



Nombre del Alumno: Liliana Guadalupe Espinosa Roblero Y Daniela Elizabeth Vasquez López

Nombre del tema: Proyecto PAE

Parcial / 2

Nombre de la Material/ SUBMODULO 2

Nombre del profesor MARIA JOSE HERNÁNDEZ

Nombre de la Licenciatura: Tec, Enfermería

Semestre: 4

INTRODUCCIÓN

La enfermedad culebrilla mejor conocida como el herpes zóster es considerada un enfermedad esporádica en la población, el virus de la varicela-zóster (VZV, varicella-zoster virus) produce dos síndromes clínicos diferentes: varicela y herpes zóster. El herpes zóster no pone la vida en riesgo, puede llegar a hacer muy dolorosa. Las vacunas pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar el herpes zóster. La varicela, es una infección universal y sumamente contagiosa, suele ser una enfermedad de curso benigno en la infancia, caracterizada por un exantema vesiculoso. El herpes zóster se presenta como un exantema vesículo circunscrito a un dermatoma y por lo general con dolor intenso; la mayoría de los estudios están realizados en población hospitalaria son en Estados Unidos y Gran Bretaña, la incidencia es menor en Estados Unidos que en Gran Bretaña. En estos trabajos se presupone que todos los pacientes afectados de herpes zóster solicitan atención médica en el nivel primario, bien como primer paso su accesibilidad y por la buena relación entre los médicos de primaria y los pacientes, o bien en segundo paso después de acudir a urgencias o ser valorado por médicos de atención especializada. Las complicaciones comunes son la neurralgia posherpética. Se trata de una afección dolorosa. El herpes zóster es el cuadro clínico constituido por las manifestaciones dermatológicas (erupción vesiculosa) y neurológica (dolor) que se produce por la reactivación del virus varicela zóster. El dolor es el síntoma más común por el que los pacientes con herpes zóster solicitan atención médica. En condiciones de inmunosenescencia o inmunosupresión, el virus se puede reactivar. Se replica en uno o más ganglios y, más tarde, los viriones se destruyen de manera antitrófica a lo largo de los nervios sensitivos, Una vez que alcanzan las terminaciones nerviosa intradérmicas y la red neural perifolicular, se produce la replicación viral en la epidermis y en los queratinocitos infundibulares, que lo que genera el desarrollo del herpes zoster (HZ). Se estima que el 95% de la población ha sido expuesta al VZV durante la infancia y que el 30% de estas personas tienen el riesgo de padecer HZ. Esta producido por el mismo virus que la varicela, siendo un reactivación de éste nivel de los ganglios nerviosos donde permanecen en estado latente para irrumpir en determinadas circunstancias de salud en forma de herpes zóster, se debería acudir al médico que valorará las lesiones, y generalmente buscará una causa oculta cuando un adulto joven desarrolle esta enfermedad, por ejemplo un estudio que busque enfermedades malignas o infecciones debilitantes, ya que pueden provocar grandes dolores. En el 4% de los casos reaparecen por un segundo brote herpes zóster y hasta un 30% en el caso de infectados por VIH. No es posible eliminar el virus del herpes zóster del organismo mediante ningún tratamiento, aunque si se pueden tomar determinados medicamentos para aliviar o disminuir los síntomas y recuperarse lo antes posible.

El sarpullido consiste en ampollas que generalmente se convierten en costras en 7 a 10 días y desaparecen en 2 a 4 semanas.

OBJETIVO GENERAL.

Dar a conocer la enfermedad y dar platicas sobre eso.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

Decirles a nuestros pacietes como cuidarse.

Ayudarlos a controlar el dolor con tratamientos.

Decirles con claridad lo que provoca el herpes zóster y darle a conocer los tratamientos.

HERPES ZÓSTER

El herpes zóster es una infección generada por la reactivación del virus varicela-zóster de su estado de latencia en un ganglio de la raíz dorsal. Los síntomas suelen comenzar con dolor a lo largo del dermatoma afectado, seguido de 2 o 3 días por una erupción vesicular que suele ser patognomónica. El tratamiento se realiza con antivirales, administrados dentro de las 72 h siguientes a la aparición de las lesiones cutáneas.

El herpes es una infección localizada, producida por el virus de varicela-zóster, el mismo que provoca la varicela, El herpes ocurre sólo en personas que ya hayan padecido varicela y corresponde a una reactivación del virus latente de dicha enfermedad

La enfermedad suele presentarse sobre todo en personas mayores, aun que en ocasiones afecta a personas más jóvenes.

Para que la persona desarrolle herpes, es preciso que ya haya padecido varicela. Una persona infectada no hace que el virus latente de otra persona se reactive, sin embargo el virus de una persona que padece herpes puede provocar varicela en quienes no hayan tenido esta enfermedad con anterioridad .

El primer síntoma suele ser hormigueo en la piel, picazón o dolor punzante. Después de varios días, sapullido que empiza como una banda o parche de puntos sobresalientes en un lado del tronco o del rostro; se transforman pequeñas ampollas con líquido que empiezan a secarse y quedan cubiertas por costras en unos cuantos días, cuando el salpullido está en su punto máximo, los síntomas pueden variar desde una picazón leve hasta dolor extremo e intenso, por lo general el salpullido y dolor desaparecen dentro de tres a cinco semanas.

La mayoría de los casos de herpes sanan sin que sea necesario un tratamiento específico, para tratar a pacientes con sistemas inmunitario comprometido, los médicos pueden utilizar dos medicamentos VIDARABIA y ACYCLOVIR El 95% de de los individuos a los 18 ya presentan anticuerpos frente al virus por la vacunación o por la infección causada por este virus , no todo el mundo va a desarrollar la afectación neurocutánea.

Acudir al medico, que valorará las lesiones y generalmente buscará una causa oculta cuando un adulto joven desarrolle esta enfermedad, por ejemplo un estudio que busque enfermedades malignas o infecciones debilitantes como la infección por VIH. Luego indicara el tratamiento antiviral que tomado de manera precoz disminuye las molestias y evita complicaciones muy dolorosas.

El paciente con herpes zóster suele contagiarse en la infancia. En este primer momento se desarrolla una enfermedad exantemática (con erupciones rojizas en la piel) que se conoce como varicela, y que constituye la forma inicial de la infección del virus varicela-zoster.

Los principales factores por lo que el virus latente de la varicela brota y se manifiesta en forma de zóster son:

La alteración funcional de la inmunidad, siendo el ejemplo claro el envejecimiento, donde el funcionamiento de este sistema como otro se va deteriorando.

La alteración patológica del sistema inmune debido a medicación (corticoides, quimioterapia), tumores o infecciones como el VIH.

La culebrilla no es contagiosa. Usted no puede contagiarse de otra persona. Pero puede contraer la varicela de alguien con culebrilla si tiene contacto directo con el líquido de la erupción de la culebrilla, el riesgo de propagar el virus es bajo si la erupción de la culebrilla se mantiene cubierta.

Cualquier persona que haya tenido varicela corre el riesgo de padecer culebrilla. La culebrilla es más común en personas mayores de 50 años.

Su sistema inmunitario puede estar debilitado cuando tiene una infección o está estresado. Esto puede aumentar su riesgo de la culebrilla.

Los primeros signos de culebrilla incluyen incluyen ardor o dolor punzante y hormigueo o picazón. Algunos días después tendrá erupción, esta consiste en ampollas que generalmente durante 7 y 10 días, el sarpullido suele presentarse en una banda alrededor del lado izquierdo o derecho del cuerpo. Algunas personas pueden presentar otros síntomas, como la fiebre, dolor de cabeza, escalofríos y dolor abdominal.

La culebrilla puede causar otros problemas (complicaciones).

Neuralgia posherpética: Es la complicación más común de la culebrilla. Causa dolor intenso en las áreas donde tuvo la erupción de la culebrilla. En general, mejora en unas pocas semanas o meses. Pero algunas personas pueden tener dolor por neurología posherpética durante muchos años y pueden interferir con la vida diaria. La culebrilla afecta los ojos pueden tener pérdida de la visión que puede ser temporal o permanente, en muy raras ocasiones, la culebrilla también puede causar neumonía, inflamación del cerebro (encefalitis) o la muerte.

Su proveedor de atención médica puede diagnosticar la culebrilla viendo su historia clínica y observando la erupción. En algunos casos, pueden sacar una muestra del tejido de la erupción o del líquido de las ampollas y enviarla a un laboratorio para su análisis.

No existe una cura para la culebrilla. Los medicamentos antivirales pueden ayudar a que el brote sea más corto y menos posherpético. Los medicamentos más efectivos si pueden tomarlos dentro de los tres días posteriores a la aparición de la erupción.

Los analgéticos también pueden ayudar con el dolor. Una toalla fría, loción de calamina

Cubrir el sarpullido de la vacunación puede reducir el riesgo de transmitir el VVZ a otras personas. Las personas con culebrilla no pueden propagar el virus antes de que aparezcan ampollas o después de que el sarpullido se convierta en costras.

Para prevenir la transmisión del VVZ a los demás:

Cubra el sarpullido, evite rascarse frecuentemente o tocarse el sarpullido, lávese frecuentemente las manos por los menos 20 segundos, evite el contacto con las siguientes personas hasta que el sarpullido se conviertan en costras, mujeres embarazadas que nunca hayan tenido varicela ni se hayan vacunado contra esta enfermedad.

Algunas personas tienen mayor riesgo de tener culebrilla y sus complicaciones tienen alguna infección que no permite que el sistema inmunitario no funcione correctamente, por ejemplo, algunos tipos de cáncer, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Toman algunos medicamentos que no permiten que el sistema inmunitario funcione correctamente, como los corticosteroides y los medicamentos que se dan después de un trasplante de órgano.

El tratamiento de la neuralgia postherpética puede ser particularmente difícil. Los tratamientos incluyen gabapentina, pregabalina, antidepresivos cíclicos, capsaicina tópica o ungüento de lidocaína e inyección de toxina botulínica. Pueden tener que usarse analgésicos opiáceos. La administración de metilprednisolona por vía intratecal puede ser útil.



La historia natural y patogenia del herpes zoster es bien conocida desde hace varias décadas. Tras la resolución de la infección primaria (varicela), el virus puede permanecer acantonado de forma latente en los ganglios dorsales sensitivos. Existe la posibilidad de que el virus se integre en el DNA del huésped. Durante la reactivación el virus comienza a replicarse y daña las neuronas que lo albergan originando la neuralgia pre y postherpética. Se origina una migración del virus hacia la piel a través de las neuronas sensoriales; una vez allí infecta los queratinocitos alrededor de los cuales se origina un infiltrado linfocitario que mediante la liberación de citocinas son las responsables del infiltrado vesiculoso típico.

Las manifestaciones clínicas del herpes zoster difieren según que consideremos individuos inmunocomprometidos o inmunocompetentes, en estos últimos las lesiones se limitan al área inervada por un solo dermatoma sensitivo, raramente el rash puede afectar dermatomas adyacentes o cruzar la línea media, aspecto más frecuente en sujetos inmunocomprometidos, donde son también más frecuentes las afectaciones viscerales por el virus. Otras manifestaciones clínicas incluyen la presencia de fiebre, cefalea y ocasionalmente neuralgia postherpética que es la

complicación mas frecuente en los individuos con herpes zoster inmunocompetentes, y que se define como la persistencia de dolor mas allá de 30 días desde que las lesiones cutáneas han curado.

El riesgo global de la población de padecer un herpes zoster se estima entre un 10-20%, el riesgo aumenta con la edad y la disminución de la función inmune. La influencia de la vacunación de la varicela sobre la incidencia de herpes zoster ha sido estudiada por algunos autores quienes prevén un aumento de la incidencia de herpes zoster en los próximos años como consecuencia de la vacunación frente a varicela. Dicha observación se fundamenta en el hallazgo de que la vacunación sistemática frente a la varicela originará una disminución del virus salvaje y con ello una disminución del efecto booster que el virus ejerce en la población vacunada. En otros estudios, se ha constatado una disminución de los casos de varicela desde 1992 hasta nuestros días, sin que se haya evidenciado en este periodo un aumento de la incidencia de herpes zoster. Por tanto, en el momento actual habra que esperar para ver como influye la vacunación frente a varicela en la incidencia de herpes zoster.

La varicela es una enfermedad común en la niñez, y el 90 por ciento de los casos ocurre en aquellos menores de diez años. Antes de que estuviera disponible en los Estados Unidos la vacuna contra la varicela, casi todas las personas la contraían en algún momento de su niñez. La gran mayoría de las personas que recibe la vacuna, no contraerá varicela. Aquellos que a pesar de la vacuna desarrollan la enfermedad usualmente presentan una forma leve. No tienen tantos granos y se recobran más rápido.

La varicela se transmite directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado o a través de su saliva o flujos nasales. El virus también se puede transmitir a través del aire al toser o estornudar. La varicela también se puede transmitir indirectamente al tocar objetos contaminados que han estado en contacto reciente con la persona infectada, como es el caso de las prendas de vestir. El contacto directo con una persona con herpes puede causar la aparición de la varicela en una persona que no la ha contraído anteriormente y que no ha sido vacunada. Las ampollas que se secan y presentan una costra ya no pueden contagiar la varicela.

Los recién nacidos (menores de un mes) cuyas madres no son inmunes podrían sufrir un episodio de varicela severo, prolongado e incluso fatal. Cualquier persona con un sistema inmunológico debilitado, incluyendo a aquellos con cáncer, VIH o que están tomando medicamentos supresores del sistema inmunológico, pueden tener un riesgo mayor de desarrollar una variante severa de la varicela o el herpes.

El **herpes zóster** (síndrome de Ramsay Hunt, [herpes zóster ótico](#)) se debe al compromiso del ganglio geniculado. Geniculado y produce otalgia, parálisis facial y, a veces, vértigo. Se forman vesículas en el conducto auditivo externo y el paciente puede perder el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.

Neuralgia posherpética

Menos del 4% de los pacientes con herpes zóster experimenta otro brote. Sin embargo, muchos pacientes, en particular los adultos mayores, tienen dolor localizado de intensidad variable que dura > 3 meses desde la última lesión costrosa en la distribución afectada (neuralgia posherpética)

El dolor de la neuralgia posherpética puede ser agudo e intermitente, o constante y capaz de debilitar al paciente. Puede persistir durante meses o años o de manera permanente.

Terapia antiviral

El tratamiento con antivirales por vía oral disminuye la gravedad y la duración de la erupción aguda y la tasa de complicaciones graves en los pacientes inmunodeficientes; puede reducir la incidencia de neuralgia posherpética. En pacientes inmunocompetentes, la terapia antiviral a menudo se reserva para los ≥ 50 años. El tratamiento también está indicado en pacientes con dolor intenso, exantema facial, especialmente alrededor del ojo, y en pacientes inmunocomprometidos.

El tratamiento del herpes zóster debe iniciarse lo antes posible, idealmente durante el período prodrómico, y tiene menos probabilidades de ser eficaz si se administra > 72 h después de la aparición de las lesiones cutáneas, especialmente en ausencia de formación de nuevas lesiones. El famciclovir (500 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 días) y el valaciclovir (1 g por vía oral 3 veces al día durante 7 días) tienen mayor biodisponibilidad por vía oral que el aciclovir, por lo cual suelen preferirse para el herpes zóster en lugar de 800 mg de aciclovir por vía oral 5 veces al día durante 7 a 10 días. Los corticosteroides no disminuyen la incidencia de neuralgia posherpética.

Tabla III

ANTIVIRALES ORALES ¹	
Fármaco	Dosis
Aciclovir	800 mg oral/5 veces al día durante 7 a 10 días
Famciclovir	500 mg oral/3 veces al día durante 7 días
Valaciclovir	1.000 mg oral/3 veces al día durante 7 días



Epidemiología Nacional.

La infección con el virus del herpes humano (alfa) 3 es casi mundial. En climas templados, como mínimo 90 % de la población ha tenido varicela antes de los 15 días de edad, y por lo menos 95 % en los comienzos de la vida adulta. La varicela afecta a los niños principalmente, aproximadamente el 90 % de los casos ocurre antes de 10 años de edad. Las proporciones más altas de enfermedad están entre niños de 5 a 9 años, seguidos estrechamente por niños de 1 a 4 años.

En una evaluación a 5 años desde la introducción de la vacuna, desde el año 2016 al año 2019, el sistema de vigilancia epidemiológica reporta que la notificación se encuentra en disminución, dado a la reducción de los casos, gracias a la introducción de la vacunación. Se observa desde el año 2015

un decremento de la incidencia de 666 casos por 100 000 habitantes a 333 casos por 100 000 habitantes en 2019 representando así una reducción del 49 %.



Figura 1. Sexo y edad de pacientes con Herpes zoster.

Manifestaciones Clínicas.

El período de incubación de la infección primaria es de 10 a 21 días; los síntomas generalmente comienzan entre 14 y 16 días después de la exposición. Aproximadamente la mitad de los niños tienen síntomas prodrómicos, como fiebre, malestar general, anorexia, dolor de cabeza y, de forma ocasional, dolor abdominal leve durante 24 a 48 horas antes de la aparición de la erupción. Los síntomas constitucionales predominan durante las 24 a 72 horas posteriores al desarrollo de las primeras lesiones cutáneas. La elevación de la temperatura oscila entre 37.8 °C y 38.8 °C, pero en algunos casos puede llegar a 41.1 °C. Las lesiones usualmente inician en cuero cabelludo, la cara o el tronco y se caracterizan por ser primeramente máculas eritematosas que evolucionan para formar vesículas claras llenas de líquido durante tres o cuatro días, estas lesiones son pruriginosas en las primeras etapas; posterior a 24 a 48 horas, el líquido se vuelve turbio y algunas lesiones presentan umbilicación característica cuando comienza la formación de costras.



Complicaciones

Se debe tener en cuenta que la gravedad de la enfermedad se incrementa con el aumento de la edad, además los traumatismos cutáneos preexistentes, como el eccema o las cicatrices adquiridas durante el período de incubación, exacerban el exantema en esos sitios.

La complicación más común de la varicela es la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas causadas con mayor frecuencia por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus* del grupo A, pero también es posible encontrar linfadenitis y abscesos subcutáneos. La celulitis de los tejidos blandos del cuello puede provocar un edema grave que compromete las vías respiratorias. La varicela gangrenosa se considera potencialmente mortal y esta asociada con la presencia de *S. pyogenes* productor de exotoxina. Se manifiesta como eritema, calor y dolor en la piel alrededor de una sola lesión de varicela que se aumenta rápidamente de tamaño en pocas horas, a menudo con un color rojo oscuro; este edema extenso perilesional produce fascitis necrotizante. Se deben tener en cuenta por la severidad de la presentación, poblaciones especiales como adolescentes y neonatos, con respecto a la población adolescente es de especial importancia considerar la presencia de neumonía por varicela la cual puede progresar a insuficiencia respiratoria en paciente que cursa con tos, cianosis y disnea de inicio 1 a 6 días (promedio, 3 días) posterior al inicio de la erupción, asociado a hallazgos de infiltrados bilaterales difusos con pequeñas densidades nodulares, especialmente en el área perihilar en la radiografía de tórax. (1,3) viral complications (11.4% Las vesículas pueden presentar una **infección bacteriana secundaria** (típicamente, estreptocócica o estafilocócica) y provocar celulitis o, rara vez, fascitis necrosante o shock tóxico estreptocócico.

La **neumonía** puede complicar la varicela en adultos, recién nacidos y pacientes inmunodeficientes de todas las edades, aunque en general no se produce en niños pequeños inmunocompetentes.

La **miocarditis, la hepatitis y los trastornos hemorrágicos** también pueden complicar la infección.

La **ataxia cerebelosa aguda posinfecciosa** es una de las complicaciones neurológicas más comunes; se produce en 1/4000 casos en niños.

Las muestras suelen obtenerse mediante raspado de la base de las lesiones y se transportan al laboratorio en medios adecuados para virus. Una muestra de Tzanck de un raspado superficial de la base de una vesícula rota en etapa reciente que se tiñe con tinción de Wright-Giemsa o azul de toluidina muestra células gigantes multinucleadas y células epiteliales con cuerpos de inclusión intranucleares eosinófilos en la infección por herpes simple y por herpes zóster. El cultivo puede utilizarse, pero tiene menor sensibilidad que la PCR y el resultado tarda más (1 a 2 semanas).



FUENTE BIBLIOGRÁFICA

PDF- Colaboración con Dermatología

PDF- Dermatología Argentina Vol27, Educación médica continua

PDF- Consejos de colegios oficiales de enfermería

PDF- Biociencias

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: Fernanda Martines Gonzales EDAD: 26 SEXO: M

OCUPACION: Tráiler a ESTADO CIVIL: Soltera NASIONALIDAD: Mexicana

RESIDENCIA: Comitán Escolaridad: Universidad RELIGION: Católica

SERVISIO: HOSPITALIZACION CAMA: 1 NO. Expediente: 2004

ANTESEDENTES HEREDOFAMILIARES

PADRES..... VIVOS..... FALLESIDOS.....

HERMANOS.....VIVOS.....FALLESIDOS.....

HIJOS.....VIVOS.....FALLSIDOS.....

CAUSAS.....

DIABETES MELLITUS: 2 SI NO _____

HIPERTENSION ARTERIAL SI NO _____

TUBERCULOSIS SI NO _____

ANTESEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

1) HABITOS TEXICOS

ALCOHOL: _____ TABACO: _____ DROGAS: _____

2) FISIOLÓGICOS

Órganos de los sentidos: _____

Síntomas generales: _____

EXPLORACION FISICA

Impresión general: _____

Signos vitales: Fc: 64 TA: 100/20nmlt FR: 21 PULSO: 68 Temperatura: 35.5 c°

Peso actual: 60kg Talla: 1.58 BMI: 24.09

Inspección general: El paciente llevo con Ánimos alegres

Cabeza: no se encontró ninguna dificultad no se palpo ninguna masa anormal todas las regiones de la cabeza
Se encuentra en condiciones integras sin anomalidad aparente

Cuello: No se encontró ninguna lesión está bien y recta no se encontró facturas

Tórax: No se encontró nada todo es normal el corazón está bien y no hubo anomalidades y se realizó observaciones de los
Pulmones

Abdomen: Se hizo analizas del abdomen no se encontró ninguna anomalidad en el estomago

Tacto vaginal y rectal:

Extremidades: Se observaron las piernas y brazos y no se encontró ninguna anomalidad y el paciente no presta dolor

Exploración neurológica: Se le hizo una exploración completa en paciente estando consiente y sin encontrar
Alguna anomalidad

Exámenes complementados: _____

Diagnostico presuntivo: _____

Plan terapéutico: _____

Nombre, célula y firma del medico

Tratante: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparatos respiratorios: _____

Aparato digestivo: _____

Aparato cardiovascular: _____

Aparato renal y urinario: _____

Aparato genital: _____

Sistema endocrino: _____

Sistema hematopoyético linfático: _____

Piel y anexos: _____

Musculo esquelético: _____

Sistema nervioso: _____

Infancia: _____

Adulto: _____

Diabetes mellitus tipo 2 si no: _____

Hipertensión arterial si no: _____

Tuberculosis si no: _____

Cáncer si no: _____

Otras (especificar) si no: _____

Quirúrgicos: _____

Traumatológicos: _____

Alérgicos _____

Otros: _____

GINECO- OBSTETRICOS

FUM: / / FPP / / EDAD GESTACIONAL: SEMANAS

Menorca: RM (RIT. MENSTR) / IRS N° DE PAREJAS FLUJO GENITAL

TIPO: TIEMPO: ÚLTIMA TOMA:

CIRUGIAS GINECOLOGICAS (ESPESIFICAR) _____

OTROS: _____

PADESIMIENTO ACTUAL: _____

AMEXO 1

VALORCION SEGÚN EL MODELO DE VIGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente

Habitualmente respira por: la nariz la boca

¿Tiene dificultad para respirar? No Sí

Especificar: _____

Fumador: No Sí Ex fumador No Sí

Cantidad diaria de cigarrillos: _____ Pipa: _____ Puros: _____

¿Cuándo lo dejó? _____

Posición, medicamentos o hábitos que mejoran / dificultan su respiración: _____

Calidad del aire en el entorno domestico: _____ En el laboral _____

Otros datos de interes: _____

Área/s de dependencia: _____

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

¿Dificultad para masticar? No Sí ¿Para tragar? No Sí ¿Para beber? No Sí

Especificar: _____

¿Requiere ayuda para comer /beber? No Sí Especificar: _____

Habitualmente come: en casa en el trabajo otros Come: solo acompañado

¿Tiene apetito? No Sí Número de ingestas / día: 3 Horario: _____

Desayuno: 8:00 a.m Media mañana: _____

Almuerzo: 3:00 p.m Merienda: _____

Cena: 8:00 p.m Otros: _____

Líquidos diarios: Cantidad: 3 litros Tipo: Agua simple

Alimentos que le Gustan: Verduras

Alimentos que le desagradan / le sientan mal: Arcóz

Importancia de la alimentación sana: _____

Área/s de dependencia: _____

Fuente: Elaboración propia partiendo de las referencias de R. Alfaro, *Aplicación Práctica del Proceso Enfermero, Masson, 2002.*

3. Eliminar por todas las vías corporales

Frecuencia de la eliminación fecal: 3 Esfuerzo: No Si

Características de las heces: _____ Incontinencia: No Si Diarrea: No Si

Estreñimiento: No Si ¿qué hace para controlarlo? _____

¿Toma laxantes? No Si Tipo / frecuencia: _____

Hábitos que ayudan a dificultar la defecación: Consumos de fibra

Frecuencia de la eliminación urinaria: 4 Alteraciones: No Si

Especificar: _____

¿Qué hace para controlarlo? _____ Características de la orina: _____

Hábitos que ayudan / dificultan la micción: _____

Menstruación: No Si Duración: 5 días Frecuencia: Irregular

Flujo vaginal: No Si Pérdidas intermenstruales: No Si

Sudoración: Escasa Normal

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

¿Cree que ha disminuido su movilidad? No Si Especificar: _____

¿Precisa inmovilización? No Si Especificar: _____

¿Requiere ayuda para moverse? No Si Especificar: _____

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No Si Especificar: _____

¿Tiene rigidez en alguna articulación o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria? No Si

Especificar: _____

¿Habitualmente hace alguna actividad física / deporte? No Si

Especificar: Jugar fútbol y ir al gym.

Grado de actividad diaria: nulo bajo moderado alto muy alto

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

Fuente: Elaboración propia partiendo de las referencias de R. Alfaro, *Aplicación Práctica del Proceso Enfermero*, Masson, 2002.

3

5. Dormir y descansar

Horas de sueño/día: _____ Nocturno: 10 hrs Siesta: _____ Otros: _____

¿Dificultad para conciliar el sueño? No Sí ¿Para mantenerlo? No Sí

¿Al levantarse se siente cansado? No Sí ¿Somnoliento? No Sí

¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? Desde hace un año, mucho trabajo

Si toma medicación para dormir, tipo / dosis: _____

Recursos para inducir / facilitar el sueño: _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse

¿Su vestuario y calzado habitual resultan cómodos? No Sí

¿Está condicionado por algo? No Sí Especificar: _____

¿Hay algún objeto / prenda que quiera llevar siempre? No Sí Especificar: _____

¿Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa / calzado? No Sí

Especificar: _____

¿Qué importancia le da a la ropa: _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

¿Es sensible al frío? No Sí ¿Al calor? No Sí

¿A los cambios de temperatura? No Sí

¿Su casa está acondicionada para el frío? No Sí ¿Para el calor? No Sí

¿Habitualmente está en ambientes fríos? No Sí ¿Calurosos? No Sí

Recursos que usa para combatir el frío / calor: Para el calor con aire acondicionado

¿Sabe tomar la temperatura? No Sí ¿Qué hace cuando tiene fiebre? Dormir

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Baño: No Sí Ducha: No Sí Frecuencia: _____ Hora preferida: _____

Frecuencia del: Lavado de pelo: _____ Rasurado: _____

Higiene dental: Cepillado de dientes: No Sí Desayuno Almuerzo Cena

Dentadura postiza: No Sí Limpieza: producto / frecuencia: _____

¿Precisa ayuda para la higiene? No Sí Especificar: _____

Otros requerimientos higiénicos: _____

¿Qué importancia da a la higiene corporal? Mucha para estar limpio

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Prácticas sanitarias habituales:

Vacunación: No Sí

Revisiones periódicas No Sí Autoexploración: No Sí Especificar: _____

Protección de las ETS: No Sí Otras: _____

Nivel de seguridad en el trabajo: nulo bajo adecuado

Nivel de seguridad en su barrio: nulo bajo adecuado

Nivel de seguridad en su casa: nulo bajo adecuado

¿En los dos últimos años ha sufrido pérdidas? No Sí ¿Cambios corporales/funcionales? No Sí

Especificar: _____

¿Cómo se ve y se siente físicamente? Baja de peso

¿Cuáles son sus principales características como persona? Con buen humor

Ante esta situación (motivo de la consulta) ¿cómo se siente? Bien

¿Qué se siente capaz de lograr? Crecer en su trabajo

¿Qué cree que puede ayudarle ahora? Motivación

¿Cómo suele afrontar los cambios/problemas? Evitarlos

¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse, rendir más, etc? No Sí

Especificar: _____

¿Sigue el tratamiento prescrito? No Sí A veces ¿Por qué? _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia

Fuente: Elaboración propia partiendo de las referencias de R. Alfaro, *Aplicación Práctica del Proceso Enfermero*, Masson, 2002.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Baño: No Sí Ducha: No Sí Frecuencia: _____ Hora preferida: _____
 Frecuencia del: Lavado de pelo: _____ Rasurado: _____
 Higiene dental: Cepillado de dientes: No Sí Desayuno Almuerzo Cena
 Dentadura postiza: No Sí Limpieza: producto / frecuencia: _____
 ¿Precisa ayuda para la higiene? No Sí Especificar: _____
 Otros requerimientos higiénicos: _____
 ¿Qué importancia da a la higiene corporal? Mucha para estar limpio
 Otros datos de interés: _____
 Área/s de dependencia _____

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Prácticas sanitarias habituales:
 Vacunación: No Sí
 Revisión periódica: No Sí Autoexploración: No Sí Especificar: _____
 Protección de las ETS: No Sí Otras: _____
 Nivel de seguridad en el trabajo: nulo bajo adecuado
 Nivel de seguridad en su barrio: nulo bajo adecuado
 Nivel de seguridad en su casa: nulo bajo adecuado
 ¿En los dos últimos años ha sufrido pérdidas? No Sí ¿Cambios corporales/funcionales? No Sí
 Especificar: _____
 ¿Cómo se ve y se siente físicamente? Bajo de peso
 ¿Cuáles son sus principales características como persona? Con buen humor
 Ante esta situación (motivo de la consulta) ¿cómo se siente? Bien
 ¿Qué se siente capaz de lograr? Crecer en su trabajo
 ¿Qué cree que puede ayudarlo ahora? Motivación
 ¿Cómo suele afrontar los cambios/problemas? Evitando
 ¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse, rendir más, etc? No Sí
 Especificar: _____
 ¿Sigue el tratamiento prescrito? No Sí A veces ¿Por qué? _____
 Otros datos de interés: _____
 Áreas de dependencia _____

Fuente: Elaboración propia partiendo de las referencias de R. Alfaro, *Aplicación Práctica del Proceso Enfermero*, Masson, 2002.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Vive: solo con su familia con amigos con otras personas

Número de personas con las que comparte la casa: 3

¿Representa eso un problema? No Si Especificar: _____

Ocupación principal: Trailerero

Trabajo remunerado fuera de casa en casa trabajo doméstico estudios otros

Otras ocupaciones importantes: Estudios y trabajo en carretera

¿Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones? No Si

Especificar: Más estrés

¿Cómo repercuten en su vida estos cambios? Por mucho trabajo

¿Qué cree que puede ayudarle a afrontarlos? No rindiéndose

¿Cómo repercuten en su familia? Motivación

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia: _____

13. Participar en actividades recreativas

¿Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual? No Si

Pasatiempos / distracciones habituales: _____

Horas a la semana que les dedica: _____

El tiempo de ocio lo pasa: sólo con la familia con amigos

¿Su situación de salud ha cambiado sus pasatiempos / distracciones? No Si

Especificar: _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia: _____

Fuente: Elaboración propia partiendo de las referencias de R. Alfaro, *Aplicación Práctica del Proceso Enfermero*, Masson, 2002.

7

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Nivel de escolarización: Sabe leer y escribir EGB FP
 Estudios secundarios Estudios universitarios
 ¿Presenta dificultad para el aprendizaje? No Si
 Especificar: _____
 Cuando desea saber algo sobre su salud recurre a: la familia los amigos el médico
 La enfermera libros otros
 ¿Qué información sobre su salud necesita / descartaría? Saber sino es diabetico
 ¿Conoce algún recurso comunitario que pueda serle útil? No Si
 Otros datos de interés: _____
 Area/s de dependencia: _____

Otros datos relevantes

¿Hay algo que quiera añadir? _____
 ¿Hay algo que desee preguntarme? _____
 ¿Hay algo que desee consultar con otro profesional? _____
 De todo lo hablado ¿qué le parece lo más importante o le preocupa más? _____

ANÁLISIS DE LOS DATOS

1.- Extracción de los datos –clave (describa las necesidades dependientes, teniendo como referente el siguiente cuadro):

Situación de autonomía
 0 Autónomo
 1 Necesidad de ayuda material
 2 Necesidad de ayuda de otra persona
 3 Necesidad de ayuda material y de otra persona
 4 Necesidad de ayuda total

8

Fuente: Elaboración propia partiendo de las referencias de R. Alfaro, *Aplicación Práctica del Proceso Enfermero*, Masson, 2002.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Dominio II Clase I Código del diagnóstico 00046

Definición: Epidermis o Dermis alterado

- . Dolor agudo
- . Piel marcada
- . Color de la piel alterado
- . Prurito
- . Ampolla
- . Superficie de la piel alterada

RIESGO DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

Dominio 11 Clase 2 Código del diagnóstico: 00046

Definición: Vulnerable a una alteración de la epidermis y o de la dermis que se puede comprometer de la salud.

.Conocimientos insuficientes para evitar la exposición halos agentes patógenos

. Exposición a brotes de enfermedades

. Alteración en la integridad cutánea

Actividad y reposo y seguridad y protección

NOC

NIVEL DE DOLOR

Puntuación:	Grave:	sustancial:	Moderada:	Leve:	Ngn	
210206 expresión faciales del dolor	1	2	3	4	5	NA
210201 dolor referido	1	2	3	4	5	NA
210221 factores en el área afectada	1	2	3	4	5	NA
210217 Gemidos y gritos	1	2	3	4	5	NA
210208 inquietudes	1	2	3	4	5	NA

PUNTUACION DIANA

MANTENER A

AUMENTA A

MANTEBER A

AUMENTAR A

MANTENER A

CUIDADOS DE LA PIEL

- . Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera
- . Vestir al paciente con ropas no restrictivas
- . Inspeccionar diariamente la piel en persona con riesgo de pérdida de integridad de la misma
- . Registrar el grado de afectación de la piel,

Identificación de riesgo, intervenciones NICK

- . Planificar la monitorización a lo largo plazo de los riesgos para la salud
- . Planificar el seguimiento a lo largo plazo de las estrategias y actividades de reducción de riesgo
- . Identificar los recursos de centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo
- . Aplicar las actividades de reducción de riesgo

El herpes es una infección causada por un virus herpes simple el herpes bucal nos dese que provoca llagas alrededor de la boca o de áreas del cuerpo en el rostro el herpes genital es una enfermedad de trasmisión sensual etc. puede afectar los genitales los glúteos o el ano otras infecciones por el herpes pueden afectar los ojos de la piel u otras partes de cuerpo el virus puede ser peligroso en residen nacidos o personas con sistemas inmunes debilitados

Existen dos tipos de herpes simples

El herpes tipo 1 frecuente causa llagas labiales también puede causar herpes genital

El herpes tipo 2 frecuentemente es el que causa el herpes genital pero también puede afectar la boca

Tratamiento: el tratamiento consiste en evitarles y medicamentos para en dolor nerviosos

El herpes zoster también conocido como culebrilla, es una enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela zoster este virus o es causante de este del herpes labial ni genital sino el que causa la varicela.

Una vez que la persona padece varicela el virus se mantiene inactivo en el tejido nervioso, puede permanecer de esta manera durante años o incluso durante toda la vida.

Una de las manifestaciones del herpes zoster consiste en la presencia de un saludillo o ampollas dolorosas en la piel que general mente se presenta de un lado del cuerpo o de la cara. El herpes zoster es una enfermedad común ya que de cada 1 de tres personas desarrollarla una reactividad.

CONCLUSION

Nos dice que causa dolor intenso en las áreas de donde tuvo la erupción de culebrilla. En general mejora en unas pocas semanas o meses. Pero algunas personas pueden tener dolor neurológica durante muchos años y pueden interferir con la diaria si la culebrilla afectan sus ojos pueden tener perdida de la visión. También nos dice que ay pocas recomendaciones médicas pero en las, dice que el herpes culebrilla es un virus que también se puede trasmitir sexual mente, o diferentes infecciones. En el cuerpo humano se dan en las personas mayores o jóvenes.