



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8723**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MUJER CON
ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

GABRIELA JANETH FERNÁNDEZ NÚÑEZ

No. Cuenta: 411525060

**ASESORA:
L.E.O. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS**

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN, OCTUBRE 2015



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.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8723**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MUJER CON
ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

GABRIELA JANETH FERNÁNDEZ NÚÑEZ

No. Cuenta: 411525060

**ASESORA:
L.E.O. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS**

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN, OCTUBRE 2015

ÍNDICE

Introducción	7
Justificación	8
Objetivos	11
1. General	11
2. Específicos	11
Metodología	12
Marco teórico	13
1. Edad adulta	13
2. Artritis reumatoide	15
a) Patogenia	15
b) Diagnóstico	16
c) Cuadro clínico	17
d) Tratamiento	17
e) Fisioterapia	19
3. Osteoporosis	19
a) Factor de riesgo para fractura y osteoporosis	19
b) Fisiología	20
c) Cuadro clínico	20
d) Diagnóstico	21
e) Tratamiento	22
f) Prevención primaria	22
g) Recomendaciones universales	23
Proceso enfermero de artritis reumatoide y osteoporosis	24
1. Valoración	24
a) Historia clínica	24
2. Valoración de las 14 necesidades	24
a) Necesidad de oxigenación	27
b) Necesidad de alimentación e hidratación	27
c) Necesidad de eliminación	28
d) Necesidad de moverse y mantener buena postura	29
e) Necesidad de vestirse y desvestirse	29
f) Necesidad de descanso y sueño	30
g) Necesidad de termorregulación	30
h) Necesidad de higiene y protección de la piel	31
i) Necesidad de evitar peligros	31
j) Necesidad de comunicación	32
k) Necesidad de vivir según sus creencias y valores	32
l) Necesidad de realización y estima	33

m) Necesidad de recreación	33
n) Necesidad de aprendizaje	34
Priorización de necesidades	35
Establecimiento de prioridades en las necesidades, según Maslow	36
Diagnósticos, objetivos, intervenciones, fundamentación y evaluación	39
Conclusiones	64
Sugerencias	65
Fuentes consultadas	66
Anexos	70

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el ánimo de mi profesor Adolfo, quien tuvo la paciencia de compartir sus conocimientos y sobre todo que fue ayudándome para que mi trabajo tomara forma haciéndome sugerencias y correcciones. Además mi asesora Esperanza Quintero, quien me guio y brindó su apoyo en este proyecto. También tengo que agradecer el apoyo de mis padres, tanto económico como moral. Sin dejar a atrás a mi paciente que siempre estuvo a mi disposición y que puso todo de su parte para que yo pudiera realizar este trabajo con calidad. A mis compañeros, con los cuales compartimos conocimientos, y a mis amigos Gaby Villicaña y Jesús Ceja quienes siempre me han apoyado y me dan sugerencias y consejos para ser una excelente enfermera. A mi escuela que me dio su apoyo y me permitió ser parte de ella durante 4 años, de los cuales aprendí mucho y además me contactó con el grupo FAFI, quienes me apoyaron económicamente con una beca durante 3 años de mi carrera. Y por último y no menos importante a Dios que me dio la fortaleza cada día para seguir con este trabajo a pesar del cansancio tanto físico como mental.

DEDICATORIAS

Este trabajo es para mis papás que siempre me han apoyado en todas las decisiones que tomo en mi vida, así como a mi hermano quien siempre me demuestra su admiración y orgullo.

También para mi abuelita, quien fue mi paciente y siempre estuvo al pendiente de todo lo que le decía y se mostró cooperadora.

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería es un método de recolección de datos usado por el personal de enfermería para brindar cuidado de manera holística a un paciente; sus acciones se enfocan en la resolución de problemas reales o potenciales de salud, ya sea de un individuo o de una población.

El presente trabajo está conformado por diferentes capítulos, en donde se desarrolla la justificación, es decir, el porqué de la aplicación del mismo. Posteriormente se encuentran los objetivos que se pretende alcanzar al realizar mencionado trabajo, tanto de manera general como específicos. La metodología nos describe que tipo de trabajo es, hablando científicamente.

En el marco teórico se desarrollan los siguientes contenidos: edad adulta, artritis reumatoide y osteoporosis.

A continuación se encuentra la aplicación del proceso de enfermería a un caso clínico, donde se describe la valoración de la paciente Enedina, los diagnósticos realizados en base a dicha valoración, la planeación de actividades, así como la aplicación de las mismas, y posteriormente la evaluación de las actividades aplicadas. Finalmente vienen las conclusiones a las que se llega con la realización de este trabajo y las fuentes consultadas.

JUSTIFICACIÓN

Cada día la población va envejeciendo debido a la disminución de nacimientos ya que por la economía que se vive actualmente, las familias deciden tener pocos hijos e incluso algunas parejas optan por no tenerlos y por tanto la población de adultos mayores va incrementando.

La disminución en la tasa de natalidad después de las políticas de “la familia pequeña vive mejor”, aunado a la disminución de la mortalidad en general debido al acceso a los servicios de salud han contribuido a que ahora se tenga una población general más envejecida. La población adulta en México es, en junio del 2013, alrededor de 11, 285,170 personas, lo cual significa que casi 1 de cada 10 mexicanos tiene más de 60 años. (Dr. Juan Pablo Ledesma Heyer. (2010). Manual de Cuidados al Adulto Mayor. México, DF). Se dice que en el año 2009 se tuvo que en 27.8% de los hogares del país hay al menos una persona de 60 años y más (INEGI, 2010).

Una persona empieza su proceso de envejecimiento de forma imperceptible a partir de los 25-30 años. Son notorios los primeros indicios de envejecimiento después de los 50 años. Legalmente en México se es adulto mayor después de los 60 años (Dr. Juan Pablo Ledesma Heyer. (2010). Manual de Cuidados al Adulto Mayor. México, DF.)

Existen muchas enfermedades propias de la vejez aunque algunas no respetan edad como lo es la artritis reumatoide. En México, un millón 700 mil personas, de entre 20 y 50 años padecen artritis reumatoide, lo que representa un grave problema de salud pública. El reumatólogo Conrado García García, adscrito al Hospital General de México, informó en rueda de prensa que en el país 1.6 por ciento de

los 112 millones de la población general tiene artritis, según la estadística actualizada sobre esa enfermedad.

Tiene distribución mundial. La prevalencia varía de 0,2 % a 1 % de la población blanca adulta; en los mayores de 65 años de edad este porcentaje sube de un 4 a 6 %.

En estudios recientes se dice que más de 1 millón de estadounidenses padecen artritis reumatoide, además aproximadamente el 75 por ciento de las personas afectadas son mujeres. Por supuesto, la artritis reumatoide continúa siendo una enfermedad grave, que puede variar mucho en cuanto a los síntomas y los resultados. A pesar de ello, avances en el tratamiento han posibilitado la detención, o al menos la desaceleración, del avance del daño articular. Los reumatólogos disponen ahora de muchos nuevos tratamientos dirigidos a la inflamación que causa la Artritis Reumatoide. También entienden mejor cuándo y cómo utilizar los tratamientos para conseguir los mejores efectos. (Dr. Eric Ruderman, Dr. Siddharth Tambar. (2012). Artritis Reumatoidea. 2012, de Comisión de Marketing y Comunicaciones del Colegio Estadounidense de Reumatología. ©2012 American College of Rheumatology. Sitio web: <http://www.rheumatology.org>)

Otra de las patologías comunes en adultos mayores es la osteoporosis, aunada a la artritis reumatoide.

La osteoporosis es la causa más común de fracturas, afectando al 20% de las mujeres postmenopáusicas en EE.UU y se estima una población de 7.8 millones a nivel mundial y que el año 2040 el problema se habrá triplicado. El riesgo de por vida de sufrir una fractura a partir de los 50 años es de 40% para las mujeres y de un

13% para los hombres, debido a la osteoporosis, afectado así su calidad de vida.

Por dicho motivo son importantes las intervenciones de enfermería para ayudar a disminuir el dolor así como buscar la manera de facilitar la vida de la paciente por medio de actividades de enfermería, así como la prevención de complicaciones.

Se espera que dicho trabajo sirva como modelo de referencia para futuras generaciones.

Este trabajo contó con el apoyo de la paciente, así como de sus familiares además del profesor L.E.O. Adolfo García Ávalos, quien me oriento para la realización de dicho trabajo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mantener a la paciente con artritis reumatoide y osteoporosis con una buena calidad de vida, así como su salud por medio de intervenciones de enfermería aplicadas de acuerdo a sus necesidades de manera holística en un tiempo de 3 meses aproximadamente.

Objetivos específicos

- Valorar de manera general y holística las necesidades de la paciente utilizando el modelo de Virginia Henderson para planear actividades de enfermería de acuerdo a las que resulten afectadas.
- Realizar diagnósticos de enfermería en relación a las necesidades de la usuaria que detectamos afectadas usando de referencia el libro de la NANDA.
- Planear actividades de enfermería dirigidas a las necesidades afectadas de la paciente buscando mejorar su estilo de vida usando el NIC.
- Llevar a cabo las actividades planeadas por la enfermera con el fin de lograr la mejora de la salud de la paciente y mantener en balance la misma.
- Evaluar las actividades aplicadas a la paciente, así como los resultados obtenidos para verificar si estas fueron adecuadas, y si no es así, proponer nuevas.
- Fundamentar el trabajo realizado por medio de un marco teórico que le de sustento al mismo por medio de bibliografías relacionadas al tema.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó en el hogar de la paciente con domicilio calle bachilleres #80 en Jacona Michoacán del noviembre del 2014 a febrero 2015. Se contó con la autorización de la paciente para su realización.

Se inició con la elección del caso clínico prosiguiendo con la valoración de la paciente utilizando como modelo a Virginia Henderson y sus 14 necesidades realizando una entrevista directa con la paciente; se realizó exploración física utilizando 4 métodos: palpación, auscultación, percusión e inspección de manera céfalo caudal. Los datos obtenidos se clasificaron en objetivos y subjetivos jerarquizando. Posteriormente se realizaron los diagnósticos de enfermería de las necesidades afectadas. Enseguida se redactaron objetivos a lograr de cada diagnóstico identificado y se realizó un plan de cuidados de cada uno. Se ejecutó cada actividad fundamentando cada una de ellas.

Este estudio realizado se clasifica, por su enfoque, en cualitativo debido a que habla de datos objetivos y subjetivos, es decir se hizo uso de la encuesta, observación, así como de la experimentación al aplicar actividades de enfermería a la paciente. Por su alcance se considera descriptivo debido a que no se observa la causa del problema, pero se hace mención de los cuidados realizados. Es experimental por que realizamos actividades en el paciente para mejorar su salud.

MARCO TEÓRICO

EDAD ADULTA

El envejecimiento es la suma de todos los cambios internos que aparecen en un ser vivo, de forma gradual y que a lo largo de tiempo conducen a un riesgo creciente de pérdida de vigor, a mayor vulnerabilidad, riesgo de enfermedad y muerte.

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame Adultos Mayores, Senectos, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad, y siguen siendo adultos, existen diferencias entre quienes son mayores de 18 y menores – promedios ambos – de 60. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub etapas, como:

- Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)
- Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y
- Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad)

En el presente no ha existido acuerdo entre todos los estudiosos del tema para definir al adulto y asignarles las edades correspondientes a sus diferentes etapas vitales.

Es, precisamente, que la edad adulta incluye otras características que le diferencian de las etapas anteriores y posteriores.

Dijo Barrault, actor francés, que “la vejez es aquella etapa en la que todavía se es joven, pero con mucho más esfuerzo”.

Cambios asociados al Envejecimiento.

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

La fuerza muscular disminuye asimismo con los años ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por las implicancias clínico epidemiológicas que pueden tener.

Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

Enlentecimiento general del proceso digestivo, menor secreción de enzimas, adelgazamiento de las paredes del estómago e intestinos, tendencia al estreñimiento.

Aumento en la frecuencia de infecciones de vías urinarias e incontinencia por debilidad en los músculos de la pelvis.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, de etiología desconocida, cuya expresión clínica más importante se encuentra en la inflamación articular lo que lleva progresivamente a distintos grados de invalidez.

Su incidencia varía en diferentes poblaciones entre 0,2 a 0,4 por mil personas por año y tiende a aumentar con la edad. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 6-7 mujeres por 1 hombre. La edad de inicio promedio es a los 40 años \pm 10 años. Afecta principalmente a articulaciones sinoviales. Los pacientes sufren daño articular con dolor y limitación en la función articular, pueden presentar manifestaciones extra-articulares y su expectativa de vida está acortada en alrededor de 5 años.

Patogenia

La inflamación y la destrucción articular características de la AR, son procesos en los cuales se pueden distinguir tres fases:

- Fase de Inducción: Precede las manifestaciones clínicas. En esta fase, se plantea que causas ambientales, como el cigarrillo, microorganismos o stress actúan sobre un individuo que tiene predisposición genética para iniciar un fenómeno de autoinmunidad, con la aparición de auto anticuerpos, como el factor reumatoide (FR).
- Fase Inflamatoria: Factores, biomecánicos, infecciosos o neurológicos, adelantan esta fase. La destrucción tisular lleva a la aparición de neo antígenos, como el colágeno tipo II, constituyente principal del cartílago articular, lo que contribuye a la cronicidad de la inflamación.

- Fase de Destrucción: La membrana sinovial inflamada, se diferencia en la zona de unión con el cartílago y el hueso, en un tejido de granulación particular denominado Pannus, que es el que va a erosionar el hueso y cartílago en la tercera fase.

Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoide está en la membrana sinovial de las articulaciones, a veces se pueden alterar otras estructuras. En la piel pueden encontrarse los llamados *nódulos reumatoides* que son abultamientos duros (nódulos) que aparecen en zonas de roce, como son los codos, el dorso de los dedos de las manos y de los pies, la parte posterior de la cabeza, la zona del talón, etc. También se pueden localizar en el interior del organismo, aunque raramente producen lesiones de relevancia para la salud. Estos nódulos son la consecuencia de la actividad de la enfermedad.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos establecidos desde 1987 por el Colegio Americano de Reumatología han sido criticados por su falta de sensibilidad para realizar diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad.

Las características Clínicas y Radiológicas (Rx) varían entre los distintos pacientes y en las distintas etapas de la enfermedad. Al comienzo predomina la inflamación articular mientras que en la fase crónica es más prominente la destrucción articular y las complicaciones sistémicas.

La inflamación generalmente aparece en las articulaciones periféricas con tendinitis y bursitis, y luego en las articulaciones más centrales. Respeta la columna, pero no en su porción cervical.

Cuadro clínico

Los síntomas constitucionales son rigidez matutina, fatiga, fiebre, anorexia y baja de peso factor reumatoide sérico positivo.

El síntoma más característico es la rigidez matutina que dura de 30 minutos a varias horas (refleja la inflamación y el edema articular y peri articular que se acumuló en el reposo nocturno y que lentamente la circulación linfática reabsorbe). El dolor en la movilidad o la presencia de sensibilidad de una articulación es un criterio diagnóstico que debe estar presente de modo continuo durante más de 6 semanas. Edema de partes blandas de al menos una articulación debe ser documentado y presentarse por más de 6 semanas. El compromiso de una segunda articulación y el compromiso simétrico deben verificarse adecuadamente.

Las manifestaciones extra-articulares de la AR incluyen:

- Nódulos reumatoides en el 25 % de los enfermos.
- La vasculitis en AR compromete capilares y vénulas y a veces arteriolas.
- Estos enfermos tienen títulos de FR elevados y leucocitosis.
- Puede ocurrir una mono neuritis múltiple que se manifiesta por disminución de fuerzas (caída) de un pie o de la muñeca.

Tratamiento

La artritis reumatoide es una enfermedad que no tiene cura por lo tanto las metas terapéuticas son la remisión de los síntomas y el retorno a la función normal.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento de la AR se dividen en tres clases: antiinflamatorios no esteroideos, cortico esteroides y fármacos modificadores de la enfermedad.

Los pacientes con diagnóstico de AR deben comenzar su tratamiento con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, conocidos como DMARD. Estos medicamentos no sólo alivian los síntomas, sino que también retardan el avance de la enfermedad.

Antiinflamatorios no esteroideos

(AINES): Los AINES son particularmente útiles durante las primeras semanas cuando los pacientes tienen síntomas porque estas drogas proveen alivio parcial del dolor y la rigidez.

Cortico esteroides

Los esteroides son potentes supresores de la respuesta inflamatoria, desafortunadamente los efectos secundarios son dosis dependientes. Algunos estudios recientes han mostrado que los esteroides reducen la progresión del daño articular cuando son añadidos a la terapia con fármacos modificadores de la enfermedad, estos hallazgos sugieren que los esteroides pueden también tener propiedades modificadoras.

Fármacos modificadores de la enfermedad

Los DMARD más comunes incluyen metotrexato, leflunomida, hidroxicloroquina y sulfasalazina. Entre los DMARD más antiguos, se encuentran el oro, que se administra como píldora -auranofina (Ridaura)- o más a menudo en forma de inyección vía intramuscular. El antibiótico minociclina también es un DMARD, así como los inmunosupresores azatioprina y ciclosporina

Fisioterapia

Los ejercicios de rango o amplitud de movimiento y los programas indicados por un fisioterapeuta pueden retardar la pérdida de la función articular y ayudar a mantener los músculos fuertes. Algunas veces, los terapeutas usan máquinas especiales para aplicar calor profundo o estimulación eléctrica para reducir el dolor y mejorar la movilidad articular.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis fue definida en 1991 como "una enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por baja masa ósea y deterioro en la micro arquitectura del tejido óseo, que origina fragilidad ósea aumentada con el consecuente aumento en el riesgo de fractura".

Factores de riesgo para fractura y osteoporosis

- Tabaquismo
- Uso de corticoides por más de tres meses
- Baja ingesta de calcio
- Consumo de alcohol
- Baja de peso
- Déficit estrogénico antes de los 45 años
- Alteraciones visuales
- Demencia
- Caídas recientes
- Baja actividad física
- Historia de fractura
- Historia de fractura osteoporótica en un familiar de primer grado.

Fisiopatología

La fisiopatología de la osteoporosis se encuentra relacionada con el metabolismo del calcio. A lo largo de la vida, el hueso se encuentra en constante cambio; al nacer no se encuentra completamente consolidado y es con el paso de los años que el hueso adquiere la rigidez que le caracteriza aproximadamente a los 20 años de edad. Las células principalmente involucradas en este proceso son los osteoblastos y los osteoclastos, en cuyas diferentes organelas se realiza el efecto de las diferentes hormonas reguladoras del calcio (Pérez Cepeda, Mario Ulises. (2003). osteoporosis. 2014, de Instituto de Geriátría Sitio web: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/20.pdf>). En términos generales, se puede decir que los osteoblastos son los encargados de la rigidez ósea, mientras que los osteoclastos se ocupan de lo contrario, es decir, de la resorción ósea. Estas dos actividades cuentan con mediadores hormonales, como la hormona paratiroides y la vitamina d, principales encargadas de la regulación del calcio en el cuerpo; ya sea de su absorción, excreción o agregación al hueso. El aporte de calcio mediante la dieta –obtenido a lo largo de la vida y reflejado en las últimas etapas de la misma– es crucial para la función de este sistema. En nuestro medio, la ingesta de calcio en las tortillas de maíz solventa este problema. Asimismo, la exposición a los rayos solares –favorecida en México por la cercanía de nuestro país al trópico de cáncer–también mejora el metabolismo de la vitamina D.

Cuadro clínico

La osteoporosis no da síntomas hasta que la pérdida de hueso es tan importante como para que aparezcan fracturas, y esto habitualmente ocurre muchos años después de la menopausia.

Existen, pues, las siguientes posibles formas de comienzo y detección de la enfermedad:

- 1) Descubrimiento de la enfermedad en personas que reúnen múltiples factores de riesgo para padecerla. Entre éstos se encuentran, para la mujer postmenopáusica, factores hereditarios, genéticos.
- 2) Presentar fracturas de repetición de huesos largos ante mínimos golpes o caídas.

Diagnóstico

En 1994 la OMS establece los siguientes criterios densitométrico para el diagnóstico de la osteoporosis.

Diagnóstico de osteoporosis según criterio OMS.

Categoría definición

Normal

DMO entre +1 y -1 DE del promedio de población adulta joven.

Osteopenia

DMO entre -1 y -2,5 DE del promedio de población adulta joven.

Osteoporosis

DMO bajo -2,5 DE del promedio de población adulta joven.

Osteoporosis grave

DMO bajo -2,5 DE del promedio de población adulta joven y una o más fracturas de tipo osteoporótico.

El diagnóstico es principalmente densitométrico, pero puede establecerse al ocurrir fracturas en sitio típico con un trauma mínimo.

Tratamiento

1. Bifosfonatos: Como derivados del pirofosfato, se unen ávidamente al fosfato de calcio de la hidroxiapatita, inhibiendo tanto la formación como la disolución de cristales.
 - Alendronato: Aumentan la masa ósea y disminuyen la incidencia de fractura en un 50%
 - Risedronato: Aumenta la masa ósea y disminuye el riesgo de fractura vertebral en un 40%, y las no-vertebrales en un 30% en un período de tres años.
2. Estrógenos para la prevención de osteoporosis, síntomas vasomotores y atrofia vulvo vaginal
3. Raloxifeno: Reduce el riesgo de fractura vertebral en un 40%. Producen un escaso aumento de la densidad mineral ósea.
4. Calcitonina: para su uso en pacientes con al menos 5 años de menopausia.
5. Tibolona: Es un agonista estrogénico que previene la pérdida de masa ósea y reduce los síntomas menopáusicos.

Prevención primaria

Se ha demostrado que el adecuado consumo de calcio y de vitamina D, así como la exposición moderada a los rayos solares pueden llegar a prevenir la presentación de este problema en los ancianos. Sin embargo, son estrategias que tienen que comenzar muy temprano en la vida para poder ser efectivas. Por otro lado, el ejercicio aeróbico se ha visto que puede prevenir la presentación de osteoporosis y, posteriormente, las fracturas derivadas de la misma; por el contrario, una vida sedentaria puede ser un factor de riesgo relevante para tener este padecimiento

Recomendaciones universales

- Ingesta de calcio diario en al menos 1200 mg. por día
- Vitamina D 400-800 UI/día en riesgo de deficiencia
- Ejercicio regular
- Prevención de caídas
- Evitar el uso de tabaco y alcohol

PROCESO ENFERMERO DE ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS

VALORACIÓN

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

EVC, paciente femenina de 68 años de edad originaria y residente de Jacona Michoacán con diagnóstico de artritis reumatoide desde hace 16 años así como osteoporosis desde hace 10 años. Se dedica al hogar, escolaridad primaria incompleta. Peso de 49 kilogramos, talla de 1.44 centímetros, presentando un índice de masa corporal de 23.9 kg/m².

Antecedentes no patológicos: presenta buena alimentación en cantidad y calidad, la paciente menciona haber nacido en Jacona Michoacán donde reside actualmente. Es ama de casa, casada, católica, tiene 6 hijos y 12 nietos, situación económica regular. Vive en un hogar que cuenta con todos los servicios básicos (drenaje y agua potable), y de renta (teléfono, cable, luz y gas); la estructura de la vivienda es de tipo urbana. En su casa viven 4 personas, ella, su esposo, su hija y su nieta, no hay hacinamiento ni promiscuidad. No tienen animales (zoonosis negativa).

Antecedentes personales patológicos: refiere que se le detectó la artritis reumatoide hace 16 años, la osteoporosis hace 10 años y padece de gastritis desde hace 5 años. Ha sido intervenida quirúrgicamente 2 veces, hace 12 años, la primera para la colocación de placa en la pierna derecha y una segunda a un mes

de la primera; la paciente menciona “me volvieron a operar por que la placa me quedo mal y grande”.

Padece hipercolesterolemia desde hace 3 años llevando de tratamiento pravastatina (1 diaria). Paciente refiere no presentar actualmente toxicomanías, pero consumió alcohol hace 25 años de manera ocasional durante un año; tabaquismo durante 13 años consumiendo de 10 cigarros al día; menciona haber dejado el tabaco desde hace 28 años. No refiere alergias; transfusiones sanguíneas 2.

Medicamentos que consume vía oral: sulfasalazina, omeprazol, paracetamol, diclofenaco, pravastatina, metozetate.

Se le aplica Humira subcutánea cada 15 días.

Antecedentes ginecobstétricos: la paciente refiere no tener ninguna cesárea, 8 gestas, 7 partos y 1 aborto. Presentó menopausia a los 31 años de edad y menarca a los 13 años. Pubarca y telarca 12 años.

Antecedentes heredofamiliares: padre con asma y diabetes, muere por complicaciones de la misma. Madre muere de cáncer en el útero. Desconoce patologías de los abuelos maternos y paternos. 5 Hermanos con diabetes mellitus tipo 2, desconoce si padecen otra enfermedad.

Exploración física: paciente consciente, tranquila, cooperadora y orientada en sus tres esferas. Su piel de tez morena e hidratada de acuerdo a la edad. Cabello quebradizo y cuero cabelludo graso. Tegumentos normales, mucosas hidratadas, buena coloración de piel. Presencia de deformidades óseas en carpos de las manos y pies, así como de las muñecas. Uñas de las manos limpias y

quebradizas: uñas de los pies con presencia de onicomicosis. Se encuentra en posición semifowler, de complexión delgada. Presencia de cicatriz en pierna derecha debido a dos cirugías que se le practicaron para colocarle una placa en el fémur. A la exploración física, no hay datos de compromiso cardiopulmonar; abdomen blando, depresible, no hay presencia de adenomegalias; usa bastón para deambular.

Padecimiento actual: la paciente presenta artritis reumatoide diagnosticada hace 16 años, así como osteoporosis desde hace 10 años.

VALORACIÓN POR LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA

HENDERSON

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

A la toma de signos vitales por la noche se encuentra una tensión arterial de 110/80 mm Hg, pulso de 65 pulsaciones por minuto, respiraciones con ritmo normal de 18 por minuto. Temperatura corporal de 35.9°C. No presenta cianosis peribucal ni acrocianosis. Al momento de la valoración se encuentra en su sala en posición semifowler para favorecer la respiración. Los dedos de sus extremidades superiores presentan buen llenado capilar. Dice utilizar la estufa para cocinar, ocasionalmente cuando se termina el gas usa leña, además que de joven en su casa usaban fogón. Tabaquismo negativo, pero fumó durante 13 años de 10 cigarrillos al día aproximadamente, refiere tener 28 años sin fumar. Comenta que cuando está ansiosa o estresada por alguna situación, su respiración se altera. Su casa es grande, cuenta con buena ventilación; tiene dos patios. Refiere padecer de infecciones respiratorias frecuentes, gripe 2 veces por año aproximadamente. Presenta molestias en la laringe, resequedad y por dicho motivo tos. No realiza ningún deporte, solo caminar.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

Paciente pesa 49 kilogramos y presenta una talla de 1.44 metros, presentando así un índice de masa corporal de 23.9 kg/m². Refiere tener dificultad para deglutir debido a la molestia en la laringe, además presenta dificultad para triturar los alimentos debido a la falta de piezas dentarias (molares); tiene todos sus dientes

completos con presencia de caries y únicamente 2 piezas molares. Usa placa dental, encías en buen estado.

Menciona realizar 2 comidas al día, con valor nutricional bueno llevando una dieta equilibrada con consumo de proteínas, carbohidratos, lípidos, frutas y verduras, carnes. Evita las comidas en la calle debido a que se le hacen anti higiénicas. Consume aproximadamente 1 ½ de agua; consume refresco negro 1 cada tercer día de 400 mililitros.

Consumió alcohol hace 28 años durante 1 año; actualmente ya no consume.

Su piel y mucosas se encuentran hidratadas, uñas en buen estado, cuero cabelludo graso.

La paciente refiere tener problemas de gastritis desde hace 5 años, así que evita alimentos irritantes.

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Presenta micciones de características normales, color amarillo claro, transparente, aunque refiere que cuando consume refresco negro hace orina más oscura de lo normal. Menciona "a veces no alcanzo a llegar al baño y se me sale la pipi". Orina varias veces al día debido al consumo de líquidos, no presenta dolor ni ardor al orinar. No presenta edema en extremidades superiores ni inferiores. No se encuentra diaforética. Hábitos intestinales 1 vez al día con características normales y en algunas ocasiones cada tercer día debido a efecto adverso de un medicamento (sulfazalazina). Acude a baños públicos con frecuencia.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Paciente se encuentra sentada; presenta dificultades para la deambulación debido a las deformidades óseas que presenta, usando ayudas para la marcha (bastón). Refiere que no puede estar mucho tiempo de pie por que le duele su pierna derecha, pero camina grandes distancias y no presenta dolor.

Enfermedad de artritis reumatoide diagnosticada hace 16 años, osteoporosis hace 10 años. Por dicho motivo presenta deformidades óseas en manos y pies. Usa calzado especial "los zapatos normales me lastiman por los huesos salidos de los pies". Tono muscular en buen estado. En su casa realiza todas las actividades de limpieza pero dice no gustarle barrer ni trapear debido a que le causa mucho dolor en su brazo derecho.

Al estar sentada presenta una mala postura al igual que al estar de pie, carga más su peso sobre el lado izquierdo.

Presenta dificultad para ponerse de pie ya que refiere tener dolor al incorporarse.

5. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

La paciente se encuentra vestida con un pantalón tipo sastre y blusa de algodón, así como calzado cómodo. Frecuentemente utiliza zapato tipo tenis, debido a que presenta deformidad ósea en pies y menciona que la mayoría de calzado le causa incomodidad. Refiere necesitar ayuda para vestirse, sobre todo cuando presenta mayor dolor en articulaciones, y esto mayormente durante el invierno, aun

que procura hacerlo por sí sola. No interfiere su estado de ánimo para elegir sus prendas de vestir, se viste como se siente más cómoda de acuerdo a su edad y clima; ropa abrigadora en invierno y prendas ligeras en verano.

Prefiere playeras, camisas y pantalones con resorte, debido a que se le facilita el vestirlos.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

La paciente refiere no presentar insomnio ya que en cuanto se acuesta en la cama se queda dormida pero despierta varias veces por la noche tardando 1 hora en conciliar nuevamente el sueño. Su hora de descanso es de 12 am a 7 am. Duerme un promedio de 7 horas aproximadamente. No utiliza medicamentos para inducir el sueño. No duerme por la tarde, prefiere ponerse a lavar los trastes o ver la tele. Presenta ojeras pero no bostezos al momento de la valoración. En su casa tiene de 2 a 3 horas de descanso en la sala viendo la tele o simplemente platicando con su marido o hijos cuando acuden a visitarla. Duerme con su esposo y su habitación está libre de estímulos exteriores que le impidan dormir.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Su temperatura corporal axilar es de 35.9 °C, encontrándose normo térmica. No tiene datos de hipertermia ni hipotermia. No se encuentra diaforética. Su piel se siente cálida al tacto. Señala no tener sensibilidad excesiva al frío ni al calor. Dice protegerse de los cambios ambientales bruscos de temperatura, que en épocas de frío se abriga con chamarras, bufandas.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Refiere bañarse 2 veces por semana debido a que se le dificulta hacerlo sola aun así tiene una apariencia limpia y un olor agradable. No presenta bromhidrosis. Su cabello es limpio, sin datos de caspa. Aseo bucal únicamente 1 vez al día por la noche. Presencia de caries dental, no halitosis. Mamas normales, sin presencia de heridas, buena coloración, sin datos de alarma. Lavado de manos varias veces al día, antes de comer y de preparar alimentos; antes y después de ir al baño.

Las uñas de sus pies se encuentran largas debido a que no alcanza a cortarlas por sí sola, necesita de ayuda para realizar dicha actividad.

Realiza cambio de ropa interior y exterior cada tercer día.

Presencia de 2 heridas quirúrgicas en extremidad inferior derecha presentando buena cicatrización.

Piezas dentarias incompletas con presencia de caries dental. Uñas limpias y cortas, manos limpias. Piel normal, hidratada y estado físico de acuerdo a su edad. Usa artículos de higiene personal como desodorante y crema diariamente.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Paciente refiere reaccionar exaltada y con desesperación ante una situación de urgencia pero dice que se relaja cuando hablan con ella y le explican.

Alergias negadas, esquema de vacunación completo. Se realizó una mastografía por última vez hace 3 años al igual que al Papanicolaou; refiere que en el IMSS ya no se las realizan por que le dijeron que para su edad ya no es recomendable.

Tabaquismo negativo, pero fumó durante 13 años de 10 cigarrillos al día aproximadamente, refiere tener 28 años sin fumar. Alcoholismo ocasional durante 1 año sin llegar a estado de ebriedad; refiere tener 28 años sin consumir alcohol.

No presenta hipoacusia, sin embargo presenta problemas de la visión desde hace 5 años aproximadamente usando lentes para mejorar su visión.

Conoce las medidas de seguridad en casa y en la calle. Tiene botiquín de primeros auxilios y sabe las medidas a seguir en caso de siniestros.

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Menciona no sentirse sola ya que en las mañanas se sale a la tienda de su hija y pasa ahí gran parte de la mañana. En su casa siempre está su hija y nieta por la tarde, además sus demás hijos la visitan algunos días de la semana al igual que sus nietos. No tiene dificultad para comunicarse, no presenta dislalia ni disartria. Sus familiares refieren que tienen buena comunicación entre ellos. Su léxico es de acuerdo a su edad y escolaridad. Los fines de semana salen con su familia de paseo y esto es algo que le gusta hacer.

Tiene buena comunicación con sus vecinos, no tiene problemas con ninguno de ellos.

11. NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Señala ser de religión católica y seguir todos los ritos y costumbres propios de ésta, tales como la navidad, pascua, fiestas patronales. Sus familiares profesan la misma religión, excepto un hijo que vive

en Estados Unidos, el cual es cristiano; al principio esto le afectaba, pero actualmente dice que ya lo acepta y entiende. Es muy creyente de la Virgen de La Esperanza. Dice que va a misa los domingos que le es posible. Por otra parte, refiere haberles inculcado a sus hijos los valores que ella y su esposo tienen, entre los que destacan: la tolerancia, el respeto, la responsabilidad y honestidad, entre otros. La relación que lleva con sus familiares hace constar que le otorga un valor sentimental y afectivo muy potente a la familia.

12. NECESIDAD DE REALIZACIÓN Y ESTIMA

Refiere sentirse orgullosa de sus hijos y satisfecha con la educación que les dio. Además se siente bien con el rol social que tiene como ciudadana y esposa; le gusta ser madre y abuela, se siente muy feliz por ello.

Se le observa una actitud positiva y optimista ante la vida.

Tiene un concepto de sí misma positivo, se siente orgullosa de lo que es.

Dice estar contenta con ser ama de casa, aun que le hubiera gustado trabajar de joven para darles una carrera universitaria a todos sus hijos pero su esposo no le permitió esto.

Su máximo en la vida es ver a sus hijos contentos, con trabajo, y a sus nietos felices, con una carrera universitaria.

13. NECESIDAD DE RECREACIÓN

No se observa aburrída. Refiere que sus pasatiempos que mas le agradan es lavar los trastes, ver televisión y visitar a sus hijos. Va a misa los domingos.

Le dedica a ver la tele 2 horas al día. No pertenece a ningún grupo civil.

Le gusta salir por las tardes algunas veces a la calle a caminar o a visitar a sus hijos.

Los fines de semana salen con la familia de paseo.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

La paciente sabe leer, escribir y realizar cuentas. Escolaridad primaria incompleta. Refiere que últimamente le falla la memoria y no sabe por qué.

Conoce bien sobre su enfermedad y se muestra interesada por aprender a cómo prevenir más enfermedades y cuidar su salud.

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

1. Eliminación
2. Oxigenación
3. Alimentación
4. Moverse y mantener buena postura
5. Descanso y sueño
6. Higiene
7. Aprendizaje

**ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LAS
NECESIDADES, SEGÚN LA PIRÁMIDE DE ABRAHAM**

MASLOW

Necesidades alteradas	Establecimiento de prioridades y jerarquización de necesidades	Grados de dependencia
1) Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Enuresis • Uso de medicamentos que causan estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial • Dependencia parcial
2) Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> • Uso ocasional de leña. • Tabaquismo hace 28 años, ya no consume cigarrillos. • Infecciones respiratorias frecuentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Independiente • Dependencia parcial
3) Alimentación e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para deglutir por molestia en laringe • Falta de piezas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial • Dependencia parcial.

	<p>dentarias y presencia de caries.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de placa dental • Presencia de gastritis • Consumo de alcohol hace 28 años, ya no consume. • Consumo de refresco negro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial • Dependencia parcial • Dependencia parcial • Dependencia parcial
4) Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Despierta varias veces por la noche tardando 1 hora para volver a conciliar el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial
5) Moverse y mantener buena postura	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos que causan estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para deambular • Uso de ayudas para la marcha • Deformidades óseas en manos y pies • Dificultad para realizar labores domésticas. • Dificultad para ponerse de pie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total • Dependencia total • Dependencia total. • Dependencia parcial • Dependencia parcial
6) Higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Baño 2 veces por semana por la dificultad para hacerlo. • Higiene dental 1 vez por día • Caries dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial • Independiente • Dependencia parcial
7) Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Falla de la memoria a corto plazo por la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia parcial.

DIAGNÓSTICOS

NECESIDAD DE ELIMINACION

Incontinencia urinaria funcional (00020) relacionado con limitaciones neuromusculares manifestado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

Dominio: 3 eliminación e intercambio. Clase: 1 función urinaria. Pág. 198. NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Controlar la continencia urinaria funcional para mejorar la calidad de vida de la paciente.

Objetivos específicos

-La paciente evitará la pérdida de orina por medio de entrenamiento en un lapso de 2 semanas.

-La paciente logrará llegar al baño antes de mojar su ropa interior por medio de ejercicios vesicales en un tiempo de 2 semanas.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
-Considerar un tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina. -Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer esquema de eliminación. - Establecer un intervalo de horario inicial para ir al sanitario, en función	Llevar un registro ayuda a controlar los ingresos y los egresos, a su vez permite identificar algún problema en el sistema urinario. (Dugas, 2000: p.261) El principio de los ejercicios de Kegel es fortalecer los músculos del piso pélvico y, en consecuencia, mejorar el funcionamiento del esfínter uretral para	Al iniciar a trabajar estas intervenciones con la paciente, resultó un tanto complicado debido a que la paciente no aceptaba el tener un horario para ir al baño, pero conforme se le explicó el porqué de las actividades a realizar, ella aceptó. Al comenzar a ella le dio dificultad para

<p>del esquema de eliminación y de la rutina habitual para comer, levantarse y acostarse.</p> <p>-Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al sanitario si no se producen episodios en 24 horas.</p> <p>-Establecer un intervalo para ir al baño no inferior a dos horas.</p> <p>-Ayudar a la paciente a ir al sanitario y provocar la eliminación en los intervalos previstos.</p> <p>-Reducir los intervalos de tiempo del ir al sanitario a cada media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.</p> <p>-Crear un ambiente seguro para la paciente.</p> <p>-Identificar las necesidades de seguridad de la paciente considerando la función física.</p> <p>-Ejercicios de suelo pélvico: *Enseñar al paciente a tensar y relajar alrededor de la uretra, como si intentara evitar orinar.</p>	<p>disminuir las pérdidas de orina.</p> <p>Diversas circunstancias como el envejecimiento, los partos complicados o de fetos grandes, o bien situaciones que producen un aumento de la presión intra-abdominal como el mismo embarazo, la obesidad, la tos crónica, trabajos con levantamiento de cargas o el estreñimiento, pueden debilitar la estructura y favorecer que los órganos pélvicos se deslicen hacia el exterior, apareciendo la incontinencia de orina. Los músculos del suelo de la pelvis se comportan como todos los músculos. Por fortuna, cuando se debilitan se pueden fortalecer de nuevo mediante ejercicio. Las personas que tienen problemas de pérdidas de orina pueden recuperar el control con ejercicios para los músculos del suelo pélvico, también conocidos como ejercicios de Kegel. Una vez aprendidos merece la pena ejercitarlos diariamente ya que está demostrado que, bien</p>	<p>llegar al inodoro, debido a que aguantaba las ganas de miccionar por mucho tiempo, hasta que la capacidad de la vejiga era la máxima, posteriormente al proponer horarios establecidos ella iba al inodoro sin mayor dificultad y evitaba mojar su ropa interior. Se lograron los objetivos planeados.</p>
--	--	---

	<p>hechos, mejoran los síntomas y disminuyen los escapes de orina. Los cambios más evidentes que aparecen con la edad son los relacionados con la vejiga. Es frecuente que se quejen de urgencia y de frecuencia urinaria. En las mujeres estos cambios se deben al debilitamiento de los músculos que soportan la vejiga o a la debilidad del esfínter uretral. El volumen de la vejiga y su capacidad de vaciamiento disminuyen con la edad, lo que explica la necesidad de los ancianos de despertarse por la noche para orinar y la retención de la orina residual, que les predispone a sufrir infecciones vesicales.</p> <p>(Kozier y Erd. Fundamentos de enfermería. (2013) Pearson. Madrid)</p>	
--	---	--

NECESIDAD DE ELIMINACION

Estreñimiento subjetivo (00012) relacionado con apreciación errónea manifestado por expectativa de una eliminación intestinal diaria.

Dominio: 3 eliminación e intercambio. Clase: 2 función gastrointestinal. Página: 206.NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Explicar los hábitos de eliminación regulares para orientar a la usuaria sobre la normalidad de dichos hábitos.

Objetivos específicos

-La paciente comprenderá acerca de los hábitos de eliminación normales en un lapso de 2 días.

-La paciente aprenderá sobre la detección de datos de estreñimiento reales.

-Eliminar en la paciente la idea errónea de estreñimiento por medio de información en un lapso de 4 días.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
-Orientación sobre datos de alarma de estreñimiento real. -Educación en los familiares para detectar estreñimiento en la paciente. -Sugerir incrementar el consumo de alimentos con alto contenido en fibra.	El estreñimiento es un problema de salud importante en los ancianos, (Gallagher, O'Mahony y Quigley, 2008), debido, en parte a que disminuyen sus niveles de actividad, ingieren cantidades inadecuadas de líquidos y fibra y tienen debilidad muscular. Muchos ancianos creen que "regularidad significa	Según los datos proporcionados por la paciente, ella no padece de estreñimiento, pero tenía una idea errónea de que así era. Se logró que la paciente comprendiera que no padece de estreñimiento; de igual manera se

<p>-Promover los factores que contribuyen a una dieta equilibrada.</p> <p>-Manejo de líquidos: *Vigilar el estado de hidratación. *Administrar líquidos.</p> <p>-Educación para la salud</p>	<p>tener un movimiento intestinal cada día. Los que no cumplen con estos criterios a menudo buscan preparados de venta sin receta para aliviar lo que ellos creen que es un estreñimiento. Se debe comentar con los ancianos que los patrones normales de eliminación intestinal varían considerablemente. En algunos, el patrón normal puede ser de días alternos, y en otros, dos veces al día. (Kozier y Erd. Fundamentos de enfermería. (2013) Pearson. Madrid)</p>	<p>incitó a incrementar el consumo de agua, así como de alimentos altos en fibra para evitar el estreñimiento. Se lograron los objetivos planteados</p>
--	---	---

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Riesgo de intolerancia a la actividad (00094) relacionado con antecedentes de tabaquismo y uso de leña.

Dominio: 4 actividad/ reposo. Clase: 4 respuesta cardiovascular/pulmonar. Página: 234. NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general:

-Diseñar una estrategia para evitar que la paciente presente intolerancia al realizar actividades.

Objetivos específicos.

-La paciente iniciará actividad física de manera paulatina en un lapso de 1 mes.

-La paciente acudirá al médico cuando presente problemas respiratorios para evitar complicaciones en un tiempo determinado.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-Enseñanza: ejercicio prescrito:</p> <p>*Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.</p> <p>*Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.</p> <p>*Enseñar a la paciente a controlar la tolerancia al ejercicio.</p> <p>*Enseñar a la paciente al montaje, utilización y mantenimiento de dispositivos de ayuda.</p> <p>-Oxigenoterapia:</p> <p>*Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>*Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.</p> <p>-Monitorización</p>	<p>La altitud, el calor, el frío y la contaminación ambiental afectan a la oxigenación.</p> <p>Las personas sedentarias carecen de la expansión alveolar necesaria y de los patrones de respiración profunda de las personas que sí realizan una regular actividad, y su capacidad de responder eficientemente a los factores estresantes respiratorios está disminuida.</p> <p>Las personas sanas expuestas a la contaminación ambiental, en forma de humo o como fumadores pasivos, tienen cefalea, mareos, tos.</p> <p>La EPOC afecta a los ancianos, en particular después de años de exposición al consumo de cigarrillos o a contaminantes</p>	<p>Durante dos meses se estuvo trabajando con la paciente para resolver esta necesidad afectada. Ella fue realizando actividades de la vida cotidiana, así como actividad física de acuerdo a su edad, se propusieron y realizaron ejercicios de oxigenoterapia y mi trabajo fue observar que no presentara problemas respiratorios; la paciente no los presentó por tanto logré mis objetivos</p>

<p>respiratoria:</p> <p>*Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>*Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales, así como observar si se producen respiraciones ruidosas.</p> <p>*Monitorizar los patrones de respiración.</p> <p>*Auscultar sonidos respiratorios.</p>	<p>industriales. (Kozier y Erd. Fundamentos de enfermería. (2013) Pearson. Madrid)</p>	
---	--	--

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN E HIDRATACIÓN

Deterioro de la deglución (00103) relacionado con falta de piezas dentarias, enfermedad por reflujo gastroesofágico manifestado por ardor de estómago, falta de masticación.

Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión. Página: 171.

NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Contrarrestar los problemas de deglución de la paciente para evitar complicaciones relacionadas al aparato gastrointestinal.

Objetivos específicos

-La paciente analizará la importancia de acudir al dentista periódicamente para control de la salud bucal en un lapso de 1 semana.

- La paciente disminuirá las molestias de la enfermedad de reflujo gastroesofágico por medio de orientación sobre la alimentación así como farmacoterapia en un lapso de 2 semanas.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-Programar citas de manera regular al dentista para llevar un control sobre su salud bucal.</p> <p>-Orientación sobre los alimentos que causan o desencadenan reflujo gastrointestinal para evitarlos.</p> <p>-Con apoyo del médico se dará un tratamiento para la enfermedad de reflujo gastroesofágico.</p> <p>-Brindar alimentos que no le cuesten trabajo ni mascar ni deglutir, es decir alimentos suaves.</p> <p>-Alimentación: *Facilitar la higiene bucal después de las comidas. *Identificar la presencia del reflejo de deglución. *Colocar la comida en el</p>	<p>La inhibición de la secreción ácida gástrica es la terapia de elección y sólo en pacientes con ERGE sin esofagitis, o con un grado de esofagitis leve, se podrá intentar la terapia con consejos dietéticos y medicamentos «no anti-secretores». (Suárez Parga. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: tratamiento. Sistema nacional de salud (1999) pág. 97) Juan Carlos Soto, director del Centro Odontológico Integral Vital Dent, manifiesta que tener unos dientes fuertes, sanos y alineados permite a las personas masticar bien los alimentos, hablar claramente. Los dientes realizan la primera trituración de los alimentos, facilitando así la digestión y el aprovechamiento óptimo</p>	<p>La paciente comprendió la importancia de acudir al dentista de manera regular; ella mejoró su higiene bucal, se colocaron piezas dentarias faltantes y por tanto mejoró su masticación. También aceptó que su alimentación era la causante del reflujo gastrointestinal y por tanto en un lapso de 1 mes cambio sus hábitos alimenticios y mejoraron sus problemas gastrointestinales. Fue satisfactorio observar la mejoría de la paciente; se lograron objetivos planteados.</p>

<p>lado no afectado de la boca.</p> <p>*Acompañar la comida con agua.</p> <p>*Evitar poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando.</p> <p>*Comer sin prisas, lentamente.</p>	<p>de los nutrientes, por lo cual la pérdida de los mismos deteriora la capacidad masticatoria con los consecuentes trastornos digestivos.</p> <p>Puede darse el caso que aún puedan masticar y llevarse el bocado a la boca, pero que requieran ayuda para tener las porciones ya cortadas. Dependiendo de su capacidad para deglutir pueden comer los alimentos en su preparación habitual, o en consistencias más blandas, menos secas. (Dr. Ledesma Heyer, Juan Pablo. Manual de "Curso Intensivo Cuidados Básicos al Adulto Mayor. (2010))</p>	
--	---	--

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Riesgo de deterioro de la función hepática (00178) relacionado con abuso de sustancias, medicamentos hepatotóxicos.

Dominio: 2 Nutrición. Clase: 4 Metabolismo. Página: 182.NANDA 2012-2014

OBJETIVOS

Objetivo general

-Disminuir el deterioro del estado del hígado para evitar complicaciones posteriores.

Objetivos específicos

-Se le orientará a la paciente acerca de las consecuencias del consumo de alcohol en un lapso de 3 días.

-La paciente se concientizará acerca de los riesgos del consumo de alcohol, así como el consumo de medicamentos.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-Control de infecciones: *Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</p> <p>*Fomentar ingesta de líquidos.</p> <p>-Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado:</p> <p>*Administrar un agente de inmunización cuando sea adecuado.</p> <p>*Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.</p> <p>-Enseñanza medicamentos prescritos.</p> <p>*Informar la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</p> <p>*Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada.</p>	<p>El alcohol es más dañino en la mujer que en el varón. Esto se debe a que el volumen de distribución y la actividad de alcohol deshidrogenasa (ADH) gástrica son menores en el caso de las mujeres, mientras que la grasa corporal está incrementada.</p> <p>Las principales lesiones radican en hígado y sistema nervioso. El órgano diana por excelencia es el hígado. El alcohol es un tóxico hepático directo, aunque no haya déficit nutricionales asociados. La primera manifestación de lesión hepática es el hígado graso.</p> <p>La fibrosis hepática puede ser muy precoz, y puede desarrollarse tras una ingesta alcohólica masiva, con una hepatitis alcohólica. (Jorge Manzarbeitia, El alcoholismo, Universidad de Tomuco.(2004)</p>	<p>La paciente comprendió el riesgo que genera el consumir medicamentos que puedan causar daño hepático.</p> <p>Se habló con su médico tratante para reducir la ingesta de estos medicamentos, pero él comentó que eran necesarios para el control de la enfermedad crónica que ella padece, pero se mantiene en vigilancia de efectos tóxicos de la medicación, por tanto se logró el objetivo planteado.</p>

<p>*Evitar y orientar sobre la automedicación.</p> <p>*Enseñar la paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación.</p> <p>*Instruir al paciente acerca de los efectos adversos de cada medicamento.</p> <p>-Manejo de la medicación.</p> <p>*Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización médica.</p> <p>*Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p> <p>*Observar si hay signos de toxicidad de la medicación.</p> <p>*Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas</p>		
--	--	--

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)

relacionado con ingesta de refresco negro manifestado por minimización del cambio en el estado de salud.

Dominio: 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase: 2 respuestas de afrontamiento. Página: 262. NANDA 2009-2011.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Evitar conductas que puedan causar daño a la salud para evitar complicaciones a la misma.

Objetivos específicos

-La paciente omitirá el consumo de refresco negro reemplazándolo por agua de sabor en un lapso de 1 semana.

-La paciente incrementará el consumo de agua de manera regular en un lapso de 1 semana

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-Se sugerirá a los familiares apoyar en la realización de agua de sabor para omitir el consumo de refresco.</p> <p>-Orientación sobre consecuencias del consumo excesivo de refresco negro para la salud.</p> <p>-Apoyo en la toma de decisiones:</p>	<p>Una lata de cola (355 ml) representa aproximadamente 10 cucharaditas de azúcar, lo cual corresponde a tres rebanadas de pan o tres tortillas de maíz.</p> <p>¿Cómo repercute el exceso de azúcar en la salud? No olvidemos que obesidad y diabetes están directamente relacionadas con</p>	<p>Se orientó tanto a la paciente como a los familiares acerca de las consecuencias del consumo de refresco de cola. Ellos aceptaron apoyar para la realización de agua de sabor y disminuir el consumo de este refresco.</p> <p>Mencionan que la paciente redujo la ingesta de este, pero lo sigue</p>

<p>*Apoyar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.</p> <p>*Servir de enlace entre el paciente y la familia.</p> <p>-Facilitar la autorresponsabilidad:</p> <p>*Considerar responsable al paciente de su propia conducta.</p> <p>*Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.</p> <p>*Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.</p> <p>*Comentar las consecuencias de no asumir las responsabilidades.</p> <p>*Fomentar la admisión de malas conductas.</p> <p>*Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.</p> <p>-Acuerdo con el paciente</p> <p>-Apoyo del cuidador principal.</p> <p>-Educación para la salud</p>	<p>consumo desmedido de esta bebida.</p> <p>Además de alterar los niveles de glucosa en sangre y de ser elevados en calorías, los refrescos llegan a provocar anemia, gastritis y a tener un impacto negativo sobre dientes y huesos, ya que eliminan el calcio.</p> <p>(Rudd Center for Food Policy and Obesity. (2012). El refresco y sus consecuencias.. Diciembre 2012, de Universidad de Yale)</p>	<p>haciendo con regularidad; por tanto no se logró el objetivo por completo. Se sigue trabajando en este aspecto para que la paciente adquiera responsabilidad y conciencia sobre las consecuencias a su salud.</p>
--	---	---

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Deprivación de sueño (00096) relacionado con cambio de las etapas de sueño con relación al aumento de edad manifestado por expresión verbal de despertar por la noche varias veces, agitación, somnolencia diurna.

Dominio: 4 actividad/ reposo. Clase: 1 sueño/reposo Página: 219.

NANDA 2012-2014

OBJETIVOS

Objetivo general

-Disminuir las veces que la paciente despierta por las noches por medio de actividades de relajación.

Objetivos específicos

-La paciente mejorará la calidad del sueño por medio de ejercicios previos de relajación en un lapso de 1 semana.

-La paciente evitará despertar por las noches por medio de actividades de enfermería en un lapso de 1 semana.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-La paciente evitará en la medida de lo posible las siestas durante el día.</p> <p>-Tener un estricto horario de sueño por la noche, ir a la cama a la misma hora diariamente así como levantarse a la misma hora.</p> <p>-Realizar antes de dormir un baño con agua tibia para relajarse.</p>	<p>Uno de los cambios esenciales que se producen con la edad es la tendencia a adelantar las horas de acostarse por la noche y despertarse por la mañana. Los adultos mayores suelen despertarse 1,3 horas antes y se acuestan aproximadamente 1 hora antes que los adultos más jóvenes. Los ancianos también muestran más alteraciones del sueño que afectan</p>	<p>Se le propuso a la paciente un patrón de sueño; al principio ella se negaba debido a que refería que duerme a diferentes horas según las actividades domésticas a realizar. Se habló con ella y accedió. Antes de dormir trabajamos la</p>

<p>-Leer un libro o sugerir tejer o realizar una actividad que le agote la vista para así causarle sueño y logre dormir sin despertar.</p> <p>-Fomento del ejercicio.</p> <p>-Programa de ejercicios pasivos y activos:</p> <p>* Masajes</p> <p>* Flexión y extensión de miembros superiores e inferiores.</p> <p>*Caminata 30min. Mínimos diarios.</p> <p>-Recomendar ropa ligera durante las horas de sueño.</p> <p>-Comentar al paciente que ingiera una cena ligera acompañada de un vaso de leche tibia.</p> <p>-Evitar la cafeína, alcohol o tabaco después de la cena.</p> <p>-Aumentar el tiempo completo de exposición a la luz durante el día, estar más tiempo fuera de casa durante la tarde.</p> <p>-Cuidados de la incontinencia urinaria:</p> <p>*Identificar las causas</p>	<p>negativamente a su calidad de vida, a su estado de ánimo y a su nivel de alerta. Por término medio, pueden despertarse seis veces durante la noche. Aunque la aptitud para dormir se ve disminuida, la necesidad de sueño no disminuye con la edad. (Kozier y Erd. Fundamentos de enfermería. (2013) Pearson. Madrid)</p>	<p>rehabilitación y esta le ayudaba a relajarse y por tanto dormía con mayor facilidad. No se practicó ni la lectura ni el tejer debido a que a la paciente no le gustaba. Ésta y otras actividades se llevaron a la práctica, obteniendo así un sueño más reparador para la paciente, por tanto se lograron los objetivos planteados</p>
---	--	---

<p>*Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.</p> <p>*Proporcionar prendas protectoras.</p> <p>-Musicoterapia</p>		
---	--	--

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con rigidez articular, pérdida de la integridad de las estructuras óseas manifestado por cambios en la marcha, limitación de la amplitud de movimientos, uso de dispositivos de ayuda, dificultad para realizar labores domésticas.

Dominio: 4 actividad/ reposo. Clase: 2 actividad/ ejercicio. Página: 226.

NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

Aumentar la movilidad de la paciente para evitar complicaciones asociadas a la rigidez articular y pérdida de las estructuras óseas.

Objetivos específicos

-La paciente incrementará su movilidad posterior a ejercicios terapéuticos y rehabilitatorios en un lapso de 1 mes.

-La usuaria se mantendrá libre de complicaciones posterior a un tratamiento oportuno en un lapso de 4 semanas.

-La paciente mantendrá su movilidad articular idónea posterior a la realización de actividad física en un tiempo de 3 semanas.

-La paciente logrará la realización de labores domésticas posterior a ejercicios rehabilitatorios en manos en un tiempo de 4 semanas.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-Realización de ejercicios pasivos paulatinos en manos y pies.</p> <p>-Hidroterapia en casa.</p> <p>-Aplicación de calor en articulaciones para disminuir rigidez y dolor.</p> <p>-Orientación sobre prevención de caídas así como verificar el uso correcto del dispositivo de ayuda.</p> <p>-Ayuda con el autocuidado.</p> <p>*Considerar la edad de la paciente al promover las actividades de autocuidado.</p> <p>*Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p> <p>*Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo</p>	<p>Los ejercicios pasivos conservan la movilidad y evitan la rigidez articular. (Schoroeder, Steven A. (1991). Diagnóstico clínico y tratamientos. México, D.F.: El manual moderno.)</p> <p>El ejercicio ayuda a disminuir el dolor y la rigidez, mantiene las articulaciones en movimiento, aumenta o mantiene la fuerza muscular y aumenta la resistencia.</p> <p>Son tres los tipos de ejercicios que se usan para ayudar en la artritis:</p> <p>1.-Los ejercicios de elongación o de amplitud de movimiento ayudan a mantener el movimiento de las articulaciones y a aliviar la rigidez.</p> <p>2.-Los ejercicios de fortalecimiento ayudan a mantener o a aumentar la fuerza muscular.</p>	<p>Se trabajó con la paciente en esta área afectada durante un mes, Los familiares brindaron apoyo al adaptar una tina de plástico para realizar la hidroterapia; además con dispositivos caseros, de igual manera se adaptó un gimnasio para que la paciente pudiera realizar rehabilitación articular. Se observó un cambio notorio en la paciente, refiere que disminuyo el dolor articular así como la rigidez, sus movimientos ahora son más amplios, por tanto puede realizar las actividades comunes de la vida diaria. Actualmente</p>

<p>personal, aseo y alimentarse.</p> <p>-Enseñanza: ejercicio prescrito:</p> <p>*Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.</p> <p>*Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.</p> <p>*Enseñar a la paciente a controlar la tolerancia al ejercicio.</p> <p>*Enseñar a la paciente al montaje, utilización y mantenimiento de dispositivos de ayuda.</p> <p>-Fomentar la mecánica corporal.</p> <p>*Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal.</p> <p>*Enseñar al paciente a utilizar la postura y la mecánica corporal para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.</p> <p>-Manejo del dolor.</p>	<p>3.-El ejercicio aeróbico ayuda a mantener la resistencia, a fortalecer el corazón y los pulmones y a disminuir la fatiga.</p> <p>Las personas que sufren de artritis y realizan ejercicios presentan menos dolor y más energía, duermen mejor y realizan sus actividades diarias con mayor facilidad. (American College of Rheumatology (2006) Terapia rehabilitadora)</p> <p>La osteoporosis es una afección en la que los huesos se vuelven quebradizos y frágiles debido a la depleción de calcio. La osteoporosis es frecuente en mujeres mayores y afecta principalmente a las articulaciones de las extremidades inferiores que soportan el peso y a las caras anteriores de las vértebras, lo que provoca fracturas por compresión de las mismas y fracturas de cadera. Todos estos cambios afectan a la postura, la marcha y el</p>	<p>ella continúa con la rehabilitación en casa como le fue enseñada. Se lograron los objetivos propuestos.</p>
---	--	--

<p>*Realizar una valoración exhaustiva del dolor.</p> <p>*Observar signos no verbales de molestias.</p> <p>*Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>*Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.</p> <p>-Terapia de ejercicios: movilidad articular:</p> <p>*Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.</p> <p>*Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.</p> <p>*Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares.</p> <p>*Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.</p> <p>*Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistémica los</p>	<p>equilibrio de las personas mayores.</p> <p>(Kozier y Erd. Fundamentos de enfermería. (2013) Pearson. Madrid)</p>	
--	---	--

<p>ejercicios de rango de movimiento pasivos o activos.</p> <p>*Ayudar la paciente en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, así como desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento.</p> <p>-Prevención de caídas.</p> <p>*Identificar déficits cognitivos o físicos de la paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p>		
--	--	--

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Déficit de autocuidado: baño (00108) relacionado con deterioro articular y esquelético manifestado por expresión verbal de sentir dificultad para bañarse.

Dominio: 4 actividad/ reposo. Clase: 5 autocuidado Página: 249.

NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Contrarrestar la dificultad de la paciente al realizar su aseo personal (baño) para mejorar su higiene.

Objetivos específicos

-La paciente incrementará la frecuencia del baño semanal posterior a los ejercicios rehabilitatorios que se realizarán en un lapso de 3 semanas.

-La usuaria disminuirá su limitación al realizar el baño de regadera en un lapso de 2 semanas.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
<p>-Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.</p> <p>*Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.</p> <p>*Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.</p> <p>*Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios necesarios en el baño.</p> <p>*Facilitar que el paciente se bañe él mismo.</p> <p>*Controlar la integridad cutánea del paciente.</p> <p>*Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</p> <p>-Cuidados de los pies.</p> <p>*Inspeccionar si hay irritación, grietas,</p>	<p>El baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias, estimula la circulación; aporta una sensación de bienestar. (Kozier, Bárbara. Et al. (2004). Fundamentos de enfermería. España: Mc Graw-Hill, Interamericana.)</p> <p>Favorece la relajación, alivia la tensión muscular y estimula la circulación de la sangre.</p> <p>La aplicación de cremas puede ayudar a reducir la resequead. (Potter,(2002))</p> <p>No es necesario que se bañe diariamente. Cada 2 a 5 días puede ser suficiente, depende de la actividad física, las evacuaciones, el clima, la transpiración de la persona.</p> <p>El baño estando la persona sentada es más seguro, se evita el riesgo</p>	<p>Posterior a trabajar con la paciente en los ejercicios rehabilitatorios, mejoró mucho en la amplitud de sus movimientos, por tanto pudo ascender en su autocuidado realizando así de mejor manera las actividades de higiene personal. Se lograron los objetivos propuestos.</p>

<p>lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.</p> <p>*Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente.</p> <p>*Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.</p> <p>*Aplicar loción.</p> <p>*Aplicar polvos absorbentes de la humedad.</p> <p>-Cuidados perianales:</p> <p>*Ayudar con la higiene.</p> <p>*Mantener el periné seco.</p> <p>-Facilitar la autorresponsabilidad.</p> <p>-Mantenimiento de la salud bucal.</p> <p>*Permitir que la paciente realice su higiene bucal, además de brindar apoyo si lo requiere.</p> <p>-Prevención de caídas:</p> <p>*Identificar déficits cognitivos o físicos de la paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un</p>	<p>de caídas. (Dr. Ledesma Heyer, Juan Pablo. Manual de (2010)“Curso Intensivo Cuidados Básicos al Adulto Mayor)</p>	
--	--	--

ambiente dado.		
-Terapia de ejercicios: movilidad articular.		

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Deterioro de la memoria (00131) relacionado con la edad manifestado por olvidar realizar una conducta en el momento programado para ello.

Dominio: 5 percepción/ cognición. Clase: 4 cognición. Página: 273

NANDA 2012-2014.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Disminuir la pérdida progresiva de la memoria para evitar problemas relacionados con la misma.

Objetivos específicos

-Evitar en la paciente la pérdida total de la memoria por medio de realización de ejercicios de fortalecimiento de la misma en un lapso de 3 semanas.

-Identificar en la paciente lo que le genera mayor dificultad de recordar y trabajar en ello en un lapso de 2 semanas.

Intervenciones (NIC)	Fundamentación	Evaluación
-Entrenamiento de la memoria. *Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico que se haya experimentado.	La pérdida de la memoria a corto o largo plazo ejerce un efecto debilitante sobre la calidad de vida de una persona mayor y pone bajo presión a sus seres	Este objetivo no se logró debido a que la paciente se negó a realizar actividades para ejercitar la memoria.

<p>*Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.</p> <p>*Recordar experiencias pasadas con la paciente.</p> <p>*Llevar a cabo técnicas de memoria como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, realizar listas.</p> <p>-Estimulación cognitiva:</p> <p>*Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.</p> <p>*Presentar los cambios de manera gradual.</p> <p>*Orientar respeto al tiempo, lugar y persona.</p> <p>*Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificados.</p> <p>*Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.</p> <p>-Apoyo emocional.</p> <p>-Terapia de relajación:</p> <p>*Mantener contacto visual con el paciente.</p>	<p>queridos y familiares.</p> <p>A partir de los 50 años empieza a disminuir la capacidad de memoria y aprendizaje. Se incrementa la tasa de olvido y disminuye la capacidad de adquirir nueva información. El deterioro de la memoria en el proceso de envejecimiento normal es lento, mientras que en un envejecimiento afectado por demencia, este deterioro es rápido. Durante el envejecimiento es posible preservar ciertas facultades como el vocabulario, el lenguaje fonológico, la sintaxis, el lenguaje escrito y la organización visual. Sin embargo, se debilitan los sentidos, las reacciones, el aprendizaje, la atención dividida, la retención de nombres, el procesamiento y la codificación de la memoria secundaria. (Lic. Ángela Trigoso, Adulto mayor (2001) Universidad Veracruzana, México)</p> <p>La memoria de los adultos mayores sanos suele estar preservada para material relevante, bien aprendido, pero disminuye su capacidad de procesar información nueva. La presentación</p>	<p>Se continúa trabajando en ello, buscando nuevas estrategias que sean de interés a la paciente.</p>
--	---	---

<p>*Eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad.</p>	<p>más lenta de nueva información ayuda a los adultos mayores normales; los tips les ayudan a recuperar de manera más eficaz información de la memoria reciente. (Dr. Juan Pablo Ledesma Heyer.(2010) Manual de "curso intensivo cuidados del adulto mayor")</p>	
--	--	--

CONCLUSIÓN

La vida pasa por diferentes etapas en la vida: niñez, juventud, adulto joven y adulto mayor. Cada una de ellas tiene diferentes momentos, experiencias y enfermedades.

Las patologías del adulto mayor son muy precisas y minuciosas, por tanto para tratarlas se necesita de conocer dicha patología, así como al paciente que las padece.

De la misma manera al realizarlo obtuve un aprendizaje sobre el esfuerzo que implica planear, ejecutar e integrar un trabajo formal como lo es un “proceso de atención de enfermería”. Durante la realización del mismo me percaté que realmente es un trabajo que requiere de sistematización, de validación de datos con el paciente, el aprendizaje mutuo basándome en los problemas reales que se viven desde la perspectiva del paciente, familiares, entorno y enfermera.

Los resultados logrados fue que se dio resolución a 7 necesidades afectadas, de las cuales se obtuvieron 10 diagnósticos de enfermería, entre los que se encuentran 8 reales y 2 de riesgo.

Al comparar la literatura consultada con los síntomas que tenía mi paciente así como la evolución de su enfermedad, me pude percatar que no siempre la literatura realiza especificaciones, si no que cada paciente es diferente y reacciona de manera diferente a la misma patología, por tanto es importante la labor de enfermería al conocer al paciente y ayudarlo a resolver sus necesidades afectadas.

Fue muy grato para mí trabajar con ella durante este tiempo, aprendí mucho de esta paciente y de sus patologías, al igual que ella de mí, le aporté conocimientos que le han servido para su vida diaria, para mejorar el estado de salud así como mantenerla de la mejor manera posible evitando complicaciones a la misma.

Todo el tiempo que se trabajó con ella, se mostró interesada y cooperadora en todas las actividades propuestas para la mejora y mantenimiento de su salud.

Existió una interacción paciente- enfermera en la cual la paciente exponía todas sus dudas, comentarios e inconformidades relacionadas a su terapia.

Sin duda alguna volvería a realizar este trabajo con más personas para ayudar a mejorar la salud, así como mantenerla de la mejor manera posible, y sobre todo con los adultos mayores, ya que ellos son los que necesitan más de nuestro apoyo porque sus capacidades se van perdiendo con la edad y necesitan sentirse útiles y autosuficientes para realizar las actividades diarias de su vida.

SUGERENCIAS

- La vejez es una de las últimas etapas de la vida en la que existen muchos cambios en todos los sentidos, por tanto se debe de dar apoyo a los ancianos para tener una calidad de vida.
- Implementar en las escuelas de enfermería la materia de geriatría para aprender a cuidar de manera adecuada a los adultos mayores y brindar un cuidado de calidad.
- Fomentar la especialidad en geriatría para garantizar que la enfermera este capacitada para brindar los cuidados adecuados a los adultos mayores.
- Concientizar a las generaciones jóvenes sobre la importancia de los adultos mayores en la sociedad y tratarlos con respeto.
- Proponer la aplicación de un proceso de atención de enfermería a un asilo de adultos mayores en la ciudad de Zamora Michoacán.
- Mejorar el trato en las instituciones de salud por parte del personal que ahí labora hacia los adultos mayores.
- Realización de un plan de alta.

FUENTES CONSULTADAS

- 1) M. Dillón, Patricia. Valoración clínica en enfermería. Mc Graw Hill. Segunda edición. México 2008.
- 2) Rodríguez García, J.L. et al. Diagnóstico, tratamiento médico. Marbán. Madrid España 2009.
- 3) Schoroeder, Steven A. Diagnóstico clínico y tratamientos. Editorial El manual Moderno S.A. de C.V. México D.F. 1991.
- 4) Farreras- Valentí, Pedro. Medicina Interna. Editorial Marín S.A. Barcelona 1967. Tomo II.
- 5) Farreras- Rozman. Medicina Interna. Elsevier. Décimo quinta edición. Madrid España. Volumen I.
- 6) Dr. Ledesma Heyer, Juan Pablo. Manual de "Curso Intensivo Cuidados Básicos al Adulto Mayor.
- 7) Directiva de AENTD. NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2009-2010. Elsevier. España 2010.
- 8) Directiva de AENTD. NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier. España 2014.
- 9) Tortora J. Gerard, Derrickson Bryan. Principios de anatomía y fisiología. Editorial médica panamericana. Madrid España 2006.
- 10) Secretaría de salud. Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. México D.F. 2011.
- 11) Dr. Eric Ruderman, Dr. Siddharth Tambar. Artritis reumatoidea. Comisión de Marketing y Comunicaciones del Colegio Estadounidense de Reumatología. ©2012 American College of Rheumatology. Actualizado agosto 2012. En: <http://www.rheumatology.org>

- 12) Universidad mayor Temuco. Modelo de Virginia Henderson. Actualizado septiembre 2009. En: <http://enfermeriatravesdel tiempo.blogspot.mx/2009/09/virginia-henderson.html>
- 13) El cuidado. Virginia Henderson. Actualizado junio del 2013. En: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx/2012/06/virginia-henderson.html>
- 14) Lic. Fernández Sánchez, Néstor. El adulto UNAM. Actualizado junio 2011.. En <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/021123224856-EL.html>
- 15) Algunos cambios asociados al envejecimiento. En: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CambioEnvejec.pdf>
- 16) Lipsky P. Rheumatoid Arthritis. Harrison's principles of internal medicine. McGraw Hill. 15th edition. 2001
- 17) Canoso JJ. Rheumatology in primary care. Ed. WB Saunders. Philadelphia. 1997
- 18) Matteson EL. Current treatment strategies for rheumatoid arthritis. Mayo ClinProc 2000
- 19) Dra. García Vargas, Marianela. Dra. Quesada M. María Soledad. Artritis reumatoide, fisiología y tratamiento. CIMED. Universidad de Costa Rica. Marzo 2004. En: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed4.pdf>
- 20) Freire González Mercedes, et al. Artritis reumatoide. Guías clínicas 2004. En: http://www.institutferran.org/documentos/Ar_fisterra.pdf
- 21) Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide en el adulto, evidencias y recomendaciones. IMSS.CENETEC. México D.F.

En:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/195_ARTRITIS_REUMATOIDE/Artritis_reumatoidE_EVR_CENETEC.pdf

- 22) Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide del adulto. Guía práctica clínica GPC. IMSS. En: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/195GRR.pdf>
- 23) Méndez Rodríguez, Alexis. Artritis reumatoide. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. En: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art24.pdf>
- 24) Dr. Luigi Gabrielli. Dr J.A. Rodríguez. Osteoporosis. En: <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/pdf/Osteoporosis.pdf>
- 25) ¿Qué es la osteoporosis? Sociedad Española de Reumatología. En: <http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Folletos/21.pdf>
- 26) Pérez Cepeda, Mario Ulises. Osteoporosis. Instituto de geriatría. En: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/20.pdf>
- 27) Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Actualización 2010. En: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_osteoporosi_aatrm2010_vcompleta.pdf
- 28) David Daniel Moreno. Arturo Michel Pérez Salazar. Causas y consecuencias del tabaquismo. Universidad Justo Sierra. Actualizado 2010. En: http://www.justosierra.com/revista_jeroglifos/pdf/Tabaquismo.pdf

- 29) Suárez Parga. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: tratamiento. Sistema nacional de salud 1999. En: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>
- 30) Gloria M. Bulechek. Joanne M. Dochterman. Howard K. Butcher. Cheryl M. Wagner. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier. España 2014. 6ª edición.
- 31) Rosales Barrera, Susana. Reyes Gómez, Eva. Fundamentos de enfermería. Manual Moderno. Tercera edición. México D.F. 2004
- 32) Rudd Center for Food Policy and Obesity de la Universidad de Yale. El refresco y sus consecuencias. México, D.F. 2012. En: <http://alianzasalud.org.mx/2012/12/el-refresco-y-sus-consecuencias/>
- 33) The arthritis reumatoidea. Arthritis Foundation National. Atlanta, GN, 2008. En: <http://www.arthritis.org/espanol/ejercicio/>
- 34) Universidad veracruzana. México, 2012. En: <http://www.uv.mx/personal/blfernandez/files/2011/04/PROCESO-DE-ENFERMERIA-AUTOR-LORENA-RL1.pdf>
- 35) Kozier, Bárbara. Et al. Fundamentos de enfermería. Mc Graw-Hill, Interamericana. España 2004
- 36) Kozier y Erd. Fundamentos de enfermería. Pearson. Madrid España, 2013, volumen II.

ANEXOS

Revaloración

Después de haber trabajado con la paciente durante 4 meses y haberse logrado los objetivos planteados al inicio de este trabajo, se dejó de tratar a la paciente por parte de enfermería.

A un año de que se aplicó este proceso enfermero, se le realizó una breve revaloración a la paciente para darnos cuenta de su estado de salud actual; esto se hizo por medio de la entrevista tanto directa como indirecta.

La paciente refiere que después de haber trabajado con ella mejoró su salud, aprendió buenos hábitos y se siente mucho mejor.

Nos hace mención que hace un par de meses viajó a Estados Unidos, donde permaneció 5 meses y a pesar de que ahí se tienen costumbres diferentes tanto en alimentación como estilos de vida, así como clima, su salud se mantuvo en buenas condiciones debido a que gracias a lo que aprendió, siguió cuidando su salud de la mejor manera posible y hace referencia que su sueño fisiológico ya no presenta alteraciones.

Se puede observar que la paciente tiene mejor amplitud en sus movimientos, así como mejora en la deambulación.

Eliminó la incontinencia urinaria que padecía, pero se puede observar que le falta una pieza dentaria, a un que menciona que esta no le afecta para el proceso de masticación.

Los familiares nos comentan que sigue con el consumo de refresco negro, por tal motivo ellos piden apoyo para trabajar nuevamente con la paciente.