



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA AC
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE: 8723**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A USUARIA CON
GASTRITIS Y ARTRITIS REUMATOIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS
“PEDRO ROCHA ESCOBAR”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
MIRIAM ROCIO ORTEGA FIERROS**

No. DE CUENTA: 404528829

**ASESORA:
L. E. O: RODRIGUEZ BARAJAS GUADALUPE**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN
SEPTIEMBRE 2008**



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios el haberme permitido llegar hasta etapa de mi vida y ser el principal impulsor para seguir adelante brindándome fortaleza aún cuando me encontré muchos obstáculos en el camino.

Agradezco a las religiosas por su formación espiritual, por que con ello me he convertido en mejor persona, para conmigo misma y toda la gente que me rodea.

Agradezco a todos mis profesores por la formación académica, por todas sus enseñanzas y consejos, fueron parte importante para que ahora yo siga en esta profesión.

Agradezco a mis hermanos por su comprensión y apoyo, a mis tías por sus alentadores consejos y apoyo económico, agradezco a mi gran amiga por estar conmigo en los momentos de flaqueza y darme siempre palabras de aliento para seguir adelante.

Y principalmente agradezco a mi madre, por todo el apoyo moral y económico, ya que sin ella no hubiera sido posible nada de esto.

Te agradezco infinitamente mamá, te dedico este trabajo por que eres tú lo más importante en mi vida.

INDICE

CONTENIDO PAGINAS

-INTRODUCCION

-JUSTIFICACION

-OBJETIVOS

CAP. I

METODOLOGIA

-VALORACION-----11

-DIAGNOSTICO-----12

-PLANEACION-----12

-EJECUCION-----12

-EVALUACION-----12

CAP. II

MARCO TEORICO

-ANTECEDENTES HISTORICOS-----13

-ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

➤ Valoración-----25

➤ Diagnostico-----28

➤ Planeación-----29

➤ Ejecución-----30

➤ Evaluación-----30

-GENERALIDADES DE LAS PATOLOGIAS

ARTRITIS REUMATOIDE

➤ Concepto-----	36
➤ Etiología-----	37
➤ Epidemiología-----	38
➤ Fisiopatología-----	39
➤ Cuadro clínico-----	39
➤ Complicaciones-----	41
➤ Pronóstico-----	42
➤ Diagnóstico-----	43
➤ Tratamiento-----	44

GASTRITIS

➤ Concepto-----	46
➤ Etiología-----	47
➤ Cuadro Clínico-----	47
➤ Complicaciones-----	47
➤ Pronóstico-----	48
➤ Diagnóstico-----	48
➤ Tratamiento-----	48

CAP. III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

➤ Valoración de las 14 necesidades-----	50
➤ Identificación de los datos subjetivos y objetivos-----	56
➤ Jerarquización de los diagnósticos-----	59
➤ Plan de cuidados y evaluación -----	60

Plan de alta	70
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	77

INTRODUCCION

Los ejercicios de enfermería en un principio, abarcaban gran número de papeles, se centraban en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico. El profesional de enfermería como prestador de atención sanitaria cubre las necesidades de manera integral del paciente, sin embargo, varios factores han alterado las dimensiones de las practicas de enfermería, tales como son cambios sociales, científicos o tecnológicos, económicos, docentes y políticos.

En este proceso evolutivo, el hilo central que ha permanecido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del paciente, esto permite concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería en cuanto a la resolución de problemas del paciente, y el método mediante el cual se consigue esto es el Proceso de Atención de Enfermería.

El Proceso Enfermero se aplicó a una paciente senil, con un diagnóstico médico de gastritis más artritis reumatoide, ésta última es considerada crónico-degenerativa. Hoy en día los avances en la medicina, hacen posible que el promedio de vida para este tipo de paciente sea mayor que en épocas pasadas.

Este trabajo se realizará en cuatro etapas:

La primera consiste en la selección del paciente, el cual vive en el asilo de ancianos “Pedro Rocha Escobar”.

En la segunda se desarrolla el marco teórico, en el cual se mencionan antecedentes históricos de la Enfermería, Proceso Enfermero y generalidades de Gastritis y Artritis Reumatoide.

En la tercera etapa, se aplica el Proceso de Atención de Enfermería, con el objetivo de conocer más a fondo sobre la patología e identificar los problemas, necesidades y así poder otorgar la atención adecuada.

Para finalizar redactaré las conclusiones de las experiencias, beneficios e importancia de este trabajo tanto para el paciente como en mi persona en lo profesional, bibliografía y anexos.

JUSTIFICACION

La expectativa de vida promedio para un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa como lo es la artritis puede verse reducida entre 3 y 7 años y quienes presentan formas severas de esta artritis pueden morir de 10 a 15 años más temprano de lo esperado. Pero es importante mencionar que a medida que mejora el tratamiento para la artritis reumatoidea, la discapacidad severa y las complicaciones potencialmente mortales parecen estar disminuyendo. Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, por un varón, se ve el caso de tres en mujeres y suele iniciarse entre los 30 y los 50 años.

La población mundial está envejeciendo debido a la disminución de las tasas de nacimientos y al aumento en las expectativas de vida de la población.

Es por eso que mi trabajo parte del interés de poder contribuir en el cuidado del adulto mayor con una enfermedad crónico-degenerativa, ya que durante la realización de mis prácticas en el asilo de ancianos, me di cuenta que las personas de la tercera edad son las más vulnerables, y desafortunadamente nuestra sociedad los ha olvidado, muchos de ellos han sido abandonados por sus familias y excluidos e ignorados por una gran parte de la sociedad.

Otra de las razones por la cual elegí esta forma de trabajo, para llevar a cabo mi titulación, es por la gran importancia que tiene la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para el profesional ya que asigna un valor a las actividades que realiza de forma independiente, esperando con ello no se catalogue como un oficio, si no como la profesión que realmente representa.

Enfermería se enfoca en el paciente de una forma holística, es por eso que hoy en día el Proceso de Enfermería es una herramienta que puede ayudarle, a definir sus actividades, demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermera para mantener la salud del paciente.

Resulta bastante desalentador que aún hoy en día existen enfermeras (os) que no han establecido una conexión, en cuanto al desarrollo y práctica del Proceso Enfermero y se entiende por esto que aun estamos lejos de que la aplicación se lleve a cabo en cada uno de los pacientes de las diversas instituciones.

Lo que se pretende en el punto de partida con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, es mantener cierta responsabilidad y constancia en la valoración y evaluación del paciente, además de que es el método que puede ayudar a enfermería a definir sus funciones ante otras personas de cualquier otra profesión.

Si bien los miembros del equipo de salud trabajamos en conjunto, la finalidad es plasmar la capacidad de enfermería de brindar cuidados y atenciones de calidad que contribuyan en la mejora de la salud, con el propósito de mejorar el estilo de vida

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados de una forma holística, en un adulto mayor con artritis reumatoide más gastritis, para contribuir en la solución de las necesidades de movilidad y postura, higiene y protección de la piel, nutrición e hidratación y eliminación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la valoración de las catorce necesidades que plantea Virginia Henderson.
- Construir los diagnósticos enfermeros en base a los datos objetivos y subjetivos
- Priorizar la necesidades y elaborar un plan de cuidados de acuerdo a los diagnósticos de la paciente, llevar a cabo su ejecución buscando con ello la efectividad del plan.
- Por medio de la aplicación del razonamiento crítico, realizar la evaluación, y durante este proceso hacer modificaciones si se requiere.
- Elaborar un plan de alta para el paciente.
- Demostrar la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

CAPITULO I

METODOLOGIA

-La selección del paciente se lleva a cabo en el asilo de ancianos “Pedro Rocha Escobar”
A continuación se describen las etapas del Proceso Enfermero y la forma de aplicación.

1.1 VALORACION

Es la primera etapa de las cuales esta conformado el proceso enfermero, en esta se comienza por valorar al paciente, se basa en el modelo enfermería, de Virginia Henderson, la cual nos permite estimar el estado de salud del paciente.

RECOLECCION DE LOS DATOS

La recogida de datos consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un paciente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud del cliente.

FUENTE DE LOS DATOS

FUENTE PRIMARIA O DIRECTA; el cliente es la primera fuente de información y se realiza a través de la entrevista y la exploración física.

FUENTE SECUNDARIA O INDIRECTA; esta se obtiene de la familia, otros profesionales de la salud, de los registros e informes, datos de laboratorio y de diagnóstico.

1.2 REGISTRO DE DATOS

Para finalizar la valoración la enfermera registra los datos obtenidos mediante la entrevista y la exploración física.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un documento el cual surge entre el contacto del equipo de salud y el usuario. El cual debe contener datos clínicos en relación al paciente, antecedentes

heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.

1.2 DIAGNOSTICO

Es la etapa en la cual una vez que se ha valorado al paciente se identifican los problemas, que necesitan atenciones del personal de enfermería.

1.3 PLANEACION

Etapa en la cual se elabora un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades del paciente, con el objetivo de que mantengan la salud.

1.4 EJECUCION

Esta etapa consiste en llevar a cabo las acciones de enfermería, que con anterioridad se plasmaron en la etapa de la planeación. Estas acciones se llevaron a cabo en un tiempo de tres meses.

1.5 EVALUACION

La última etapa consiste en evaluar la respuesta del paciente a las atenciones del personal de enfermería y del otro equipo de salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 HISTORIA DE LA ENFERMERIA

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale.

“La persona de Florence Nightingale (12 de mayo- 1820 a 13 de agosto- 1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional.) Es ella la verdadera pionera de la profesionalización indicando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras”¹. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

SIGLO XX

En España la mala situación de la enfermería se prolonga hasta los años 20, aunque en 1915 se instituyó el título de enfermera por primera vez en la historia. La primera escuela española de enfermeras fue la Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid, fundada por

¹ Catalina, García Martín Caro. María, Luisa Martínez Martín. Historia de la enfermería, “evolución histórica del cuidado enfermero”. Ed, Harcourt. México. 2001. Págs. 2001, Pág., 137

el Dr. Rubio y Galí. En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977 en que se crea el título de Diplomado en Enfermería que permite que las enfermeras tengan una formación universitaria. Con respecto a la enfermería los avances también han sido notables.

Diagnostico de enfermería que define los problemas de salud, reales o potenciales que afectan a un individuo, familia o grupo, y que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Al cual se llega después de recoger y evaluar una serie de datos. Este siglo ha tenido grandes enfermeras y enfermeros que con su trabajo nos han permitido llegar a los conceptos nombrados anteriormente: Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Callista Roy, Imogene M. King.

Los trabajadores se agrupan en gremios para proteger sus intereses. La enfermería no se constituyó nunca como gremio porque era considerada un trabajo con base religiosa. Había curanderas y brujas, sobretodo en las zonas aisladas, que eran las encargadas de velar por la salud de la población. Sus actuaciones se basaban en remedios naturales y conjuros.

En la actualidad los profesionales de la enfermería desempeñan sus tareas en muchos ámbitos diferentes: hospitalización, ambulatorio, domicilio, laboratorio, investigación, docencia, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, medios de transporte medicalizados, residencias de ancianos, prisiones, unidades de medicina laboral, organizaciones humanitarias, gestión, etc.

La enfermería de hoy se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios.

ENFERMERIA; es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento, de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

ENFERMERIA; es un conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

ENFERMERIA; arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar, con una concepción holística del hombre, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos.

ENFERMERIA: “es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. (ANA, “Nursing- A social policy statement”. 1980)”²

2.2 PRINCIPALES CONCEPCIONES DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

Florence Nightingale (Filosofía de la enfermería moderna)

CUIDADO: servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda establecer o preservar su salud.

PERSONA: asistencia a la persona sana o enferma, que consta de los componentes físicos, intelectual, emocional, social y espiritual.

SALUD: ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos.

² Murray- Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, Mc Graw-Hill Interamericana. 5ta edición, México. Págs. 225, Pág. 4

ENTORNO: factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad y dieta adecuada.

ELEMENTOS CLAVE: leyes de vida y de salud. Entorno sano. Condiciones sanitarias.

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Virginia Henderson (Filosofía relacionada con la definición de enfermería en términos funcionales.

CUIDADO: asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, voluntad o de conocimientos para conservar o restablecer su independencia en la satisfacción sus necesidades fundamentales.

“PERSONA: ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales.”

SALUD: capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades fundamentales.

ENTORNO: factores externos que actúan de forma negativa o positiva.

ELEMENTOS CLAVE: integridad. Dependencia e independencia en las satisfacciones de necesidades. Necesidades fundamentales y necesidades específicas.

Dorotea E. Orem (Modelo conceptual sobre enfermería con enfoque de autocuidado)

CUIDADO: campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

PERSONA: saber que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidado universal, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.

SALUD: estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.

ENTORNO: todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.

ELEMENTOS CLAVE: autocuidado, agente de autocuidado, déficit de autocuidado y sistema de cuidados enfermeros.

ESCUELA DE LA INTERACCION

Hildegard E. Peplau (Teoría psicodinámica para entender la conducta humana y aplicar los principios de relaciones humanas)

“CUIDADO: relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad mediante un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.”³

PERSONA: sistema compuesto de características y necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas, enfatizando las necesidades psicológicas.

SALUD: nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.

ENTORNO: grupo de personas significativas con la que la persona interactúa

ELEMENTOS CLAVE: necesidad de ayuda. Relación interpersonal terapéutica.

Paterson y Loreta Zderad

CUIDADO: refuerzo de bienestar y de superación por un proceso de transacción intersubjetivo en el que las necesidades relacionadas con la salud y la enfermedad son percibidas.

PERSONA: ser encarnado en actualización continua y en relación con otros seres humanos y cosas en un mundo de tiempo y espacio.

SALUD: aumento de bienestar y de la superación más que ausencia de la enfermedad.

ENTORNO: mundo interno que es una realidad en actualización y mundo externo de los humanos y de las cosas en el tiempo y en el espacio.

ELEMENTOS CLAVE: relación intersubjetiva. Bienestar y superación.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

³ Rosales Barrera Susana, Reyes. Eva Reyes Gómez, Ed, manual moderno, 3ra edición. México. 2004, Págs. 636, Pág. 229

Betty Newman (Modelo conceptual del sistema conductual para establecer una relación estable entre paciente y enfermera).

CUIDADO: intervención que se orienta hacia la integridad de la persona que se interesa por todas las variables que tiene un efecto sobre la respuesta de la persona.

PERSONA: ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, capaz de desarrollarse: es un todo integral

SALUD: estado dinámico de bienestar o de enfermedad determinado por las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

ENTORNO: entorno interno y externo: el entorno externo es todo lo que es externo a la persona; el entorno interno es el estado interno de la persona que ha trazado las variables fisiológicas.

ELEMENTOS CLAVE: sistema abierto, estructura de base, agentes de estrés, líneas de defensa, líneas de resistencia, prevención, preconstitución y estabilidad.

Callista Roy (Modelo conceptual sistémico de adaptación biopsicosocial de una persona mediante estímulos que no pueden discernirse con claridad.)

CUIDADO: ciencia y práctica de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del paciente y los factores que influyen en la adaptación en los cuatro modos e intervienen modificando estos factores, estímulos focales contextuales y residuales con el fin de construir y mejorar su estado de vida o permitirle morir con dignidad.

PERSONA: sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos; ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos adaptación; fisiológico, de autoconcepto, de función según los roles y de interdependencia.

SALUD: estado y Proceso de ser o llegar a ser una persona integral y unificada. El estado-salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso-salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.

ENTORNO: todas las situaciones circunstancias e influencias susceptibles de efectuar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.

ELEMENTOS CLAVE: mecanismos reguladores y cognitivos, modo de adaptación, respuesta de adaptación, estímulos locales o contextuales o de entorno y residuales.

ESCUELA DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Mayra Allen

CUIDADO: ciencia que promueve las interacciones de la salud y la respuesta profesional en la búsqueda natura de una vida sana en un proceso de atenciones la situación de salud.

PERSONA: familia y participante activo de una familia o grupo social capaz de aprender de sus experiencias.

SALUD: proceso social que reanima a los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo.

ENTORNO: contexto social en el que se efectúa el aprendizaje.

ELEMENTOS CLAVE: promoción de la salud, aprendizaje, familia. Colaboración, enfermera-cliente.

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

Martha Elizabeth Rogers. (Modelo conceptual de enfermería basado en un conjunto de afirmaciones básicas teóricas que describen el proceso vital del ser humano unitario.)

CUIDADO: promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno centrado en la integridad de los campos de energía.

PERSONA: campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los comportamientos en el que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes.

SALUD: valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida.

ENTORNO: campo de energía pandimensional donde están agrupados todos los elementos exteriores del campo humano.

ELEMENTOS CLAVE: campo de energía, patterns, pandimensionalidad, principios de homeodinámica.

ESCUELA DEL CUIDADO

Madeleine Leninger: (Teoría sobre cuidados culturales útiles para mantener el estado de salud o bienestar y afrontar la enfermedad, discapacidad y la muerte)

CUIDADO: ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales, agentes de estrés con el fin de reducir sus efectos.

PERSONA: ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.

SALUD: ciencia, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas para preservar y mantener el bienestar de una persona o grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas con el desarrollo.

ENTORNO: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales, por ejemplo características físicas, ecológicas y sociales, así como las visiones del mundo.

ELEMENTOS CLAVE: cuidado, cultura, diversidad del cuidado, universalidad del cuidado.

2.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

ANTECEDENTES HISTORICOS

“El Proceso de Atención de Enfermería es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión, con los años el proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, adquirido claridad y comprensión.”⁴

El Proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se

⁴ Murray- Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, Mc Graw-Hill Interamericana. 5ta edición, México. Págs. 225, Pág. 4

describía un proceso de cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundiger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la Enfermera. La ANA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

IMPORTANCIA DEL PROCESO ENFERMERO

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

“En el decenio de 1990 surgieron dos fuerzas de gran impacto en la práctica de enfermería, énfasis en la calidad y énfasis en la restricción del costo. Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad, continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden.”⁵

-El Proceso de Atención de Enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del trabajo que presta y la mejore.

⁵ Murray- Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, Mc Graw-Hill Interamericana. 5ta edición, México. Págs. 225, Pág. 5

-La segunda es la restricción o limitación del costo. Las enfermeras siempre han sido responsables en su práctica profesional, pero ahora se le pide responsabilidad financiera, esto significa que primero deben de estar conscientes de los recursos utilizados en el cuidado de los pacientes y luego controlar la asignación de los recursos.

VENTAJAS DEL PROCESO ENFERMERO

Las enfermeras obtienen ventajas del adiestramiento en el uso del proceso de atención de enfermería.

1.-Grado en una escuela de Enfermería acreditada; Todos los niveles de la enfermería (diploma, título y grados intermedios o superiores) requieren que los estudiantes tengan aptitudes básicas en el uso del Proceso de Atención de Enfermería.

2.-“Confiabilidad; Los planes de cuidados resultantes del Proceso de Atención de Enfermería permiten al estudiante o la enfermera saber cuales son los problemas específicos del paciente, cuales son las metas importantes para este, y como y cuando pueden cumplirse de la mejor manera.”⁶

3.-Satisfacción del trabajo; Los buenos planes de cuidado pueden ahorrar tiempo, energía y la frustración generada por el manejo a base de ensayo y error por parte de las enfermeras y estudiantes cuyos esfuerzos son incoordinados. La enfermera y la estudiante adquieren un sentimiento de logro y orgullo profesional cuando se alcanzan los objetivos establecidos.

4.-Crecimiento profesional; Los planes de cuidado dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia. Al colaborar con colegas en la formulación de un plan de atención de enfermería, las habilidades clínicas de enfermera inexperta aumentan.

Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados y cumpliendo las normas de su profesión.

⁶ Murray- Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, Mc Graw-Hill Interamericana. 5ta edición, México. Págs. 225, Pág. 5

El proceso de enfermería, por tanto, es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados al cliente.

Además refuerza la colaboración entre los miembros de salud y esto a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva.

Ventajas para el paciente de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

1.-Participación; Si los pacientes pueden ayudar a formular sus propios planes con la enfermera, estos adquieren un sentimiento de habilidad propia en la solución de sus problemas.

2.-Continuidad en la atención; La frustración sentida al repetir la misma información a cada enfermera encargada de la atención, se reduce de manera importante.

3.-“Mejora la calidad de la atención; La evaluación y revaloración continua aseguran un nivel de atención a través del cual se puede lograr satisfacer las necesidades siempre cambiantes del individuo.”⁷

El proceso de enfermería beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben, un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, aseguran el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente.

DEFINICION: el Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus

⁷ Leslie de. Atkinson, Mary Ellen Murray. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, manual moderno, México, D.F. Págs. 141

opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de Enfermería.

OBJETIVO; reconocer el estado de salud de un paciente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de Enfermería para cubrir sus necesidades.

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.”

LAS CARACTERISTICAS SON:

Es **método** por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es **interrelacionado** por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza del hombre.

Es **flexible** por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

ORGANIZACIÓN

El Proceso esta organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

2.3.1 VALORACION

Es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

EI PROCESO DE VALORACION

RECOLECCION DE LOS DATOS

La recolección de datos consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un paciente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud del cliente.

CLASES DE DATOS

Los datos pueden ser objetivos y subjetivos:

OBJETIVOS: también llamados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden compararse con una norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir, u oler y se obtienen mediante la observación o la exploración física.

SUBJETIVOS: también conocidos como síntomas o datos no visibles, son evidentes solo para la persona afectada y únicamente puede describirlo o verificarlos esa persona.

FUENTE DE LOS DATOS

FUENTE PRIMARIA O DIRECTA; el cliente es la primera fuente de información y se realiza a través de la entrevista y la exploración física.

FUENTE SECUNDARIA O INDIRECTA; esta se obtiene de la familia, otros profesionales de la salud, de los registros e informes, datos de laboratorio y de diagnóstico.

REGISTRO DE DATOS

Para finalizar la valoración la enfermera registra los datos obtenidos mediante la entrevista y la exploración física.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un documento el cual surge entre el contacto del equipo de salud y el usuario. El cual debe contener datos clínicos en relación al paciente, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.

EXPLORACION FISICA

La exploración del personal de enfermería se concentra en:

-Mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.

-Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.

-Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre profesional de enfermería y cliente.

Durante la exploración física se utilizan cuatro técnicas que son; inspección, palpación, percusión y auscultación.

INSPECCION; se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o anormales. Es un tipo de observación enfocado en conductas o en características físicas específicas.

PALPACION; es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica le permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsaciones, vibraciones, consistencia y movilidad.

PERCUSION; consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dos dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de un órgano y localización.

AUSCULTACION; consiste en escuchar los ruidos producidos por los órganos del cuerpo, se puede utilizar la auscultación directa para detectar sonidos como el jadeo, sin embargo, por lo general se evalúan los sonidos de forma indirecta utilizando un microscopio.

VALIDACION DE LOS DATOS

Consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. La validación permite a la enfermera;

- Asegurarse que la información recogida durante la valoración es correcta.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que pudo haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.

REGISTRO DE LOS DATOS

La enfermera debe registrar los datos, la exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente y debe hacerse en el formato oficial correspondiente.

2.3.2 DIAGNOSTICO

Durante esta fase, se analiza e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que se proporcionan un foco central para el resto de las fases. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

“Los diagnósticos enfermeros, o los diagnósticos clínicos efectuados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizados para ello. Esta definición, por tanto, excluye problemas de salud para los cuales la forma de terapia aceptada es la prescripción de fármacos, cirugía, radiaciones y otros tratamientos que se definen legalmente como práctica de la medicina.”⁸

El Diagnóstico Enfermero es “Juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento de forma independiente”.

⁸ Gordon. Marjory. Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación. 3ra edición. Ed Harcourt Brace. Madrid. 1999. Págs 457, Pág. 19

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS REALES; “describe la respuesta actual de la persona, familia, o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

Se estructura: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos.

DIAGNOSTICOS DE RIESGO; (describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

Se estructura: problema + factores de riesgo

DIAGNOSTICO ENFERMERO DE SALUD;”es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen las palabras “Potencial de aumento de... o potencial de mejora de...”

2.3.3 PLANEACION

En la fase de planeación se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnostico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.

3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.

4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

2.3.4 EJECUCION

Es el inicio y al terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participaran en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de la enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

2.3.5 EVALUACION

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se ha conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

El proceso de evaluación consta de:

- La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados.

- Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados (Phaneuf, 1999). La evaluación tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON DE ENFERMERIA

DATOS BIOGRAFICOS.

“Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), durante la primera Guerra Mundial, despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería DEL Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.”⁹

En 1955 publico en su libro *The Nature Nursing* por primera vez su definición de enfermería: “La única función de una enfermera es ayudar a l individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se la ayude a ser independiente lo antes posible” (Marriner, 1999).

Las Necesidades Humanas Básicas según Henderson, Son:

1.- Respirar con normalidad.- Es la función por medio de la cual el organismo inspira del exterior oxigeno para mantener la vida y elimina del interior los gases nocivos.

⁹ Mamner, Torres Ann. Martha, Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed, Elsevier.Mosby. 6ta edición. España. 2007. Págs. 828

2.- Comer y beber adecuadamente.- Es necesidad de cada organismo el consumir una dieta que sea completa, equilibrada, suficiente, adecuada para mantenerse en buen funcionamiento.

3.- Eliminar los desechos del organismo.- El organismo debe desechar los residuos por el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no útiles, por medio de orina y las heces fecales.

4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.- El mantener una buena postura y realizar ejercicio físico permite tener una mejor circulación permitiendo así mejorar las funciones del cuerpo.

5.- Descansar y dormir.- Es una necesidad básica para el ser humano debe cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacerla, a fin de tener un funcionamiento óptimo.

6.- Seleccionar vestimenta adecuada.- La forma de vestir es parte importante de la personalidad de un individuo, forma parte de la cultura y es un rasgo que lo hace diferente de los demás.

7.- Mantener la temperatura corporal.- La temperatura corporal es el grado de calor que genera el cuerpo en un determinado momento. La temperatura en un adulto mayor sano oscila entre los 36 y 36.5° C.

8.- Mantener la higiene corporal.- La higiene corporal es una forma de conservar la salud física, además el cuidar la piel ayudara a impedir la entrada de cualquier microorganismo.

9.- Evitar los peligros del entorno.- El ser humano debe protegerse de toda agresión externa o interna, para mantener así la integridad física.

10.- Comunicarse con otros.- La Comunicación es un proceso en donde se trasmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas, comprende todos los

mecanismos por medio de los cuales una persona puede relacionarse con otra, utilizando como medios los sentidos.

11.-Ejercer culto a Dios acorde con la religión.- Cada persona se desenvolverá en la sociedad de acuerdo a sus valores o educación recibida.

12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.- El trabajar es una forma en el que el individuo desarrolla su capacidad creadora, es un medio para conseguir el sustento diario permitiéndole así satisfacer necesidades básicas.

13.- Participar en actividades de recreación y Ocio.- Es el realizar actividades con el fin de distraer o entretener al individuo ayudándolo a tener momentos de descanso.

14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. El adquirir conocimiento y Habilidades, ayuda al ser Humano a modificar comportamientos para alcanzar, mantener o recuperar su salud.

SUPUESTOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

- Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud; la salud se expresa en sensación de bienestar, al perderla se buscan los medios para recuperarla lo más rápido posible.
- Cada individuo es una totalidad completa que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no esta completo en su integridad, ni es independiente. (García 1997)

VALORES

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales.
- Cuando la enfermera desempeña el papel de médico delega su función a otro personal preparado de forma inadecuada.
- La sociedad busca y espera de la enfermería un servidor único y comprometido que ningún otro trabajador pueda prestar(García 1997)

CONCEPTOS BASICOS

ENFERMERIA.- Henderson definió la enfermería como La función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

SALUD.- Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel más alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO.- Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

ROL PROFESIONAL.- Acciones que lleva acabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente.

Henderson identificó res niveles en la relación enfermera paciente que van desde una independencia al practica independiente.

1.- SUSTITUTA DEL PACIENTE:

Estado de enfermedad grave la enfermera se considera como un sustituto de las necesidades del paciente para sentirse integro o independiente.

2.- AUXILIAR DEL PACIENTE:

Lo ayuda para adquirir o recuperar su independencia.

3.- COMPAÑERA DEL PACIENTE:

Imparte educación al paciente y ala familia logrando así una relación importante con el paciente. Una de las metas debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible.

INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA

Virginia Henderson, considera que todas las personas que tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua. A fin de mantener en estado optimo la propia salud. Cuando esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según henderson a tres causas y que identifica como: falta de conocimiento o falta de voluntad.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo, por lo tanto estos criterios deben ser considerados de acuerdo con las características de cada persona, variando según sus aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA

Se presenta cuando una necesidad no esta satisfecha por la presencia de alguna dificultad, apareciendo así manifestaciones de dependencia.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son obstáculos, limitaciones personales, o problemas del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades que son:

- a) **Falta de fuerza.-** no solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, si no también a la capacidad par llevar a término las acciones pertinentes a la situación, tomando en cuenta el estado emocional e intelectual.
- b) **Falta de conocimiento.-** se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y la enfermedad.
- c) **Falta de voluntad:** la persona no se compromete o esta incapacitada para satisfacer sus necesidades.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Este modelo es aplicable en todas las etapas, ya que en las etapas de valoración y diagnósticos sirve de guía en la recogida de datos, en el análisis y síntesis de los mismos; determinándose el grado de independencia/dependencia de cada necesidad, las causas de la dificultad, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición del problema y su relación con las causas de dificultad.

2.5 ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide es una enfermedad de causa desconocida, crónica, de carácter progresivo, destructiva, multifactorial y poligénica.”¹⁰

La *Artritis Reumatoide* (AR) es una enfermedad sistémica **autoinmune**, caracterizada por provocar **inflamación**, atrofia y rarefacción crónica de las **articulaciones**, que produce destrucción progresiva en distintos grados.

¹⁰ Fonseca Galia Constanza. Manual de medicina de rehabilitación. Ed manual moderno. Bogotá. 2002. Págs. 544.

En ocasiones, su comportamiento es extraarticular: puede causar daños en **cartílagos**, huesos, tendones y ligamentos de las articulaciones pudiendo afectar a diversos órganos y sistemas, como ojos, pulmones, corazón, piel o vasos.

En las fases iniciales, la enfermedad se manifiesta por tumefacción y rigidez migratoria de las articulaciones; en las finales, por mayor o menor grado de deformidad y anquilosis.

2.5.1 ETIOLOGIA

“La etiología de la artritis reumatoide no se ha esclarecido aún, aunque en las últimas décadas se ha aprendido acerca del proceso inflamatorio, su relación con el sistema inmune y la regulación genética molecular. De las dos hipótesis plantadas, una sugiere que la artritis reumatoide es un desorden autoinmune; la otra propone que un agente externo inespecífico inicia la respuesta, la cual se percipita o amplifica por la respuesta inmune del huésped.”¹¹

Entre los factores predisponentes podemos citar los siguientes:

SHOCK: a veces un shock grave de naturaleza física o emotiva antecede al comienzo de una artritis reumatoide.

FATIGA: la fatiga mental y física, en especial, si es prolongada es otra causa predisponente importante.

TRAUMATISMOS: con frecuencia la artritis reumatoide aparece en articulaciones que anteriormente han sufrido un traumatismo. La persistencia local puede estar disminuida por la existencia de un esguince, de una fractura o de una herida por arma de fuego, y el proceso reumatoide se inicia en este punto en particular.

¹¹ Fonseca Galia Constanza. Manual de medicina de rehabilitación. Ed manual moderno. Bogotá. 2002. Págs. 544.

INFECCIONES: a veces la artritis reumatoide aparece por primera vez inmediatamente después de una infección aguda, en particular como son la coriza, la amigdalitis, infecciones en los senos, la influenza o la neumonía.

EXPOSICION A LOS AGENTES ATMOSFERICOS: la exposición brusca o repetida a la humedad, la lluvia y al frío; causa predisponerte ma común de la artritis reumatoides.

DEBILIDAD CONSTITUCIONAL: se ha señalado que un gran porcentaje de artritis reumatoides se observa en individuos del tipo viseroptótico asténico, con músculos débiles, tórax estrecho, expansión del pecho pequeña, palos articulares de sostén del cuerpo anormales.

HERENCIA: enfermedad Familiar, se señala que su tendencia es a desarrollarse en descendientes artríticos.

Debe admitirse que la etiología de la artritis reumatoide no ha sido aun precisada, aunque la enfermedad presenta algunas de las características de una infección crónica de grado moderado; quizá sea mas verosímil asumir que la artritis reumatoide resulta de la reacción tisular a un producto nocivo, posiblemente de naturaleza no específica, presentaría analogía con el asma, enfermedad de la cual los cambios tisulares son producidos indirectamente por al infección bacteriana a consecuencia de las hipersensibilidad a diversas proteínas heterologas.

2.5.2 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de la artritis reumatoide es de un 1% aproximadamente, y varía sustancialmente según el criterio de diagnóstico utilizado.

Distribución mundial: No obstante hay zonas con mayor prevalencia (indios americanos), y zonas con menor gravedad (África subsahariana y población negra del Caribe).

Variación entre géneros: razón varón/mujer de 1/3 aproximadamente, por la influencia de los estrógenos. La variación disminuye con la edad.

Variación con la edad: suele iniciarse entre los 30 y los 50 años, y la prevalencia aumenta con la edad.

Progresión temporal: datos recientes abogan por una disminución progresiva de la incidencia.

2.5.3 FISIOPATOLOGIA

La patogenia de la artritis reumatoide consiste en que a través de la intervención de factores humorales y celulares, particularmente linfocitos T CD4, se inicia un proceso en el cual las moléculas mediadoras de la inflamación como las prostaglandinas, tromboxanos, citocinas, factores de crecimiento, moléculas de adhesión y metaloproteasas, atraen y activan células de la sangre periférica, produciendo proliferación y activación de los sinoviocitos, invadiendo y destruyendo el cartílago articular, el hueso subcondral, tendones y ligamentos.

Son sorprendentes las pocas alteraciones químicas sanguíneas de los pacientes con artritis reumatoides. La urea y el nitrógeno no proteínico en la sangre presentan valores normales. La reserva alcalina, la calcemia, los lípidos totales y el colesterol de la sangre en ayunas tienen valores normales. En la artritis reumatoide, el metabolismo basal es muy próximo al nivel normal medio.

2.5.4 CUADRO CLINICO

La enfermedad generalmente comienza de manera súbita pero con mayor frecuencia es gradual, con alguna perturbación de su equilibrio físico, como una infección aguda, una exposición al frío, cualquier intervención quirúrgica, al cansancio por exceso de trabajo o una crisis emocional, tal como lo mencionábamos anteriormente.

Cuando el comienzo es gradual, los síntomas suelen aparecer primeramente en una sola articulación, con frecuencia hay dolor o rigidez durante semanas o meses en la articulación, antes de que sean invadidas otras.

La intensidad del dolor en las articulaciones afectadas varía mucho y no guarda relación con la intensidad de la hinchazón articular. Muchos enfermos tienen relativamente poco dolor articular, excepto cuando realizan algún ejercicio.

En la mayor parte de los pacientes, tarde que temprano las manos son invadidas y adquieren aspecto característico. Cuando la articulación no está en uso por algún tiempo, se puede tornar caliente, sensible y rígida. Cuando el revestimiento de la articulación se inflama, produce más líquido y la articulación se inflama. El dolor articular a menudo se siente en ambos lados del cuerpo y puede afectar la muñeca, las rodillas, los codos, los dedos de la mano, los dedos de los pies, el tobillo o el cuello.

En los dedos se ve huellas de la enfermedad y las articulaciones interfalángicas proximales presentan un aspecto capsular, el denominado dedo fusiforme o en salchicha; si la enfermedad progresa, pueden estar invadidos casi todos o todos los dedos y la tumefacción aparecen en nudillos y muñecas.

Las rodillas suelen afectarse en etapa precoz, los tobillos son frecuentemente afectados, pero no los dedos de los pies, quizás por que realizan pocos movimientos. Las articulaciones metatarsofalángicas a menudo son sumamente hipersensibles a la presión profunda; este dato puede ser de valor diagnóstico en casos dudosos.

La articulación temporomaxilar es invadida con mayor frecuencia en la artritis reumatoide, que en cualquier otra enfermedad articular, lo cual ocasiona al paciente molestias y dolores considerables al mover la mandíbula.

Cuando la enfermedad progresa, aparecen deformidades en flexión de los codos y rodillas, así como en muñecas y dedos de las manos, pero pasado cierto tiempo las articulaciones se fijan en esta posición y su extensión es cada vez más difícil.

La atrofia y debilidad musculares facilitan todavía más las deformaciones y subluxaciones.

El corazón rara vez está afectado en la artritis reumatoide.

Entre los trastornos secundarios más característicos de la artritis reumatoide figuran los llamados *nódulos subcutáneos*, suelen encontrarse en los codos, muñecas o dedos, a veces también en los tobillos, tienen consistencia firme, son móviles y su tamaño varía del de un guisante al de una avellana, pueden desaparecer al cabo de corto tiempo o persistir durante meses.

La nutrición en general suele estar perturbada en caso de artritis reumatoide.

Hay algunos otros síntomas: fatiga, rigidez matutina, dolores musculares generalizados [pérdida del apetito](#), debilidad, anemia debido a la insuficiencia de la médula ósea para producir suficientes glóbulos rojos nuevos, [ardor, prurito y secreción del ojo](#), [rango de movimiento limitado](#), [fiebre](#) baja, inflamación del pulmón, entumecimiento, [palidez](#) [enrojecimiento o inflamación de la piel](#), [inflamación de los ganglios linfáticos](#). La destrucción de la articulación puede ocurrir dentro de un período de uno a dos años después de la aparición de la enfermedad.

Sea cual sea la forma en que comience la enfermedad acaba presentando curso crónico

2.5.5 COMPLICACIONES

La artritis reumatoide no es una enfermedad que sólo destruye las articulaciones, ya que puede comprometer casi todos los órganos.

Se puede presentar una complicación potencialmente mortal en las articulaciones cuando la columna cervical se torna inestable como resultado de la artritis reumatoide.

La vasculitis reumatoide (inflamación de los vasos sanguíneos) es una complicación seria y potencialmente mortal de este tipo de artritis, que puede llevar a que se presenten ulceraciones e infecciones cutáneas, úlceras gástricas sangrantes y problemas neurológicos

que ocasionan dolor, entumecimiento u hormigueo. La vasculitis también puede afectar el cerebro, los nervios y el corazón, lo cual puede provocar accidente cerebro vascular, ataque cardíaco e insuficiencia cardíaca.

La artritis reumatoide puede hacer que el revestimiento exterior del corazón se inflame (pericarditis) y causar complicaciones cardíacas. Igualmente, se puede presentar inflamación del músculo cardíaco, llamada miocarditis, y ambas afecciones pueden llevar al desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva.

2.5.6 PRONOSTICO

La artritis reumatoide es una enfermedad con un espectro muy amplio y variado, que abarca desde las formas más leves de la enfermedad que precisan escaso tratamiento y compatibles con una vida completamente normal, hasta las formas más graves de la misma que pueden llegar a acortar la esperanza de vida del paciente, dado que, sobre todo en procesos de larga duración, como en la mayoría de enfermedades crónicas que afectan al aparato músculo-esquelético, existe probabilidad de que surjan complicaciones secundarias.

En cualquier caso, la enfermedad dejada a su evolución sin tratamiento, tiene mal pronóstico y acaba produciendo un importante deterioro funcional de las articulaciones afectadas. Es muy importante el diagnóstico precoz de cara a iniciar el tratamiento lo antes posible, ya que los dos primeros años de la evolución de la enfermedad son claves y un control adecuado en este momento mejora el pronóstico funcional de estos pacientes.

Es más probable que se presente la remisión en el primer año y la probabilidad disminuye con el tiempo. Entre 10 y 15 años después de un diagnóstico, cerca del 20% de las personas presentan remisión. Más de la mitad (50 al 70%) de las personas afectadas pueden trabajar tiempo completo. Después de los 15 ó 20 años, el 10% de los pacientes llega a estar severamente discapacitado y son incapaces de realizar tareas sencillas de la vida diaria, como lavarse, vestirse y comer.

La expectativa de vida promedio para un paciente con este tipo de artritis puede verse reducida entre 3 y 7 años y quienes presentan formas severas de esta artritis pueden morir de 10 a 15 años más temprano de lo esperado. Sin embargo, a medida que mejora el tratamiento para la artritis reumatoidea, la discapacidad severa y las complicaciones potencialmente mortales parecen estar disminuyendo.

2.5.7 DIAGNOSTICO

Se establece el diagnóstico de Artritis Reumatoide cuando están presentes cuatro de los criterios. Siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estén presentes por al menos 6 semanas.

Estos son los criterios:

Tendencia a presentarse en adultos y jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier edad.

Rigidez matutina de al menos una hora de duración.

Artritis en 3 o más articulaciones.

Artritis de las articulaciones de la mano.

Artritis simétrica

Nódulos reumatoideos.

Cambios radiológicos compatibles con Artritis Reumatoide.

Factor reumatoide positivo.

Además de síntomas tales como hinchazón, calor, enrojecimiento y movimiento limitado de las articulaciones, la presencia de un anticuerpo (factor reumatoide) puede ser un indicio de AR, aunque aparece también en muchas personas que no la padecen.

Intenta remitirse desde fases tempranas ya que no es una enfermedad benigna y las lesiones se producen ya en los 2 primeros años.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial más importante debe establecerse entre la artritis reumatoide y la hipertrófica, denominada también artritis degenerativa.

En la artritis degenerativa nunca hay hinchazón inflamatoria, esta no se propaga, sino que permanece localizada en unas pocas articulaciones.

En artritis reumatoide se observa disminución de calcio en el hueso, en la artritis hipertrófica, por el contrario, hay aumento del depósito de calcio, en las proximidades de la articulación.

Es importante llegar a diferenciar la artritis reumatoide de la artritis hipertrófica, puesto que la terapéutica de una y otra es totalmente distinta.

2.5.8 TRATAMIENTO

Existen líneas de tratamiento:

Reposo: se esta de acuerdo que el reposo absoluto y de larga duración es la clave del éxito terapéutico. Hay que señalar, que el paciente que esta internado, a menos que sufra fiebre, no debe permanecer en cama las 24 horas del día, este reposo excesivo favorece a la anquilosis de las articulaciones enfermas y contribuye a atrofiar los músculos del dorso y piernas.

Debido a que la artritis reumatoidea puede causar complicaciones oculares, los pacientes deben hacerse chequeos regulares de los ojos.

Régimen dietético y vitamínico: la artritis reumatoide no exige medidas dietéticas especiales. La mayor parte de los enfermos de reumatoides se encuentran hiponutridos y

pesan menos de lo normal, lo único que se hará es intentar restaurar la pérdida de peso por medio de un régimen alimenticio nutritivo y bien equilibrado.

Destinados a disminuir la sintomatología (antiinflamatorios y analgésicos). Acción rápida.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): los más empleados en el tratamiento inicial de la artritis reumatoide por su importante acción antiinflamatoria: afectan la función de los linfocitos, monocitos y neutrófilos y sobre todo, disminuyen la producción de prostaglandinas.

Corticoides: se emplean con frecuencia dadas su clara acción antiinflamatoria y la evidencia de que su uso a dosis bajas disminuye la aparición de erosiones.

Corticosteroides: estos medicamentos se han usado por más de 40 años para reducir la inflamación de la artritis reumatoidea. Sin embargo, debido a los efectos colaterales potenciales a largo plazo, su uso se limita a lapsos cortos y dosis bajas en la medida de lo posible.

CIRUGÍA

Ocasionalmente, se realiza cirugía para corregir las articulaciones gravemente afectadas. Las cirugías pueden aliviar el dolor articular, corregir deformidades y mejorar modestamente la función articular.

FISIOTERAPIA

Los ejercicios de rango o amplitud de movimiento y los programas de ejercicio individualizados indicados por un fisioterapeuta pueden retardar la pérdida de la función articular.

Las técnicas de protección articular, los tratamientos con calor y frío y el uso de férulas o dispositivos ortóticos para apoyar y alinear las articulaciones pueden ser muy útiles.

Se recomiendan períodos frecuentes de descanso entre las actividades, así como 8 a 10 horas de sueño cada noche.

2.6 GASTRITIS

Se denomina gastritis a la [inflamación](#) de la [cámara gástrica](#). En la gastritis la [mucosa gástrica](#) está enrojecida, presentándose en diversas formas de imágenes rojizas en flama o [hemorragias](#) subepiteliales. Puede ser que sólo una parte del estómago esté afectada o que lo esté toda la esfera gástrica.

Existen también varios tipos de Gastritis:

La clasificación de la gastritis se basa en la evolución, histología y la patogenia.

Gastritis crónica

La gastritis crónica es una inflamación del revestimiento del estómago que se presenta gradualmente y que persiste durante un tiempo prolongado. Las hay de un mes hasta un año.

Tipo A. Afecta al cuerpo y el fondo del estómago sin involucrar al antro, por lo general asociada a una [anemia perniciosa](#). Se presume que tiene una etiología autoinmune.

Tipo B. Es la forma más frecuente, afecta al antro en pacientes jóvenes y a toda la mucosa del estómago en personas mayores, siendo causada por la bacteria [helicobacter pylori](#).

Gastritis atrófica

Puede ser el paso final de una gastritis crónica que puede causar:

Desaparición de los pliegues (se observan los vasos sanguíneos de la [submucosa](#)); la pared de la mucosa se ha perdido en partes o en su totalidad.

Gastritis erosiva

La gastritis erosiva debería de estar descrita en el capítulo de [úlceras](#); mientras en aquella las erosiones son superficiales y múltiples, en la úlcera son más profundas y penetran a la capa muscular.

2.6.1 ETIOLOGIA

Las causas pueden ser varias, como los malos hábitos alimenticios, abuso de analgésicos ([aspirina](#), [piroxicam](#), [indometacina](#), etc.) o infección por *Helicobacter pylori*.

La gastritis crónica puede ser ocasionada por la irritación prolongada debido al uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), anemia perniciosa (un trastorno autoinmune), degeneración del revestimiento del estómago por la edad o por reflujo biliar crónico.

2.6.2 CUADRO CLINICO

En ocasiones no se presentan síntomas, pero lo más habitual es que se produzca ardor o dolor en el [epigastrio](#), acompañado de [náuseas](#), [mareos](#), etc. Es frecuente encontrar síntomas relacionados al [reflujo gastroesofágico](#), como la [acidez](#) de [estómago](#). Los ardores en el epigastrio suelen ceder a corto plazo con la ingesta de alimentos, sobre todo leche. Pero, unas dos horas tras la ingesta, los alimentos pasan al duodeno y el ácido clorhídrico secretado para la digestión, queda en el estómago, agudizando así los síntomas. También puede aparecer dolor abdominal en la parte superior (que puede empeorar al comer), indigestión abdominal, pérdida del apetito, vómitos con sangre o con un material similar a granos de café, y heces oscuras.

2.6.3 COMPLICACIONES

Las complicaciones potenciales son la pérdida de sangre y un aumento del riesgo de cáncer gástrico. Dolores de cabeza por no poder comer.

2.6.4 PRONOSTICO

El pronóstico depende de la causa subyacente. La mayoría de las gastritis crónicas son asintomáticas y no provocan enfermedad significativa.

2.6.5 DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza por medio de la endoscopía del aparato digestivo superior. En el examen de los tejidos (histopatológicamente) se observa infiltración de polimorfonucleares glóbulos blancos).

2.6.6 TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la causa. Algunas se resuelven espontáneamente.

Se recomienda la toma de antiácidos y otros medicamentos que reducen el ácido del estómago, el cual causa más irritación a las áreas inflamadas. Estos medicamentos ayudarán a aliviar los síntomas y facilitan la curación.

CAPITULO III

3.1 APLICACIOND EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

NOMBRE: L. P. I

EDAD: 80 años

SEXO: femenino

OCUPACION: actualmente ninguna (Trabajo en restaurante)

RELIGION: católica

EDO CIVIL: soltera

RESIDENCIA: Zamora (en asilo Pedro Rocha Escobar)

LUGAR DE NACIMIENTO: Tangancicuaro, mich.

ESCOLARIDAD: segundo de primaria

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre con artritis reumatoide. (Finada)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Fractura de rotula izquierda hace cuatro años

Sin alérgicos previos, niega trasfusiones

Artritis reumatoide desde hace nueve años

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habita casa tipo urbana, la cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios como luz, agua y drenaje. Baño y cambio de ropa todos los días, realiza solo una vez al día su higiene bucal, niega toxicomanías y zoonosis.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA: 14

PUBARCA: 13

TELARCA: 14

GESTAS: 0

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION: aproximadamente a los 45 años (1973)

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: sin vida sexual

PAPANICOLAOU: negados

3.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1.-NECESIDAD DE OXIGENACION

A la inspección se observa que respira sin dificultad, la expansión torácica se muestra completa y sin problema aparente las respiraciones son regulares y sin esfuerzos con una frecuencia respiratoria de 22 por minuto, niega fumar. A la palpación las mamas se encuentran sin anomalías, ausencia de secreción y buena coloración.

A la auscultación sin estertores ni sibilancias, con ruidos cardiacos rítmicos, con una frecuencia cardiaca de 90 por minuto, la tensión arterial 110/60 mmhg, y un llenado capilar de 2-3 segundos.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Realiza tres comidas al día, mediante alimentación asistida.

NUTRICION: generalmente consume carne roja 1/7, pollo 2/7, verduras 3/7, frutas 2/7. Cereales 0/7. No consume suplementos alimenticios.

No tiene su dentadura completa, por lo tanto utiliza una placa dental superior diariamente.

HIDRATACION: en promedio consume 600 ml de líquidos al día, incluyendo el agua y los atoles.

A la inspección se observa el abdomen blando, depresible doloroso en epigastrio a la palpación, ruidos intestinales presente, su peso es 50 kg aproximadamente y la talla 1.55 aproximadamente. El resultado del examen de la glucosa es de 98 mg/dl.

3.-NECESIDADES DE ELIMINACION

Evacua solo una vez al día, sus características son color café oscuro consistencia dura, micciones 3-4 al día de color amarillo claro, no presenta disuria.

La falta de movimiento limita las evacuaciones, ya que siempre se encuentra sentada o acostada.

Utiliza pañal para dormir puesto que tiene dificultad para el movimiento, durante el día también utiliza el pañal, pero pide asistencia para que la trasladen al baño.

4.-NECESIDADES DE MOVILIDAD Y POSTURA

La actividad física es nula ya que no puede sostenerse en pie, buen movimiento de cabeza y brazos, dificultad para el movimiento de piernas, regularmente durante el día la pasa sentada en su silla de ruedas y refiere cansarse de estar en la misma posición. Tiene deformación de las articulaciones interfalángicas e inflamación de las articulaciones metacarpofalángicas.

EXPLORACION FISICA

Paciente femenino, con edad aparente real a la cronológica de constitución media, consciente, orientada, con ligera palidez de tegumentos.

CABEZA; cráneo normocefálico, con cabello cano bien implantado y limpio.

OJOS; simétricos, presbicia senil.

UÑAS; largas, coloración ligeramente amarilla

CUELLO; cilíndrico y simétrico.

TORAX; la expansión torácica se muestra completa, campos pulmonares limpios y ventilados sin estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos.

ABDOMEN; blando, depresible doloroso a la palpación en epigastrio, ruidos peristálticos presentes.

EXTREMIDADES SUPERIORES; simétricos, piel deshidratada, movimientos normales, deformación de las articulaciones interfalángicas de ambas manos e inflamación de las articulaciones metacarpofalángicas, pulso radial palpable.

EXTREMIDADES INFERIORES; simétricos, piel seca con descamación, delgada y eritematosa, edema (++), temperatura disminuida al resto del cuerpo, pulso pedio disminuido en ambas extremidades, presencia de úlceras en extremidad inferior izquierda.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Generalmente duerme 9 hrs. al día con buena calidad del sueño, el lugar en el cual vive es favorable para su descanso, es un lugar tranquilo su habitación es personal, deficiente la ventilación, higiene adecuada.

A la inspección se encuentra consciente, tranquila y refiere sentirse cómoda en ese lugar, aunque sola.

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Parcialmente dependiente para vestirse, ella elige lo que desea usar, es cooperadora cuando se trata de su arreglo personal, de acuerdo a la temporada se eligen sus prendas, cuando es invierno la ropa es abrigadora y en tiempo de calor prendas ligeras.

Para dormir utiliza una bata.

7.-NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Su habitación generalmente es muy fresca, en tiempos de calor es favorable, pero en la temporada fría es necesario abrigarse con prendas gruesas ya que le cuesta trabajo mantener la temperatura optima, su temperatura corporal es de 36.5 en la medición axilar.

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Diariamente se baña por las mañanas, el cepillado de dientes lo realiza solo una vez al día, su cambio de ropa es diario, utiliza pañal, el corte de uñas se realiza cuando el largo es considerable, su presentación es buena, cabello limpio, presenta prótesis dentales en la parte superior.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Cada mes se le realiza la exploración de las mamas, ya que ella desconoce la técnica, refiere nunca haberse practicado la prueba de papanicolaou, nunca mantuvo su vida sexual activa, sin toxicomanías.

Enfermedades: Artritis Reumatoide y Gastritis.

Tiene disminución visual e hipoacusia senil.

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE

Familia integrada por:

Mamá, Finada; la cual se dedicaba a vender cena, con antecedentes de artritis reumatoide, murió a los 50 años.

Hermana, Finada; murió a los cinco años de edad y desconoce las causas.

Hermano, Finado; Refiere que murió aproximadamente a los 2 años y desconoce las causas.

Nunca conoció a su papá, puesto que era hija de madre soltera. Desde hace 10 años se encuentra en el asilo de ancianos Pedro Rocha Escobar y solo tiene comunicación con las demás pacientes y con las personas que se encargan del cuidado de ellas.

11.-NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Es de religión católica, acude cada domingo a la iglesia, un valor para ella es la vida y el significado de la vida refiere que consiste en la supervivencia, comer, dormir y trabajar.

La visión que tiene de la muerte, es que es un proceso inevitable que a todos nos llega.

12.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

Los gastos económicos los sustenta el asilo en donde reside, la única persona que la visita actualmente es su expatrona, aunque no es muy seguido, anteriormente la visitaban unas primas pero ya tiene años sin saber de ellas. Refiere sentirse satisfecha con lo que ha hecho hasta hoy, aunque no formo una familia, se siente tranquila pero sola.

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

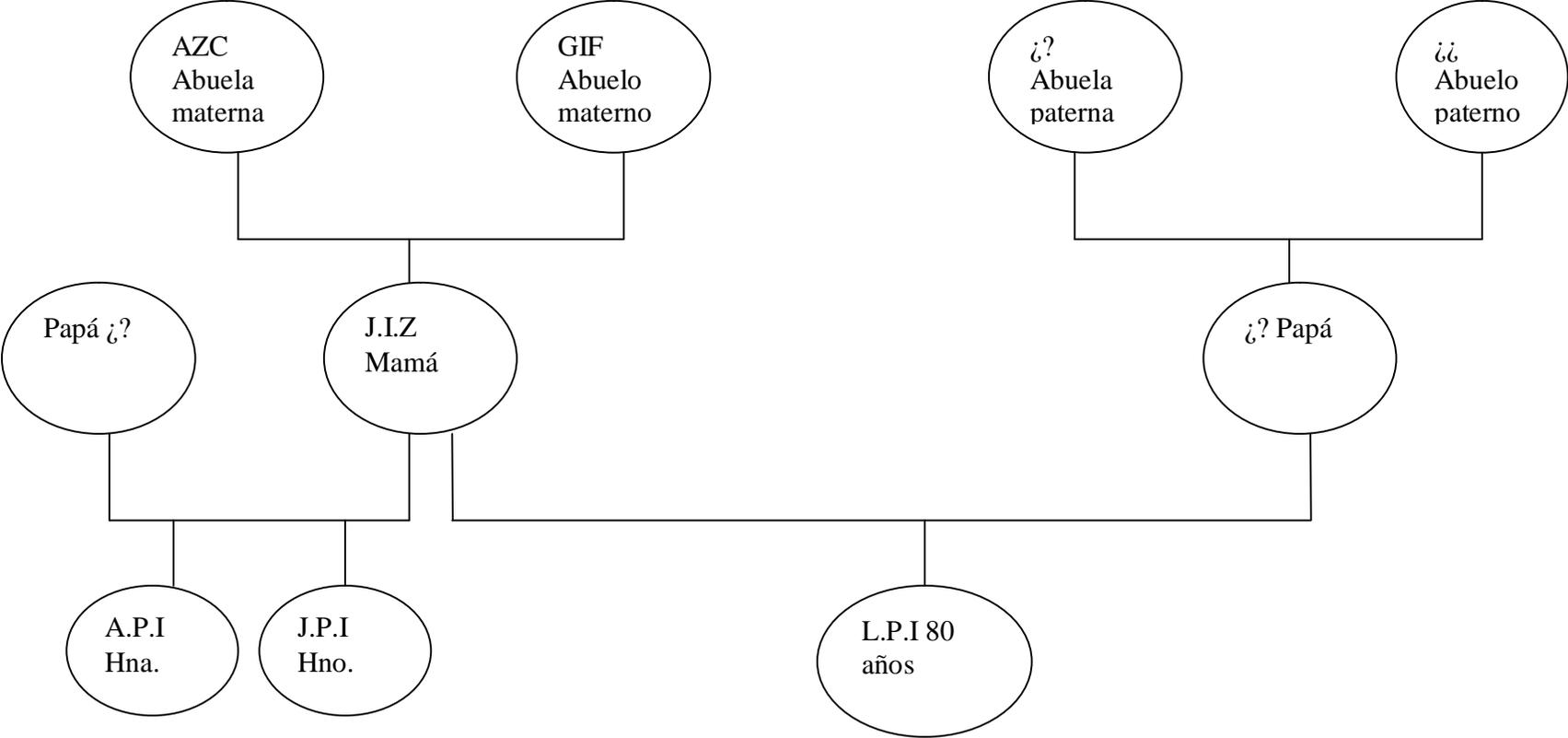
La actividad que realiza diariamente es rezar, muy esporádicamente ve la televisión, no convive mucho con sus compañeras, si se le estimula para que participe en otras actividades

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Estudio hasta segundo grado de primaria, aprendió a leer y escribir, el significado que tiene de la escuela es que es importante para sobresalir en la vida.

Acepta recibir orientación y enseñanza.

FAMILIOGRAMA



3.3 IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICION DE LA PERSONA
1.OXIGENACION	Sin dificultad para respirar, no fuma.	FR; 22 por min. FC; 90 por min. T/A; 110/60 mmhg Llenado capilar de 2-3 segundos	Independiente
2. NUTRICION E HIDRATAACION	Realiza 3 comidas la alimentación se basa en carne roja 1/7, pollo 2/7, verduras 3/7, frutas 2/7. Cereales 0/7. No consume suplementos alimenticios, en promedio ingiere 600 ml de líquidos al día.	Piel deshidratada Peso; 50 Kg Talla; 1.55 m. Glucosa; 98 mg/dl Usa placa dental superior Abdomen depresible doloroso en epigastrio a la palpación.	Parcialmente dependiente
3. ELIMINACION	Refiere evacuar con dificultad una vez al día, consistencia dura de color café oscuro, micciona sin problemas 2-3 veces al día	Abdomen blando, depresible, con ruidos peristálticos presentes.	Parcialmente dependiente
4. MOVILIDAD Y POSTURA	Actividad física nula, refiere cansancio por pasar tanto tiempo sentada en la misma posición.	Limitaciones para la bipedestación y desplazamiento. Ligera palidez de tegumentos	Dependiente

		Edema (++) en miembros inferiores. Presencia de ulcera en el tercio distal del miembro pélvico izquierdo. Deformación de las articulaciones interfalángicas e inflamación de las metacarpofalángicas.	
5. DESCANSO Y SUEÑO	Refiere dormir aproximadamente 9 horas diarias, con buena calidad del sueño. Refiere sentirse a gusto en el lugar.	Consciente, tranquila.	Independiente
6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Necesita ayuda para vestirse, ella elige la ropa que desea ponerse.	Su ropa es limpia, viste acorde a su edad y al clima.	Parcialmente dependiente
7. TERMORREGULACION	La ropa que usa va de acuerdo a la temporada, si hace calor es ropa ligera, y si hace frío las prendas son gruesas.	Temperatura corporal 36.5 °C	Independiente
8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Buena presentación, baño y cambio de ropa diariamente.	Se lava los dientes una vez al día. Halitosis Piel deshidratada Uso de pañal	Parcialmente dependiente

9. EVITAR PELIGROS	Refiere que no mantuvo una vida sexual activa, refiere que nunca se realizo la prueba del papanicolaou, niega toxicomanías a lo largo de su vida.	Disminución visual Hipoacusia senil Exploración de mamas cada mes	Parcialmente dependiente
10.COMUNICARSE	La familia directa de la paciente ya fallecieron, desde hace diez años se encuentra en el asilo de ancianos, y con las únicas personas que convive un poco son sus compañeras y las personas que se encargan del cuidado de ellas, refiere que es solo una persona la ajena a ese lugar quien la visita esporádicamente.	Falta de interés para relacionarse con sus compañeras. Aislamiento.	Parcialmente dependiente
11. CREENCIAS Y VALORES	Refiere ser católica, para ella la vida es un valor, y toma a la muerte como un proceso natural.	Acude a la iglesia a escuchar misa cada domingo.	Independiente
12. TRABAJO Y REALIZACION	Refiere sentirse satisfecha con lo que ha hecho hasta hoy.	Los gastos económicos los sustentan en el asilo.	Parcialmente Dependiente
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	La actividad que realiza esporádicamente es ver televisión, si se le estimula para integrarse al grupo es muy cooperadora	Todos los días reza. Convive muy poco con las demás compañeras. Buen estado de humor	Parcialmente dependiente
14. APRENDIZAJE	Para ella es muy importante el estudio para poder sobresalir en la vida.	Acepta recibir orientación y enseñanza	Independiente

3.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD		DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
1.NUTRICION HIDRATACION	E	Dolor en epigastrio relacionado con Gastritis, manifestado por fascies de dolor y sensación de acidez.
2.ELIMINACION		Estreñimiento relacionado con la poca ingesta de líquidos y poca movilidad física, manifestado por disminución en la frecuencia y dificultad para evacuar.
3.MOVILIDAD POSTURA	Y	Deterioro de la integridad tisular relacionada con ulceraciones, manifestada por la exposición de la herida.
4.HIGIENE PROTECCION DE LA PIEL	Y	Déficit de autocuidado; uso del sanitario relacionado con la dificultad para trasladarse al baño, manifestada por la utilización de pañal.
5.HIGIENE PROTECCION DE LA PIEL	Y	Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado inadecuada higiene bucal, manifestada por halitosis.
6.MOVILIDAD POSTURA	Y	Deterioro en la movilidad física relacionado con la imposibilidad de mantenerse de pie y limitación en la flexión y extensión de los dedos de ambas manos, manifestado por uso de silla de ruedas y dificultad para realizar movimientos finos con las manos.
7.USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS		Déficit de autocuidado; vestido/ acicalamiento relacionado con el deterioro para el arreglo personal y vestido, manifestado por ser dependiente en estas actividades
8.COMUNICARSE		Déficit de las actividades recreativas relacionadas con falta de interés para relacionarse con sus compañeros, manifestado por aburrimiento y aislamiento.
9.EVITAR PELIGROS		Riesgo de infección relacionado con discontinuidad de la piel.

3.5 PLAN DE CUIDADOS

1.- NECESIDAD.- Nutrición e hidratación

DX REAL.-Dolor en epigastrio relacionado con Gastritis, manifestado por fascies de dolor y sensación de acidez

OBJETIVO.-La Sra. L.P.I presentará disminución del dolor después de la ministración de medicamentos y mejorar sus hábitos alimenticios.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>-Valorar en la usuaria la intensidad del dolor y constantes vitales.</p> <p>-Sugerir que evite la ingesta de alimentos irritantes, e implemente una alimentación adecuada.</p> <p>-Realizar la ministración de medicamentos indicados.</p>	<p>-Mediante la entrevista podemos determinar el umbral de dolor.</p> <p>-Los buenos hábitos alimenticios disminuyen la probabilidad de que se desarrolle una gastritis.</p>	<p>La paciente presentará disminución del dolor</p>	<p>La usuaria mejoró sus hábitos alimenticios, refiere disminución del dolor y por tanto su estado de ánimo es favorable.</p>

2.- NECESIDAD.- Eliminación

DX REAL.- Estreñimiento relacionado con la poca ingesta de líquidos y poca movilidad física, manifestado por disminución en la frecuencia y dificultad para evacuar.

OBJETIVO.-La Sra. mejorará el patrón de eliminación después de la modificación de la dieta y con el aumento de la ingesta de líquidos.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>-Sugerir el aumento en la ingesta de líquidos y dieta blanda además que sea rica en fibra vegetal.</p> <p>-Valorar el estado de hidratación y características del peristaltismo.</p> <p>-Proporcionar líquidos orales calientes.</p> <p>-Educar a la paciente para que realice una alimentación completa y adecuada.</p>	<p>-La ingesta de líquidos y la dieta blanda promueve la consistencia blanda en las heces.</p> <p>-La ingesta de líquidos calientes estimulan el peristaltismo.</p> <p>-La educación es la base para que se modifiquen los patrones de conducta y se propicie el autocuidado.</p>	<p>La usuaria mejorará el patrón de eliminación, esto se pretende mediante los cuidados propuestos.</p>	<p>La paciente aumento la ingesta de líquidos, y mejoró su alimentación logrando con ello tener un aumento en la frecuencia para evacuar y cambios en la consistencia.</p>

<p>-Valorar las características de las heces</p> <p>- Y conscientizar a la usuaria a la usuaria sobre efectos predisponentes que favorecen el estreñimiento.</p>	<p>-Por medio de la observación de las características de las heces podemos identificar datos de anormalidad</p>		
--	--	--	--

3.- NECESIDAD.-Movilidad y postura

DX REAL.- Deterioro de la integridad tisular relacionada con ulceraciones, manifestada por la exposición de la herida.

OBJETIVO.- La usuaria recuperará la integridad de la piel después de recibir el cuidado diario en la ulcera.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
-Realizar la curación de la ulcera diariamente, con técnicas asépticas adecuadas. -Mantener seca y limpia la ulcera y libre de tejido necrótico	-El arrastre mecánico del agua y el efecto bactericida del jabón permite eliminar la mayor cantidad de gérmenes productores de infección. -Eliminar el tejido necrótico de la herida favorece a la pronta recuperación de tejido nuevo.	La paciente recuperará la integridad de la piel por medio de cuidados específicos.	La paciente recuperó la integridad de la piel, ya que por medio de las curaciones sanaron las ulceras.

4.- NECESIDAD.-Higiene y protección de la piel

DX REAL.- Déficit de autocuidado; uso del sanitario relacionado con la dificultad para trasladarse al baño, manifestada por la utilización de pañal.

OBJETIVO.-La Sra. conservará limpio el área de los genitales, después del baño y cuidado diario.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
-Realizar el cambio de pañal, después de cada micción y/o evacuación. -Realizar baño diario	-El mantener limpia y seca el área de los genitales disminuye la probabilidad de infecciones.	La paciente conservará limpia el área de los genitales.	Se logra que la paciente avise cuando evacua y/o micciona para que se le realice el cambio de pañal.

5.- NECESIDAD.-Higiene y protección de la piel.

DX REAL.- Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado inadecuada higiene bucal, manifestada por halitosis.

OBJETIVO.- La usuaria identificará y mantendrá hábitos higiénicos adecuados, después de la capacitación y supervisión.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
-Educar a la Sra. sobre la importancia de realizar el cepillado dental, para conservar la salud bucal. -Sugerir realice el cepillado de dientes tres veces al día, con la técnica correcta.	-La educación sobre hábitos higiénicos básicos posibilita cambios en los patrones de conducta. -El cepillado mecánico de limpieza favorece la remoción de sustancias que ofrezcan resistencia.	La paciente identificara los hábitos higiénicos para cuidar su salud.	La usuaria mejora sus hábitos higiénicos, ahora tres veces al día realiza la higiene bucal.

6.- NECESIDAD.-Movilidad y postura

DX REAL.- Deterioro en la movilidad física relacionado con la imposibilidad de mantenerse de pie y dificultad para la flexión y extensión de los dedos de las manos, manifestado por uso de silla de ruedas y deformación de las articulaciones interfalángicas.

OBJETIVO.- La usuaria mantendrá cambios posturales y ejercicios con las manos para su rehabilitación.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>-Colaborar con la usuaria para realizar cambios de posición cada dos horas.</p> <p>-Explicarle sobre las repercusiones de la inmovilización.</p> <p>-Ayudarle a sentarse en la silla de ruedas.</p> <p>-Ejercicios de rehabilitación, otorgarle una pelota de esponja para que la apriete y ejercite los dedos de ambas manos.</p>	<p>-Los cambios posturales disminuyen la aparición de úlceras por decúbito.</p> <p>-La aplicación de ejercicios mejora el funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo y favorece el descanso y sueño.</p>	<p>La usuaria mantendrá cambios posturales y ejercicios con las manos, mediante la colaboración de la enfermera.</p>	<p>Se le realizaron los cambios posturales apropiados a la paciente y se evitó la aparición de escaras.</p> <p>-Se le brindo el equipo y la orientación para llevar a cabo su rehabilitación.</p>

7.- NECESIDAD.- Usar prendas de vestir adecuadas

DX REAL.- Déficit de autocuidado; vestido/ acicalamiento relacionado con el deterioro para el arreglo personal y vestido, manifestado por ser dependiente en estas actividades

OBJETIVO.-La Sra. mejorará su arreglo personal y vestido después de la asistencia y cuidado diario.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
-Asistir a la paciente con su cambio de ropa y arreglo personal.	-La apariencia física satisfactoria, aumenta la autoestima en la persona.	La Sra. mantendrá su arreglo personal y vestido.	Se logra que la usuaria colabore en su cuidado y mantenga un arreglo personal satisfactorio.

8.- NECESIDAD.-Comunicarse

DX REAL.- Déficit de las actividades recreativas relacionadas con falta de interés para relacionarse con sus compañeros, manifestado por aburrimiento y aislamiento.

OBJETIVO.-La usuaria participará actividades recreativas que se realizan tres días a la semana.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
-Colaborar en la realización de terapias ocupacionales como son juegos de mesa, rezar, ver televisión. -Mantener conversación con la usuaria, para que no se aíse.	-Las terapias ocupacionales y la comunicación favorecen en la integración y mejoran el estado de ánimo.	La paciente participará en actividades recreativas.	Se logró que participara en las actividades recreativas y así conviviera más con sus compañeras.

9.- NECESIDAD.-Evitar peligros

DX DE RIESGO.- Riesgo de infeccion relacionado con discontinuidad de la piel.

OBJETIVO.-La usuaria disminuirá el riesgo de infeccion después de la orientación para detectar signos de infección oportunamente.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>-Observar y corroborar la presencia de signos de infección.</p> <p>-Educar a la paciente sobre como detectar los signos de infección.</p> <p>-Tomar la temperatura axilar cada cuatro horas.</p>	<p>-La observación permite distinguir las características de una herida limpia y las de una contaminada.</p> <p>-La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conducta que resulten benéficos para la salud.</p> <p>-La medición de la temperatura corporal permite identificar de forma oportuna la presencia de infección.</p>	<p>La paciente tomará en cuenta las recomendaciones para disminuir el riesgo de infección.</p>	<p>Se le brinda la información pertinente, pero necesita ponerse en práctica.</p>

3.6 PLAN DE ALTA

Se trabajo con la Sra. L.P.I durante un periodo de tres meses en el asilo de ancianos “Pedro Rocha Escobar”, por tanto que ya el contacto con ella no será frecuente se le prescribe el siguiente plan de alta.

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DE ALTA
1.NUTRICION E HIDRATACION	Dolor en epigastrio relacionado con Gastritis, manifestado por fascies de dolor y sensación de acidez.	La usuaria creo mejores hábitos alimenticios, tomo sus medicamentos en los horarios propuestos y por lo tanto disminuyó su dolor y mejoró su estado de ánimo.
2. ELIMINACION	Estreñimiento relacionado con la poca ingesta de líquidos y poca movilidad física, manifestado por disminución en la frecuencia y dificultad para evacuar.	La paciente aumento la ingesta de líquidos, y mejoró su alimentación logrando con ello tener una respuesta favorable, ya que tuvo aumento en la frecuencia para evacuar y mejoro la consistencia.
3.MOVILIDAD Y POSTURA	Deterioro de la integridad tisular relacionada con ulceraciones, manifestada por la exposición de la herida.	Durante dos meses se le realizó curación de la herida, esto favoreció para eliminar el tejido muerto y favorecer en la pronta recuperación, las ulceras sanaron
4.HIGIENE Y PROTECCION DE LA	Déficit de autocuidado; uso del sanitario relacionado con la dificultad para trasladarse	Durante el día la paciente utiliza pañal pero la mayoría de las veces pide ayuda para trasladarse al

PIEL	al baño, manifestada por la utilización de pañal.	baño, y se mantiene limpia, pero cuando evacua o micciona nos informa para que se le realice el cambio d pañal.
5.HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado inadecuada higiene bucal, manifestada por halitosis.	La usuaria durante el tiempo que se le realizaron los cuidados mejoró sus hábitos higiénicos, ahora tres veces al día realiza la higiene bucal, pero necesita seguimiento.
6.MOVILIDAD Y POSTURA	Deterioro en la movilidad física relacionado con la imposibilidad de mantenerse de pie y limitación en la flexión y extensión de los dedos de ambas manos, manifestado por uso de silla de ruedas y dificultad para realizar movimientos finos con las manos	Durante tres meses que fue el tiempo que estuve con la paciente se le realizaron cambios posturales y se evito la aparición de escaras, también se le indico una serie de ejercicios que debe realizar diariamente, para mantener en lo mayor posible el constante movimiento del cuerpo. Además se capacita al la persona encargada del cuidado de la usuaria para que se continúe con las actividades.
7.USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Déficit de autocuidado; vestido/ acicalamiento relacionado con el deterioro para el arreglo personal y vestido, manifestado por ser dependiente en estas actividades	Seguirá necesitando asistencia para llevar esta actividad a acabo, pero durante este tiempo se logro que tuviera un arreglo personal satisfactorio.
8.COMUNICARSE	Déficit de las actividades recreativas relacionadas con falta de interés para	En el tiempo que estuve atendiendo a la paciente, se logra que participe en las actividades recreativas

	relacionarse con sus compañeros, manifestado por aburrimiento y aislamiento.	propuestas, y además que conviva más con sus compañeras, y fue muy notable el cambio de humor en la usuaria. Se sugiere al personal que se encarga de su cuidado seguir con las terapias ocupacionales.
9.EVITAR PELIGROS	Riesgo de infección relacionado con discontinuidad de la piel.	Durante este tiempo de manera continua se le brinda al la usuaria información, que le ayuda para darse cuenta cuando hay infección y el que ella conozca esto es importante ya que se pretende evitar que esto suceda, se le pide a ella que exprese lo que entendió y los resultados son alentadores, pero aun así se necesita ponerlo en práctica.

CONCLUSIONES

Me fue muy grato realizar este trabajo, ya que aparte de adquirir nuevos conocimientos, me ayudo a estar más cerca del paciente y entablar comunicación, la cual me ayudó para plantear los objetivos que se llevarían a cabo en la paciente.

Cuando conocí a mi paciente ella se encontraba un poco desmejorada de salud, la tristeza en su rostro era evidente, refería sentirse sola, su aspecto físico era bueno aunque un poco descuidado.

Al principio me costo trabajo que la paciente colaborara conmigo, puesto que tenia cierta desconfianza, algunos procedimientos que tenia que realizar fue difícil para llevarlos a cabo, pues se rehusaba por pudor u otros sentimientos.

Al final recibí la aceptación de la persona y me siento satisfecha de colaborar con la gente y ayudar dentro de lo que es mi profesión.

Considero que mi colaboración fue importante ya que se notó la mejoría en ciertos aspectos de la usuaria, y con esto compruebo la importancia de la aplicación del Proceso Enfermero.

Creo que con este trabajo comienzo a, adentrarme en un ámbito laboral donde puedo formar parte de la mejora de muchas personas y eso, meramente me llena de alegría y muchas satisfacciones, disfruto haciéndolo y además pongo en práctica mis conocimientos. Y lo mejor de todo es recibir el agradecimiento y aceptación de la gente.

BIBLIOGRAFIAS

1. P.w, Lyer. B.j, Taptich. D, Bernacchi-losey. Proceso y diagnostico de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.3ra edición. México. 1997. Págs. 444
2. Hernández Conesa Juana. Historia de la enfermería. Ed, Interamericana Mc Graw-Hill Madrid. 1995. Págs. 195
3. Catalina, García Martín Caro. Maria, Luisa Martínez Martín. Historia de la enfermería, “evolución histórica del cuidado enfermero”. Ed, Harcourt. México. 2001. Págs. 2001
4. Mamner, Torres Ann. Martha, Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed, Elsevier.Mosby. 6ta edición. España. 2007. Págs. 828
5. Rosell, L. Cecil. Tratado de medicina interna Vol I. Ed, Interamerica. México. 1989. Págs. 1789
6. Luckman. Cuidados de Enfermería Vol I. Ed, Mc Graw-Hill. México. 2004 Págs.955
7. Luckman. Cuidados de Enfermería Vol II. Ed, Mc Graw-Hill. México 2004Págs. 2003
8. Murray- Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, Mc Graw-Hill Interamericana. 5ta edición, México. Págs. 225
- 9.- Leslie de. Atkinson, Mary Ellen Murray. Proceso de Atención de Enfermería. Ed, manual moderno, México, D.F. Págs. 141
10. Rosales Barrera Susana, Reyes. Eva Reyes Gómez, Ed, manual moderno, 3ra edición. México. 2004, Págs. 636

11. L, Riopelle. L, Grondin. M, Phancuf. Cuidados de Enfermería. Ed, Interamericana Mc Graw- Hill. Madrid. 1992. Págs. 352
12. Alfaro. R, Aplicación del Proceso Enfermero, 5ta edición. España. Ed, Nasson 2003.
13. Atknsn. L, Murria. M, Proceso de atención de Enfermería, 2da Edición, México, Ed, El Manual Moderno, 1983.
14. Braunwald, Faveni, Kasper, Hauser, Longo, Janeson. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ta edición, México. Ed, Mc Graw Hill.2001.
15. Beer Mark. El Manual Merck. 10ª edición. Madrid. Ed, Harcourt.1999
16. Gordon. Marjory. Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación. 3ra edición. Ed Harcourt Brace. Madrid. 1999. Págs 457
17. Fonseca Galia Constanza. Manual de medicina de rehabilitación. Ed manual moderno. Bogotá. 2002. Págs. 544.
18. P. Cervera. F. Clapes. R, Rigolfas. Alimentación y dietoterapia. Ed Interamericana., Mc Graw-Hill. México 1991. Págs 429.
19. Nordmark-Rohweder.Bases científicas de la enfermería, segunda edición, Reimpresión 1993.Ed, la prensa Medicina Mexicana, México. Págs. 711.
20. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.

21. Iyer, W, Taptich, B, etal. Proceso y diagnostico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.

22. Juárez Villarruel Sandra A. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente de insuficiencia renal en el servicio de medicina Interna del hospital General de Zamora, Michoacán. Universidad Autónoma de México, Escuela de Enfermería de Zamora A.C Incorporada a la UNAM, 2007.

23. Salas Segura Susana. Quesada Fox Catalina. Pizón Gómez Genaro. Fundamentos de Enfermería. Antología Tomo I. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia sistema Universitaria abierta. 1997. Págs 354

ANEXOS

GLOSARIO

ATROFIA: falta de desarrollo de cualquier parte del cuerpo. Reducción o encogimiento del tejido muscular o nervioso.

CORIZA: inflamación de la mucosa de la nariz, que se acompaña de irritación local y de emisión de secreciones. Se consideran sinónimos los términos de catarro común, rinitis aguda, rinopatía, resfriado e infección aguda de las vías respiratorias altas.

ENFERMERIA: es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento, de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

ENFERMEDAD: es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado antológico de salud

ENFERMERA: es la persona que asiste directamente al enfermo y ayuda al médico.

ENTORNO.- Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

JERARQUIZACION: es la disposición de las funciones de una organización por orden de rango, grado o importancia. Implica la definición de la estructura de la empresa por medio del establecimiento de centros de autoridad.

NECESIDAD: es una sensación de carencia unidad al deseo de satisfacerla.

ORTOTICOS: cualquier aparato que un paciente necesita debido a incapacidad, debilidad o pérdida de función.

SALUD: es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez.

SINOVECTOMIA: la extirpación del revestimiento de la articulación.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: ----- Edad: ----- Peso.----- Talla: ----- Fecha de nacimiento: -----
Sexo: ----- Ocupación: ----- Escolaridad: -----Fecha de admisión: -----
Hora: ----- Procedencia: ----- Fuente de información: -----Fiabilidad (1-4) --
Procedencia: ----- Miembro de la familia/ persona significativa.

VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS

1.- necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: ----- Tos productiva/seca: ----- Dolor asociado con la respiración:
----- Fumador: ----- Desde cuando fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su
estado emocional: -----

Objetivo:

Registro de los signos vitales y características: ----- Tos productiva/seca: -----
Estado de conciencia: ----- Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: -----
Circulación del retorno venoso: ----- Otros: -----

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo):----- Número de comidas diarias: ----- Trastornos digestivos: -----
Intolerancia alimentaria/alergias: ----- Problemas de la masticación y deglución: -----
Patrón de ejercicio: -----

Objetivo:

Turgencia de la piel: ----- Membranas mucosas hidratadas/secas: ----- Características de
uñas/cabello: ----- Funcionamiento neuromuscular y esquelético: ----- Aspecto de
los dientes y encías: ----- Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: ----- Otros: -----

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: ----- características de la heces, orina y menstruación: ----- Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: ----- Uso de laxantes: ----- Hemorroides: --- Dolor al defecar/menstruar/orinar: ----- Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: -----

Objetivo:

Abdomen/características: -----Ruidos intestinales: ----- Palpación de la vejiga urinaria: -- -- Otros: -----

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: ----- ejercicio/tipo y frecuencia: ----- Temperatura ambiental que le es agradable: -----

Objetivo:

Características de la piel: ----- Transpiración: ----- Condiciones del entorno físico:----

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: ----- Actividades en el tiempo libre: ----- Hábitos de descanso: --- Hábitos de trabajo: -----

Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: ----- Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: ----- Posturas: ----- Ayuda para la deambulaci3n: ----- - Dolor con el movimiento: ----- Presencia de temblores: ----- Estado de conciencia: ----- Estado emocional: -----Otros: -----

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: ----- Horario de sueño: ----- Horas de descanso: ----- Horas de sueño: ----- Siesta: ----- Ayudas: ----- ¿Padece insomnio?: ----- A que considera que se deba: ----- ¿se siente descansado al levantarse?: -----

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: ----- Ojeras: ----- Bostezos: ----- Atención: ----- Concentración: ----- Apatía: ----- Cefaleas: ----- Respuesta a estímulos: ----- Otros: -----

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: ----- Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: -----
--- Vestido incompleto: ----- Sucio: ----- Inadecuado: ----- Otros: -----

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: ----- Como reacciona ante una situación de urgencia: ----- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? -----

En el hogar: ----- En el trabajo: ----- ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: ----- Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: -----

Objetivo:

Deformidades congénitas: ----- Condiciones del ambiente en si hogar: -----
Trabajo: ----- Otros: -----

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: ----- Momento preferido para el baño: ----- Cuantas veces se lava los dientes al día: ----- Aseo de manos antes y después de comer: ----- Después de eliminar: ----- ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: -----

Objetivos:

Aspecto general: ----- Olor corporal: ----- Halitosis: ----- Estado del cuero cabelludo: ----- Lesiones dérmicas; qué tipo: -----

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: ----- Años de relación: ----- Vive con: ----- Preocupaciones/estrés: -----
-- Familiares: ----- Otras personas que pueden ayudar: ----- Rol en la estructura familiar: ----- Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: ----- Cuanto tiempo pasa sola: ----- Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: -----

Objetivo:

Habla claro: ----- Confusa: ----- Dificultad en la visión: ----- Audición: -----
Comunicación verbal/con otras personas significativas: ----- Otros: -----

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: ----- ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: -----
-- Principales valores en su familia: ----- Principales valores personales: ----- ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: -----

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): ----- ¿Permite el contacto físico?: -----
----- ¿Tiene algún objetivo indicativo de determinados valores o creencias?-----Otros: -----

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: ----- Tipo de trabajo: ----- Riesgos: ----- Cuanto tiempo le dedica al trabajo?----- ¿Está satisfecho con su trabajo?----- ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?----- ¿Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega?-----

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable7inquieto/eufórico: ----- Otros: -----

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ----- ¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: ----- ¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: ----- ¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: -----

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: ----- ¿Rechaza las actividades recreativas?: ----- ¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: ----- Otros: -----

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación de aprendizaje: ----- Limitaciones cognitivas: ----- Tipo: ----- Preferencias: leer/escribir: ----- ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: ----- ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: ----- ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: ----- Otros: -----

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: ----- Órganos de los sentidos: ----- Estado emocional/ansiedad/ dolor: ----- Memoria reciente: ----- Memoria remota: ----- Otras manifestaciones: -----

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnostico de enfermería
1.Oxigenación	I PD D	
2.Nutrición/hidratación	I PD D	
3.Eliminación	I PD D	
4.Moverse y mantener una buena postura	I PD D	
5.Descanso y sueño	I PD D	
6.Usar prendas de vestir adecuadas	I PD D	
7.Termorregulación	I PD D	
8.Higiene y protección de la piel	I PD D	
9.Evitar peligros	I PD D	
10.Comunicarse	I PD D	

11. Vivir según sus creencias y valores	I PD D	
12. Trabajar y realizarse	I PD D	
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I PD D	
14. Aprendizaje	I PD D	

(I) Independiente

(PD) Parcialmente dependiente

(D) Dependiente

MENU. DIETA DE 1250 KCAL.

DIA	DESAYUNO	COLACION	COMIDA	COLACION	CENA
LUNES	Licuada de plátano. 1 rebanada de pan integral con mayonesa y jamón.	1 pera	45 grs. de bistec de pollo 2 tortillas, ½ taza de frijoles con una cda. De queso fresco, unas rodajas de aguacate y unas hojitas de lechuga.	1 rebanada de melón.	1 taza de chocolate en leche y 1/3 de bolillo
MARTES	1 taza de yogurth, ½ taza de jugo de naranja, huevo con jamón con una tortilla.	1 durazno	40 grs. De carne de puerco guisado con 1 calabacita, 1/3 de taza de arroz y una tortilla.	1 taza de gajos de naranja.	1 taza de atole de maizena
MIERCOLES	1 taza e licuado de fresas, 1 rebanada de pan integral con mantequilla.	½ mamey	1 filete de pescado con rodajas de jitomate y otras de aguacate y una tortilla.	10 uvas	1 taza de chocolate
JUEVES	1 taza de arroz con leche y 1/3 de pieza de bolillo, ¾ de taza de papaya.	1 taza de sandía	60 grs. De pollo, 25 grs. De soya con una cda. De aderezo, ½ pieza de chayote y 1 tortilla.	1 pera	1 taza de leche tibia y 4 galletas marías
VIERNES	1 taza de atole de maizena, 1 rebanada de pan tostado con mermelada	1 taza de sandia	½ taza de frijoles, 40 grs. De queso fresco o panela con rodajas de jitomate y aguacate más 2 tortillas.	1 durazno	1 taza de chocolate, 1/3 de bolillo.
SABADO	1 taza de licuado de plátano y huevo, 1 taza de sandia.	1 pera	35 grs. De bistec de res, con 1 papa cocida y lechuga, jitomate y aguacate en rodajas más 2 tortillas.	1 taza de gajos de naranja	1 taza de atole y una galleta de avena.
DOMINDO	1 taza frutas con lechera,	1 guayaba	Caldo de res 35 grs. De	½ taza de jugo	1 taza de

	1 tazad e yogurth, 1 quesadilla.		carne, ½ papa cocida, ½ taza de chayote y 2 tortillas.	natural	chocolate, 1/3 de bolillo.
--	-------------------------------------	--	--	---------	-------------------------------

RECOMENDACIONES

Tomar agua por lo menos 1 litro y medio al día.

No brincarse las comidas.

Moderar el consumo de carnes de origen animal.

Preferir cereales integrales.

REHABILITACION

EJERCICIOS

Se sugiere seguir con los ejercicios que realizaba:

CUANDO ESTE ACOSTADA

Subir y bajar los pies, se recomienda diez veces, o bien lo que resista la paciente.

Subir los pies y flexionar lo más que puede, y regresar abajo.

Apoyando los pies sobre una almohada, flexionar y hacer hacia un lado las rodillas y hacia el otro en serie de diez.

CUANDO ESTA SENTADA:

Subir ambos brazos estirados por delante del pecho, y regresar diez veces.

Subir ambos brazos bien estirados de manera lateral y regresar en serie de diez.

Manos en la cabeza y mover hacia un lado y hacia otro diez veces para cada lado.

Hacer círculos con la cabeza cinco giros para cada lado.

Con las manos seguir haciendo el ejercicio de apretar y soltar la pelota de esponja.