **Deterioro de la movilidad en silla de ruedas:** relacionado con la incapacidad para maniobrar la silla de ruedas por descondicionamiento físico y conocimientos deficientes.
10. **Desequilibrio nutricional:** relacionado a la ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metab3licas manifestado por evidencia de falta de alimentos, por p3rdida de peso con un aporte nutricional inadecuado.

Diagnósticos de riesgo

1. **Riesgo de baja autoestima:** reducción del poder o control sobre el entorno.
2. **Riesgo de contaminación:** por la falta de higiene personal y exposiciones previas.
3. **Riesgo de infección:** aumento de la exposición ambiental o agentes patógenos.
4. **Riesgo de la lesión:** la falta de la solución de la continuidad de la piel y la alteración de la movilidad.
5. **Riesgo a la soledad:** falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.

PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS

Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión

Diagnostico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Desequilibrio Nutricional por defecto	Factores Económicos. Factores Psicológicos	Informe o Evidencia de falta de Alimentos Perdida de peso por un aporte Nutricional Inadecuado nutricional nutricion

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
• Estado Nutricional	• Ingestión Alimentaria	1. Desviación del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>5</u>

INTERVENCION

- Manejo de la Nutrición

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la capacidad del paciente para satisfacer necesidades nutricionales. • Determinar en colaboración con el dietista si procede el numero de calorías y girar estado de nutrición.	<ul style="list-style-type: none">• De acuerdo a la capacidad de ingesta del paciente se le proporcionara una dieta de acuerdo a sus necesidades para un buen funcionamiento del organismo • El dietista indicara el tipo de dieta en base a las necesidades calóricas, proteicas de acuerdo a edad peso y capacidad del paciente

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 2 Seguridad y Protección Clase: 2 Lesión física

Diagnostico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)

Factores Relacionados
(causas) (E)

Características Definitorias
(signos y Síntomas)

Riesgo de lesión	alteración de la movilidad	
------------------	----------------------------	--

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento del equilibrio Movimiento muscular Mantenimiento de la posición corporal 	<ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Cuidado de la piel

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano si procede.• Fomentar una ingesta nutricional adecuada.• Fomentar la ingesta de líquidos.• Cuidados intermitentes• Seguir la rutina habitual de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• La piel y mucosas integras son la primera línea de defensa para el organismo.• La ingesta de líquidos favorece al buen funcionamiento del organismo y contribuye a tener una piel hidratada y humectada ya que el agua es el elemento vital para todo ser vivo.• En base a los cuidados proporcionados se observaran los resultados satisfactorios esperados para el mejoramiento del paciente.

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort Físico

Diagnostico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Dolor Agudo	Agentes Lesivos (Biológicos, Físicos, Psicológicos)	Alteración del tono muscular Posición para evitar el dolor. Cambios de pulso

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
• Control del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de animo Alterado • Trastorno del sueño • Movilidad Física Alterada • Higiene Personal Alterada 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a <u>5</u> Aumentar a <u>19</u>

INTERVENCION

- Cambio de Posición

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Colocar sobre un colchón o cama terapéutica.• Inmovilizar la parte corporal afectada si está indicado.• Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.	<ul style="list-style-type: none">• El uso de un colchón de agua o de aire ayuda a que el paciente no este mucho tiempo bajo presión la piel.• La alineación de las partes del cuerpo debe estar balanceada y debe haber un mínimo de tensión en todos los músculos.• Una postura correcta en el cuerpo ocurre cuando las fuerzas musculares se necesitan para balancear el peso que producen las diferentes partes del cuerpo

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 4 Actividad y Reposo Clase: 2 Actividad y Ejercicio

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)

Factores Relacionados
(causas) (E)

Características Definitorias
(signos y Síntomas)

Déficit de actividades Recreativas.	Entorno desprovisto de Actividades recreativas.	Los pasatiempos habituales no pueden realizarse.
-------------------------------------	---	--

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Motivación en participación de actividades de ocio 	<ul style="list-style-type: none"> Auto iniciación en conductas dirigidas hacia objetivos. Mantener una autoestima. Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Terapia de Actividad

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades.• Ayudar al paciente a identificar las actividades específicas.• Ayudar al paciente en cuanto actividades.• Determinar actividades que aumenten la atención en consulta con terapia.	<ul style="list-style-type: none">• Las actividades físicas y recreativas contribuyen a un mejor estado de ánimo y de salud• Identificar las actividades específicas del paciente de acuerdo a sus capacidades y habilidades.• Colaborar con el paciente para realizarle ejercitación de movimiento, estiramiento, rotación, híper extensión y abducción.• La terapia ocupacional crea en el paciente una persona útil en el ambiente así como favorece la relación e interacción con los objetos.

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 11 Seguridad y Protección Clase: 2 Lesión física

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Deterioro de la integridad cutánea	Extremo de edad y movilización física y alteración del estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Destrucción de las capas de la piel • Alteración de la superficie de la piel

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> • Curación a la herida • Integridad tisular (piel y membranas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación cutánea • Secreción serosa • Olor de la herida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Vigilancia de la piel

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Observar si hay enrojecimiento o calor extremo de la piel• Observar si hay excesiva resequeadad o humedad en la piel• Cambio de posición• Mantener la ulcera humedecida para favorecer la curación• Aplicar ungüentos• Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida	<ul style="list-style-type: none">• La piel y las mucosas sanas e integras son la primera línea de defensa contra agentes patógenos• Una piel hidratada y lubricada previenen la perdida de agua• El cambio de posición favorece a disminuir la fricción en determinada parte del cuerpo• La aplicación de humectantes y ungüentos indicados favorecen la cicatrización de la lesión• Mantener integra la piel para evitar posibles infecciones

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 4 Actividad y Reposo Clase: 5 Autocuidado

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Déficit de baño e higiene	Incapacidad para levantarse o lavar totalmente el cuerpo	Deterioro músculo esquelético Debilidad y cansancio

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Autocuidados de higiene Autocuidados de baño 	<ul style="list-style-type: none"> Mantiene una apariencia pulcra Mantiene la higiene personal Lleva compresas 	<ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Mantener la higiene corporal

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Ayuda con los autocuidados de aseo.• Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.• Facilitar la higiene después de la eliminación.• Manejo de la demencia	<ul style="list-style-type: none">• La higiene corporal crea una sensación de bienestar, relajación, confort y seguridad

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 9 Afrontamiento Tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de Afrontamiento

Diagnostico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Ansiedad	Disminución de la habilidad para solucionar problemas	Irritabilidad Desesperanza

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
• Autocontrol de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye los estímulos ambientales cuando esta ansioso • Planea estrategias para superar situaciones estresantes • Utiliza técnicas de relajación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Apoyo emocional

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Explorar con el paciente que ha desenfrenado las emociones .• Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.• Técnicas de relajación.• Reducir o eliminar los miedos que causan temor o ansiedad• Mantener la calma de una manera liberada• Disminuir la ansiedad	<ul style="list-style-type: none">• Las emociones son el equilibrio en el estado psicológico de cualquier individuo• Los sentimientos de ira, ansiedad o tristeza producen un estrés en el individuo.• La relajación crea una sensación de confort y estabilidad emocional• El temor y la ansiedad son producidos por un estado emocional estresante el cual puede disminuir a través de la comunicación

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 2 Actividad y Ejercicio

Diagnostico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Deterioro de la deambulacion	Relacionado con la limitación del movimiento independiente de pie en el entorno	Relacionado con la fuerza muscular insuficiente y deterioro muscular

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Movimiento muscular Movimiento articular 	<ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	Mantener a <u>4</u> Aumentar a <u>14</u>

INTERVENCION

- Cambio de posicion

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Realizar giros según lo indique el estado de la piel.• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas según el programa específico si procede.• Manejo del dolor.• Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor• Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor• Terapia de ejercicios	<ul style="list-style-type: none">• El cambio de posición favorece a que no haya presión en determinada área del cuerpo y que haya mejor circulación y riego sanguíneo• La sensación del dolor indica lesión o peligro de lesión en el organismo• La movilidad de una articulación normal puede reducirse en solo unos cuantos días sin ejercicio apropiado

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 4 Actividad y Reposo Clase: 2 Terapia física

Diagnostico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Deterioro de la movilidad fisica	Disminución del control muscular e intolerancia a la actividad	Dificultad para girarse en la cama Limitación de la habilidad para las habilidades motoras

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Moverse con resolución del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento muscular • Mantenimiento de la posición corporal • Mantenimiento del equilibrio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Terapia de actividad

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas psicológicas y sociales.• Ayudar al paciente a identificar el déficit de actividades.• Terapia de ejercicios.• Cambio de posición• Realizar giros según lo indique el estado de la piel al menos cada 2 horas	<ul style="list-style-type: none">• La integración de un individuo sano o enfermo a realizar actividades físicas psicológicas y sociales le favorecen en su movimiento y relajación en su entorno• La movilidad y ejercicio de una articulación puede reducirse en solo unos cuantos días sin ejercicios apropiados.• El cambio de posición favorece a que no haya presión en determinada parte del cuerpo y favorece a que haya mejor circulación y riego sanguíneo

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Gastrointestinal

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Estreñimiento	Actividad física insuficiente Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal	Dolor abdominal Eliminación de heces duras, secas y formadas Distensión abdominal

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación intestinal • Hidratación 	<ul style="list-style-type: none"> • Heces blandas • Facilidad de la eliminación de las heces • Tono muscular para la evacuación fecal • Cantidad de las heces en relación a la dieta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	Mantener a <u>6</u> Aumentar a <u>18</u>

INTERVENCION

- Manejo de la nutrición

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.• Determinar en colaboración con la dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para las necesidades del paciente.• Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido de fibra.• Asegurar una ingesta adecuada de líquidos• Vigilar el estado de hidratación de mucosas orales• Proporcionar masaje abdominal adecuado	<ul style="list-style-type: none">• El intestino grueso es un tubo músculo membranoso que se extiende desde la válvula ileocecal en el lado derecho de la cavidad abdominal hacia el lado izquierdo y abajo para terminar en el canal anal• Los alimentos ricos en fibra natural favorecen que la eliminación de las heces fecales sean de consistencia blanda y sin dolor.• El consumo de líquidos permite una mejor absorción de agua en el intestino favoreciendo una mejor motilidad intestinal ya que el agua es el principal elemento de todos los seres vivos• El masaje abdominal proporcionado permitirá motilidad intestinal facilitando que el paciente evacue sin dolor

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 2 Seguridad y Protección Clase: 1 Infección

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Riesgo de infección	Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. Desnutrición	

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y control de la infección Autocuidado e higiene 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de infección Actividades para aumentar la resistencia a la infección Seguimiento de la infección diagnosticada 	<ol style="list-style-type: none"> Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso 	Mantener a <u>8</u> Aumentar a <u>20</u>

INTERVENCION

- Baño

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar ungüento (intraside) y crema hidratante en las zonas de la piel seca. • Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel. • Vigilancia de la piel. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel. • Observar si hay zonas de fricción y de presión en la piel. • Manejo de la nutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • La piel y mucosas en buen estado e integras son la primera línea de defensa para el organismo de agentes patógenos. • La aplicación de polvos secantes favorecerá la cicatrización y el cierre total de la escara de acuerdo a indicación médica. • Una zona enrojecida y que este expuesta a presión y fricción condicionan a la aparición de una nueva lesión. • Una ingesta de nutrientes adecuada produce en el individuo un equilibrio nutricional y metabólico

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 2 Seguridad y Protección Clase: 4 Peligros Ambientales

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Riesgo de contaminación	Practicas de higiene personal. Exposiciones previas	

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular piel membrana y mucosas Control de riesgo infeccioso 	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura de la piel Hidratación Integridad de la piel Descamación cutánea 	<ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	Mantener a <u>8</u> Aumentar a <u>20</u>

INTERVENCION

- Vigilancia de la piel

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel.• Observar si hay zonas de fricción y de presión en la piel.• Manejo de la nutrición.	<ul style="list-style-type: none">• La piel y mucosas en buen estado e integras son la primera línea de defensa para el organismo de agentes patógenos.• Una zona enrojecida y que este expuesta a presión y fricción condicionan a la aparición de una nueva lesión.• Una ingesta de nutrientes adecuada produce en el individuo un equilibrio nutricional y metabólico

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 6 Autopercepción Clase: 2 Autoestima

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Riesgo de baja autoestima	Deterioro funcional Historia de abandono y enfermedad física.	

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> Adaptación de la capacidad física. Recuperación de abandono 	<ul style="list-style-type: none"> Se adapta a limitaciones funcionales Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad Identifica riesgos de complicaciones asociadas con la discapacidad. 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>15</u>

INTERVENCION

- Potencialización de autoestima

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.• Facilitar un ambiente y actividades que aumenten autoestima.• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.	<ul style="list-style-type: none">• Brindar atención y confianza crea una sensación de seguridad y bienestar al paciente.• Las actitudes positivas crean en uno mismo y hacia los demás una buena percepción de autoestima y seguridad en uno mismo.

Plan de Cuidados de Enfermería

Dominio: 6 Autopercepcion Clase: 2 Autoestima

Diagnóstico de Enfermería Nanda

Etiqueta Problema (p)	Factores Relacionados (causas) (E)	Características Definitorias (signos y Síntomas)
Riesgo a la soledad	De privacion afectiva Falta de contacto con personas	

Resultado Noc	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<ul style="list-style-type: none"> • Cese a la desatención • Consecuencias de la inmovilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de que de la desatención física ha cesado • Evidencia de que la desatención económica ha cesado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escasa 3. Moderada 4. Sustancial 5. Extenso 	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>12</u>

INTERVENCION

- Aumentar los sistemas de apoyo

Actividades	Razón Científica
<ul style="list-style-type: none">• Control de la ansiedad.• Terapia de actividad.• Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo energía o movimiento.• Remitir a un grupo de autoayuda	<ul style="list-style-type: none">• La ansiedad es un estado psicológico del individuo que produce estrés dando como resultado dificultad para solucionar problemas de la vida diaria.• La actividad desempeñada en el paciente debe de ser de acuerdo a sus habilidades físicas, fisiológicas y mentales para favorecer la motivación recreación y esparcimiento en el usuario.

9. CONCLUSIONES

Después de aplicar el Proceso de atención de enfermería a un paciente con Ulceras por presión, se comprobó que el cuidado y atención del usuario utilizando una metodología permite conocer al paciente, identificar sus problemas y necesidades, planear su atención con la participación personal y familiar logrando que la atención sea de calidad y con calidez

Se cumplieron los objetivos por que se elaboro un PAE, utilizando la taxonomía, NANDA, NIC, NOC.

10 BIBLIOGRAFIA

Doenges M. E. Planes de cuidados de enfermería Séptima edición Editorial Mc Graw Hill Págs. 923, 906, 907, 957, 959, 893.

Johnson Marion, Interrelaciones Nanda, noc, nic, Segunda edición 2007, Editorial Elsevier, Págs. 605, 503, 607, 627.

Ruiz Rodrigo M. T., Los diagnósticos enfermeros, Séptima edición 2006, Editorial masson, Págs. 39, 70,82, 161, 275, 222.

Carpenito Moyet L. J., Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, 4ta edición 2003-2004, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Págs. 445, 446, 447, 449, 450.

Heather Herdman T., Phd, RN, Nanda Internacional, Diagnosticos enfermeros, Edición 2009, Págs. 25, 251, 303, 311, 349

M Bulechek G., Clasificación de intervenciones de enfermeria (NIC), Quinta edición 2009, Editorial Elsevier Mosby, Págs. 1996. 213, 448.

Moorhead S., Clasificación de resultados de enfermería, Cuarta edición, Editorial Elsevier Mosby, Págs. 378, 313, 351, 352.

Brunner L. S. y otros editores, Enfermería Medico Quirúrgica, 6ta. Edición Vol. 2, Editorial interamericana, Págs. 230, 231.232, 233.

Le Mone P, Enfermería Medico Quirúrgica, 4ta. Edición Volumen 1, Editorial Pearson Prentice Hall, Págs. 474, 475, 476, 477.

Suddarth B., Enfermería Medico Quirúrgica, 10ª, Edición, Editorial Mc Graw Hill 346 ,347

Cadime, Tratamiento local de úlceras por presión, Boletín terapéutico anda luz, Año 2000, vol. 16 Nº 5, Escuela andaluza de salud publica

Escala De Braden, Valores De Riesgo De Presentar Úlceras Por Presión, Revista ROL de enfermería, Año 1997, 224: Pág. 23-30

Guyton, Arthur C/May, Jhon E, Tratado de Fisiología Médica, Décima Edición, México, D.F, 2001, Mc Graw Hill Interamericana, 720,721

Mosby Year Book, Diccionario de Medicina, Editorial oceano;2003 226,334

Navarrete Franco. Gisela Histología de la piel, MG Revista Facultad de Medicina. Vol.46 No.4 Julio-Agosto, 2003, Universidad Nacional Autónoma de México

North American Nursing Diagnosis Association. NANDA , Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2002-2004, Madrid: Harcourt S.A.

Logroño, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. España. 2003

Jesús García Ruiz Rozas, Úlceras Por Presión, Guías clínicas, año 2004, vol. 4, Nº 7

José Luís Blanco, Definición y clasificación de las úlceras por presión, unidad de lesionados medulares,

Hospitals Vall Hebron, revista el el peu 2003; vol. 23 N°(4): Pág.194-198 Barcelona España

José María Recalde Manrique, Tratamiento Local De Ulceras Por Presión, Escuela Andaluza De Salud Publica; Boletín Terapéutico Anda Luz, Año 2000; Vol.16 Numero 5, Paginas DE 17 – 20

Juan E Blumel M,

Validez De La Escala De Braden Para Predecir Ulceras Por Presión En Población Femenina

Universidad De Chile; Revista médica de chile, vol 13

11 GLOSARIO

Abceso

Es una infección e inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus; puede ser externo y visible, sobre la piel, o bien interno.

Ansiedad

Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o (por el contrario) ante el temor de perder un bien preciado.

Antibiograma

Es la prueba microbiológica que se realiza para determinar la sensibilidad de una colonia bacteriana a un antibiótico o grupo de antibióticos.

Antibiótico

Es una sustancia química producida por un ser vivo o derivada sintética de ella que a bajas concentraciones mata o impide el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles, generalmente bacterias. Se dice que un antibiótico es bacteriostático si impide el crecimiento de los gérmenes, y bactericida si los destruye.

Aponeurosis

Es una variedad de tendón en forma de lámina aplanada. Sus fibras de tejido conectivo son blancas y brillantes, y son histológicamente semejantes a las de tendones comunes, pero tienen menor inervación e irrigación sanguínea.

Apósito

Es cualquiera de los diferentes productos sanitarios empleados para cubrir y proteger una herida.

Celulitis

Comúnmente se conoce como el acumuló de tejido adiposo en determinadas zonas del cuerpo, formando nódulos adiposos de grasa, agua y toxinas.

Colgajo

Es la mucosa que rodea el hueso del diente.

Corpúsculo

Cuerpo muy pequeño, célula, molécula, partícula, elemento.

Debridación

Es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para mejorar la salubridad del tejido restante.

Dermis

La dermis es la capa de piel situada bajo la epidermis y firmemente conectado a ella.

Desnutrición

Es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos por estados de exceso de gasto metabólico.

Dolor

Es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso.

Endarteritis

Inflamación de la túnica interna de las arterias. El desarrollo de tejido fibroso (endarteritis deformante) puede producir la oclusión de los pequeños vasos.

Epidermis

Tejido que forma la capa superior de la piel, con un espesor de unos 0,1 mm.

Ergosterol

Es un componente de las membranas celulares de los hongos, que cumple la misma función que el colesterol realiza en las células animales

Escara

Se refiere a tejido muerto que se desprende (se muda) de la piel sana y es causada por una quemadura o cauterización.

Exudado

Es el conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio, que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades del organismo.

Fístula

Abertura ulcerada por la que se expulsa pus, desgarró en forma de hendidura o surco en epidermis y dermis.

Folículo piloso

Estructura que desemboca en la superficie cutánea en un orificio a través del cual crece el pelo.

Fractura

Rotura de un hueso o bien a la discontinuidad del tejido óseo (fisura).

Geriatra

Especialidad médica que se ocupa de los aspectos preventivos, curativos y de la rehabilitación de la enfermedades del adulto en senectud.

Glándula

Es un órgano cuya función es sintetizar sustancias, como las hormonas, para liberarlas, a menudo en la corriente sanguínea (glándula endocrina) y en el interior de una cavidad corporal o su superficie exterior (glándula exocrina).

Glándula sebácea

Situada en la dermis media y formadas por células llenas de lípidos que se desarrollan embriológicamente en el cuarto mes de gestación, como una gemación epitelial del folículo piloso

Glándula sudorípara

Es una glándula tubular enrollada que está situada en la dermis y constan de largos y delgados tubos, cerrados por el extremo inferior, donde se apilotonan, formando un ovillo. Por los poros que se abren al exterior segregan el sudor, grasa sobrante líquida, con sabor salado, y una textura parecida a la orina.

Hematoma

Es una acumulación de sangre, causado por la rotura de vasos capilares, que aparece generalmente como respuesta corporal resultante de un golpe, una contusión o una magulladura. También es conocido popularmente como cardenal o moretón.

Hipoproteinemia

Disminución de la concentración de proteínas en la sangre. Esto supone una reducción de la presión coloidal y el paso de agua hacia el espacio al intersticial, con desarrollo de edema y ascitis, a veces generalizado (anasarca). Las causas más frecuentes son la malnutrición, síndromes médicos de mala absorción, pérdidas renales (síndrome nefrótico, aminoacidurias), pérdidas intestinales (enfermedad celíaca, colitis ulcerosa) o déficit de síntesis (hepatopatías).

Hipoxia

Es un trastorno en el cual el cuerpo por completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de oxígeno.

Infección

Es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es

perjudicial para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.

Isquemia

Al sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno (hipoxia), de nutrientes y la eliminación de productos del metabolismo de un tejido biológico. Este sufrimiento celular puede ser suficientemente intenso como para causar la muerte celular y del tejido al que pertenece (necrosis).

Luxación

Es toda lesión capsuló-ligamentosa con pérdida permanente del contacto de las superficies articulares, que puede ser total (luxación) o parcial (subluxación).

Necrosis

Muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o curar.

Nervio

Es un conjunto de fibras nerviosas o axones (en ocasiones dendritas) asociadas en fascículos por medio de tejido conjuntivo.

Nutrición

Es la ciencia encargada del estudio y mantenimiento del equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades.

Onicomycosis

La afección micótica de la uña provocada por un hongo microscópico, que puede pertenecer a distintas especies. La onicomycosis es la causa más frecuente de alteraciones en las uñas. Los primeros síntomas no se perciben mayormente: modificación del color, aumento del grosor y/o desprendimiento de la uña. La onicomycosis de los pies es a menudo consecutiva a una micosis de los pies (pié de atleta). Tras infectar la piel, los hongos se extienden también a la uña. Si no se aplica ningún tratamiento, la infección puede llegar a la matriz de la uña y destruirla totalmente. (como ver una uña "apolillada").

Piel

Es el mayor órgano del cuerpo humano, o animal. Ocupa aproximadamente 2 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) a los 4 mm (en el talón). Su peso aproximado es de 5 kg. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno, y éste varía en cada especie.

Profilaxis

Cualquier sustancia o medida (vitamina C, condones, vacunas, septrin, etc.) tomada a fin de prevenir la ocurrencia de infecciones o enfermedades.

Supuración

Secreción de pus e infección en el tejido afectado.

Taxonomía

Ciencia de las clasificaciones utilizada en microbiología, botánica y zoología, que permite agrupar los seres vivos de acuerdo con sus características.

Tejido conjuntivo

Es un conjunto heterogéneo de tejidos orgánicos que comparten un origen común a partir del mesénquima embrionario originado del mesodermo.

Tromboflebitis

Inflamación de una vena superficial por un coágulo de sangre.

Trombosis venosa

O tromboembolismo venoso, es la formación de una masa hemática dentro de una vena durante la vida. Esta puede clasificarse en trombosis venosa superficial (tromboflebitis superficial), o bien, trombosis venosa profunda.

Úlcera

O llaga, del latín *ulcus*, es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme (con forma de un cráter, al perderse parte del tejido) y con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. A menudo las úlceras son provocadas por una pequeña abrasión inicial, pero no exclusivamente, casi siempre van acompañadas de inflamación y a veces infección. Dicho de otro modo, una úlcera es cualquier solución de continuidad o rotura con pérdida de sustancia, de cualquier superficie epitelial del organismo.

Vaso sanguíneo

Es una estructura hueca y tubular que conduce la sangre impulsada por la acción del corazón.

Vasodilatación

Es la capacidad de los vasos sanguíneos (arterias y venas) de dilatarse frente a estímulos químicos secretados por células inflamatorias, el endotelio (óxido nítrico), aferencias nerviosas o fármacos. Esto genera una disminución de la presión arterial cuando ocurre en el territorio arterial. Se utiliza también para la termorregulación al vaso dilatarse la circulación periférica.