

**Nombre de alumna: Sara Galilea Martínez Quevedo.**

**Nombre del docente: Lic. Nancy Domínguez Torres**

**Nombre del trabajo: diagnóstico de UPP**

**Materia: practica de enfermería II**

**Grado: 7to cuatrimestre**

Pichucalco; Chiapas a 23 de septiembre 2020

**NANDA**

**NOC**

**NIC**

Se describe a paciente poli traumatizado de mayor edad presentando upp riesgo moderado  
código nanda : 00085  
diagnostico : deterioro de movilidad física  
definición : limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades  
necesidad 04: moverse  
patrón 04: actividad –ejercicio  
dominio04: actividad/reposo  
clase02: actividad /ejercicio  
M/P: disconfort.inestabilidad postural .limitación de la amplitud de movimientos .disminución de las habilidades motoras físicas y gruesas  
R/C: dolor.deterioro musculo esquelético y alteraciones en la integridad de las estructuras oseas.

Código noc: 0204 (consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas )  
Definición gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física  
Dominio 01: salud-funcional  
Clase c: movilidad  
Patrón 04: actividad y ejercicio  
Indicadores  
200401-ulceras de presión escala: 3/5  
Fractura osea: 2/5  
Impatacion fecal: 3/5  
Movimiento articular: 2/5  
Capacidad vital : 2/5

Código nic: 0840 intervencion cambio de posición : colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o fisiológico  
Campo 01: fisiológico: básico  
Case c: control de movilidad  
Actividades  
Colocar sobre un colchón /cama terapéuticas adecuados.explicar el paciente los cambios posturales .según corresponda .colocar una posición terapéutica especificada .inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada según corresponda .elevar la parte afectada según corresponda. poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo del brazo y apoyo escrotal .según corresponda. evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor .minimizar las fricciones y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.colocar en una posición que facilite el drenaje urinario .colocar al p.t que evite tensiones sobre la herida.elevar el miembro afectado 20 grados por encima del corazón para mejorar el retorno venoso.realizar lo giros dependiendo el estado de la piel .desarrollar un protocolo para el cambio de posición al menos cada 2 hrs.

Código nanda : 00010  
Se describe adulto de mediana edad con escala riesgo bajo  
Diagnostico : riesgo de disreflexia autónoma  
Vulnerable a una respuesta no inhibida .amenazadora para vida .del sistema nervioso simpático tras un shock medular en la sexta vertebra dorsal .  
Necesidad 09: evitar peligros /seguridad  
Patrón 04: actividad-ejercicio  
Dominio 09: afrontamiento /tolerancia al estrés  
Clase 03: estrés neurocomportamental  
M/p y R/C: factores de riesgo estímulos cutáneos y musculo esqueléticos : estimulación cutánea (upp) y presión sobre las prominencias Oseas

Código noc: 1101  
Integridad tisular : piel y membranas mucosas  
Indeminidad estructura y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas  
Dominio : 002 salud fisilogica  
Clase l; integridad tisular  
Patrón 02: nutricional metabólico indicadores  
Sensibilidad 3/5  
higratacion 3/5  
pigmentación anormal 3/5  
Perfusión tisular3/5  
Integridad de la piel4/5  
Lesiones de la piel4/5  
necrosis 5/5

Código nic : 3500 Manejo de presiones  
Minimizar las presiones sobre las partes corporales  
Campo 02: fisiológico: completo  
Clase : control de la piel /heridas  
Vestir al pacientes con prendas no ajustadas. colocar la zona una almohadilla de espuma d poliuretano .abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada .girar al paciente cada 2hr si está indicado .observa las zonas enrojecidas o la solución de continuidad del paciente. facilitar cambios pequeños de la carga corporal .utilizar dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias Oseas sin apoyar en la cama. hacer pliegues en la cama para evitar la presión en los dedos medir con la escala braden para valorar los factores de riesgo y vigilar el estado nutricional del pacientes

<p>Código nanda: 00204 prevención de upp  Diagnostico : perfusión tisular periférica adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.  Necesidad 01: respirar normalmente  Patrón 04: actividad-ejercicio  Dominio 04: actividad /reposo  Clase 04: respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>m/p  alteración de las características de la piel(color,sensibilidad,elasticidad),disminución la presión arterial , las extremidades no recuperan el color al bajarlas después de un minuto,palidez en la piel a la elevación de las extremidades y tiempo de relleno capilar mayor a 5 segundos  R/C:  Diabetes t conocimiento insuficiente sobre el proceso de la enfermedad</p>	<p>Código noc 1101  Integridad tisular : piel y membranas mucosas  Inmenidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas de la mucosa  Dominio 02: salud fisiológica  Clase I; integridad tisular  Patrón 02: nutricional metabólico  Indicadores  Temperatura piel  Perfusión tisular  Integridad de la piel  Palidez</p>	<p>Código nic: 3540 definición : intervención prevención de úlceras por presión  prevención de la formación de úlceras por presión en un lípido de alto riesgo desarrollados  Campo 02: fisiológico: complejo  Clase I: complejo de la piel y heridas.  Campo 04: seguridad.  Clase v: Control de riesgos</p> <p>actividades utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo escala braden.utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar los riesgos de úlcera por presión según el protocolo del centro, documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión, registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario, vigilar estrechamente la zona enrojecida.eliminar la humedad excesiva de la piel causada por transpiración incontinencia urinaria o fecal, aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, eliminar el exceso de humedad según corresponda, darle vuelta al paciente cada 2 horas o una hora para evitar el ensillamiento en las lesiones de una piel frágil. Evitar dando masaje en la zona afectada así como baños tibios uso de jabón, aplicar protectores en codo y los talones según corresponda, proporcionar un trapecio para ayudar al paciente a desplazar el peso con frecuencia, controlar la movilidad del actividades del paciente,asegurar la nutrición adecuada especialmente proteínas vitamina b y c hierro y calorías por medio de suplementos</p>
---	--	---