



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ADULTO SENIL CON DEFICIENCIA DE LA MOVILIDAD Y
POSTURA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICICA

P R E S E N T A

GISELA GUADALUPE MONROY CAMPOS

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA


DIRECTORA DE PROCESO

MTRA.: JUANA BAROJA CRUZ

México D. F. Marzo de 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I	Introducción	p. v.
II	Justificación	p. vii.
III	Objetivos	p. viii.
1.	Breve reseña histórica del cuidado en México	p. 1.
1.1	Origen de las prácticas del cuidado	p. 1.
1.2	El cuidado en el Periodo Neolítico	p. 2.
2.	Enfermería actual en México	p. 4.
2.1	Enfermería del siglo XIX	p. 4.
2.2	Enfermería del siglo XX	p. 5.
2.2.1	Hospital de San Andrés	p. 6.
2.2.2	Hospital General de México	p. 7.
2.3	Profesionalización de enfermería	p. 9.
2.4	Metaparadigma	p. 11.
2.5	Teorías y modelos conceptuales	p. 12.
3.	Modelo de Enfermería	p. 13.
3.1	Breve reseña de la biografía de Virginia Henderson	p. 13.
3.2	Modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson	p. 14.
3.3	Postulados Teóricos de Virginia Henderson	p. 16.
3.4	Los elementos del Paradigma (Metaparadigma) bajo la óptica de Virginia Henderson	p. 18.
4.	Proceso de Atención de Enfermería	p. 20.
4.1	Antecedentes históricos del PAE	p. 20.
4.2	Definición del PAE	p. 21.
4.3	Etapas del PAE	p. 22.
4.3.1	Valoración	p. 23.
4.3.1.1	Fuentes de datos	p. 23.
4.3.1.2	Métodos para la recopilación de datos	p. 24.
4.3.1.3	Exploración física	p. 25.
4.3.2	Diagnóstico de Enfermería	p. 27.
4.3.2.1	Formulación de Diagnósticos de Enfermería	p. 27.
4.3.3	Planeación	p. 29.
4.3.3.1	Componentes de la planeación	p. 30.
4.3.4	Ejecución	p. 30.
4.3.4.1	Tipos de intervenciones de Enfermería	p. 32.
4.3.5	Evaluación	p. 33.
4.3.5.1	Etapas de la Evaluación	p. 34.
5	Aplicación del PAE con base al modelo de Virginia Henderson	p. 36.
5.1	Contexto	p. 36.

5.1.1	Breve reseña histórica del I M S S	p. 36.
5.1.2	Breve reseña histórica del Hospital General Regional #1 “Gabriel Mancera”	p. 38.
5.2	1ª. Etapa Valoración	p. 41.
5.2.1	Resultados de la valoración	p. 46.
5.3	2ª., 3ª., 4ª., y 5ª. Etapas: Dx. De Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación	p. 47.
6	Plan de Alta	p. 61.
IV	Conclusiones	p. 63.
V	Sugerencias	p. 64.
VI	Bibliografía	p. 65.

ANEXOS

1.	Instrumento para la valoración de enfermería	p. 67.
2.	Cambios fisiológicos en el adulto mayor	p. 72.
3.	Artritis Reumatoide	p. 75.
4.	Bibliografía	p. 83.

DEDICATORIAS

A Dios

Por haberme dado salud, fuerzas y entendimiento, para llegar a la culminación de mi profesión.

A mis padres

Por que siempre han estado apoyándome en mis deseo de superación.

A mi esposo

Por impulsarme a seguir superándome.

A mi profesora

Por su paciencia y por haberme transmitido sus conocimientos.

A la ENEO

Al igual que los docentes me ayudaron a la superación personal.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios significativos en la práctica de la enfermería; uno de estos cambios es la aplicación del PAE que comprende la investigación profunda y sistemática de un problema dentro de un marco teórico definido.

El profesional de enfermería ha desarrollado instrumentos para la valoración sistemática, categorías para el diagnóstico de enfermería, estrategias para la planeación de los cuidados y su ejecución; y formas de valorar la respuesta de la personas.

Paulatinamente la enfermera ha ido aprendiendo a aplicar los marcos teóricos de referencia a los procesos de atención de enfermería, estos fundamentos teóricos representan la base para el desarrollo del conocimiento de la enfermera.

El presente Proceso de Atención de Enfermería está conformado por la justificación en donde se mencionan los motivos de la realización del PAE como opción de titulación, objetivos propuestos para la aplicación de este proceso, así como el marco teórico de referencia.

La práctica de enfermería se sustenta a partir de los orígenes del cuidado, como se explica en el capítulo 1°, puesto que desde las tribus primitivas ya se hacía distinguir la división sexual del trabajo en donde las mujeres asumían el rol de encargadas de los cuidados de supervivencia de los miembros de la tribu, pasado el tiempo, en el periodo neolítico, con el abandono del nomadismo se institucionaliza el matrimonio y la domesticación de los animales, y es en este momento en que la mujer realiza los cuidados de salud domésticos ya que el hogar constituye el espacio cotidiano del quehacer de la mujer.

Ya para el siglo XVIII y XIX el cuidado de los enfermos en el seno familiar se completaba con las visitas del médico, pero la primera línea de batalla contra la enfermedad la libraban los remedios caseros, patrimonio de la familia, mediante la transmisión de los mismos de generación en generación: emplastos, brebajes naturales, adecuación alimentaria al estado del enfermo, lavados con soluciones especiales, etc., forman parte de este caudal empírico que la fuerza de la tradición ha ido acumulando en el saber popular de las familias; ya para el siglo XX la tendencia dominante en la enfermería, tuvo su base en el desarrollo de actividades tales como la medicación, la alimentación y el cuidados directo a los enfermos, además acompañarían al médico en la visita y serían, por primera vez, las portadoras y comunicadoras de todas aquellas reacciones y conductas de los enfermos que fueran de interés para su tratamiento; todo esto es descrito en el capítulo 2°.

Debido a que es una profesión que esta emergiendo, la enfermería, esta profundamente involucrada, ahora, en la identificación de su base única de

conocimientos, para esto se requiere el desarrollo y el reconocimiento de conceptos como el metaparadigma, teorías y modelos conceptuales; todo esto visto en el capítulo 2.4 y 2.5.

Un modelo marca la pauta de lo que debe hacerse, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representa, por tal razón en el capítulo 3° se aborda la bibliografía, el modelo conceptual y sus componentes de Virginia Henderson.

Anteriormente los cuidados de enfermería se basaban totalmente en la órdenes descritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona, es por esto que fue creado en 1955 el Proceso de Atención de Enfermería, el cual; descrito en el capítulo 4°; es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería, y así poder satisfacer todas las necesidades de la persona.

El punto más sobresaliente es el capítulo 5°, en donde se aborda la aplicación del PAE a un adulto mayor en donde se detalla, primeramente, una breve reseña del Instituto Mexicano del Seguro Social así como antecedentes y desarrollo del Hospital General Regional "Gabriel Mancera" en el cual se realizó este PAE, posteriormente se detalla la 1ª. Etapa: valoración, en la cual se analizan las 14 necesidades según Virginia Henderson, se presenta un cuadro mencionando las necesidades detectadas en la paciente.

Se hace referencia a los diagnósticos de enfermería de acuerdo a cada necesidad detectada, el plan de cuidados en donde se establecen los objetivos, fundamentación científica, intervenciones de enfermería, tanto independientes como interdependientes y evaluación de los cuidados aplicados a la paciente.

En otro apartado se hace referencia al Plan de Alta en donde se establecen aquellos cuidados que debe seguir la paciente en su hogar para lograr su independencia total en aquellas necesidades que quedaron parcialmente satisfechas.

Al final se mencionan las conclusiones que se obtuvieron después de implementar el proceso, así como las sugerencias y la bibliografía que se utilizó para su elaboración.

Por último los anexos en donde se incluyen el instrumento de valoración que se utilizó para la realización del PAE, una breve reseña de los cambios fisiológicos en el anciano y un relato sobre la artritis reumatoide.

II. JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Enfermería es un método sistemático que proporciona a las personas cuidados personalizados en cualquier estado de salud, tiene por objetivo identificar las necesidades de salud en un individuo, familia y comunidad, ofreciendo cuidados de enfermería que aceleren la solución de los problemas, maximizando las oportunidades y los recursos; siendo los cuidados, las acciones de enfermería que sirven de base para desarrollar las capacidades físicas, afectivas, mentales, y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida; en donde la persona es considerada como individuo y como miembro de una unidad social formado por la vida.

La estructura flexible del proceso proporciona un marco de trabajo que permite al personal de enfermería identificar y satisfacer las necesidades de la persona en todos los campos de la asistencia sanitaria.

Actualmente se ha observado que en nuestros centros de trabajo el personal de enfermería no utiliza el proceso como una guía que sirva de modelo para el cuidado de una persona, lo cual hace que nuestra labor como enfermera sea rutinaria.

Es por todo esto que elegí el PAE como opción de titulación, ya que su aplicación me ayudó a organizar mi trabajo y a seguir incrementando mis conocimientos sobre éste, además de adquirir más habilidad y tener la seguridad de ofrecer al individuo los cuidados eficaces y eficientes a través de ciertas intervenciones que ayudan a la persona a promover, mantener y conservar la salud o lograr una muerte tranquila.

III. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Contar con un documento que fortalezca el trabajo realizado como profesional de enfermería.
- Dar a conocer la factibilidad de realizar un Proceso de Atención de Enfermería de esta naturaleza dentro de una Institución de Salud.
- Proyectar el Proceso de Atención de Enfermería hacia la práctica diaria.
- Hacer una reflexión práctica acerca de nuestro quehacer profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar cuidado integral de enfermería al adulto mayor.
- Satisfacer las necesidades de salud de la persona para mantener su equilibrio desde un enfoque holístico.
- Ayudar a la persona a recuperar y / o conservar su independencia lo más rápido posible

1. Breve reseña histórica del cuidado

1.1 Origen de las prácticas del cuidado

El punto de partida del origen del cuidado y por consecuencia de la práctica de enfermería es una consecuencia directa de la división sexual del trabajo, ya que en las tribus primitivas se denominaban los roles biológicos a aquellas actividades, vinculadas a las características fisiológicas de las mujeres, que resultaban esenciales para la supervivencia de la tribu.

La mujer asume el rol, como miembro de la tribu, de encargada de los cuidados de supervivencia entendiendo por tales aquellos que resultan esenciales para la existencia de la tribu en una condiciones de estabilidad social, demográfica y de salud aceptables desde la perspectiva de la propia comunidad.

La fertilidad, el parto y todo lo que conlleva tienen un fuerte contenido simbólico, y partiendo de ese carácter simbólico las condiciones biológicas, tales como la lactancia y el mismo parto, van a convertirse en la raíz de la posterior división del trabajo. Los cuidados durante el parto constituyen el punto de partida empírico para el desarrollo de los conocimientos de las parteras, que eran mujeres, para conocer mejor el propio cuerpo.

Los primeros cuidados dedicados al recién nacido, los cuidados perinatales y los relativos a la lactancia y crianza, constituyen, la base empírica de los cuidados pediátricos y están comprometidos con la superación del problema sanitario y social de mayor trascendencia histórica: la mortalidad infantil.

“Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario ocuparse la de vida para que esta pueda persistir; cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte. Los cuidados eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar la vida.”¹

Como consecuencia de la importante misión asumida por la mujer en el parto y la lactancia-crianza, las mujeres van a permanecer durante mucho más tiempo en el campamento y se van a ocupar de los cuidados de los enfermos y heridos, convirtiéndose en las primeras cuidadoras de la humanidad, a la par que realizan las tareas de mantenimiento del campamento

Por otro lado el hechicero surge como consecuencia del caudal de conocimiento acumulado y la necesidad de institucionalizar de algún modo su papel, tan importante en la ordenación de aquella sociedad.

¹ Collière. Promover la vida. P.5

No solo interpreta simbólicamente y da un sentido a las catástrofes, sino que también cuenta con los mecanismos apropiados para, al menos, intentar evitarlas.. Por supuesto, los hechiceros no solo van a realizar conjuros para evitar las enfermedades, sino que también van a proponer el medio y la forma de aliviarlas o curarlas, mediante técnicas o procedimientos rituales.

El hechicero dirige la ceremonia ordenando la preparación del escenario con los elementos precisos; suele officiar la ceremonia actuando individualmente o dirigiendo un grupo que interpreta la oración en acción

Posterior al hechicero, la bruja es una figura muy controvertida, es la mujer que ha heredado poderes sobrenaturales de sus antepasados femeninos, por lo que las brujas no dependen tanto de su saber como de una cualidad innata que les viene dada y que esta vinculada al poder de la luna.

1.2 El Cuidado en el Periodo Neolítico

Después del Paleolítico, tras un estadio intermedio caracterizado por el cambio progresivo en el modo de vida, se inicia un revolucionario periodo en la historia de la humanidad: el Neolítico.

Con el abandono del nomadismo, se institucionaliza la familia mediante la oficialización del matrimonio; con la domesticación de los animales el hombre tiene resuelto el problema del abastecimiento de carne; por otro lado, la ganadería y la agricultura van a generar dos modos de vida, a lo largo de la historia.

La mujer se encarga desde el principio del mantenimiento de los huertos donde se cultiven los alimentos, sin embargo sigue vinculada a la idea de la fertilidad.

“El pensamiento animista se sustituye gradualmente por el dualismo, que constituye una fase superior en el proceso de interpretación de la vida. Esencialmente, el dualismo consiste en determinar que las enfermedades están provocadas por dos tipos genéricos de causas: las sobrenaturales y las naturales.

El dualismo influye determinantemente en el nacimiento de las primeras religiones, las cuales tienen la función social de ordenar el mundo antiguo ofreciendo explicaciones y facilitando, mediante su fuerte carga simbólica, la comprensión de los fenómenos tradicionalmente más negados para la mentalidad: la enfermedad y la muerte”.²

El hechicero es sustituido por el sacerdote y, como consecuencia del abandono del nomadismo y del culto politeísta, se construyen templos donde también se desarrollan actividades relacionadas con los cuidados de salud.

² José Siles. Historia de la Enfermería. P 108.

La historia de enfermería en las culturas antiguas era la historia de la religión. Donde el comienzo de esta fase, los cuidados de enfermería van a evolucionar en dos esferas: por un lado, los cuidados de enfermería en la vida cotidiana, y por otro lado, los cuidados de enfermería que se desarrollan desde la perspectiva religioso-institucional.

En la primera esfera, como consecuencia de la evolución de los lazos de sangre y el parentesco se generaliza la institucionalización de la familia como estructura social esencial de convivencia y socialización primaria.

La familia se responsabiliza de los cuidados de salud de sus integrantes, del mantenimiento alimentario y de cualquier otro tipo de necesidad, incluidas las actividades socializadoras.

El hogar es donde habita cada familia y constituye el espacio cotidiano en que se realizan los cuidados de salud domésticos. La morfología y calidad de las viviendas determinan el nivel de vida y el tipo de cuidados domésticos que debe desarrollar la mujer. En el hogar se realizan las tareas cotidianas como la comida, la higiene, el descanso, el sueño, la actividad sexual, etc. El mobiliario y los utensilios de que se puede disponer determina la calidad de los cuidados domésticos.

La aparición de la rueda, la alfarería y la industria de las vasijas posibilita el almacenamiento de agua para beber y para usos higiénicos en el hogar.

“La mujer sigue encargándose de todas las tareas relacionadas con los cuidados domésticos, los de salud, y también de los partos y cuidados perinatales. La calidad de los cuidados aumenta considerablemente debido a la existencia de más y mejores medios y al desarrollo empírico: se hierve el agua para hacer jarabes, emplastos, etc.”³

En la segunda esfera, el sacerdote actúa de intermediario con los dioses consagrados en su religión, y se convierte en una especie de funcionario público que desarrolla un trabajo organizado, especializado y jerárquico, que influye en mayor o menor grado en la vida social y política de la comunidad. La figura sacerdotal se convierte en una figura institucional, ya que es el resultado de la adecuación de la experiencia histórica de los hechiceros de los pueblos primitivos animistas a los nuevos esquemas mentales y religiosos característicos del dualismo.

³ Ibid. P.110.

2 Enfermería actual en México

2.1 Enfermería en el siglo XIX

Durante los siglos XVIII y XIX se produjeron cambios en los esquemas económicos, políticos y sociales como consecuencia de una serie de revoluciones que se condicionaron mutuamente: geográfica, industrial, política, demográfica, científico-tecnológica y cultural.

Durante la revolución geográfica se produjo una mejora en los transportes y una acortamiento en las distancias que repercutió en la introducción de materias primas y en la internacionalización del mercado.

La revolución industrial trajo consigo la incorporación de mano de obra a las fábricas (hombres, mujeres y niños) e influyó en el incremento de la inmigración rural a las ciudades.

La revolución demográfica fue a la vez causa y consecuencia de la revolución industrial y el empeoramiento de las condiciones de vida en las zonas rurales. El incremento de la población en las ciudades llegó a ser tan rápido que las infraestructuras de los municipios, que aún conservaban sus murallas medievales, no fue suficiente para dar acogida a un contingente humano que continuó agravando la situación del hacinamiento de las familias obreras durante este tiempo.

En cuanto a la enfermedad y los fenómenos relacionados con la salud, se inaugura una nueva fase, dado que la religión y las cosas sobrenaturales desaparecen del esquema mental interpretativo.

“La revolución científica se basa en una concepción materialista y realista de la vida. La ciencia avanza mediante la comprobación de ideas o hipótesis. La interpretación de las causas de la enfermedad carece de ese componente religioso que había acompañado a la evolución de las enfermedades desde los comienzos de la historia, pues lo que el positivismo prescribe es la indagación mediante procesos racionales y científicos que permitan conocer empíricamente tanto las causas como los remedios de las enfermedades.”⁴

La salud y la enfermedad se interpretaban en muchos casos por influencia del creciente auge del marxismo desde dos puntos de vista: la enfermedad considerada desde una perspectiva físico-mecánica, y desde una perspectiva aportada por el contexto social. Por esto, cada vez tenía más importancia, en la delimitación conceptual de la salud y la enfermedad, la contemplación del factor económico, la clase social, el entorno familiar, la vivienda, profesión y el nivel de acceso a los servicios de salud, etc.

⁴ José Siles. Historia de la enfermería. P. 16.

“El problema de la salud esta íntimamente ligado al problema social; mientras que la humanidad no tenga un estado mejor, poco adelantará en salud. Si Marx ha demostrado que la cuestión moral depende de la situación económica, nada más fácil de probar también que nuestro estado de salud va ligado a la misma causa”.⁵

“A lo largo de los siglos XVIII y XIX, diversos organismos y autoridades estatales y provinciales ejercieron un control de las familias con el fin de evitar que siguieran practicando costumbres y hábitos que resultaban nocivos para la salud de los integrantes de la misma.”⁶

El cuidado de los enfermos en el seno familiar se completaba con las visitas del médico, pero la primera línea de batalla contra la enfermedad la libraban los remedios caseros, patrimonio de la familia, mediante la transmisión de los mismos de generación en generación: emplastos, brebajes naturales, adecuación alimentaria al estado del enfermo, lavados con soluciones especiales, etc., forman parte de este caudal empírico que la fuerza de la tradición ha ido acumulando en el saber popular de las familias.

Cuando los remedios caseros fallaban, se llamaba al médico, pero los remedios que este aconsejaba no van más allá de la purga, las sanguijuelas, las ventosas o algún otro tópico propio del limitado arsenal terapéutico de la época. Sin embargo, frente al primitivismo terapéutico se desarrolla un higienismo familiar que, poco a poco, va a dar lugar a un proyecto higiénico preciso y refinado: las dietas, la regulación de todas las actividades de forma que éstas guarden cierta armonía, la higiene del cuerpo de todos los miembros de la familia, entre otras.

La mujer fue simultáneamente, la principal beneficiada y perjudicada de los cambios introducidos por esta ola revolucionaria, pero tal vez lo más importante de la espiral de contradicciones que se genera en el ambiente revolucionario de finales del siglo XVIII radica en la toma de conciencia de la mujer como tal, como ser humano y como trabajadora, como madre, esposa y como enfermera.

Las comadronas de siglo XVIII y XIX seguían teniendo, en general, poca reputación, aunque se dieron excepciones, como es el caso de las matronas que estudiaban y se dedicaban a asistir a los partos de mujeres de familias ricas o acomodadas.

2.2 Enfermería en el siglo XX

Son diversos los acontecimientos que han tenido lugar, anteriores a este siglo, y que han dejado testimonio de la participación de enfermería en el cuidado de enfermos; esto fue considerado como la aspiración máxima de un grupo de

⁵ García Martín Catalina. Historia de la enfermería. P.189.

⁶ *Ibid.* P. 192.

personas dedicadas a la asistencia hospitalaria en todos los establecimientos creados a partir del siglo XVI.

Esa asistencia hospitalaria estuvo a cargo, principalmente de frailes, así como de mujeres que con un gran sentido humano y una gran dosis de empirismo, estuvieron alertas para dar su mejor ayuda a quien lo necesitaba.

El trabajo de enfermería que en los tres siglos anteriores, se ejerció en México, dejó antecedentes de que esa actividad se aplicó con un sentido favorable hacia la población doliente.

“La tendencia dominante en la enfermería, anterior a este siglo, tuvo su base en el desarrollo de actividades manuales, de incipiente calidad, de escasa inclinación técnica, pero que dieron una conformación a lo que más tarde fue considerado como un perfil de enfermería. En el siglo XIX, ingresó la técnica de enfermería americana y europea, al ser contratadas enfermeras extranjeras para hacerse cargo de adiestrar a un grupo seleccionado para este propósito.”⁷

2.2.1 Enfermería en el Hospital de San Andrés

“El Hospital de San Andrés se fundó en 1626 para noviciado de la compañía de Jesús. En 1650, la casa religiosa se abandonó por deterioro de las rentas y hasta 1676 se restauró y se cambió su inicial advocación por la de San Andrés.”⁸

“En 1779, a consecuencia de la peste de viruelas, el virrey accedió a la petición del arzobispo de México para instalar en San Andrés más de cuatrocientas camas y atender a los enfermos pobres; posteriormente se compró un terreno adjunto al establecimiento para sepultar los cadáveres sacados de San Andrés.”⁹

“En 1861 el hospital se encargó de las Hermanas de la Caridad, que lo tuvieron hasta 1874. Al dejar el país las Hermanas de la Caridad, fue sostenido por el ayuntamiento, quien lo entregó a la beneficencia en 1879.”¹⁰

Un año más tarde, en este hospital se dio aviso a la población acerca de la construcción de un nuevo y moderno hospital que se intentaba dotarlo de un cuerpo de enfermeros que con el personal médico contribuyera a la buena asistencia a los enfermos; por este motivo se solicitaba que personas de ambos sexos que tuvieran cultura social, sentido humanitario, trato amable con los enfermos, hábitos de limpieza personal y un determinado grado de estudios se inscribieran para tomar las lecciones.

⁷ García Martín Catalina. Opcit. P. 214.

⁸ *Ibid.* P. 316.

⁹ *Ibid.* P. 317.

¹⁰ *Ibid.* P. 319.

Los primeros procedimientos que se propusieron para adiestrar a tal grupo fueron: hacer las camas convenientemente para apreciar las ventajas que se obtienen con técnicas especiales para los diferentes casos y enfermedades, se enfatizaría la manera de tomar el pulso, la temperatura y la respiración, así como su registro correspondiente. Posteriormente se abordaría la manera de vestir a los enfermos para permanecer en la cama, el cambio de su ropa para darles comodidad; bañarlos según los casos de enfermedad y los efectos de las diferentes temperaturas de agua.

Algunos otros aspectos se enfocarían a la dietética, la manera de hacer y dar los alimentos, especialmente los líquidos. La forma de preparar y aplicar las lavativas, como administrar diferentes duchas y diferentes formas de aplicar la asepsia. Se abordaba también lo relativo a la administración de medicamentos.

En una enseñanza más seria, la preparación de soluciones antisépticas y su empleo, la esterilización, el manejo de aparatos quirúrgicos, la conservación de la asepsia quirúrgica, la cirugía menor, las curaciones, la limpieza de las heridas, y la conducta de las enfermeras en las salas de operaciones. El curso daría fin con la enseñanza de la obstetricia.

Estas lecciones eran una novedad en esa época, ya que se establecía un ordenamiento técnico-médico para que las enfermeras se adiestraran en diversos aspectos hospitalarios y para que se iniciara la conformación de una nueva figura en la enfermería, que bajo ciertas características personales combinadas con la enseñanza formal dieran nacimiento a la imagen de la enfermera de principios del siglo XX.

“A partir de 1904 la escuela quedó bajo la dirección de la señorita Dato, de origen alemán. Más tarde la señorita Dato junto con otra enfermera alemana, Gertrudis Friedrich, fungieron como jefe y subjefe, respectivamente, del Hospital general de México, inaugurado el 5 de Febrero de 1905.”¹¹

2.2.2 Hospital General de México

Con las características mencionadas anteriormente, las enfermeras que se hicieron cargo de los servicios de enfermería en las diferentes salas del nuevo hospital, fueron asignadas como enfermeras primeras; estas fueron 30 personas, y 18 más fueron asignadas como enfermeras segundas. Todas ellas, junto con el personal médico sumarían sus esfuerzos para activar la escuela práctica en la que se estaban convirtiendo el novedoso hospital de corte europeo.

Las enfermeras, al ser consideradas elemento conjunto en el medio hospitalario, ganaron un estatus antes no tomado en cuenta. De ahí en adelante las enfermeras, llegaron a los servicios no solo por buena voluntad, sino bajo

¹¹Liceaga Eduardo. Proyecto del Hospital General de la Ciudad de México. P 23.

calificaciones humanas y técnicas, que estuvieran a la altura de lo que se requería.

La medicación, la alimentación y el cuidados directo a los enfermos estaba a cargo directamente de las enfermeras. Además acompañarían al médico en la visita y serían, por primera vez, las portadoras y comunicadoras de todas aquellas reacciones y conductas de los enfermos que fueran de interés para su tratamiento. Ayudarían a los enfermos a levantarse, cambiar su ropa, ayudar en las curaciones las pequeñas operaciones.

A la enfermera primera y a la enfermera segunda también le fueron asignadas, desde su inicio, una serie de actividades administrativas y de servicio, tales como: tener a su cargo el registro de las enfermeras del hospital, atender la licencias, los castigos, las altas y bajas de enfermería, la enseñanza a loas aspirantes, además de entregar por libreta a los encargados de la lavandería y de la desinfección, la ropa sucia de los servicios.

“El 9 de Febrero de 1907 fue inaugurada la Escuela de Enfermería, primera en su género, en todo el país, y aprobada por la Dirección General de la Beneficencia Pública. La Escuela de Enfermería se consideró un poderoso factor de la difusión de conocimientos útiles a la mujer, que encontrará en esta carrera un medio honesto y lucrativo para bastarse a sí misma en la lucha por la existencia.”¹²

Los requisitos para ingresar a la Escuela de Enfermería eran: haber terminado la escuela primaria, ser de buena salud y ser de buena moralidad. La instrucción sería por tres años, las clases se impartirían una vez por semana; y al finalizar se les entregaría un diploma después de haber aprobado los exámenes.

El programa de estudios era congruente con las actividades que la enfermera realizaba en los servicios.

Por otro lado, la restricción en las medidas que debían acatar las alumnas iba de acuerdo con la condición que la mujer de principios de siglo vivía socialmente; y aunque aparentemente se le estaba dando cierta oportunidad para desligarse del hogar, la Escuela la encerraba.

“La Escuela de Enfermería del Hospital General de México, tuvo una vida muy corta, ya que en 1911 se realizó la incorporación del plan educativo a la máxima casa de estudios.”¹³

¹² Fernández del Castillo. Hospital general de México. P. 22.

¹³ Ibid. P. 26.

2.3 Profesionalización de Enfermería

“Al empezar el siglo XX el grupo médico necesito formar enfermeras porque ya no disponía como antes de religiosas que prodigaran atención cristiana y gratuita a sus enfermos, no podían utilizar a las parteras para atender a sus enfermos puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y nivel jerárquico y el trato con pacientes no obstétricas se hacía a través de las enfermeras, además las enfermeras que había no estaban acordes con las enormes posibilidades de desarrollo médico que el siglo nuevo prometía; desarrollo que no podía frenarse atendiendo las necesidades del enfermo.

El médico necesitaba asegurarse de que su obra de diagnóstico y terapéutica debía cuidarla una enfermera.”¹⁴

“Tomando en cuenta estas necesidades la Escuela de Enfermería que una vez estuvo a cargo del Hospital General de México, pasara en 1911, a depender de la universidad Nacional de México, a través de la Escuela de Medicina exigiéndose como requisito haber terminado la primaria.”¹⁵

Por otro lado, la Escuela de Medicina tomo la decisión de que para ser partera debía cursarse primero la carrera de enfermera; la duración de los estudios sería de 2 años para enfermería y 4 para las parteras, con esta decisión se cumplían dos objetivos: 1. asegurar alumnas para enfermería y 2. disminuir el egreso de parteras.

“De 1910 a 1943 se contemplo la construcción de una gran cantidad de instituciones hospitalarias como: el Hospital General, el Hospital de Huipulco, el Manicomio General y el Instituto Nacional de Cardiología.”¹⁶

Las políticas estatales en materia de salud se centraron tanto en atención en zonas urbanas como en zonas rurales. La presencia de las enfermeras sanitarias llegaba hasta las fábricas, escuelas, mercados, iglesias y cooperativas.

“Para 1944 a 1957 las políticas de salud y el modelo de práctica médica enfocada a la medicina curativa, impulsó hacia la especialización como forma dominante de organización para la producción y servicios médicos, sobre al crearse los Institutos y los Hospitales de especialidad.”¹⁷

¹⁴ Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. P. 86.

¹⁵ *Ibíd.* P. 87.

¹⁶ *Ibíd.* P. 89.

¹⁷ *Ibíd.* P. 94.

“En el año de 1945 la Escuela de Enfermería se independizó de la Escuela de Medicina designándosele desde entonces como Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.”¹⁸

“Paso el tiempo, y hasta por 1970, las Escuelas de Enfermería procuraban, fundamentándose en diversos estudios, formar enfermeras en concordancia con las necesidades de la salud de la población y, evidentemente las Instituciones empleadoras buscaban abatir costos como objetivo principal, sin dar gran importancia al nivel académico de los recursos que empleaban.

En estas condiciones se inició la Licenciatura en Enfermería, con el marco de un proyecto académico ambicioso y la meta de elevar el nivel profesional de enfermería.”¹⁹

La profesionalización de los cuidados de enfermería se elabora, en un primer estadio, en torno a una conducta moral de la enfermera y a una tareas técnicas delegadas de la medicina. Además el reconocimiento jurídico no se establece por la aclaración necesaria sobre el servicio ofrecido. Se trata de una capacitación profesional exigida para ejercer, a partir de la diferenciación de los actos técnicos.

Asimismo, la evolución de la orientación de las enseñanzas de los Cuidados de Enfermería, esta ligada en un primer momento a objetivos de aprendizaje y servicio que, con posterioridad, se convierten en objetivos de formación relacionados institucionalmente, con los de la empresa educativa superior.

Las Asociaciones de Enfermeras constituyeron una aporte de incalculable valor histórico en el análisis de identidad profesional y disciplinar.

La profesión de enfermería ha evolucionado durante siglos. El rol clásico de la enfermería fue el del cuidado humano, tutela, consuelo y apoyo. A todos estos hay que añadirle las características propias del verdadero profesionalismo, incluida la educación, un código ético, un dominio del oficio, una persona informada e involucrada en la profesión y responsable de sus actos.

Las enfermeras trabajan en unas variadas, y siempre crecientes, formas y ambientes de trabajo. El centro actual de la práctica, es ampliamente determinado por la situación, las necesidades de los clientes, las actuaciones prácticas de la enfermera en el área, y los modelos de las organizaciones profesionales.

Hoy en día la función de las enfermeras es tan compleja que el estudio de enfermería requiere conocimientos en los campos biológico, físico y ciencias sociales, además de en la teoría y la práctica de enfermería. Las enfermeras requieren conocimientos específicos y habilidades que se pueden obtener solamente a través de un currículo organizado de enfermería, el cual ahora se enfoca más ampliamente sobre la salud así como sobre la enfermedad, y la

¹⁸ *Ibíd.* P. 98.

¹⁹ García Martín Catalina. *Historia de la Enfermería.* P.24.

comunidad tanto como el hospital, de acuerdo con los conocimientos apropiados de ciencias biológicas, sociales y físicas.

2.4 Metaparadigma

“Es la perspectiva más global de una disciplina; representa el gran marco teórico de ésta, dentro del cual son elaboradas estructuras más restringidas. El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina, y la perspectiva general adoptada para observarlos.”²⁰

Enfermería

“Florence Nightingale considerada como la primera Enfermera Teórica definió a la Enfermería como la educación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación, logró que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada, trabajó a favor de la educación del pueblo, enseñando a tomar medidas sanitarias y a evitar enfermedades provocadas por las malas condiciones de las ciudades.”²¹

También se le considera como la primera investigadora de Enfermería porque fue extraordinariamente eficaz e ingeniosa en su habilidad para recopilar y analizar los datos. Elevó a la enfermería al status de profesión, creía en prevención y en la necesidad de un ambiente fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de sí mismo.

“Fundó la Escuela de Enfermería en el Santo Tomas Hospital de Londres que fue el primer centro que desarrollo un Programa de Formación para Enfermeras y colaboró en la creación de la 1ª. Organización de Atención Domiciliaria.”²²

Persona

“Nightingale se refiere a la persona como paciente, considera que el paciente esta influido por la enfermera o por el entorno. El paciente es pasivo y no parece que influye en al enfermera o en el entorno.”²³

Entorno

Los conceptos principales de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, están incluidos en el entorno, consideraba que los ambientes saludables eran necesarios para administrar correctamente los cuidados de enfermería.

²⁰ Kozier. Enfermería Fundamental P. 223.

²¹ *Ibid.* P. 224.

²² *Ibid.* P.227.

²³ *Ibid.* P. 227.

Salud

Ninhtingale definió a la salud como en estado de bienestar en el que se aprovechan al máximo todas nuestras energías. Además considera a la enfermedad como un proceso reparativo que la naturaleza ha instituido entre una falta de cuidado.

2.5 Teorías y Modelos conceptuales

Teorías

“Una teoría es una articulación coherente, organizada y sistemática de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina, que son comunicadas en una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.”²⁴

Las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina; al relacionar estos conceptos entre sí, se construyen afirmaciones teóricas.

Modelos conceptuales

Un **modelo** es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o de lo que sabemos poco; no es una realidad si no una abstracción de ésta.

Un **modelo conceptual** es un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

Su propuesta del prototipo que se desea alcanzar ofrece una orientación específica de los cuidados, no sólo para las enfermeras, a quienes proporciona un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general, puesto que identifica el propósito y ámbito de la enfermera como profesión.

“Sus componentes son:

Todos los modelos, aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser la enfermería, constan de los mismos elementos que son:

- Asunciones científicas o postulados

²⁴ José Siles. Historia de la Enfermería. P.74

- Usuario del servicio
- Rol profesional
- Fuente de dificultad del usuario
- Intervención de la enfermera
- Consecuencias de la intervención”²⁵

3. Modelo de Enfermería

3.1 Breve reseña de la biografía de Virginia Henderson

“Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri), pasó su infancia y adolescencia en Virginia. Se graduó en la Army School of Nursing en 1921 y se especializó como enfermera docente. Su interés por la enfermera surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.”²⁶

“En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant de Virginia, cinco años más tarde ingresó en el Teacher’s College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S y M.A. en formación de enfermería. En 1929 trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, vuelve al Teacher’s College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.”²⁷

“Henderson publicó por primera vez la definición de enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harmer de la obra *The principles and Practice of Nursing*.

En la decisión de Henderson de crear su propia definición de enfermería influyeron principalmente tres factores; en primer lugar en 1939 revisó el *Textbook of principle and Practice of Nursing* lo cual ve el origen de su percepción de la necesidad de aclarar las funciones de enfermería.”²⁸

“En segundo lugar fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación de la American Nurses Asonciation había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.”²⁹

²⁵ Hdez. Ferrin Carmen. *Enf. Fundamental*. P 29.

²⁶ Marriner. *Modelos y teorías de Enfermería*. P. 99.

²⁷ *Ibíd.* P. 100.

²⁸ *Ibíd.* P. 101.

²⁹ *Ibíd.* P. 103.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas.

También fue influida por su educación y práctica enfermera, sus estudiantes y colaboradoras, y por las líderes enfermeras de su tiempo.

“Una gran influencia fue su desacuerdo con la educación básica enfermera de la Army School of Nursing, que destacaba la competencia técnica y la experiencia con los procedimientos de enfermería, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función.”³⁰

Otros tipos de influencia fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria.

“Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible " . ”³¹

3.2 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas , la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales .

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

“V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son

³⁰ Ruby L. Teorías y modelos de enfermería. P.24.

³¹ *Ibíd.* P. 28

normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.”³²

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores :

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos :

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

“Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado , facilitando así la definición del campo de actuación enfermero , y a nivel más práctico , la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas. “³³

* Los elementos más importantes de su teoría son :

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud , recuperarse de la enfermedad , o alcanzar la muerte en paz .

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud .

³² Marriner. Modelos y Teorías de Enfermería. P.35.

³³ Kozier. Enfermería Fundamental. P.66.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados .

- " Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización . "³⁴

"Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :

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. "³⁵

3.3 Postulados teóricos de Virginia Henderson

Para Virginia Henderson existen tres relaciones importante:

La relación enfermera-paciente.

En esta relación se pueden identificar tres niveles que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

1.-La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.

2.- La enfermera como ayuda para el paciente.

3.- La enfermera como compañera del paciente.

³⁴ Luis Rodrigo Ma. De la Teoría a la Práctica p 125.

³⁵ Ibíd. P. 126.

En caso de enfermedad grave la enfermera esta considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, íntegro o independiente, por la ausencia de fuerza, voluntad o conocimiento.

“Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma que independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma.”³⁶

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson nos dice que la enfermera debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita. La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra con la mayor normalidad posible.

La relación enfermera-médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. “El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Subraya que las enfermeras no siguen las órdenes del médico, ya que cuestiona la filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios.”³⁷

La enfermera como miembro del equipo de salud.

La enfermera trabaja en independencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.

³⁶ Fernández Ferrin Carmen. Modelo de Henderson y su Proceso de Atn. de Enf. P. 127.

³⁷ Marriner. Modelos y Teorías de Enfermería P.60.

3.4 Los elementos del Paradigma (Metaparadigma) bajo la óptica de Virginia Henderson.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería :

- Persona :

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad .

“ La persona es una unidad corporal, física y mental , que está constituida por componentes biológicos , psicológicos , sociológicos y espirituales . La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. “³⁸

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana .

- Entorno :

Incluye relaciones con la propia familia, además de las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

- Salud :

Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano; requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

- Enfermería :

Henderson la define como “ la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo sus actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda. “³⁹

Requiere trabajar en forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermeras son independientes de las del médico, pero

³⁸ *Ibíd.* P. 67.

³⁹ Ruby L. Teorías y Modelos de enfermería. P.26.

utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar un cuidado holístico al paciente.

Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud).

4 Proceso de Atención de Enfermería

4.1 Antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona. Con frecuencia, se aplican los cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.

“El término PAE (Proceso de Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Mas tarde Knowles, sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir.”⁴⁰

Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el cliente. En la tercera, se determina un plan de acción, y durante la cuarta la enfermera ejecuta un plan. En la quinta se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

“En 1967, la Western Interstate Comisión on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción , comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el Proceso como: la interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante. También en 1967, La facultad de Enfermería de la Catholic University of América propuso cuatro componentes del PAE: Valoración, planificación, ejecución y evaluación.”⁴¹

“En 1973, la American Nurses Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso. A partir de aquí, en varios estados se revisaron las historias de enfermería para considerar estos aspectos.”⁴²

“Como el proceso de enfermería se desarrollo de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería. El concepto diagnóstico de enfermería, desarrollado entre 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente. El término no fue aceptado fácilmente, aunque, muchos autores de enfermería consideraron el uso del diagnóstico de enfermería como básico para la enfermería profesional. Aproximadamente una década mas tarde, Bloch definió los

⁴⁰ Kozier. Enfermería Fundamental. P. 181.

⁴¹ Ibíd. P. 181.

⁴² Ibíd. P. 182

términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que el término diagnóstico todavía era bastante controvertido.”⁴³

“En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico de enfermería como la conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería. Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de la enfermeras canadienses. En la actualidad, este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas.”⁴⁴

“En 1980, la ANA declaró que la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas antes los problemas de salud actuales y potenciales. Esta asociación consideró, de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa del médico. En 1982, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PAE en términos propios de enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.”⁴⁵

4.2 Definición del PAE

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular.

“El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente, establecer planes para las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es cíclico, esto es, sus componentes siguen una secuencia lógica.”⁴⁶

Para desarrollar el PAE, deben participar al menos dos personas: el cliente y la enfermera. El cliente puede ser un individuo, la familia o la comunidad, y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso. Si el paciente es incapaz de tomar parte en la planificación y en el proceso de decisión, se le puede preguntar a un miembro de la familia, que participe en bien del cliente.

La enfermera requiere capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el PAE.

⁴³ Ibid. P. 183.

⁴⁴ Ibid. P. 184.

⁴⁵ Ibid. P. 184.

⁴⁶ Kozier. El Marco Conceptual y Teorías de Enfermería. P. 85.

“Las capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimiento e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad del paciente, promocióne la integridad de la familia, y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad.”⁴⁷

4.3 Etapas de PAE

“Las etapas del PAE constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. La noción del método en sentido global no es suficiente, sino que son necesarios procedimientos o medios que den respuesta al cómo hacer. El método es un elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones; las etapas son elementos concretos para operativizar el proceso.”⁴⁸

Por tanto, un método se compone de diferentes etapas y, a la inversa, éstas se engloban dentro de un método. Este razonamiento es útil, ya que indica cómo reconocer el PAE como un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como actualmente está concebido el PAE se distinguen 5 etapas:

Valoración: Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona – sus necesidades, problemas, respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc. – que se producen entre ellos. La validación y organización de los datos, según clasificaciones conceptuales.

Diagnóstico de enfermería: En esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los Diagnósticos de Enfermería.

Planeación: Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación.

Ejecución: Es la etapa en la que se pone en práctica el Plan de Cuidados.

Evaluación: Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

⁴⁷ Navarro Ma. Victoria. De la Teoría a la Práctica. P. 27.

⁴⁸ Kozier. Op.cit. P. 89.

4.3.1 Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Incluye la recopilación de datos y la confirmación, y es necesario que antes de que el diagnóstico de enfermería pueda ser hecho.

“La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con el paciente. En efecto, valorar es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería.”⁴⁹

La recopilación de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente.

La valoración implica la participación activa del cliente y la enfermera, entendiendo que el cliente puede ser un individuo, una familia o la comunidad

La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, se obtienen varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en las fases siguientes. Los datos recogidos pueden ser objetivos y subjetivos.

Los datos objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos, a través de los sentidos.

Los datos subjetivos solo son evidentes para la persona afectada, y únicamente ella puede describirlos o verificarlos, como el dolor, el prurito o la preocupación. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

4.3.1.1 Fuentes de datos

Estos pueden ser primarias o secundarias. El cliente es la fuente primaria, mientras que el secundaria se encuentran los allegados, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografía sobre el tema.

El cliente: Es la principal fuente de datos, a menos que esté demasiado enfermo, sea muy pequeño o este desorientado y no pueda comunicarse claramente. Proporciona datos subjetivos que nadie pueda dar en su lugar,

Los allegados: Los familiares y amigos conocen bien al cliente, y, por tanto, pueden dar información así como completar o verificar la dada por este. Además aportan datos sobre su comportamiento habitual antes de la enfermedad, como su respuesta ante el estrés, su actitud ante la salud y la enfermedad, y el medio ambiente familiar.

⁴⁹ Marriner. Modelos y Teorías de Enfermería. P.48.

“Los profesionales de la salud: A menudo, son fuente de información sobre la salud del cliente. Las enfermeras, los trabajadores sociales, médicos, pueden aportar datos a través de sus contactos previos o actuales con el cliente.

La historia: Es una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedad anteriores del cliente. Mediante estas historias, la enfermera puede obtener información sobre los hábitos de salud, las enfermedades previas y la conducta de adaptación del cliente.

Otros registros: Otros registros e informes pueden aportar también información sanitaria pertinente. Frecuentemente se prescriben análisis de laboratorio como parte del examen físico inicial para ayudar en el diagnóstico médico.”⁵⁰

Bibliografía: Una revisión bibliográfica, incluyendo revistas y libros profesionales, pueden proporcionar información adicional a la base de datos.

4.3.1.2 Métodos para la recopilación de datos

“La observación: Consiste en recoger la información a través de los cinco sentidos; es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado.”⁵¹

Para no perder datos relevantes, se debe organizar la observación. La mayoría de los profesionales desarrollan una metodología individual para observar los hechos.

La entrevista: Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad; su objetivo es recoger datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia.

La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Existen dos tipos de entrevista:

Entrevista directa: Esta muy estructurada y obtiene una información específica. La enfermera establece el propósito de la entrevista y la controla. Estas son, a menudo, utilizadas para recoger y dar información en un tiempo limitado.

Entrevista indirecta: Durante esta la enfermera permite al cliente controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso.. Esta entrevista se utiliza para resolver problemas, aconsejar y valorar la realización.

Los tipos de preguntas en la entrevista son:

⁵⁰ Navarro Ma. Victoria. De la Teoría a la Práctica. P.138.

⁵¹ Kozier. El Marco Conceptual y Teorías de Enfermería. P.119.

Preguntas cerradas: Estas son usadas en la entrevista cerrada, son restringidas y generalmente requieren solo respuestas cortas que den información específica. Aunque la cantidad de información conseguida es limitada generalmente. Las preguntas cerradas, a menudo, comienzan por “cuándo”, “dónde”, “quién”, “qué”, “cómo”.

Preguntas abiertas: Estas son usadas en la entrevista indirecta, son las que dirigen o las que invitan al paciente a investigar sus pensamiento o sentimientos. Dan al paciente la libertad de hablar sobre lo que ellos quieren.

4.3.1.3 Exploración física

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos y completar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. Una completa base de datos objetivos y subjetivos permite a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas del paciente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.

“La valoración física se realiza sistemáticamente. Se puede organizar de acuerdo con los gustos del que examina, con un planteamiento de pies a cabeza o como un planteamiento de los sistemas del organismo. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto completo del paciente y su estado de salud.”⁵²

Se realiza un reconocimiento físico usando el planteamiento cefalocaudal; empezando el reconocimiento en la cabeza, continúa con el cuello, el tórax, abdomen y las extremidades y termina en los pies.

Si se utiliza el planteamiento de sistemas del organismo, se estudia cada sistema individualmente.

Para realizar la exploración física, la enfermera utiliza técnicas como:

Inspección: Este es el examen visual, es decir, la valoración utilizando el sentido de la vista. La inspección debe ser sistemática, para que no se olvide nada, la iluminación debe ser la suficiente. Se utiliza generalmente esta técnica para valorar el color, las erupciones, las cicatrices, la forma del cuerpo, las expresiones faciales que pueden reflejar emociones, y estructuras corporales.

Palpación: Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto. Se utilizan las yemas de los dedos porque su concentración de terminaciones nerviosas les hace sensibles a la discriminación por el tacto. La palpación se utiliza para determinar textura, temperaturas, vibración, posición, tamaño,

⁵² *Ibíd.* P. 121.

consistencia, movilidad, distensión, presencia, frecuencia de los pulsos periféricos, molestias o dolor.

“Los tipos de palpación son:

Palpación ligera: Debe preceder siempre a la palpación profunda, porque una presión fuerte de las puntas de los dedos puede amortiguar la sensación del tacto. Para la palpación ligera, la enfermera extiende los dedos de la mano dominante paralelamente a la superficie de la piel y presiona suavemente hacia abajo mueve la mano en sentido circular.

Palpación profunda: Esta se hace con las dos manos o con una mano. En la palpación bimanual profunda, la enfermera extiende la mano dominante como para la palpación ligera, luego coloca las yemas de los dedos de la mano no dominante en las superficies dorsales de la articulación interfalángica distal de los tres dedos medios de la mano dominante. Se aplica la presión con la mano de encima mientras que la que esta abajo permanece relajada para percibir las sensaciones táctiles.

Para la palpación profunda usando una mano, las yemas de los dedos de la mano dominante presionan sobre la zona que va a palpase. La palpación profunda es una técnica que utilizan más a menudo las enfermeras especializadas y los especialistas clínicos que las enfermeras generales.”⁵³

Percusión: Es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos que se puedan oír o vibraciones que se puedan sentir. Hay dos tipos de percusión:

Percusión directa: En esta la enfermera golpea directamente el área que se ha de percutir con las yemas de los dos o tres dedos o con la yema del dedo medio. Los golpes son rápidos y el movimiento parte de la muñeca.

Percusión indirecta: Es el golpe de un objeto que se mantiene contra la zona del cuerpo que se va a examinar. En esta técnica, el dedo medio de la mano no dominante, se sujeta firmemente contra la piel del paciente. Solo debe estar en contacto con la piel la falange distal y la articulación de este dedo. Usando la punta del dedo medio flexionado de la otra mano, la enfermera que golpea el plexímetro, normalmente en la articulación interfalángica distal.

“La percusión se utiliza para determinar el tamaño y la forma de los órganos internos estableciendo sus bordes. Indica si el tejido esta lleno de líquido, de aire o sólido.”⁵⁴

⁵³ Marriner. Modelos y Teorías de Enfermería. P.58.

⁵⁴ *Ibid.* P.63.

Auscultación: Es el proceso de escuchar los sonidos profundos dentro del cuerpo. La auscultación puede ser directa o indirecta.

Auscultación directa: Es el uso del oído sin aparatos, para escuchar, por ejemplo, el jadeo de una respiración o el roce de una articulación que se mueve.

Auscultación indirecta: Es el uso de un estetoscopio, que amplifica los sonidos y los transmite a los oídos de la enfermera. El estetoscopio se usa principalmente para escuchar sonidos dentro del cuerpo, por ejemplo, ruidos intestinales o los sonidos de las válvulas del corazón.

4.3.2 Diagnóstico de Enfermería

Diagnosticar es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o diagnóstico de enfermería, el cual, constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud del paciente.

“Un diagnóstico de enfermería es un juicio o conclusión que emite una enfermera después de hacer una valoración. El análisis lleva implícita una afirmación sobre las respuestas del paciente. En esta fase se clasifican y agrupan los datos, y la enfermera se pregunta: ¿Cuáles son los problemas de salud actuales y potenciales del paciente por los que necesita cuidados de enfermería? O ¿Qué factores contribuyen? Las respuestas a estas preguntas establecen el diagnóstico de enfermería.”⁵⁵

El análisis consiste en desglosar las diferentes partes de un todo como se hace por ejemplo al diferenciar los sistemas del organismo. Un problema de salud actual es aquél que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familias tengan alteraciones en su salud. La conclusión del proceso diagnóstico, la definición del diagnóstico de enfermería, se registra en el plan de cuidados.

El diagnóstico de enfermería describe: un problema de salud real que es la desviación del nivel habitual; y un problema de salud potencial que es la presencia de factores de riesgo o predisposición a algún problema de salud.

4.3.2.1 Formulación de diagnóstico de enfermería

Existen dos métodos para la formulación de los diagnósticos de enfermería.

⁵⁵ Navarro Ma. Victoria. P.84.

Diagnósticos de la NANDA

“La precursora de la clasificación fue Fayne Glenn Abdellah, quien en 1960 publicó una tipología de 21 problemas de enfermería; Abdellah fue profesora de las Universidades de Columbia y Yale, y realizó un exhaustivo trabajo de investigación para clasificar los problemas con los que las enfermeras se enfrentaban en el ejercicio de su práctica.”⁵⁶

Para que una categoría diagnóstica pueda ser considerada como tal, ha de ir precedida de trabajos de investigación científica bien documentados y deben detallar cada uno de los siguientes componentes:

1.- Definición o epígrafe: Se circunscribe a la descripción concisa del problema.

2.- Características definitorias: En esta parte se describen los signos y síntomas o factores de riesgo, objetivos y subjetivos que lo acompañen; es decir, son los criterios clínicos que confirma la existencia de un diagnóstico. Se dividen en principales (validan el diagnóstico en los individuos que lo presentan) y secundarios (tan sólo están presentes en aproximadamente el 50 % de las personas).

3.- Factores etológicos y/o concurrentes, que pueden ser de diversa índole: Dada la gran variedad de situaciones que pueden modificar el estado de salud de una persona o comunidad.

“Aunque existen diferentes clasificaciones diagnósticas (OMAHA; NANDA), el sistema más utilizado es el de la NANDA siendo reconocido como el sistema oficial por la Asociación de Enfermeras Americanas en 1988. Las categorías diagnósticas aprobadas se agrupan en los siguientes patrones de respuesta humana: intercambio, comunicación, relaciones, valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento, sentimientos y sensaciones.”⁵⁷

Antes de desarrollar la forma en que ha de ser construido un diagnóstico enfermero, es necesario hacer una distinción entre los diagnósticos reales y potenciales:

Diagnósticos reales: Define un estado o situación alterado que existe y, por tanto, puede ser validado por la presencia de signos y síntomas principales.

Diagnósticos potenciales: Define un estado o situación que todavía no existe y, por tanto, sólo puede ser validado por la presencia de factores de riesgo

⁵⁶ Kozier. El Marco Conceptual y Teorías de enfermería. P.124.

⁵⁷ Marriner. Modelos y Teorías de enfermería. P.78.

Formato PES

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, estos se denominan como el formato PES:

Los términos que describen con el problema (P): Este componente se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud del paciente por el que se le da la terapia de enfermería. Se describe el estado del paciente claro y concisamente en pocas palabras.

La etiología del problema (E): Este componente identifica una o más de las causas probables del problema de salud y da una dirección a la terapia de enfermería requerida. La etiología puede incluir las conductas del paciente, los factores del entorno mental, o las interacciones de los dos.

Grupo de signos y síntomas (S): Las características definidas aportan la información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica. Los signos y síntomas principales son aquellos que tienen que estar presentes para hacer un diagnóstico válido.

4.3.3 Planeación

Esta es la tercera fase del proceso de enfermería; este es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del paciente que se han identificado durante el diagnóstico.

Dentro de esta etapa se pueden implicar las siguientes personas: una o más enfermeras, el paciente, los allegados y aquellas personas que le cuidan, e incluso, algunas veces, otros profesionales de la salud.

“La planificación es un proceso deliberado y sistematizado que es fundamental para el logro de unos cuidados de enfermería de calidad. Es un proceso en el que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de problemas. El proceso de planificación utiliza: los datos obtenidos de valoración, los enunciados elaborados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud del paciente. Los diagnósticos de enfermería exactos proporcionan directrices para determinar los objetivos del paciente y para desarrollar un plan de cuidados.”⁵⁸

⁵⁸ Ibid. P. 86.

4.3.3.1 Componentes de la planeación

Establecer prioridades: Este es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias. Para establecer prioridades, la enfermera ordena los diagnósticos por orden de preferencia, es decir decide cual necesita atención en primer lugar. Se pueden agrupar los diagnósticos en prioridad alta, media y baja.

Fijar los objetivos del paciente y los criterios de resultados: Un objetivo del paciente es un resultado o cambio deseado en la conducta del paciente dirigido a la a salud. El logro de objetivos refleja la resolución de la preocupación o problema de salud del paciente que se especifica en el diagnóstico de enfermería. El diagnóstico de enfermería guía el tipo de enunciado de los objetivos: los objetivos pueden reflejar restauración de la salud, mantenimiento de la salud o promoción de la salud.

Planificación de estrategias de enfermería: Son acciones de enfermería elegidas para tratar un diagnósticos de enfermería específico con el fin de lograr los objetivos del paciente. La identificación correcta de la etiología durante la valoración de enfermería proporciona la estructura para elegir las actuaciones de enfermería que tengan éxito.

Redacción de prescripción de enfermería: Son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al paciente para alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud.

Redacción del plan de cuidados de enfermería: Es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centrar las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y alcanzar el objetivo.

Consultar: Es deliberar. Las enfermeras consultan con una diversidad de personal, incluyendo a otras enfermeras, durante todo el proceso de enfermería. Consultar implica que la enfermera que realiza los cuidados busca consejo o clarificación con respecto a los objetivos del cliente. Además, la enfermera puede servir como un recurso para proporcionar ayuda en los temas relacionados con la salud o con el paciente.

4.3.4 Ejecución

“Esta fase consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. El fundamental miembro participante en esta fase es el paciente. Con frecuencia , el grado de participación del paciente depende de su nivel de salud.”⁵⁹

⁵⁹ Kozier. El Marco Conceptual y Teorías de Enfermería. P.147.

El proceso de ejecución incluye:

La actualización de la valoración del paciente: Después de la extensa valoración que se realiza en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las fases siguientes se suelen enfocar a las necesidades o respuestas más específicas del paciente. Mediante este mecanismo, las enfermeras pueden determinar si las estrategias planificadas son apropiadas en ese momento o no.

La validación del plan de cuidados: El plan de cuidados no puede ser fijo, debe ser un instrumento de trabajo flexible. Una vez que se recogen los nuevos datos, se comparan con los existentes en el plan, ya que algunas veces puede que coincidan. La enfermera tiene que juzgar el valor de los nuevos datos y determinar si el plan es válido todavía.

La determinación de las necesidades: En muchas ocasiones, la enfermera necesita apoyo para poner en práctica las estrategias; por ejemplo, cuando el profesional no tiene conocimientos o experiencia en el desarrollo de una práctica determinada.

La aplicación de las estrategias: Se realizan para ayudar al cliente para alcanzar los objetivos. En la práctica de enfermería se pueden distinguir cuatro campos: promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidado durante la muerte. En cada uno de estos campos se realizan actividades dependientes, independientes e interdependientes.

La comunicación de las actividades de enfermería: Se puede comunicar de forma verbal o por escrito después de haberla realizado. Las actividades no se pueden registrar por anticipado, ya que la enfermera puede decidir que no es necesaria o no se debe realizar la actividad después de valorar nuevamente al paciente.

Tanto la valoración del paciente como la validación del plan de cuidados, son procesos que se realizan de forma continua a lo largo de toda la ejecución. Para desarrollar las actividades de enfermería se necesitan tener tres tipos de capacidades: cognitiva, interpersonal y técnica o manual.

Las capacidades cognitivas necesarias para la ejecución son la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento crítico y la creatividad.

“El pensamiento crítico es un patrón de pensamiento que se basa en el conocimiento, la experiencia y las habilidades para conceptuar y analizar las resoluciones. El pensamiento crítico implica la organización de la información, la elección de la información importante, la asociación, la conceptualización y el enjuiciamiento.

El pensamiento directo tiene un objetivo y es intencionado, se utiliza cuando se intenta formar un juicio; en este caso el objetivo es la decisión , los datos implicados, la información importante sobre el nivel de salud y los problemas del paciente. La creatividad, muchas veces denominada pensamiento creativo, es también una forma de pensamiento directo.”⁶⁰

El pensamiento creativo es establecer nuevas relaciones y nuevos conceptos, resolviendo problemas de forma innovadora.

Las capacidades interpersonales son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales o no verbales. La eficacia de una actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás. Las capacidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería, entre otras, cuidar, confortar, derivar, aconsejar y apoyar aquellas que se realizan con las manos, como la utilización de los aparatos, la administración de inyecciones, el vendaje, la movilización y los cambios posturales.

4.3.4.1 Tipos de Intervenciones de Enfermería

“Las intervenciones de enfermería son todas aquellas acciones (cuidados) que realiza la enfermera o el equipo de enfermería dirigidas a promover pautas de comportamiento favorecedoras de salud, preventivas de la enfermedad y protectoras de los riesgos medioambientales; actividades que son englosadas bajo la denominación de educación sanitaria.

Incluye además acciones contundentes a la recuperación de la salud, al control de la enfermedad y sus complicaciones, así como a la rehabilitación. Estas acciones pueden programarse tanto en la atención institucional como en la atención domiciliaria.”⁶¹

Existen dos tipos de intervenciones de enfermería:

Intervenciones de enfermería interdependientes: En estas la enfermera colabora con otros profesionales en la resolución de los problemas conceptualizados como interdependientes. Las actividades de enfermería que se planifican en estas situaciones se dirigen a:

- 1.- Realizar valoraciones focalizadas para detectar las posibles complicaciones.
- 2.- Consultar cuando se detecta este tipo de problemas.
- 3.- Establecer conjuntamente el plan de acción.

⁶⁰ Kozier. Enfermería Fundamental. P 244.

⁶¹ Marriner. Modelos y Teorías de enfermería. P. 86.

Intervenciones independientes: Estas son las actividades que programan la enfermeras para prevenir, eliminar o reducir los problemas que identifican y tratan en su esfera de competencia independiente –los diagnósticos de enfermería-. Entre las características de las intervenciones de enfermería independiente, se encuentran:

1.- Deben ser consecuentes con el plan terapéutico general, ya que de lo contrario estarían en conflicto con otros tratamientos y ello generaría confusión.

2.- Deberán estar basadas en principios científicos; esto constituye el bagaje teórico de las enfermeras y se fundamenta tanto en ciencias básicas como en ciencia de los cuidados.

3.- Deben individualizarse para cada persona o situación; estas se centrarán en los factores etiológicos y/o concurrentes y favorecerán la participación del paciente, ya que la implicación de las personas en sus tratamientos aumenta la eficacia del plan.

4.- Deben favorecer un entorno terapéutico, en especial cuando la situación de la persona, como consecuencia de su edad, o de su estado de conciencia, requiera de acciones especiales para evitar posibles lesiones.

5.- Deben ser adecuadas a los recursos de que se dispone, bien sean estos materiales (equipo técnico) o humanos (Disponibilidad de enfermeras, capacidades y limitaciones de los pacientes, sistema familiar de apoyo, etc.)

6.- Deben ser redactadas de forma precisa y clara. El objetivo de registrar en un plan de acción las estrategias más adecuadas a una situación es que el equipo de enfermería disponga de instrucciones claras y específicas para la ejecución del plan de medidas.

4.3.5 Evaluación

“Evaluar es juzgar o valorar; esta es la quinta y última fase del proceso de enfermería, y consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones que se sacan determinan si la intervención de la enfermera debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal: continuo porque se realiza también durante la ejecución, donde la enfermera se pregunta como reacciona el paciente ante sus actividades, si las reacciones son las esperadas o no, etc.”⁶²

⁶² Navarro Ma. Victoria. De la Teoría a la Práctica. P. 128.

Constituye un proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del paciente.

4.3.5.1 Etapas de la evaluación

El proceso de evaluación tiene seis etapas:

Identificación de los criterios de resultados: Esta identificación es utilizada para evaluar la respuesta del paciente al cuidado de enfermería. Los criterios tienen dos propósitos: orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar esos datos. Cuando los criterios están bien definidos, son precisos y mensurables orienten el siguiente paso del proceso de evaluación: la recopilación de datos.

Recopilación de datos: Los datos se recogen de forma que se pueden sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos. Para ello, los datos deben estar en relación con los criterios de resultado, recogiendo por la observación, comunicación directa con el paciente, o de los registros de otros profesionales de la salud.

Cuantificación del logro de los objetivos: Si las dos etapas anteriores se realizaron de forma eficaz, determinar si los objetivos se han alcanzado o no es relativamente simple, y por ello tienen un papel activo tanto la enfermera como el paciente. Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

En la evaluación, existen tres probables resultados:

- 1.- Si se ha cubierto el objetivo, la respuesta del paciente es la esperada.
- 2.- El objetivo se ha alcanzado parcialmente.
- 3.- No se ha cubierto el objetivo.

“Relación de las actividades de enfermería con los resultados del paciente: Consiste en determinar si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados. Nunca se debe suponer que una actividad de enfermería es el único factor causal por el que se ha logrado o no, total o parcialmente, un objetivo.

Revisión del plan de cuidados del paciente: La evaluación de los cuidados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha resuelto, reducido o prevenido eficazmente los problemas del paciente. Es necesario, por tanto, revisar todos los aspectos del plan de cuidados, o en otros palabras, todos el proceso de enfermería, independientemente de que los objetivos se hayan cubierto o no.”⁶³

⁶³ *Ibíd* P. 132.

Modificación del plan de cuidados: Cuando se comprueba la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera tiene que completar los siguientes pasos:

- 1.- Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos.
- 2.- Revisar los diagnósticos, poniendo fecha en los nuevos.
- 3.- Revisar las prioridades del paciente, los objetivos y los criterios de resultados para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos.
- 4.- Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos, incrementando o disminuyendo las necesidades del cuidado del paciente, cambiando los calendarios y reorganizando las actividades de enfermería, agrupando actividades similares o permitiendo mayores periodos de descanso y actividad al paciente.
- 5.- Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben reflejar el nivel de bienestar deseado por el paciente.

5. Aplicación del PAE con base en el modelo de V. Henderson

5.1 Contexto

5.1.1 Breve reseña histórica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

"En 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, culminando así los esfuerzos para unificar el mando de los servicios de salud."⁶⁴

"Con fecha 15 de octubre de 1943, el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, General Manuel Ávila Camacho, expidió el siguiente decreto."⁶⁵

"Artículo 1o. Se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en la que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, dependencias estas dos, que se extinguen."⁶⁶

"Artículo 2o. Corresponden a dicha Secretaría de Salubridad y Asistencia todas las atribuciones que los artículos 10 al 13 de la vigente Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, conceden respectivamente a la Secretaría de Asistencia Pública y al Departamento de Salubridad Pública, así como las demás que expresamente les hubieren conferido otras leyes."⁶⁷

"Artículo 3o. La Secretaría de Salubridad y Asistencia procederá desde luego, a disponer lo necesario para transferir a ella los servicios respectivos de la Secretaría de Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública, acoplar el personal correspondiente de cada una de estas dependencias a la nueva Entidad Administrativa y establecer su Reglamento Orgánico."⁶⁸

"Artículo 4o. Quedan transferidas las asignaciones presupuestales y demás capítulos o partidas de la secretaría de Asistencia Pública a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, debiendo realizar la Secretaría de Hacienda todas las operaciones que sean necesarias para dar cumplimiento inmediato a lo prevenido en este precepto y a todas sus consecuencias en el orden fiscal o presupuestal".⁶⁹

El primer Secretario de la dependencia fue el Doctor Gustavo Baz Prada.

Se aceptó que las acciones sanitarias y las médico-asistenciales no se deberían separar.

⁶⁴ Archivo General Hospital General Gabriel Mancera. P. 26.

⁶⁵ *Ibid.* P. 26.

⁶⁶ *Ibid.* P. 27.

⁶⁷ *Ibid.* P. 27.

⁶⁸ *Ibid.* P. 28.

⁶⁹ *Ibid.* P. 28.

En este año se publica la Ley del Seguro Social, que creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, en beneficio de la población obrera.

“1967.- Se inaugura la Unidad Oblatos del IMSS, integrada por los hospitales de Gineco Obstetricia y Pediatría. 1969.- Se realiza un programa de vacunación masiva en menores de 15 años, con vacuna BCG, se aplican 55,109 dosis. Se publica el Plan Nacional de Salud, que abarcará los periodos 1974-1976, 1977-1983.”⁷⁰

Se efectúa en el IMSS el primer trasplante renal, practicado por los Doctores Heriberto González, Víctor Gómez y José Luis Macías.

Se inaugura en el Hospital de Especialidades del IMSS, la Unidad de Investigación Biomédica y la Unidad de Anatomía Patológica.

Se instituye el sistema Cartilla Nacional de Vacunación. Entra en funciones el Hospital General de Occidente de los Servicios Coordinados de Salud Pública. El Hospital de Especialidades del Centro Médico de Occidente IMSS, implanta el primer Programa de Detección y Control de las Infecciones Hospitalarias.

“El 30 de Noviembre de 1978, se creó el Gabinete del Sector Salud como instancia presidencial de coordinación y acuerdo de las políticas y programas de los Servicios de Salud Pública, cuya responsabilidad compete al sector público integrado por los titulares de las SSA, SPP, DDF, IMSS, ISSFAM y DIF.”⁷¹

Se funda el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) . El Hospital de Especialidades del Centro Médico de Occidente IMSS, es dotado del primer equipo de tomografía axial computarizada. Se utiliza el rayo láser en el tratamiento de padecimientos oftalmológicos.

Se expide el Decreto donde se establecen las bases a las que se sujetará el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud.

“1984.- Se expide la Ley General de Salud, que sustituye al Código Sanitario. Mediante decreto, los programas de atención a población abierta, denominados "IMSS-COPLAMAR", se integrarán a los Sistemas Estatales de Salud. Destacan por su importancia los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Atención Médica y de Regulación, Control y Fomento Sanitario.”⁷²

En agosto de ese año se publicó en el Diario Oficial la desconcentración de facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las Entidades Federativas, para darles autonomía operativa.

⁷⁰ Ibid..P. 36.

⁷¹ Ibid. P. 36.

⁷² Ibid. P. 37.

“1985.- El 22 de febrero, se cambia el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud.”⁷³

5.1.2 Breve reseña histórica del Hospital General Regional no. 1 Gabriel Mancera.

“En 1942, siendo Director del I.M.S.S. El Lic. García Téllez, se obtiene el predio donde se construye éste hospital, el cual se inauguró el 10 de mayo de 1948 con el nombre de maternidad N°. 1 por el presidente de la República Mexicana el Lic. Miguel alemán Valdez, como Director General del I. M. S. S. El Dr. Antonio Díaz Lombardo y subdirector médico el Dr. Mario Quiñónez Huerta.”⁷⁴

“Inicia sus labores con 289 camas y 7 de labor, el incremento de la demanda de servicios obligó a las autoridades del I. M. S. S. A efectuar la primera remodelación anexando un edificio de tres pisos lo que permitió un aumento de 311 camas de hospitalización y 37 camas de labor, esta obra fue inaugurada en mayo de 1955, siendo el Director General del I. M. S. S el Dr. Antonio Ortiz Mena.”⁷⁵

“En 1959 comienza la segunda remodelación, en esta ocasión se amplía la unidad Toco quirúrgica con 4 quirófanos, 10 salas de expulsión, 36 camas de labor, 1 sala de recuperación, 1 banco de sangre, 2 servicios de admisión, 1 C. E. Y. E. Y 1 servicio de prematuros con 56 incubadoras, la cual fue inaugurada el 26 de mayo de 1960 por el presidente de la república Lic. Adolfo López Mateos, siendo Director General del I. M. S. S. El Dr. Luis Méndez Hernández.”⁷⁶

La tercera remodelación consistió en la ampliación de los servicios existentes y la creación de otros, tales como la biblioteca, auditorio, el servicio de endocrinología con su laboratorio y granja de animales, servicio de farmacia, se anexa sala de juntas a la Oficina de Gobierno; se construyó un elevador para comunicar la unidad Toco quirúrgica con los pisos.

“Esta remodelación fue inaugurada el 9 de marzo de 1962, cambiando la razón social de maternidad N°. 1 por el Hospital Gineco Obstetricia N° 1. Para satisfacer las necesidades de la población derechohabiente, en 1971 se amplía el área de admisión y sala de espera.”⁷⁷

“En Noviembre de 1978 el Hospital de Gineco Obstetricia N° 1 suspendió sus labores trasladando su personal y equipo al Hospital de Gineco Obstetricia N°. 4

⁷³ *Ibíd.* P. 37.

⁷⁴ Manual de Bienvenida. Hospital General Gabriel Mancera. P. 22.

⁷⁵ *Ibíd.* P. 23.

⁷⁶ *Ibíd.* P. 23.

⁷⁷ *Ibíd.* P. 25.

Dr. Luis Castelazo Ayala, ubicado en el Río Magdalena 3289 Col. Tizapan San Ángel.”⁷⁸

El inmueble permanece cerrado hasta 1980, en que se inician nuevas obras de remodelación, mismas que son terminadas el 1981. En Noviembre de 1980 el consejo técnico del I. M. S. S. Aprueba el documento de “Niveles de Atención y Unidades Médicas”, establecido por el Sub. Director General Médico Dr. Torregrosa Ferraez.

“El 17 de octubre de 1981 es inaugurado como Hospital General de Zona N°. 1 “Gabriel Mancera”, por entonces presidente de la república Lic. José López Portillo, como Director General del I. M. S. S. El Lic. Arsenio Farell Cubillas, como Sub. Director Médico el Dr. Luis Terregrosa Ferraez.”⁷⁹

Es importante resaltar que el H. G. Z. N°. “Gabriel Mancera”, ha sido sede de las especialidades Médicas Troncales en: Cirugía General, Pediatría, Anestesia, Cirugía Reconstructiva, Gineco Obstetricia, Medicina Interna y oto rinología.

En el área de enfermería: Especialización en Administración en los servicios de Enfermería, Enfermería Pediátrica, Enfermería Básica (plan tres años), Cursos de Auxiliares de Enfermería.

Otros: Profesional Técnico Laboratorista, Profesional Técnico Nutricionalista y Técnico Cito Tecnólogo.

“A partir de 1985, se crea la escuela de Enfermería, misma que funciona hasta la fecha. Cabe mencionar que se han dado varios monográficos, por lo servicios de Trabajo social, Enfermería, Dietología, Abastecimientos, Contraloría, Servicios Básicos, Capacitación y Desarrollo. También es importante comentar que para ese mismo año, el H. G. Z. N°. 1 “Gabriel Mancera”, brinda atención a pacientes damnificados a consecuencias de los sismos ocurridos en la Ciudad de México.”⁸⁰

“La nueva edificación de este Hospital se planteó pensando en la gran importancia que tiene para la población de ésta zona del Distrito Federal, ya que desde los sismos de 1985 la estructura antigua del Hospital quedó muy afectada y, además, resultaba poco funcional, pues creció sin una concepción integral de los servicios que proporcionaba.”⁸¹

La intención que se esperaba proporcionar será de alta especialidad en segundo nivel y con servicios acordes a las necesidades de la población derechohabiente.

⁷⁸ *Ibid.* P. 27.

⁷⁹ *Ibid.* P. 28.

⁸⁰ *Ibid.* P. 29.

⁸¹ *Ibid.* P. 29.

“El Centro Hospitalario reanuda sus actividades en Enero de 1996, con una planillas de 1700 plazas; por lo que además de ser fuente de empleo, fue aliciente importante para un buen número de trabajadores de la Institución, sobre todo para aquellos que laboraron en el nosocomio cuando éste fue afectado por los sismos.”⁸²

“El Hospital inaugurado por el Presidente de la república el Lic. Ernesto Zedillo, con el nombre de hospital General regional N°. 1 “Gabriel Mancera” , el 26 de Enero de 1996. Contando con el cuerpo de Gobierno actual:

- Director: Dr. Miguel Ángel Rincón.
- Subdirector: Dr. Luis López García.
- Administrador: Lic. Raúl Pablo Nava Monzón.
- Jefe de Enfermeras: Enf. Martha E. De los M. Hernández.

En la actualidad el Hospital cuenta con los servicios de Consulta Externa, Angiología, Cirugía Reconstructiva, Cardiología, Electrocardiología, Maxilofacial, Medicina Interna, Clisida, Ortopedia, Ofatamología, Audiología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, ADI; Pediatría, Urgencias Pediatría, Alergias, Endocrinología, Psicología, Dermatología, Urología, psiquiatría, Neumología, Quirófdano, Farmacia, ICIA; Imaginología, Laboratorio, Banco de Sangre, Nefro, Hemodiálisis, Proctología, Endoscopia, Nutrición Parenteral, Inhalo terapia, Quimioterapia, Coordinación Clínica del Salud del Trabajo, Epidemiología, Medicina Preventiva, Cendis y Cirugía General. “⁸³

Cirugía General, es el servicio en el cual se llevó a cabo este Proceso de Atención de Enfermería; se ubica en el 4° piso del hospital y esta dividido en dos alas, la ala sur que es específicamente para mujeres y consta de 27 camas, manejando tres de estas como aislados y el ala norte que es específicamente para hombres y también consta de 27 camas, tres de estas se manejan como aislados, también se cuenta con una cendis, residencia médica y una habitación especial para guardar material.

⁸² *Ibíd.* P. 32.

⁸³ *Ibíd.* P. 34.

5.2 1ª. Etapa Valoración

Datos de Identificación

La señora Sánchez Covarruvias María Asunción es un adulto mayor de 73 años, nació el 4 de Abril de 1928 es originaria de San Sebastián, Jalisco, residente de la colonia Narvarte, de estatus económico medio. La fuente de información fue la misma paciente y su esposo, teniendo una fiabilidad de 4. Escolaridad: carrera comercial. Su ocupación actual es ama de casa.

a) Necesidad de oxigenación

Se observa consciente, orientada, actualmente (23/10/03) tiene una temperatura de 36.6 C, su pulso es de 84 x', respiración de 22 x' y una T/A de 140/90 mmHg., me refiere presentar tos productiva con presencia de flemas blanquecinas debido a que una semana antes presentó un poco de gripa debido a los cambios de clima, presenta disnea, no presenta dolor asociado a la respiración, menciona que cuando tenía 15 años empezó a fumar de 5 a 6 cigarrillos al día, dejando de fumar hace 15 años, actualmente se observa astenia en la paciente, con ligera palidez de tegumentos, hidratada, con movimientos torácicos normales, ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo, no presenta alteración en el aparato circulatorio, ni presenta varices, me comenta que ahora que esta enferma se cansa y se agita al subir escaleras o al caminar mucho, su estado de ánimo así como el clima no afecta su respiración, no tiene conocimientos sobre una respiración correcta ni conoce técnicas que la mejoren, no es propensa a sufrir hemorragias así como no ha tenido antecedentes de problemas cardiorrespiratorios.

b) Necesidad de Nutrición e Hidratación

La persona tiene un peso de 55 Kg. y una talla de 1.60 mts., no tiene ninguna restricción, solo se le proporciona la comida machacada debido al mal estado de su dentadura (falta de piezas dentarias), habitualmente come frutas como el plátano, la papaya, manzanas cocidas, entre otras, come todo tipo de verduras, come pescado y pollo, ocasionalmente come carne de res o de puerco ya que se le dificulta masticarla, come huevo 1 o 2 veces por semana, toma leche diario por la mañana y por la noche; realiza sus comidas 3 veces al día, no es alérgica a ningún alimento, casi no toma agua simple ya no le es de mucho agrado, sin embargo toma jugos de fruta (alrededor de 1 1/2 por día). Actualmente presenta náuseas y vómito y pérdida del apetito por la misma tos.

La persona refiere que las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y bebida no influyen en ella ya que siempre come hasta sentirse satisfecha, su religión no le prohíbe comer ningún alimento, toda su familia es de complexión delgada y baja estatura, habitualmente come con su familia (la mayoría de sus hijos y nietos) en el comedor de su casa.

La piel se denota con poca turgencia y adelgazada, las mucosas se encuentran un poco secas, las uñas se observan en buen estado y arregladas y el cabello un poco reseco.

c) Necesidad de eliminación

Refiere defecar 1 vez al día si come bien, sus heces habitualmente son de color café, la orina es de color ámbar y con mal olor y ardor en ocasiones, micciona dos veces por día. Las emociones así como el cambio del entorno no influyen en su patrón de eliminación; la vejiga se palpa vacía y presenta control de esfínteres, el abdomen se observa distendido y con resistencia a la palpación, peristalsis y ruidos intestinales poco audibles, refiere dolor y que no ha evacuado ni puede arrojar gases desde hace cuatro días; esta es la razón por la que se encuentra hospitalizada.

d) Necesidad de termorregulación

La persona nos dice que a veces se adapta a los cambios de temperatura aunque por las tardes cuando está fresco el día se pone suéter, realiza ejercicios con sus manos sentada en su sala y ayudada de una pelotita ya que padece artritis, la temperatura que le es agradable es el clima templado; los recursos que utiliza para mantener su temperatura en los cambios de clima son tomar bebidas calientes y arroparse debidamente; también nos dice que las emociones no afectan su necesidad de termorregulación ya que siempre conserva la misma temperatura conforme al clima que haya.

e) Necesidad de moverse y mantener una buena postura

La señora Asunción tiene una capacidad física mínima debido a la degeneración músculo-esquelético normal de su edad y del padecimiento artrítico que presenta, en su tiempo libre se dedica a dormir la siesta o a ver televisión; realiza ejercicios pasivos cada tercer día, ahora que esta enferma (hospitalizada) permanece todo el día en la cama, sin embargo, en su casa deambula ayudada de un bastón.

La paciente se encuentra orientada sin embargo un poco decaída y preocupada pues no le gusta estar en el hospital.

Su fuerza muscular se encuentra disminuida, no aguanta hacer actividades pesadas, al caminar mantiene una postura alineada, al caminar mucho le duelen las piernas y las rodillas, nunca ha presentado temblores.

Además de realizar sus ejercicios pasivos mantiene un patrón de rehabilitación para su padecimiento como la aplicación de un cojín térmico en miembros pélvicos, masaje con cremas y vibrador eléctrico.

f) Necesidad de descanso y sueño

La señora Asunción duerme en su cama acompañada de su esposo de 23:00 p.m. a las 7:00 a.m. lo cual duerme 8 horas. Toma su siesta de 15:00 a 17:00 p.m., descansando por lo general de dos a tres horas. Tarda por lo general 1 hora para conciliar el sueño. Por lo general no padece insomnio aunque ahora que esta hospitalizada dice no poder dormir pues la señora de la cama de junto ronca mucho; además de la preocupación y ansiedad por estar hospitalizada.

Al levantarse se siente relajada y descansada, no presenta ojeras y bostezos, cuando hay mucho calor no puede dormir bien, sus ojos presentan leve hinchazón, expresa preocupación por estar hospitalizada, ahora que presenta tos se levanta por las noches, le molesta el ruido excesivo cuando va a empezar a dormir pero una vez dormida lo hace profundamente.

La paciente se denota de un ánimo muy positivo y participativa en la charla, además de que es muy cooperadora en cuanto a sus cuidados en el hospital.

g) Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas

En cuanto a esta necesidad la paciente refiere vestirse de acuerdo a su edad, ella escoge su ropa, se viste y se arregla solo utilizando ropa completa, limpia y adecuada, utiliza aretes, reloj, y una cadena con medalla como accesorios, no tiene problemas en cuanto al espacio para guardar su ropa limpia y/o sucia, para ella es muy importante el arreglo personal ya que, aunque ahora es ama de casa siempre se arregló bien para ir a trabajar.

La señora Asunción sabe usar su ropa adecuada según la ocasión y el clima; le da pena vestirse cuando hay gente extraña, ahora que esta en el hospital tiene que ponerse la bata reglamentaria.

h) Necesidad de higiene y protección

La persona se baña a diario de preferencia entre 12:00 y 13:00 p.m., se aplica crema corporal después de este, se lava los dientes tres veces al día, se lava las manos antes y después de ir al baño, tiene el cabello largo hasta los hombros con presencia de canas y un poco reseco, cuero cabelludo normal, las uñas de las manos se encuentran largas, limpias y arregladas, las de los pies también se encuentran en buenas condiciones y cortas, las orejas y nariz normal, los ojos se encuentran un poco hinchados, la piel se encuentra poco turgente y adelgazada, es de tez blanca sin presencia de ninguna lesión dérmica, no presenta halitosis ni mal olor corporal, le gusta usar perfume, después del baño se mantiene más despierta y relajada, no tiene ninguna creencia religiosa o personal en cuanto a sus hábitos higiénicos, para ella la limpieza es lo primero para la salud y conservarse sana.

i) Necesidad de evitar peligros

La señora Asunción vive en una casa de material no perecedero, de dos pisos con dos recamaras además de la sala, comedor, cocina y baño, cuenta con todos los servicios, refiere tener buena ventilación e iluminación; su familia de pertenencia la componen 5 personas: su esposo, sus tres hijas y ella, refiere que ante una situación de urgencia reacciona un poco mal ya que es muy nerviosa, realiza controles periódicos de salud, refiere que en situaciones de tensión las manifiesta enojada con los demás, conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar ya que sabe que hacer en caso de sismos, incendios, etc., le pide a su esposo que ocasionalmente revise las instalaciones y el funcionamiento del gas y la electricidad de su casa.

Refiere conocer las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades infectocontagiosas así como de las agresiones del entorno como las tormentas, rayos, inundaciones y fuego, pero rara vez las utiliza.

Para ella ha sido difícil los cambios que ha tenido en su vida después de saberse artrítica ya que no puede caminar igual que antes, refiere tener periodos de depresión; sin embargo deambula como ya lo mencioné, apoyada de un bastón y su familia la apoya mucho en su programa de rehabilitación.

En este momento el mayor peligro y por el que se centra mayor atención es su problema de eliminación.

j) Necesidad de comunicarse

La señora Asunción tiene 45 años de casada, vive con su esposo y una de sus hijas, la cual es casada y tiene 2 hijos; tiene buena comunicación con toda su familia y amigos, comenta que platica con su esposo y todas sus hijas sobre sus problemas de salud, durante el día no se encuentra sola ya que están con ella su hija que es ama de casa y su esposo que es pensionado, diariamente participa en las actividades de limpieza de su casa junto con su hija y su esposo (conforme su padecimiento artrítico se lo permita), ahora procura tener actividades recreativas los fines de semana junto a su familia, aunque ella ya no participe directamente, habla y se expresa claramente, sin problemas visuales ni audibles (solo los propios de su edad), no tiene problemas en cuanto a su entorno para poder comunicarse, utiliza los mecanismos de defensa como negación, inhibición, agresividad, hostilidad como todas las personas, ella se considera una persona cooperadora y reservada, expresa sus sentimientos y pensamientos dependiendo del estado de ánimo, se siente a gusto en relación a sí misma y a los demás, casi siempre esta contenta, acude raras veces a fiestas, se considera una esposa, madre y abuela normal, sus hijas la ven y la tratan con respeto, su familia espera que Doña Asunción se cuide y lleve a cabo su tratamiento como debe ser para que salga pronto del hospital.

k) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Doña Asunción y su familia practican la religión católica ya que creen en Dios y la Virgen de Guadalupe, me comenta que es católica porque se lo inculcaron sus padres y sus abuelos, los principales valores en su familia son la unión, la salud, el amor, el respeto y el dinero; su religión no le ha provocado problemas personales en su casa, tiene una imagen de la Virgen de Guadalupe en su casa, su forma de pensar es congruente con su modo de vivir porque todo lo que ha pensado y planeado lo ha llevado a cabo, el sentido de la vida para ella es que la vida hay que vivirla lo mejor posible y de la muerte, no le gusta mucho hablar de ello, sin embargo cree que es algo que le va a llegar y quiere estar preparada para ello, no realiza ningún rito o comportamiento relacionado a su religión.

l) Necesidad de trabajar y realizarse

La señora Asunción actualmente se dedica a ser ama de casa, trabajó de secretaria por 12 años y después se salió de trabajar para cuidar a sus hijas y de ahí en adelante todos los gastos corrían por parte de su esposo, actualmente se mantienen con la pensión de su esposo y la ayuda de sus hijas, ella se siente satisfecha ya que de esta manera cubren sus necesidades básicas.

Las actividades que realiza en su tiempo libre y le hacen sentir útil son: las clases de pintura de cerámica que realiza junto con su hija (aunque no siempre asiste por el dolor de sus manos), además le gusta ayudarle a sus nietos a realizar sus tareas escolares.

m) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Como ya mencioné la actividad en su tiempo libre es el taller de pintura de cerámica (aunque no siempre puede ir ya que le duelen sus manos), además cuida su pequeño jardín ya que tiene todos los utensilios para hacerlo y así mantenerse distraída y ocupada; en cuanto a actividades deportivas debido a su padecimiento artrítico no puede realizar una actividad física pesada, refiere que hasta que se le presentó la artritis ella frecuentaba junto con su esposo un club deportivo, ahora solo realiza ejercicios pasivos cada tercer día además de sus actividades de rehabilitación para su padecimiento, sabe que el uso del tiempo libre en su grupo familiar hace que su familia este unida.

n) Necesidad de aprendizaje

En esta necesidad la señora no tiene problemas para saber leer y escribir, tiene interés en aprender a resolver sus problemas de salud, tiene buena memoria remota y reciente, le resulta más fácil aprender cuando escucha y observa, se encuentra angustiada porque el médico le explicó que es necesario esperar uno días a que se restablezca su función intestinal además de tener que realizarle otros estudios pertinentes antes de que regrese a su casa, tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo, en su comunidad hay una biblioteca a la cual

no asiste, sin embargo, le gusta ayudarles a sus nietos a realizar sus tareas escolares.

5.2.1 Resultados de la valoración

Necesidad afectada	Causas de la dependencia
1.- Necesidad de oxigenación	Falta de fuerza. Tos productiva, secreciones blanquecinas y disnea.
2.- Necesidad de nutrición e hidratación	Falta de fuerza. Pérdida del apetito, náuseas, vómito. Ingesta de líquidos inferior a los requerimientos.
3.- Necesidad de eliminación	Falta de fuerza. Abdomen distendido, peristalsis disminuida y dolor, ausencia de evacuaciones y gases desde hace 4 días.
4.- Necesidad de moverse y mantener buena postura	Falta de fuerza. Capacidad física mínima, debilidad, reposo en cama y padecimiento artrítico.
5.- Necesidad de descanso y sueño	Falta de fuerza. Entorno inadecuado para dormir, preocupación y tos.
6.- Necesidad de evitar peligros	Falta de voluntad. La paciente se muestra renuente para el acondicionamiento especial de su hogar.
7.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores	Falta de voluntad. Dificil afrontamiento de su padecimiento artrítico y periodos de depresión.
8.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	Falta de fuerza. Padecimiento artrítico.
9.- Necesidad de aprendizaje	Falta de conocimiento. Refiere no tener suficientes conocimientos sobre el padecimiento por el cual está hospitalizada.
10.- Necesidad de usar prendas de vestir	Necesidad satisfecha.
11.- Necesidad de termorregulación	Necesidad satisfecha.
12.- Necesidad de higiene y protección de la piel	Necesidad satisfecha.
13.- Necesidad de comunicarse	Necesidad satisfecha.
14.- Necesidad de trabajar y realizarse	Necesidad satisfecha.

5.3 2ª., 3ª., 4ª., y 5ª. Etapas: Dx. de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación.

1.- Oxigenación.

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con la continua presencia de secreciones blanquecinas manifestado por disnea e ineffectividad de la tos.

Objetivo: Aumentar el patrón respiratorio gradualmente en las primeras 24 horas de haberse instalado en la unidad.

Fundamentación científica: El pulmón senil disminuye en peso y volumen; es cada vez más rígido y menos distensible. "Hay una reducción del número total de alvéolos; sin embargo a pesar de ello, no se producen cambios significativos en la capacidad total del pulmón."⁸⁴

La disminución de la capacidad muscular, de la actividad ciliar y del reflejo tusígeno reduce la eficacia de la tos, dificultando la expulsión de secreciones y dejando al anciano en situación de vulnerabilidad frente a infecciones respiratorias.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Dar posición semifowler
- Vigilar la frecuencia respiratoria
- Observar movimientos respiratorios
- Ejercicios respiratorios
- Proporcionar O2 PRN.
- Realización de palmo-percusión junto con el familiar
- Enseñarle técnicas de respiración
- Hidratación oral
- Estimular la expectoración
- Aplicación de nebulizaciones
- Uso de broncodilatador PRN

Actividades interdependientes:

- Administración de medicamentos:
 - Mucolíticos

⁸⁴ Helen L. Bee. El desarrollo de la persona en todas las etapas de vida. P.89.

- Broncodilatadores
 - Antibióticos
- Administración de soluciones parenterales

Fundamentación científica: “No existe curación en muchos de los padecimientos respiratorios, pero la adaptación y la realización de cambios positivos en el estilo de vida puede dar lugar a una vida larga más cómoda y larga. La prevención es el planteamiento más factible y beneficioso para la patología respiratoria.”⁸⁵

El personal de enfermería colabora en este planteamiento y ayuda al anciano a adaptarse a las limitaciones físicas y emocionales que suponen los problemas pulmonares crónicos.

Evaluación: La persona respondió satisfactoriamente a los cuidados específicos para mejorar esta necesidad. Al cabo de tres días de la aplicación de los cuidados de enfermería desapareció la disnea y las secreciones.

2.- **Eliminación.**

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la eliminación intestinal relacionado con la deficiente ingesta de líquidos crónica, manifestado por ausencia de evacuaciones, abdomen distendido y dolor.

Objetivo: Minimizar gradualmente en 24 horas la alteración del patrón de eliminación intestinal.

Fundamentación científica: El estreñimiento es un patrón muy común entre la población anciana. Muchos ancianos creen que la regularidad significa una deposición al día. Los que no cumplen con este criterio a menudo buscan preparados para tomar por su cuenta, para aliviar lo que toman ellos por estreñimiento. Las razones del estreñimiento pueden oscilar entre los hábitos en el estilo de vida hasta los trastornos malignos serios.

“En personas de edad avanzada el sistema digestivo se deteriora menos con la edad si lo comparamos con otros sistemas del organismo. Se reduce la producción de enzimas digestivas.”⁸⁶

“Hay también una disminución de células absorbentes del aparato intestinal y un aumento del pH gástrico. Estos factores disminuyen el índice de absorción, enlenteciendo la absorción de nutrientes y fármacos. El tono muscular de los

⁸⁵ Staab. Enf. Gerontológico. P. 65.

⁸⁶ Helen. Opcit. P. 93.

intestinos también disminuye, produciendo una disminución del peristaltismo y de la eliminación. Estos cambios en el tono muscular, jugos digestivos, y actividad intestinal, pueden conducir al estreñimiento en el anciano.”⁸⁷

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Valorar el hábito intestinal de la paciente anotando sus defecaciones, haciéndole preguntas acerca de sus hábitos
- Valorar a la paciente en busca de depresión
- Obtener antecedentes farmacológicos, incluyendo el método de usar laxantes y enemas por su cuenta
- Valorar la dieta habitual de la persona
- Aconsejar hacer al menos 4 comidas pequeñas al día y porciones pequeñas de todas las comidas
- Aconsejar sustituir dulces por frutas y tomar leche y quesos desnatados
- Ingesta de líquidos entre 1500 y 2000 ml., repartidos a lo largo del día
- Limitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco
- Aplicación de enemas evacuantes (1 por turno)
- Fomentar el ejercicio físico y enseñanza de ejercicios de fortalecimiento abdominal.

Actividades interdependientes:

- Administración de soluciones parenterales
- Sugerir junto con el especialista en dietología un patrón de alimentación adecuada a la paciente
- Administración de medicamentos como:
 - Ranitidina 1 amp. iv. C/8 hrs.
 - Metoclopramida 1 amp. iv. C/8 hrs.
 - Omeprazol 1 amp. iv. C/8 hrs.

Fundamentación científica: Estas actividades ayudan a identificar los posibles problemas y a desarrollar un programa seguro de control intestinal.

Preguntar a la persona acerca de su función intestinal puede mostrar complicados sistemas de creencias. El paciente deprimido puede no tener la energía o el interés de ir al servicio, pudiendo necesitar un tratamiento antes de que tenga que actuar sobre su función intestinal.

⁸⁷ Misericordia García Hernández. Enfermería Geriátrica. P. 128.

“Los anticolinérgicos, narcóticos, barbitúricos, hidrocóloruro de propoxifeno, tranquilizantes y antiácidos pueden producir estreñimiento, así como el excesivo uso de laxantes y enemas, habitual en los ancianos.”⁸⁸

Es posible que el anciano coma alimentos muy refinados y fáciles de cocinar, con poca fibra. Los líquidos ayudan a mantener las heces blandas y transitables. La fibra ayuda a crear una masa fecal voluminosa, que pasa con más facilidad; no obstante si se aumenta la fibra sin aumentar los líquidos puede exacerbar el problema.

Evaluación: La persona pudo reanudar la satisfacción de esta necesidad al cabo de tres días de hospitalización gracias a la aplicación de las intervenciones antes mencionadas.

3.- **Nutrición e hidratación.**

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la nutrición por defecto, relacionado al proceso fisiológico y náuseas, manifestado por pérdida de peso.

Objetivo: Aumentar gradualmente en 24 horas el patrón de nutrición e hidratación adecuado.

Fundamentación científica: La alimentación en el anciano constituye una de las necesidades más interrelacionada respecto al resto de las necesidades.

“El mantenimiento continuado de una ingesta adecuada, así como el aporte nutricional suficiente, es básico para que el anciano pueda tener el aporte energético necesario para desarrollar sus actividades diarias, sentirse vital y prevenir procesos de salud que pueden ser frecuentes en la población anciana.”⁸⁹

Es importante garantizar una dieta equilibrada con el aporte de líquidos que corresponde al envejecimiento. Un conocimiento amplio de los cambios, referidos a los procesos de envejecimiento, nos permite trabajar la alimentación del anciano desde la normalidad, tratando de realizar valoraciones periódicas para no entrar en situaciones de déficit.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Valorar el peso diario de la persona.
- Fomentar las visitas regulares al dentista para dar mantenimiento a la dentadura y así asegurar la capacidad de masticación.

⁸⁸ Ibid. P 132.

⁸⁹ Tucker. Normas de cuidados del paciente geriátrico. P. 173.

- aconsejar hacer al menos 4 comidas pequeñas al día y porciones pequeñas de todas las comidas.
- Fomentar el uso de cortes de carne más finos y coser o asar los alimentos en lugar de freírlos.
- Proporcionar un ambiente agradable a la hora de la comida
- Ingesta de líquidos entre 1500 y 200ml., repartidos a lo largo del día.
- Controlar la cantidad y tipo de grasas

Actividades interdependientes:

- Administración de soluciones parenterales
- Junto con el personal de dietología sugerir un patrón de alimentación adecuada a los requerimientos de la paciente.
- Sugerir una dieta atractiva a los gustos de la persona
- Mantener una ingesta óptima de calcio, hierro, magnesio y otros complementos, según los requerimientos de la persona.

Fundamentación científica: La enfermera juega un papel fundamental a la hora de ayudar al adulto de edad avanzada a aprender a manejar los problemas nutricionales y a controlar los progresos.

“Para que la nutrición sea adecuada, resulta esencial proporcionar nutrientes y líquidos adecuados, en un ambiente agradable, y animar a los familiares y al paciente a tomar parte activa en la toma de decisiones acerca de la atención nutricional.”⁹⁰

Evaluación: Una vez aliviada por completo de la gripa y con ayuda de la especialista en dietología, la persona aceptó los alimentos con agrado, además se logró la sensibilización de la paciente para que ingiriera los líquidos necesarios.

4.- **Descanso y sueño.**

Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón de sueño, relacionado con el entorno inadecuado para el descanso (hospital) y el proceso tuisígeno, manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada.

Objetivo: Aumentar gradualmente en 24 horas el patrón de descanso y sueño.

⁹⁰ García Hernández Misericordia. Enf. Geriátrica. P. 183.

Fundamentación científica: El proceso de envejecimiento afecta a la cantidad de sueño, a la distribución de sueño en un periodo de 24 horas y a los patrones de los estadios de sueño.

“Los ancianos tienden a tardar algo más en quedarse dormidos, y se despiertan frecuentemente durante la noche, se quedan en la cama más tiempo tratando de recuperar el sueño perdido, y se despiertan sintiéndose cansados. La cantidad de sueño profundo también disminuye, creando sensaciones de fatiga. La cantidad de sueño que el anciano necesita varía.”⁹¹

En general la mayoría de los ancianos requieren casi la misma cantidad de sueño que necesitan durante los años de la mediana edad. El ejercicio moderado a menudo ayuda al paciente a dormir por la noche. Los cambios sensoriales, como el deterioro de la visión, pueden reducir la sensibilidad a los estímulos externos de iluminación y oscuridad que incitan los patrones de sueño.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Identificar la rutina respecto al patrón de sueño que tienen la paciente. Llevar un diario de sueño.
- Evaluar los factores relacionados con el problema.
- Descartar la probabilidad de un trastorno del sueño.
- Mantener un entorno libre de ruido para favorecer el sueño.
- Enseñarle a la paciente y a sus familiares técnicas de relajación para disminuir el estrés.
- Recurrir a la música terapia para favorecer el descanso y sueño.
- Aumentar, en medida, la actividad física mientras esta hospitalizada.
- Establecer un horario específico para el descanso y sueño.

Actividades interdependientes:

- Administración de medicamentos indicados para relajar a la persona.

Fundamentación científica: “Es importante mantener un entorno libre de ruidos para conciliar el sueño. Las técnicas de relajación muscular a menudo son ayuda para el alivio de la tensión que está contribuyendo al insomnio.”⁹²

Podemos enseñar a los pacientes ancianos y a sus familiares como controlar los cambios sutiles en los patrones de sueño. La monitorización en los cambios de los

⁹¹ Staab. Enf Gerontológica. P. 149.

⁹² Ibíd., P. 152.

patrones de sueño puede ayudar a determinar que factores sirven para fomentar el sueño y cuales actúan a modo de barrera para el sueño.

Evaluación: Las intervenciones de enfermería ayudaron a la persona para satisfacer esta necesidad, la tos desapareció al cabo de tres días, y las técnicas de relajación y la música terapia lograron concentrar a la paciente para mantener el patrón de sueño adecuado.

5.- **Moverse y mantener buena postura.**

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física, relacionado con su padecimiento artrítico y el reposo en cama durante el hospital, manifestado por dolor en las articulaciones y debilidad.

Objetivo: Mantener el patrón de movilización y buena postura adecuado.

Fundamentación científica: Los adultos de edad avanzadas presentan un riesgo elevado de padecer problemas de movilidad. A medida que una persona envejece, el número de fibras musculares disminuye y éstas se vuelven pequeñas más débiles. Como consecuencia disminuye la fuerza, el tono y la resistencia muscular.

“Con la edad los ligamentos y los tendones se vuelven rígidos, lo cual reduce la flexibilidad de las articulaciones y el grado de movilidad, sobre todo en rodillas, caderas y columna vertebral. Es frecuente encontrar una articulaciones desgastadas e inflamadas en el adulto de edad avanzada como las que aparecen en la Artritis Reumatoide.”⁹³

La artritis suele presentarse en zonas que soportan más peso, por lo que en una persona mayor que presenta sobrepeso, la tensión sobre estas zonas articulares es mayor. Esto da lugar al dolor y rigidez.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Concienciar a la persona para que viva los cambios propios del envejecimiento de forma normal y no como una limitación que le hace estar pasivo.
- Valorar la actividad funcional de cada articulación.
- Valorar el grado de dolor y rigidez.

⁹³ Rodríguez García Rosalía. Geriatria. Ed. Interamericana. P. 105.

- Enseñar a la paciente y a su familia a realizar ejercicios con cada articulación, dentro de su amplitud normal de movimientos.
- Enseñarle a la persona y a su familia a utilizar los masajes y los tratamientos de frío/calor para el dolor y la rigidez.
- Indicar las modificaciones del entorno que pueden resultar adecuadas, en caso necesario.
- Enseñar a la persona y a su familia a alinear correctamente las articulaciones durante los periodos de reposo, para mantener la posición funcional.
- Proporcionar reposo emocional animando a que la persona medite, se una a grupos de apoyo o participe en actividades recreativas.
- Enseñarle a la persona a practicar ejercicios isométricos, no estresantes, de amplitud de movimiento (ROM-MARGEN DE MOVILIDAD).
- Animar a la persona para que tenga periodos de descanso y elevar o colocar el miembro en una férula durante los episodios de inflamación aguda.

Actividades interdependientes:

- Administración de analgésicos como:
 - Diclofenaco 1 amp. iv. C/8 hrs.
 - Clonixinato de lisina 1 amp. iv. C/8 hrs.
- Establecer un programa de rehabilitación junto con el fisioterapeuta.
- Informar a la paciente y a sus familiares junto con la trabajadora social sobre grupos de apoyo que impartan actividades de rehabilitación al paciente artrítico.

Fundamentación científica: “La inflamación es un proceso destructivo que se trata reduciendo la tensión con reposo y evaluación. El reposo e inmovilización de la articulación potencian también el efecto de los medicamentos.”⁹⁴

La colocación de una férula en una articulación inflamada limita el movimiento durante los episodios de inflamación aguda, pero no provoca una pérdida permanente de la movilidad articular.

El paciente con artritis activa puede quejarse de fatiga. El reposo reduce el dolor, retrasa el proceso degenerativo y reduce la tensión que produce cargar con peso y el efecto de la gravedad sobre los huesos.

“ La tensión emocional puede exacerbar la sintomatología artrítica. Los ejercicios isométricos aumentan el poder y la fuerza muscular y reduce la articulación

⁹⁴ *Ibíd.* P. 108.

articular. Son particularmente apropiados para pacientes con articulaciones dolorosamente inflamadas o gravemente inflamadas.

Los ejercicios pasivos ROM conservan la movilidad y la función articular. “⁹⁵

Evaluación: Esta necesidad fue parcialmente corregida ya que es necesario llevar a cabo un programa riguroso de rehabilitación o mantenimiento de las articulaciones, sin embargo se logra concienciar a la paciente y a los familiares para ser constantes en su rehabilitación, además de que se les pudo orientar con ayuda de la trabajadora social sobre grupos de apoyo para su rehabilitación. Por lo tanto, la persona funciona a un nivel aceptable de acuerdo a sus posibilidades.

6.- **Aprendizaje.**

Diagnóstico de enfermería: Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal, relacionado con el déficit de conocimientos respecto al padecimiento por el cual se encuentra hospitalizada actualmente (Pb. Impactación intestinal), manifestado por preocupación de la paciente.

Objetivo: Aumentar gradualmente el patrón de aprendizaje.

Fundamentación científica: La capacidad de aprendizaje de las personas esta condicionada por una gran cantidad de factores, entre ellos, la etapa del ciclo evolutivo donde se encuentre.

“ Desde el punto de vista general, las edades más tempranas permiten una mayor facilidad para aprender e integrar nuevos conceptos, actitudes y destrezas. Por tanto, a mayor edad habrá una menor capacidad para aprender cosas nuevas. “⁹⁶

En el caso de la población anciana, y en relación con su capacidad de aprendizaje, el aspecto más importante que debe considerarse es qué tipo de aprendizaje es relevante y qué utilidad práctica le aporta lo que ha aprendido o se pretende que aprenda.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes.

- Valorar hasta qué magnitud es la falta de conocimiento respecto a su padecimiento actual.
- Orientar a la persona y a los familiares sobre su padecimiento
- Valorar y concientizar a la paciente sobre los factores que contribuyeron a su estado actual.

⁹⁵ Kaschak Newman Diane. Planes de Cuidados en Geriatria. Ed. Mosby – Doyma. P.457.

⁹⁶ Staab. A. S. Enfermería Gerontológica. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. P. 368.

- Concientizar y acordar con los familiares la minimización de estos factores que afectan a la persona.
- Orientar a la persona y a los familiares sobre el tratamiento médico y los cuidados específicos de enfermería que se llevarán a cabo.

Actividades interdependientes:

- Especificar junto con el personal médico el tratamiento propio de la persona.
- Acordar junto con el especialista en dietología el manejo específico de la persona.

Fundamentación científica: “A medida que las personas envejecen, hay una tendencia cada vez mayor a que se produzcan pérdidas. La preocupación por las múltiples pérdidas o la insatisfacción con la vida pueden nublar la percepción con el ambiente externo. Cualquiera puede constituir un factor para una depresión real, que, a su vez, se pone de manifiesto por la lentificación de los procesos mentales que abarcan el pensamiento, la toma de decisiones y la resolución de problemas.”⁹⁷

Evaluación: Esta necesidad fue corregida ya que se pudieron resolver las dudas de la paciente sobre su padecimiento y así disminuir la angustia.

7.- **Vivir según sus creencias y valores.**

Diagnóstico de enfermería: Depresión, relacionado con el cambio degenerativo del aparato músculo esquelético (artritis reumatoide), manifestado por expresión verbal de la persona.

Objetivo: Disminuir gradualmente el patrón de vivir según sus creencias y valores.

Fundamentación científica: “La depresión en las personas mayores de 60 años es frecuentemente relacionada con el padecimiento de una pérdida mayor, como, por ejemplo, la jubilación, la pérdida de alguna parte funcional del organismo, o la muerte de un cónyuge u otro ser querido. La depresión relacionada con una pérdida a menudo se resuelve normalmente sin necesidad de tratamiento, aun cuando pueda interferir con la función cognitiva mientras está presente, al igual que puede hacerlo la depresión que surge por otros motivos.”⁹⁸

“ Un componente importante de la depresión entre los ancianos puede ser una falta subjetiva de control sobre sus vidas o su situación actual. Los ancianos que creen que no tienen control en ningún modo mostrarán, generalmente, un

⁹⁷ Kaschak Diane. Planes de Cuidados en Geriatria. P.152.

⁹⁸ Staab. Opcit. P. 153.

descenso de la motivación para responder a estímulos o para actuar por sí mismos, una disminución de la fuerza cognitiva y signos de depresión. El hecho de percibir que uno tiene poco o ningún control puede llevar al abandono o a la hostilidad y, a continuación, a actuar de un modo cada vez más desvalido. Es más probable que ocurra esto cuando el individuo considera que su propia conducta no tiene efecto sobre los resultados, o éste es escaso. “⁹⁹

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Identificar y describir sus sentimientos y la fuente de preocupación.
- Estimular la resolución del problema.
- Escuchar a la paciente con respeto e interés
- Permitir el desahogo de sus sentimientos y sensaciones
- Canalizar su energía mediante la estimulación de participar en actividades de diversión y / o lectura
- Ofrecer contacto físico y de confort sólo cuando lo desee
- Buscar aptitudes de afrontamiento del estrés y satisfacerla
- Técnicas de respiración y relajación

Actividades interdependientes:

- Ministración de antidepresivos solo en caso necesario

Fundamentación científica: El anciano que sufre problemas de depresión va a necesitar cuidados de apoyo empáticos. El cuidado debe planificarse con el fin de asegurar que se cumplan las necesidades básicas y las actividades de la vida diaria y se satisfagan las necesidades de seguridad sin privar al paciente de autonomía y autoestima. La satisfacción de estos criterios representa uno de los mayores retos que ha de afrontar la enfermera.

“Es difícil empatizar con un paciente deprimido ya que hace que el ambiente circundante sea prácticamente incomprensible. Es difícil percibir y comprender lo que esta experiencia debe ser y evitar la tentación de hacer por el paciente lo que éste parece ser reacio, lento o incapaz de hacer por sí mismo. Al paciente deprimido se le debe permitir y alentar para que realice las actividades de autocuidado tanto tiempo como sea capaz.”¹⁰⁰

Evaluación: Esta necesidad fue parcialmente satisfecha ya que la restitución del estado depresivo de la paciente se agravó un poco por su estancia en el hospital, sin embargo, con las intervenciones de enfermería implementadas ayudaron para no tener la necesidad de administrar medicamento antidepresivo.

⁹⁹ Kaschak Newman Diane. Planes de Cuidados Geriátrica. P. 357.

¹⁰⁰ Tucker. Normas de cuidados del paciente geriátrico. P. 185.

8.- **Evitar peligros.**

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión, relacionado con su padecimiento artrítico.

Objetivo: Disminuir el patrón de evitar peligros.

Fundamentación científica: La seguridad debe ser entendida desde todas las perspectivas. “Los cambios orgánicos del área neurológica, cognitiva, capacidad de adaptación, dificultades en la deambulacion, dificultad en la adecuación de la vivienda, etc., pueden aparecer como aspectos que limitan la seguridad del anciano.”¹⁰¹

Se trata de una de la necesidades más globales que tiene el individuo que por tanto estará más interrelacionada con el resto de las necesidades. Por ello, el mantenimiento de un entorno seguro que corresponda con los cambios que presenta la etapa de la vejez es el objetivo básico que hay cubrir dentro de esta necesidad.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Valoración de las áreas funcionales que interactúan en esta necesidad (sistema osteoarticular, sentidos, neurológica, etc.).
- Orientaciones sobre la adecuación de un hogar seguro. Especialmente las áreas de mayor riesgo como dormitorio, baño y cocina.
- Valorar su control periódico de medicación y su autonomía respecto a su correcta administración.
- Información y adiestramiento sobre dispositivos de ayuda si es que los necesita, como bastones, audífonos, lentes y andadora.
- Recomendación de revisión periódica del especialista en ortopedia.
- Ayuda para la planificación de tiempos de descanso para garantizar un buen grado de alerta para la detección de los peligros.
- Recomendación higiene postural.
- Recomendación sobre ejercicio físico específico que le permitan aumentar la amplitud de movimientos.

Actividades interdependientes:

- Junto con el especialista en dietología, recomendación de una alimentación adecuada.
- Administración de analgésicos PRN.
- Concretar asesoría psicológica para el manejo de emociones.

¹⁰¹ A. S. Staab. Enfermería Gerontológica. Ed. Interamericana. P. 234.

Fundamentación científica: “Las medidas protectoras para mantener tanto la seguridad como la sensación de seguridad de la paciente deben de iniciarse lo antes posible ya que va en juego su estabilidad como ser humano.”¹⁰²

Debido a que los cambios en la función pueden aparecer con mucha rapidez o en forma lenta, es importante que se realice con frecuencia un valoración continua de las capacidades actuales de la paciente.

Evaluación: Se logró sensibilizar a la persona, primero, respecto a los cambios fisiológicos de la vejez, en segundo lugar, sobre los cambios respecto a su padecimiento artrítico. También se logró orientar a los familiares sobre la adaptación de su hogar para la movilización adecuada de la paciente.

9.- **Jugar y participar en actividades recreativas.**

Diagnóstico de enfermería: Déficit de actividades recreativas relacionado con su padecimiento artrítico manifestado por aburrimiento y deseos de tener algo que hacer.

Objetivo: Mantener el patrón de jugar y participar en actividades recreativas.

Fundamentación científica: “El envejecimiento es una etapa de las personas en la que se producen una serie de modificaciones cuya consecuencia es la necesidad de adaptar los comportamientos humanos a la nueva situación que esta produciendo. Una de las modificaciones en este caso es la jubilación; hecho que origina que no exista una discontinuidad entre el tiempo de ocupación y el tiempo de ocio.”¹⁰³

Tiempo libre que un anciano debe mantener ocupado, con actividades que le permitan convertirlo en tiempo de desarrollo personal, sintiéndose con ello útil a los demás, divirtiéndose y desarrollando su creatividad, ya que ésta es una necesidad básica que se debe satisfacer para conseguir un saludable estado de bienestar físico y emocional.

Intervenciones de enfermería

Actividades independientes:

- Valorar hasta qué punto la persona puede o no realizar actividades recreativas.

¹⁰² Rodríguez Rosalía. Geriatría. P. 84.

¹⁰³ Staab. Enf Gerontológica. P. 163.

- Identificar las habilidades para realizar diferentes actividades que pueden ser desempeñadas o fomentar la realización de estas: actividades manuales, deportivas, educativas, recreativas, etc.
- Proporcionar material de distracción como: revistas de entretenimiento o libros de su elección.
- Aconsejar la postura más cómoda para realizar determinadas tareas.
- Recomendar, que siempre que sea posible se realicen actividades grupales y fuera del domicilio, ya que se fomentan además la comunicación y la actividad física.

Actividades interdependientes:

- Pedir apoyo a la especialista en Psicología para el manejo de emociones y aconsejar grupo de apoyo.

Fundamentación científica: Es recomendable, para los ancianos, un programa regular de ejercicio moderado. Es importante que el ejercicio no sea demasiado extenuado y que hagan periodos de descanso según se necesiten.

“Las personas que están demasiado incapacitadas para realizar un ejercicio activo pueden ejecutar un programa de ejercicios isométricos para mantener la movilidad de las articulaciones y el tono muscular.”¹⁰⁴

Evaluación: Con las intervenciones de enfermería implementadas se logró mantener distraída a la persona; refirió que estas actividades la animaron para no dejar de ir a sus clases de pintura de cerámica, antes mencionadas.

¹⁰⁴ L. Bee. Helen. El Desarrollo de la persona en todas la etapas de la vida. P.184.

6. PLAN DE ALTA

La vejez es una etapa de la vida en la que es preciso poner a disposición de los individuos los recursos capaces de contribuir a vivirla de la forma más positiva posible. En este sentido, la pretensión de independencia de las actividades de la vida diaria, se basa en el mantenimiento del equilibrio entre las limitaciones y capacidades individuales y la posibilidad de utilizar todas aquellas ayudas que estén al alcance de la persona.

“Los procesos patológicos que con mayor frecuencia afectan a los ancianos tienden a producirles con más facilidad invalidez, degeneración osteoarticular e involución de las capacidades funcionales, pero no por ello hay que renunciar a su rehabilitación. Sólo hay que tomar en cuenta que su capacidad de respuestas es más lenta y que hay mayor posibilidad de aparición de problemas añadidos.”¹⁰⁵

Dentro de este Proceso de Atención de Enfermería se encontraron dos diagnósticos los cuales requieren un Plan de rehabilitación en su domicilio, que son los siguientes:

5.- **Moverse y mantener buena postura.**

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física, relacionado con su padecimiento artrítico y el reposo en cama durante el hospital, manifestado por dolor en las articulaciones y debilidad.

Objetivo: Mantener el patrón de movilización y buena postura adecuado.

7.- **Vivir según sus creencias y valores.**

Diagnóstico de enfermería: Depresión, relacionado con el cambio degenerativo del aparato músculo esquelético (artritis reumatoide), manifestado por expresión verbal de la paciente.

Objetivo: Disminuir gradualmente el patrón de vivir según sus creencias y valores.

“La rehabilitación en el anciano adquiere dimensiones diferentes de las de cualquier otra edad. La diferencia fundamental estriba en la necesidad que tiene el anciano de orientación y estimulación para tomar conciencia de la necesidad de su readaptación, como en el planteamiento de objetivos individualizados.”¹⁰⁶

¹⁰⁵ *Ibíd.* P.238.

¹⁰⁶ García Misericordia. *Enf. Geriátrica.* P. 228.

Al plantear la rehabilitación en el anciano es tan importante la utilización de la tecnología como el hacer hincapié en la continuidad y perseverancia en el tratamiento. Por esto es preciso marcar los objetivos de acuerdo con las capacidades restantes del anciano. Es responsabilidad de nosotros como enfermería valorar estas capacidades y limitaciones, además podemos aportar observaciones y sugerencias al resto del equipo de salud y así planificar la readaptación es esta persona.

Para este plan de alta tome en cuenta tres aspectos importantes:

El aspecto físico o de readaptación funcional, ya que es necesario debido al proceso degenerativo que sufre la paciente.

El aspecto psíquico, encaminado a conseguir la motivación de la paciente y de su familia para recuperar su interés, aceptando las limitaciones y siendo consciente de sus capacidades residuales.

El aspecto social, como facilitador de las relaciones interindividuales y de grupo, intentando captar el interés de la paciente por todo aquello que le rodea.

La consecución de estos tres aspectos conjuntamente es fundamental para el éxito de la rehabilitación de la paciente. No se podrá conseguir una total recuperación física, sin embargo, se podrá mantener la motivación para ello y así mantener su participación social.

CONCLUSIONES

La enfermera profesional ha evolucionado desde la aplicación de principios científicos hasta una disciplina que aplica teorías, marcos de referencia, modelos y principios a la práctica.

Los profesionales de todas las disciplinas, incluyendo a las enfermeras, utilizan el proceso científico para obtener información, buscar conocimientos nuevos y dirigir sus acciones, por lo que el PAE es una adaptación del aspecto científico a la práctica.

Actualmente la enfermera esta usando las estructuras teóricas y los modelos conceptuales para guiar y respaldar su proceso, además, el método científico, con una base teórica, proporciona un sistema y una dirección para obtener los datos, analiza el estado de salud de los pacientes, acierta en lo referente a los intereses o problemas y guía la selección de las estrategias para implementar sus actividades.

A sí mismo la enfermera basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Virginia Henderson, centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona; sus intervenciones van dirigidas a conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Es por eso que durante la realización del PAE, particularmente, tuve la oportunidad de complementar mi aprendizaje al aplicarlo ya que este método nos sirve para comprender al paciente y su ambiente utilizando un modelo teórico como marco de referencia.

Particularmente tuve barreras las cuales me impulsaron a seguir adelante debido a que se requiere de un gran esfuerzo el combinar el trabajo con el estudio, en ocasiones la carga de trabajo no me permitía concentrarme del todo en mi paciente y esto ocasionaba el retraso en mi seguimiento de caso; además se requirió de una sensibilización por parte de mis compañeras de los demás turnos para que mi paciente tuviera el seguimiento pertinente de sus catorce necesidades.

Así mismo durante el desarrollo del marco teórico tuve algunos contratiempos para la recopilación de la información ya que había tanta información que no me decidía por dónde empezar.

De igual forma una de las limitaciones fue, como ya lo mencione, que el personal de enfermería de mi hospital no está del todo familiarizada con la valoración de las 14 necesidades y aún menos con la realización de los diagnósticos de enfermería; por lo tanto esto me ocasionó ciertos problemas para la implementación de mi plan de cuidados.

SUGERENCIAS

- 1.- Seguir impulsando la evolución de enfermería como una disciplina que utiliza el proceso científico el cual se refleja en la aplicación del PAE.

- 2.- Fomentar el uso de estructuras teóricas y modelos conceptuales que respalden la aplicación del PAE, y así poder seleccionar las estrategias para la implementación de las actividades dirigidas al paciente.

- 3.- Mantener la práctica profesional de enfermería basada en un modelo conceptual, centrando se atención a las necesidades fundamentales del paciente.

- 4.- La implementación de programas dentro de las instituciones de salud para la aplicación del PAE, (organización de cursos y conferencias), y con esto maximizar la atención dirigida al paciente.

- 5.- Continuar con la formación de profesionales en enfermería que basados en estructuras teóricas y modelos conceptuales, analicen el estado de salud de los pacientes y acierten en las actividades dirigidas a la satisfacción de sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

*Fernández Ferrín Carmen. *El Modelo de Henderson y su Proceso de Atención de Enfermería*. Ed. Masson. Barcelona. Año 1995.

*Francoise Colliere Marie. *Promover la vida*. Ed. Interamericana. 2a. Edición. 1982.

*García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar. *Enfermería Geriátrica*. Ed. Masson. España. Año 1996.

*García Martín – Caro Catalina. Martínez Martín María Luisa. *Historia de la Enfermería*. Ed. Harcourt. 2ª. Edición. Año 2001.

*Hernández Conesa Juana. *Un Análisis Histórico de los cuidados de Enfermería*. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill. 1ª. Edición. 1995.

*Kaschak Newman Diane. Jakovac Smith Diane A. *Planes de Cuidados en Geriátrica*. Ed. Mosby – Doyma. Año 1998.

*Kozier Bárbara. *El Marco conceptual y Teorías de Enfermería*. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. Madrid, Año 1993.

*Kozier Bárbara. *Enfermería Fundamental*. Ed Mc. Graw Hill Interamericana. Madrid. Año 1993.

*L. Bee Helen, K. Mitchell Sandra. *El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida*. Ed. Harla. España. Año 1993.

*Luis Rodrigo María Teresa, Fernández Ferrín Carmen. *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson*. Ed. Masson. 2ª. Edición. Año 2000.

*Marriner Ann. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Ed. Mosby – Doyma. Madrid. Año 1996.

*Potter Patricia. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Mosby – Doyma. España. Año 1995.

*Rodríguez García Rosalía. *Geriátrica*. Ed. Mc Garw. Hill Interamericana. 3ª. Edición. Año 1999.

*Staab A. Hodges L. *Enfermería Gerontológica*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. España Año 1999.

*Siles José. *Historia de la Enfermería*. Ed. Aguaclara. 2ª. Edición. Año 1999.

Anexos

INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Ficha de identificación.

Nombre, edad, fecha de nacimiento, procedencia, residencia actual, fuente de información, fiabilidad, escolaridad y status económico.

Valoración de las necesidades humanas:

1.- Necesidad de oxigenación:

Aspecto general, estado de conciencia, Registro de signos vitales, tos productiva/seca, disnea debido a..., dolor asociado con la respiración, fumador si o no, cigarrillos al día, presencia de movimientos torácicos, presencia de ruidos cardiacos, circulación del entorno venoso, influencia de las actividades diarias con la respiración, influencia del estado de ánimo con su respiración, ¿tiene conocimientos sobre una respiración normal?, ¿conoce y/o utiliza técnicas que creen que le mejoren su respiración?, ¿es propensa a sufrir hemorragias?, antecedentes de problemas cardiorrespiratorios.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación:

Peso y talla, Tipo de dieta habitual, no. de comidas al día, presencia de trastornos digestivos, intolerancia alimentaria, alergias alimentarias, problemas de masticación y deglución, estado de membranas mucosas (hidratadas o secas), funcionamiento neuromuscular y esquelético, aspectos de los dientes y encías, presencia de problemas digestivos, influencia de las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a su alimentación e hidratación, ¿su religión le prohíbe comer algún alimento?, antecedentes familiares con respecto a su talla, corpulencia, peso y hábitos alimenticios, ¿qué sentido le da a la comida?, ¿con quién come habitualmente y dónde?, ¿qué alimentos ha tomado en las últimas 72 horas?, ¿qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día?, preferencia por determinados alimentos, disgusto por determinados alimentos, dificultad para procurarse, almacenar y para preparar una buena alimentación, ¿conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y la actividad?, factores que favorecen su digestión y asimilación (no comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticar y ensalivar bien, no acostarse después de comer), cambios recientes de dieta o de peso.

3.- Necesidad de eliminación:

Hábitos intestinales, características de las heces y orina, antecedentes de enfermedades renales, dolor al defecar y/o orinar, características del abdomen, ruidos intestinales, palpación de la vejiga urinaria, olor corporal, influencia de las emociones en su patrón de eliminación, satisfacción respecto a sus patrones

habituales de eliminación (frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar), ¿el cambio de alimentación modifica los hábitos de la alimentación, hábitos higiénicos en la alimentación, medidas no medicamentosas de ayuda, algún problema actual relacionado con la necesidad de eliminación, en caso de problemas de eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable) ¿cómo le afectan en su estado de autoconcepto, autoimagen y en su vida de relación?

4.- Necesidad de Termorregulación:

¿Se adapta bien a los cambios de temperatura?, ¿Cuál es la temperatura que le es más agradable?, Transpiración de la paciente, ¿Tiene alguna creencia que intervengan en su comportamiento de termorregulación?, ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y que limitaciones de conocimiento y/o económicas tiene en las situaciones de cambios de temperatura?, ¿Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira) cómo le afectan en esta necesidad?, ¿Sabe como controlarlas?

5.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Capacidad física y cotidiana, Actividades en su tiempo libre, Estado del sistema músculo esquelético y fuerza, Capacidad muscular, tono, resistencia y flexibilidad, Posturas, Ayuda para la deambulación, Dolor con el movimiento, Presencia de temblores, Estado emocional, ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo social?, ¿Cuántas horas al día cree usted que esta sentado, andando, de pie, reclinado?, ¿Se considera una persona sedentaria?, ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella?, ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?, ¿Cómo influyen las emociones en esta necesidad?, ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad?

6.- Necesidad descanso y sueño:

Horario de descanso, Horario de sueño, Horas de sueño, ¿Toma siestas?, ¿Padece insomnio?, ¿Se siente descansado al levantarse?, Presencia de ojeras y/o bostezos, Apatía, Cefaleas, ¿Dónde duerme?, Habitualmente, ¿Duerme solo o acompañado?, ¿Le afecta algún tipo de clima para poder dormir?, Estado de los ojos, ¿Se levanta por las noches?, ¿Los cambios en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño?, ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?, ¿Cómo influyen las emociones en la necesidad de dormir o reposar?, ¿Sabe cómo reducir o controlar la tensiones y el dolor?, ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar?, ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?, ¿Qué sentido tiene para usted el dormir?, ¿Tiene sueños / pesadillas al dormir?, ¿Utiliza algún medio (masajes, relajación, Visualización, música, entretenimiento, lectura) con el fin de facilitar el sueño?, ¿Utiliza algún medicamento para dormir o estimularse? .

7.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

¿Viste de acuerdo a su edad?, Capacidad psicomotora para vestirse o desvestirse, ¿Cada cuando es el cambio de ropa y si es completo o incompleto?, Tipo y cantidad de accesorios, Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla?, ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen (autoestima, relaciones con los demás, etc)o cobertura de alguna otra necesidad?, ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?, ¿Puede decidir por sí mismo a la ropa que se pone habitualmente?, ¿Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?, Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿Se afecta su modo de vestir y cómo?, ¿Tiene algún objeto o accesorio del vestir que tenga significado especial para usted y cuál es?, ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?, ¿De qué forma le afecta vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas?.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel:

Frecuencia de aseo, Momento preferido para el baño?, ¿Cuántas veces se lava los dientes al día?, Presencia de halitosis, Aseo de manos antes y después de comer y de ir al baño, Aseo de oídos, ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos?, Presencia de lesiones dérmicas, Expresión corporal confort, efectos del baño o ducha, Estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), Estado del cabello, cuero cabelludo, uñas, orejas, nariz, ¿Qué significado tiene para usted la limpieza?, ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?, ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico como colonias, antisépticos bucales o cremas?, ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan sus hábitos saludables de higiene?, ¿Ante situaciones de la vida causante de estrés o conflicto se ve afectada su necesidad de higiene y cómo?.

9.- Necesidad de evitar peligros:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?, ¿Cuántos miembros componen su familia de referencia?, ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?, Condiciones del ambiente en su hogar, Características de su vivienda, ¿Cómo influyen sus emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica?, ¿Conoce la medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa?, ¿Las utiliza?, ¿Controla su funcionamiento periódicamente?, ¿Realiza los controles de su salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia?, ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infecto contagiosas y agresiones del entorno como tormentas, rayos, inundaciones, fuego?, ¿Las utiliza?, ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida?, ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto

imagen o auto concepto?, ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (enfermedad, amputación o cirugía), ¿Cómo ha reaccionado su familia ante sus problemas actuales de salud?

10.- Necesidad de comunicarse:

Estado civil, Años de relación, ¿con quién vive?, ¿Comunica los problemas relacionados con su salud?, ¿Cuánto tiempo pasa solo?, ¿Con cuantas personas suele relacionarse diariamente?, Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo, Claridez en el habla, Dificultad de la visión y audición, Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas, ¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso?, ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis y cómo?, ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad?, ¿Cuáles cree usted que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarle?, Calidad y cantidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno, Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, disponibilidad), Utilización de mecanismos de defensa como negación, inhibición, agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc., De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿Con cuales puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes?, ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, ¿Porqué?, ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo?, ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia?, ¿Cómo se ve usted?, ¿Cómo le ven los demás?, ¿Qué otras personas son importantes para usted?, ¿Cómo se ve en relación con los demás?, ¿Qué cree que esperan de usted?, ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico?, ¿De qué manera le ayuda su necesidad de comunicación?, ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted?

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Creencias religiosas, ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?, Principales valores en su familia, ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?, ¿tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?, ¿Qué sentido le da a la vida y a la muerte?, ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia?, ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para usted?, ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (ideas, posturas, gestos) asociados a sus creencias practica?, ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social?, ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida?, ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades?

12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

¿Trabaja actualmente?, ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo?, ¿Esta satisfecho con su trabajo?, ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia?, ¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?, Hábitos de trabajo, Estado emocional como calmado ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico; Condiciones del ambiente en su trabajo, ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual?, ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto?, ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?, ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿De qué modo?.

13.- Necesidad de jugar y / o participar en actividades recreativas:

¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?, ¿Son importantes para usted?, ¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar?, ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan?, ¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en su comunidad?, ¿Las utiliza?, ¿Cuándo participó por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?, ¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual?, ¿Qué tipo de problema le ha supuesto?, ¿Cómo vive esta situación de cambio?, ¿Su estado de ánimo es apático, aburrido, participativo?.

14.- Necesidad de aprendizaje:

Nivel de educación, Problemas de aprendizaje, Preferencias: leer o escribir, ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?, Estado del sistema nervioso, Memoria reciente, Memoria remota, ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas?, ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas?, ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios?, ¿Considera que son suficientes?, ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital?, ¿Considera que son suficientes para aprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria?, ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad?, ¿Sabe cómo utilizarlas?, ¿Las utiliza?.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR

La Organización mundial de la Salud define como adulto mayor a toda persona de 60 años de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años de edad para países desarrollados.

“El hecho de conocer los cambios que ocurren en el envejecimiento y su fuerte influencia en aspectos sociales, psicológicos, económicos, familiares y de todo tipo, da como resultado un trato apropiado, que a veces por ignorancia y aún con las mejores intenciones, más los perjudica.

Durante el envejecimiento se soportan años de peligros y agresiones ambientales que hacen al individuo más susceptible al disminuir su capacidad de respuesta a las demandas de la vida; las personas ancianas se caracterizan por una disminución en la capacidad de adaptación, sobre todo en presencia de enfermedad física, funcional, mental o social.”¹⁰⁷

La vejez es una época de pérdidas, incapacidad y dependencia que se interrelacionan y dan como resultado pobreza, abandono, abuso, desesperanza, y sobre todo fragilidad.

“La esperanza de vida se ha incrementado espectacularmente a partir de 1900, y las personas que llegan a los 65 años pueden esperar alcanzar los 80 o más. La conservación de la salud y la independencia funcional son los aspectos más importantes de la promoción de la salud en los adultos de edad avanzada. Aunque el envejecimiento normal va acompañado de cambios inevitables e irreversibles, muchos de sus problemas pueden prevenirse o controlarse.”¹⁰⁸

El envejecimiento normal va acompañado de cambios inevitables e irreversibles que se suceden en el tiempo.

Los cambios físicos en el sistema músculo esquelético son la disminución de la síntesis y aumento de la degradación ósea, disminución del tamaño y fuerza de los músculos.

Ojos: Disminución de la acomodación de la luz, mayor densidad del cristalino y cambios en la cinética del humor acuoso.

Boca y dientes: Resorción de las encías y del tejido óseo que rodean los dientes y del hueso mandibular, disminución del flujo salivar, disminución en el número de papilas gustativas.

Oído: Cambio anatómico en el oído medio y en la cóclea.

¹⁰⁷ Kozier Bárbara. Enfermería Fundamental. Ed. Interamericana. P.183.

¹⁰⁸ Tucker. Normas de cuidados del paciente geriátrico. P. 254.

Corazón: Hay disminución del músculo cardiaco y del nivel de catecolaminas, mayor calcificación de las válvulas, calcificación del esqueleto del corazón y esclerosis del sistema de conducción.

Pulmones: Menor elasticidad y aumento de tamaño de los alvéolos, disminución de la difusión y del área a través de la membrana del alveolo capilar, disminución de la cavidad de los cilios y disminución del reflejo de la tos.

“Estado inmunitario: Hay disminución de la función de las células T, mantenimiento de la respuesta secundaria (anticuerpos de las células B).

Estado psicológico: Cambios en los roles, pérdidas físicas, psicológicas y sociales.

Hormonas: Hay disminución en el índice de depuración metabólica y de la concentración plasmática de aldosterona, disminución de estrógenos, con reducción de la función ovárica, disminución de la función ovárica, disminución de la respuesta y de la efectividad periférica de la insulina, aumento de la respuesta de ADH a la hiperosmolaridad, insensibilidad de la hipófisis a la TRH en varones ancianos sanos.”¹⁰⁹

Encéfalo: Probable disminución del peso del encéfalo, del número de células en áreas determinadas o ambos, alteración de los patrones de sueño; los ancianos tienden a soñar menos y a mayores periodos de vigilia, aumento de la aterosclerosis en los vasos cerebrales, mayor actividad de la enzima monoacido oxidasa y disminución del tiempo de reacción.

Arterias: Hay aumento de la resistencia periférica, disminución de la elasticidad aórtica, mayor presión arterial sistólica y diastólica y cambios arterioscleróticos y ateroscleróticos en los vasos sanguíneos.

“Aparato gastrointestinal: Disminución de la secreción del ácido clorhídrico (probable), disminución de la motilidad del intestino grueso, disminución de la síntesis hepática, menor sensibilidad a la sed, menor absorción de calcio.”¹¹⁰

Renales: Menor tamaño de la vejiga, disminución del tamaño de los riñones y del número de glomérulos; disminución del flujo sanguíneo renal, del índice de filtración glomerular y de la función tubular.

Aparato genital: Aumento de tamaño de la glándula prostática, debilitamiento del suelo de la pelvis, disminución de las secreciones vaginales y cervicales, cierta disminución, aunque no total, de la función sexual.

Piel: Disminución de la respuesta de las sensaciones dolorosas y a los cambios de temperatura, disminución de la respuesta a la temperatura y a la vibración; mayor

¹⁰⁹ Kaschak Diane. Planes de cuidadosa en geriatría. P 130.

¹¹⁰ García Misericordia. Enf Geriátrica. P. 125.

umbral del dolor, disminución de la grasa subcutánea, pérdida de la almohadilla grasa sobre las prominencias óseas, atrofia de las glándulas sudoríparas y menor capacidad del organismo para librarse del calor mediante evaporación.

“El ciclo de vida es considerado como un todo y la psicología del envejecimiento es parte integral de ese todo, como proceso único de desarrollo de la edad avanzada y con los procesos naturales del cierre del ciclo de vida.

En todas las edades, las diferencias individuales son muy importantes, pero especialmente entre los viejos son más acentuadas ya que el envejecimiento es un proceso individual, en donde no existen recetas de validez general; la gente no experimenta el mismo deterioro a la misma edad. Algunas personas pueden manifestar más cambios que otros a diferentes modos de cambio para varias funciones con la posibilidad de mejorar algunas habilidades con el tiempo. La percepción del envejecimiento puede variar con la edad, por género y por clase social.”¹¹¹

Al abordar los aspectos psicológicos es conveniente distinguir entre el envejecimiento fisiológico: la senectud, y el envejecimiento patológico: la sensibilidad.

“El envejecimiento psicológico normal abarca ciertos cambios en capacidades cognitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria, particularmente la memoria para hechos recientes, se tornan progresivamente deficientes, además de percibir mal y recordar mal, el anciano tiene dificultades para aprender, se fatiga más fácilmente y sus respuestas son lentas, su sentido del tiempo se altera también profundamente.”¹¹²

Son comunes las quejas sobre falta de memoria, las cuales no necesariamente están relacionadas con déficit en el funcionamiento, sino más bien con depresión, ansiedad falta de interés, ira o cualquiera de las múltiples razones no intelectuales que causan memoria deficiente en algún momento de la vida. Los ancianos pueden estar en situación de desventaja en relación con ciertos tipos de aprendizaje u memoria; estos cambios no afectan el nivel de competencia, pero pueden ser preocupantes por el miedo de los viejos hacia la senilidad.

Los ancianos suelen conservar en forma notable su inteligencia enriquecida por la experiencia, y esto les permite compensar defectos cognitivos, como la incapacidad para el pensamiento inductivo. En cambio, el viejo normal maneja bien las estructuras lógicas y su razonamiento deductivo puede ser excelente.

Con la edad avanzada, la personalidad cambia, estos cambios son comprensibles como una exageración de los rasgos negativos de carácter y también como defensas del anciano ante sus deficiencias cognitivas, las cuales advierte, y ante

¹¹¹ Helen L. Bee. El Desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida. Ed. Harla. P.259.

¹¹² *Ibíd.* P. 263.

las actitudes de los demás hacia él. Una reorganización de los recursos psicológicos ocurre en la senectud y se traduce por una concentración del interés en sí mismo y la inclinación a atribuir hostilidad a los demás.

“La vejez es el periodo de la vida en donde con mucha frecuencia se presentan crisis profundas, el resultado del enfrentamiento con múltiples pérdidas. Estas últimas tienen un efecto acumulativo que incrementa el impacto emocional conforme la persona envejece; no es necesariamente el fenómeno en sí mismo, sino la preparación que el individuo tiene para afrontar el acontecimiento que determina los efectos de la pérdida de la personalidad, y la capacidad para tolerarla y adaptarse. El hacerse viejo exige una adaptación a las esferas intelectual, social y afectiva emocional.”¹¹³

La índole y el grado de adaptación a tales dimensiones están determinados por las circunstancias biológicas, sociales y específicas de la personalidad, le imprimen además un sello especial los factores de la época, biográficos y de situación.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones produciéndose dolor y dificultad para el movimiento. Además se pueden lesionar otras partes del organismo. Tiene una duración variable, irregular y en general larga, por lo que se dice que es una enfermedad crónica. Las molestias y limitaciones que la artritis reumatoide ocasiona varían mucho de un enfermo a otro, de manera que no hay dos enfermos iguales.

“La artritis reumatoide es una de las más de 200 enfermedades reumáticas diferentes. Por este motivo los consejos de amigos o vecinos que tienen "reuma" pueden no estar indicados o incluso ser contraproducentes. Es una enfermedad que se da con más frecuencia en mujeres, pero que afecta también a varones. No es una enfermedad propia de la edad avanzada y aunque puede aparecer en ancianos, se presenta con mayor frecuencia de los 45 a los 55 años. También puede afectar a niños.”¹¹⁴

La artritis reumatoide en las articulaciones

Las articulaciones son las estructuras que unen los huesos entre sí y permiten la movilidad del cuerpo humano. Las porciones finales de los huesos están recubiertas por unas superficies lisas que son los cartílagos, lo cual permite un rozamiento suave entre dichos huesos (Figura 1).

¹¹³ García Misericordia. Enf. Geriátrica. P.284.

¹¹⁴ *Ibíd.* P.286.

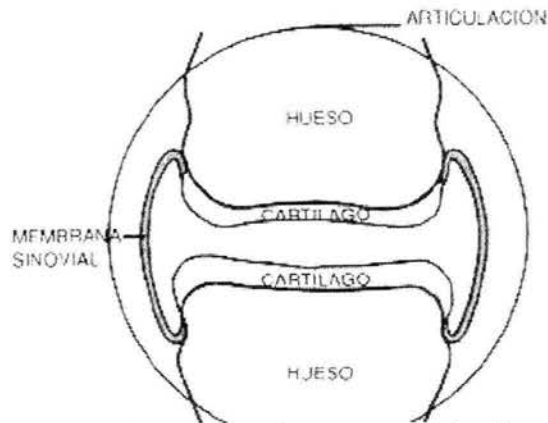


Fig1. Esquema de una articulación

”Con el fin de alimentar, proteger y cubrir estos cartílagos, las articulaciones disponen de una membrana que las recubre saltando de un hueso a otro y que se llama membrana sinovial. La artritis reumatoide es una enfermedad en la que se produce la inflamación de la membrana sinovial de múltiples articulaciones. La inflamación de la membrana sinovial va a ser la responsable del dolor, de la hinchazón que con frecuencia se observa y de la sensación de rigidez que se puede notar por las mañanas. Unas articulaciones se afectan más que otras, y hay algunas que casi nunca se alteran (Figura 2). “¹¹⁵

La persistencia de la inflamación de la membrana sinovial lleva consigo que ésta dañe al hueso en el lugar en que se fija al mismo, dando lugar a pequeñas muescas (erosiones). Además, la inflamación mantenida o frecuente de una articulación puede hacer que el cartílago que permite el rozamiento suave entre los huesos adelgace y desaparezca.

Con el tratamiento se puede conseguir que la inflamación de la membrana sinovial se controle, pero el daño ya producido en el hueso y en los cartílagos es irreparable. La sobrecarga de las articulaciones inflamadas contribuye a acelerar su destrucción. Para que el daño irreparable sea el menor posible, es imprescindible que el médico conozca la realidad diaria del enfermo, y que el paciente colabore en el tratamiento siguiendo las medidas que se especificarán más adelante.

¹¹⁵ Ibid.. P. 288.



Fig. 2. Articulaciones afectadas con más frecuencia en la Artritis Reumatoide.

La artritis reumatoide fuera de las articulaciones

Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoide está en la membrana sinovial de las articulaciones, a veces se pueden alterar otras estructuras. En la piel pueden encontrarse los llamados nódulos reumatoides que son abultamientos duros (nódulos) que aparecen en zonas de roce, como son los codos, el dorso de los dedos de las manos y los pies, la parte posterior de la cabeza, la zona del talón...etc.

También se pueden localizar en el interior del organismo, aunque raramente producen lesiones de relevancia para la salud. Estos nódulos son la consecuencia de la actividad de la enfermedad. No tienen nada que ver con el cáncer y no producen un daño irreversible.

“Muchas veces se quitan solo con el tratamiento y a veces hay que operar para eliminarlos. Sequedad de la piel y de las mucosas. La artritis reumatoide puede originar inflamación y atrofia de las glándulas que fabrican las lágrimas, la saliva, los jugos digestivos o el flujo vaginal.

Cuando esto ocurre se habla del denominado Síndrome de Sjogren asociado a artritis reumatoide. La artritis reumatoide puede producir inflamación u otro tipo de lesión en diversas estructuras del organismo, así como alteraciones en los análisis de sangre y orina, que el reumatólogo vigilará y controlará de forma rutinaria.”¹¹⁶

Etiología

“La artritis reumatoide se presenta con más frecuencia en personas con una especial predisposición genética, sin embargo no es una enfermedad hereditaria.

¹¹⁶ Staab. Enf. Gerontológica. P. 231.

La causa es desconocida. Se han estudiado agentes infecciosos (bacterias, virus...) y aunque se han encontrado datos sugerentes en algunos casos, no hay evidencias que confirmen la implicación de uno en concreto. La artritis reumatoide no es contagiosa. Se sabe que hay alteraciones del sistema inmunológico o de defensa del organismo.”¹¹⁷

La inflamación que se produce en las articulaciones es la consecuencia de la invasión de la membrana sinovial por células que dañan la articulación. La capacidad de defensa ante las infecciones es prácticamente normal. El clima y la humedad no tienen nada que ver con el desencadenamiento o el mantenimiento de la artritis reumatoide. Sin embargo es cierto que algunos cambios climáticos y en particular cuando el tiempo va a empeorar, hacen que cualquier articulación dañada por ésta o por otra enfermedad sean más dolorosas.

Signos y síntomas

El dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo es la queja más frecuente en esta enfermedad. Este dolor es la consecuencia de la inflamación de las articulaciones y con frecuencia se puede ver la hinchazón a simple vista. Las articulaciones dañadas con más frecuencia son las de las muñecas, los nudillos, articulaciones de los dedos, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies.

El dolor de cuello también puede ser debido a artritis reumatoide y debe ser comunicado al médico. Además del dolor y la inflamación y como consecuencia de los mismos, por las mañanas habrá dificultad para el inicio de los movimientos (rigidez matutina) de duración variable, y que a veces puede ser de horas.

“La inflamación mantenida y no controlada puede acabar dañando los huesos, los ligamentos y los tendones que hay alrededor. La consecuencia será la deformidad progresiva de las articulaciones y la pérdida de la capacidad para hacer algunas tareas de la vida diaria. Otros síntomas poco frecuentes pueden tener que ver con alteraciones de la enfermedad a otros niveles o con efectos poco deseables de los tratamientos que se utilizan. Lo más frecuente es que sean independientes, pero hay que contar al reumatólogo síntomas como: fiebre inexplicable, cansancio fácil, dolor de cuello intenso y persistente, hormigueos en manos o pies, ronquera mantenida sin notar catarro, sensación de falta de aire con los esfuerzos, tos continua, dolor en el pecho o en los costados, sequedad de la boca, enrojecimiento ocular, sensación de arenilla en los ojos, picor vaginal, manchas o bultos en la piel o diarrea continuada.”¹¹⁸

¹¹⁷ Staab A. S. Opcit. P. 279.

¹¹⁸ García Misericordia. Enf. Geriátrica. P.293.

Diagnóstico

“Para saber si una persona determinada padece artritis reumatoide, el reumatólogo valora los síntomas que se han señalado previamente. Hay sin embargo muchas otras enfermedades reumáticas que pueden producir molestias similares. Por este motivo los hallazgos que se pueden encontrar en las radiografías y algunos estudios analíticos (factor reumatoide) son de gran utilidad para confirmar el diagnóstico. “¹¹⁹

Puede ocurrir que una persona presente dolor e inflamación en las articulaciones durante algún tiempo, y que ni la intensidad de su enfermedad, ni las radiografías ni los análisis permitan al médico hacer con certeza el diagnóstico de una enfermedad reumática inflamatoria determinada. Muchos de los consejos de este folleto son también válidos en estos casos.

Tratamiento

El diagnóstico de artritis reumatoide cambia la vida de una persona, que ha de ajustar aspectos a veces importantes de su actividad cotidiana a la nueva situación. Es preciso adaptarse con naturalidad y confianza. Hay que saber que junto al reumatólogo hay un grupo de profesionales dispuestos a ayudarlo. Todos ellos suelen disponer de la experiencia que da el haber ayudado a cientos o miles de personas con esta enfermedad.

Es verdad que la artritis reumatoide no tiene en el momento actual un tratamiento curativo, lo que no significa que no exista tratamiento alguno. Es más existen tratamientos que permiten controlar la enfermedad en un porcentaje apreciable de personas. La mayoría de pacientes con artritis reumatoide pueden mantener un nivel de relación social aceptable. Es importante señalar que la colaboración entre el enfermo y el médico es fundamental para el control de la artritis reumatoide.

Medidas generales

“Hay que evitar en lo posible una vida agitada, con gran actividad física o con estrés psíquico. Conviene dormir una media de 8-10 horas nocturnas, y viene bien una siesta de 30 minutos. Es bueno comenzar el día con un buen baño de agua caliente, que contribuirá a disminuir la rigidez o el agarrotamiento articular matutino. Si se puede elegir el trabajo, hay que evitar actividades que precisen esfuerzos físicos, obliguen a estar mucho tiempo de pie, o necesiten de movimientos repetitivos, sobre todo con las manos. Durante la jornada laboral hay que mantener una posición recta en el asiento y evitar permanecer con el cuello o la espalda doblados durante periodos prolongados. En el trabajo doméstico hay que evitar hacer fuerza con las manos. “¹²⁰

¹¹⁹ Kaschack. Diane. Planes de cuidados en geriatría. P.145.

¹²⁰ Helen L. Bee. El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida. P. 263.

No es bueno retorcer la ropa, abrir tapaderas rosca, presionar con fuerza mangos de cubiertos o fregonas etc. En algunas ortopedias hay utensilios que pueden ser de gran ayuda para las tareas domésticas. No es saludable practicar deportes con contacto físico y en los que sean frecuentes los choques. Montar en bicicleta por un terreno llano y sin riesgo de atropello, es conveniente, así como nadar o pasear. En los periodos de poca inflamación es muy recomendable practicar algún ejercicio físico de forma habitual y sin cansarse.

Durante el reposo hay que mantener una postura adecuada. Es preciso evitar mantener las articulaciones dobladas. No deben ponerse almohadas debajo de las rodillas. Hay que procurar mantener los brazos y las piernas estirados. Es recomendable poner una tabla bajo el colchón y utilizar una almohada baja. El uso de un zapato adecuado es fundamental. Conviene un zapato elástico pero firme. Es mejor evitar los zapatos de plástico o material sintético. Es saludable llevar sujeto el talón, por lo que se recomiendan zapatos de tipo botín con un refuerzo posterior.

“La puntera debe ser ancha y el empeine lo suficientemente alto como para que no produzca rozaduras en los dedos. Hay que consultar con el reumatólogo la conveniencia de utilizar alguna plantilla determinada. Asimismo hay que consultar en el caso de que el calzado habitual produzca algún tipo de rozadura. Excepto en casos excepcionales, no hay ninguna dieta que modifique para nada el curso de la artritis reumatoide. Es evidente que la obesidad supone una carga adicional para las articulaciones de las caderas, de las rodillas y de los pies. Por este motivo es recomendable evitar el sobrepeso o adelgazar según los casos. La dieta típica mediterránea, rica en legumbres, ensaladas, aceite de oliva y pescado puede ser beneficiosa.”¹²¹

La actividad sexual puede verse parcialmente afectada por el deterioro articular. Es conveniente comunicar al médico este problema con el fin de buscar una solución adecuada.

Cuidado de las articulaciones

“Una articulación inflamada debe ser mantenida en reposo. No hay que atender a consejos de familiares o amigos animando a mover una articulación inflamada para evitar que se anquilese. La sobre utilización de una articulación inflamada favorece que se produzcan daños irreversibles en los huesos que forman la articulación en cuestión. Ya habrá tiempo, una vez haya pasado la inflamación, de hacer ejercicios que preserven el movimiento. Sin embargo, incluso en fases de inflamación articular, es muy conveniente mantener una buena musculatura alrededor de la articulación inflamada, pero sin mover la articulación. Es útil

¹²¹ Tucker. Normas de cuidados de los paciente geriátricos. P. 286.

aprender a contraer los músculos que hay alrededor de una determinada zona inflamada. Son los denominados "isométricos" ."¹²²

En esencia consisten en poner en tensión los músculos que hay alrededor de las articulaciones, pero sin que éstas se muevan. Mantener contracciones musculares de 20 segundos de duración 10 veces al día proporciona un adecuado tono muscular. La utilización de aparatos que mantienen la posición adecuada de los dedos de las manos (férulas), para uso nocturno, aún siendo algo incómoda inicialmente, previene deformidades futuras.

Tratamiento con medicamentos

Todos los medicamentos que sirven para algo tienen efectos secundarios. Los que se usan para tratar la artritis reumatoide también. Cualquier tratamiento a aplicar lo es en función de considerar que es mayor el beneficio que el riesgo. La opción de un tratamiento en particular por parte del reumatólogo es fruto de una amplia experiencia a nivel mundial.

"Al final será el enfermo quien decidirá si asume el tratamiento después de disponer de la mayor información posible. El tratamiento de la artritis reumatoide con medicamentos incluye dos grandes grupos de fármacos: Uno de ellos engloba a los que sirven para aliviar el dolor y la inflamación a corto plazo. Son útiles para bajar la inflamación y sobrellevar el dolor del "día a día", pero no sirven para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo. En este grupo entran los llamados antiinflamatorios y los corticoides."¹²³

Los antiinflamatorios son medicamentos eficaces. No hay uno mejor que otros para esta enfermedad. Cada persona puede encontrar uno que le va mejor a ella en particular. Si no mejora de sus síntomas (después de un plazo de un par de semanas) o no tolera el antiinflamatorio prescrito, hay que consultar al reumatólogo para probar otro. Los corticoides (derivados de la "cortisona") utilizados de forma juiciosa, a dosis moderadas y con unas indicaciones particulares que el reumatólogo conoce, permiten en muchos casos mejorar la calidad de vida a largo plazo, superando a los efectos secundarios que se producen a estas dosis.

El otro gran grupo lo integran medicamentos que no sirven para tratar el dolor en un momento determinado, sino que actúan haciendo que la actividad de la enfermedad a largo plazo sea menor.

"Tardan en hacer efecto semanas e incluso meses. No son eficaces en el 100% de los enfermos, por lo que es habitual que el médico tenga que prescribir varios de forma secuencial hasta encontrar aquel que sea más eficaz y mejor tolerado. En este grupo entran el metotrexato, las sales de oro, la cloroquina, la sulfasalacina,

¹²² Helen L. Bee. Opcit. P.288.

¹²³ Ibíd. P.310.

la D-penicilamina, la azatioprina, la ciclosporina...etc. En general requieren control por parte del reumatólogo y una estrecha colaboración del paciente. ¹²⁴

Tratamiento de las articulaciones

Si con el tratamiento prescrito se consigue mejoría del dolor y de la inflamación en general, pero persiste alguna articulación inflamada, hay que hacerlo saber al médico. Una vez descartada alguna complicación, se puede actuar localmente mediante infiltraciones con el fin de bajar la inflamación. El reumatólogo sabe cuándo infiltrar, qué infiltrar y cada cuánto tiempo, para no producir daño, sino todo lo contrario.

También es posible actuar localmente sobre articulaciones especialmente inflamadas con material ortopédico especial. Es posible que durante la evolución de la enfermedad, alguna articulación resulte especialmente dañada y sea necesario realizar algún tipo de cirugía reparadora. Llegado el momento oportuno, el reumatólogo informará sobre estas posibilidades de tratamiento.

Las "otras medicinas"

"Aunque parezca mentira, la "medicina oficial" no vuelve la espalda a cualquier medida que puede que ocurre es que si se tiene fe en un tratamiento, sea cual sea, se origina una mejoría parcial de los síntomas. Es lo que se llama "efecto placebo". Por este motivo, para que una medida sea reconocida por los médicos como eficaz, ha de ser mejor que otra que se sepa no sirve para nada (por ejemplo el almidón) en estudios comparativos. Es lo que constituye el método científico. " ¹²⁵

Casi todo lo que las "medicinas alternativas" ofrecen, ha sido ya estudiado en la artritis reumatoide aplicando el método científico. Si se padece una artritis reumatoide y se recurre a este tipo de medidas, puede ocurrir que se pierda un tiempo precioso para controlar el daño de las articulaciones. No hay que dudar en preguntar abiertamente sobre éste o cualquier otro tema al reumatólogo.

¹²⁴ García Misericordia. Enf. Geriátrica. P.311.

¹²⁵ *Ibíd.* P. 319.

BIBLIOGRAFÍA

*Fernández Ferrín Carmen. *El Modelo de Henderson y su Proceso de Atención de Enfermería*. Ed. Masson. Barcelona. Año 1995.

*García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar. *Enfermería Geriátrica*. Ed. Masson. España. Año 1996.

*Kaschak Newman Diane. Jakovac Smith Diane A. *Planes de Cuidados en Geriatría*. Ed. Mosby – Doyma. Año 1998.

*Kozier Bárbara. *Enfermería Fundamental*. Ed Mc. Graw Hill Interamericana. Madrid. Año 1993.

*L. Bee Helen, K. Mitchell Sandra. *El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida*. Ed. Harla. España. Año 1993.

*Rodríguez García Rosalía. *Geriatría*. Ed. Mc Garw. Hill Interamericana. 3ª. Edición. Año 1999.

*Staab A. Hodges L. *Enfermería Gerontológica*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. España Año 1999.