



**Nombre de alumnos: Karen Jazziel
Bautista Peralta**

**Nombre del profesor: Lic. Nancy
Domínguez**

Nombre del trabajo: PAE Y PLACE

Materia: Enfermería Gerontogeriatría

Grado: 6to. Cuatrimestre

Grupo: Ú

Pichucalco, Chiapas a 02 de Agosto de 2021.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON MICOSIS

La palabra «micosis» hace referencia a una enfermedad infecciosa causada por hongos. Se trata, por tanto, de un concepto etiológico. Las micosis pueden estar producidas por hongos dermatofitos, levaduras y hongos no dermatofitos.

Las micosis superficiales son enfermedades producidas por hongos que afectan los tejidos queratinizados, como la capa córnea de la piel, el cabello y las uñas, así como las mucosas. Las más importantes, por su frecuencia, son las dermatofitosis (tiñas), la pitiriasis versicolor y la candidiasis. También existen otras micosis superficiales como las piedras y la tiña negra, pero se presentan de forma excepcional.

La invasión micótica queda restringida a las capas más superficiales de la epidermis y, por tanto, no genera enfermedades graves, pero el huésped reacciona inmunológicamente contra el agente invasor y modifica las características clínicas de la lesión, su duración y su extensión. Si los hongos se localizan en áreas más profundas, pueden causar lesiones más infiltradas.

Las micosis superficiales son micosis muy frecuentes en países cálidos y húmedos, y se pueden presentar también en animales domésticos y salvajes.

Signos y síntomas:

Los síntomas de la micosis pueden aparecer en diversas partes del cuerpo, pudiendo surgir en la piel, dedos, cuero cabelludo, región genital y uñas, por ejemplo. Por lo que los síntomas varían según la región, sin embargo, los síntomas que surgen comúnmente son:

Picazón en la región afectada;

Aparición de lesiones rojizas que se descaman;

Ardor y malestar en la región;

Oscurecimiento o aclaramiento de la región de la piel afectada.

En el caso de que la micosis sea a nivel genital puede haber comezón y flujo genital y, en el caso de las uñas, puede haber alteración de su coloración y de la forma.

TEORIA DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON Y LAS 14 NECESIDADES

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. En el año 1922 inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, ya que en pacientes con accidente cerebrovascular hemorrágico no podrán realizar los autocuidados correspondientes; causando independencia total y el soporte vital básico dependiendo del grado de complejidad patológica.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística dirigida a la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales para un adecuado cuidado integral de la salud:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.

- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Todos estos cuidados acorde a las necesidades permitirán suplir el déficit de vital del sujeto hospitalizado en área crítica y permitirle poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales durante la estadía hospitalaria y posteriormente en su hogar.

Los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona en estos casos se observa el estímulo continuado y la participación tanto del equipo multidisciplinario como de la familia en pleno. (7)

Por último cabe resaltar que Virginia Henderson planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. Virginia

Establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

APLICACIÓN DEL PAE- EBE

1. FASE DE VALORACIÓN:

Datos de filiación:

- Nombre del paciente : ARNOLDO JIMÉNEZ ÁLVAREZ
- Sexo : Masculino
- Etapa de vida : Geriátrico
- Edad Cronológica : 70 años
- Lugar de nacimiento : Pichucalco, Chiapas
- Fecha de nacimiento : 04 de Enero de 1951
- Grado de Instrucción : Primaria trunca
- Ocupación : Ninguna
- Estado Civil : Viudo
- Religión : Católico
- Fecha de Valoración : 30 de Julio del 2021
- Domicilio : Pichucalco, Chiapas

Antecedentes Patológicos Personales:

- Apendicitis - hace 15 años (operado)

Antecedentes Patológicos Familiares:

- Esposa - muerte por Diabetes Mellitus
- Madre- Cáncer de mama

Diagnósticos Médicos Actuales:

- Hipertensión arterial
- Micosis

Control de Funciones Vitales en la Valoración:

Presión Arterial	140/90 mm Hg
Presión Arterial Media	91.3 mmHg
Frecuencia Cardíaca	85 por minuto
Frecuencia Respiratoria	13-18 por minuto
Temperatura (axilar)	37.1° C
Saturación de Oxígeno	93%

EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: Su postura y alineación con respecto al resto del cuerpo es correcta, su cráneo a inspección es grande, redondo y simétrico. Presencia de canosidad en 60% de todo el capilar. No se registra ningún dolor a la palpación.

Cara: Con buena simetría. Mucosas secas, poco turgentes.

Ojos: A inspección se observa ojos simétricos y alineados. Agudeza mínima de visión bilateral. Presencia escasa de pestañas y cejas.

Nariz: Centrada y simétrica con respecto a la distribución de la cara, de tamaño grande y recta. Fosas nasales permeables.

Oídos: Sin presencia de masas o cicatrices, sin presencia del dolor a la palpación. Se observa poca cantidad de cerumen.

Boca: Labios grandes y gruesos sin presencia de color. Con ausencia de piezas dentarias, sin presencias de laceraciones.

Cuello: Cilíndrico y simétrico, movimientos coordinados, con ausencia de masas o dolor.

Tórax: Simétrico con expansión torácica, manchas cutáneas acorde a edad, tetillas hundidas.

Inspección: Expansión pulmonar disminuida, piel seca, palidez leve, utilización de músculos respiratorios y estertores. Respiraciones tranquilas rítmicas y sin esfuerzo.

Palpación: La expansión torácica es simétrica.

Auscultación: Campos pulmonares, ruidos respiratorios vesiculares con campos pulmonares bien aereados, sin estertores, ni sibilancias.

Percusión: Sonido timpánico, no reacción a dolor.

CARDIVASCULAR:

Inspección: regular expansión cardíaca observable en imágenes de TAC; palidez de piel leve.

Auscultación: sonidos cardiacos normales, no presencia de soplos. Frecuencia cardiaca rítmica.

Palpación: no reacción al dolor por presión, los volúmenes de pulso son simétricos, con pulsaciones completas.

ABDOMEN:

Inspección: Piel pálida leve, no crecimiento anormal de órganos.

Auscultación: Ruido en el hipocondrio derecho son audibles, el tono y la frecuencia son normales y no se presentan más ruidos.

Palpación: El espesor de la piel es delgada y no se detecta dolor o molestias.

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

Extremidades superiores: Extremidades asimétricas, coloración uniforme, con presencia de pocos vellos o cicatrices, fuerza muscular disminuida, presencia de callosidades en dedos de la mano.

Extremidades inferiores: Con dificultad para caminar y/o moverse, sin anomalías detectadas.

Genitales: Piel clara, poco turgente, no presencia de globo vesical.

Recto: Limpieza regular.

Diagnóstico	Dominio y Clase	Diagnóstico de Enfermería
<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C Humedad M/P Alteración de las superficies de la piel</p>	<p>Clase 02: Lesión física Dominio 11: Seguridad/Protección</p>	<p>Se proporciona cuidados para tratar de mantener la integridad cutánea.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MICOSIS

Dominio 02: Nutrición **Clase 04: Metabolismo**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

Etiqueta (problema) (P)

Deterioro de la integridad cutánea

Factores relacionados (causas) (E)

Humedad

Manifestaciones clínicas

Alteración de las superficies de la piel

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJ ÓN DIANA
Integridad tisular y membranas mucosas	Temperatura de la piel Sensibilidad Hidratación	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrada. 5. Siempre demostrado. Calificación Mínima: 5 Calificación Máxima: 15	15

INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA DE LA PIEL

ACTIVIDADES

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel y mucosas.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

ESTUDIANTE:

Elaboró: Karen Jazziel Bautista Peralta

Revisión y validación: