



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA, AC INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A USUARIO CON  
PARKINSON Y ARTRITIS REUMATOIDE CON ALTERACIONES EN LA  
MOVILIDAD E HIGIENE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: ISIDRO GONZALEZ ARZATE

Nº DE CUENTA: 404528685



ASESORA: L.E.O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN

SEPTIEMBRE 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **DEDICATORIA**

A **JEHOVÁ** le agradezco por darme la vida y por darme la oportunidad de servirle cada día y por permitirme permanecer dentro de su organización cristiana compuesta por personas que se esfuerzan por cumplir con su voto inicial y de las cuales he recibido su apoyo y amistad.

Quisiera expresar agradecimiento a mis padres que amorosamente y con gran esfuerzo hicieron posible que terminara con mis estudios, les agradezco sus esfuerzos, su confianza, su apoyo, y a pesar de no tenerlos cerca de mí les agradezco sus cuidados y consejos. Gracias...

A mis hermanos les digo que todo se puede cuando uno se lo propone y sin importar cuanto tiempo uno se tarde siempre se obtienen resultados. Gracias por su apoyo ya que en momentos de soledad he recibido de ustedes una llamada o un mensaje alentándome y haciéndome saber su cariño...

Gracias para aquellas personas que han tenido parte en mi formación académica los cuales no solo han templado y forjado mi profesión sino también mi carácter, a ellas vayan las gracias también.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>Dedicatoria</b> .....   | 3  |
| <b>Introducción</b> .....  | 4  |
| <b>Justificación</b> .....   | 5  |
| <b>Objetivos</b> .....   | 6  |
| <b>Metodología</b> .....   | 7  |
| <b>Marco teórico</b> .....   | 8  |
| <b>Enfermería</b> .....  | 8  |
| <b>Proceso de atención de enfermería</b> .....   | 13 |
| Valoración.....  | 14 |
| Diagnostico.....   | 16 |
| Planeacion.....  | 17 |
| Ejecución.....   | 20 |
| Evaluación.....  | 20 |
| <b>Modelo conceptual de virginia Henderson</b> .....   | 21 |
| 1. Función de enfermería.....  | 22 |
| 2. El modelo conceptual.....   | 22 |
| 3. Elementos fundamentales del modelo.....   | 23 |
| 4. La intervención de la enfermera.....  | 24 |
| 5. Conceptos.....  | 24 |
| <b>Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el proceso de Atención de Enfermería</b> ..... | 28 |
| 1. Valoración.....   | 29 |
| 2. Diagnostico enfermero.....  | 29 |
| 3. Planeacion.....   | 30 |
| 4. Ejecución.....  | 31 |
| 5. Evaluación.....   | 31 |
| <b>Parkinson</b> .....   | 32 |
| Etiología.....   | 32 |
| Síntomas.....  | 33 |
| Tratamiento.....   | 34 |
| <b>Artritis reumatoide</b> .....   | 36 |
| Etiología.....   | 37 |

|  |           |
|--|-----------|
| Diagnostico.....   | 37        |
| Tratamiento.....   | 37        |
| <b>Valoración de enfermería de las 14 necesidades.....</b>             | <b>39</b> |
| <b>Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería.....</b> | <b>49</b> |
| <b>Plan de cuidados .....</b>  | <b>51</b> |
| <b>Plan de alta.....</b>   | <b>71</b> |
| <b>Conclusión.....</b>   | <b>76</b> |
| <b>Propuesta de trabajo.....</b>                                       | <b>77</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>   | <b>78</b> |
| <b>Anexos.....</b>   | <b>80</b> |



## INTRODUCCIÓN

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual».

Actualmente la enfermería en nuestro país al igual que en el resto del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, conciente de que el origen de los cuidados inicialmente brindados son predominantemente empíricos, su quehacer dista de ser un mero oficio dado que posee una firme ideología de trabajo. En ese sentido la enfermería requiere de una redefinición que deje en claro su contribución como profesión en la salud de la población, fundamentada teórica y científicamente y regida por los organismo rectores de enfermería que promuevan hacia la reflexión de practicas seguras y con ello la posibilidad de disminuir complicaciones en el paciente.

El personal de enfermería en su práctica diaria, realiza diversas acciones específicas de su competencia con el propósito de brindar apoyo terapéutico necesario para contribuir al restablecimiento de la salud; dichas acciones deben estar establecidas y sustentadas teórica y científicamente para brindarle seguridad al paciente que recibe el cuidado enfermero.

Para realizar técnicas o acciones específicas, el profesional de enfermería debe conocer la normatividad local, nacional e internacional del procedimiento y respetar los pasos mínimos establecidos para evitar complicaciones al paciente y contribuir a su pronta recuperación, por lo que esta obligado a consultar permanentemente los lineamientos establecidos en la literatura para cada procedimiento a realizar.

Durante este trabajo se muestran y explican de forma breve y simplificada los elementos conceptuales de Virginia Henderson incluidas las 14 necesidades para la valoración, diagnostico y ejecución de las actividades en pro de la atención al usuario.

## **JUSTIFICACIÓN**

Mediante la aplicación del proceso de atención enfermero y siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson cuya teoría esta basada en las necesidades y el desarrollo humano, pretendo poner en practica una serie de cuidados enfocados en pacientes con problemas físicos degenerativos, cuya finalidad no es únicamente el mejorar la discapacidad sino que va mas allá mejorar su estado de animo, autoestima y perspectivas futuras.

Mediante este trabajo pretendo poner en práctica mis conocimientos y a la vez mostrar como se puede visualizar al cliente como un ser holístico y al mismo tiempo verlo como un ser único e individual, identificando sus necesidades y la forma de cubrirlas lo cual contribuirá a prestar mejores cuidados enfermeros a todo tipo de pacientes.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

Proporcionar atención y cuidados holísticos al usuario basados en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y siendo prestados mediante el proceso enfermero con sus cinco etapas.

### **Objetivos Específicos.**

- Se realizara la valoración de enfermería de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson y a guías preparadas para ello.
- Se Construirán los diagnósticos de enfermería a partir de los datos objetivos y subjetivos que presente el paciente, definiendo el tipo de diagnóstico: de salud, real, potencial o de riesgo.
- Priorizar las necesidades y los factores que pongan en riesgo la salud del cliente, jerarquizando los diagnósticos de enfermería, y brindando atención específica y oportuna de acuerdo a sus necesidades.

## **METODOLOGÍA**

Para la elaboración de este trabajo se aplicó fielmente la metodología del proceso de enfermería como un recurso que asegura al profesional la sistematización del cuidado, la individualización del mismo y el abordaje holístico en cada una de las etapas del proceso.

Este trabajo se realizó con estricto apego al método que establece el proceso de enfermería el cual es sistemático conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados. (Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

La valoración se realizó mediante la aplicación de una guía de valoración con base en las catorce necesidades de Virginia Henderson, la de KATZ, que evalúa las actividades básicas de la vida diaria; la de LAWTON, hace referencia a las actividades instrumentadas de la vida diaria; la escala de TINNETI, que evalúa marcha y balance.

Los cuidados proporcionados conducen a prevenir, tratar y reducir la dependencia e incapacidad, se realizaron los cuidados tomando en cuenta la actitud y las condiciones presentes del cliente, Por último se elaboraron las conclusiones basadas en la evaluación final de los cuidados proporcionados.

## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES

#### ENFERMERÍA

“En la prehistoria el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado, sin embargo con el abandono de la vida nómada y la consolidación del sedentarismo se establece la división del trabajo. A partir de esto las mujeres se dedicaron al hogar, al cuidado de los hijos, de los ancianos y enfermos, al cultivo de las plantas, y al cuidado de los animales”<sup>1</sup>.

A lo largo de toda la historia los líderes de “la enfermería se han referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia. Sin embargo, en este contexto el arte es algo más que un concepto lineal y estático. Supone un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo. La historia de la enfermería que se ha representado a través del arte muestra sus aspectos más valiosos: cuidado y entrega. El cuidado es la esencia de la enfermería: cuidado por, cuidado de, cuidado hacia... nadie podrá captar jamás totalmente el verdadero arte o el espíritu de la enfermería. ¡Ambos desafían a la expresión!”<sup>2</sup>

Las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el “Titulo de Enfermera” hasta 1915, (Real Decreto de 21 de Mayo de 1915 sobre la formación de la enfermera).

La necesidad de contar con teorías de la enfermería y poderlas desarrollar fueron cuestiones destacadas en la década de los 70. La enfermería comienza a ser reconocida como una ciencia legítima, aunque sigue siendo necesario un impulso continuado para alcanzar esta meta. Los esfuerzos unidos de las estudiantes y de las practicantes de la enfermería son indispensables para poder identificar la base de conocimientos de la enfermería y formular una teoría o teorías que sustancien la práctica profesional.

En enfermería hay 3 paradigmas que han marcado el desarrollo:

---

<sup>1</sup> El historiador frente a la historia, corrientes historiográficas actuales. Horacio Crespo, Enrique Florescano, Universidad nacional Autónoma de México 1992, Pág. 47

<sup>2</sup> Ibidem

### 1.-Categorización:

Este paradigma coincide con la época de Nightingale 1900-1950. Separa fenómenos en partes y establece las relaciones de las partes como causa-efecto.

La persona es un conjunto de órganos, aparatos y sistemas.

El entorno es el medio ambiente físico, próximo a la persona.

Salud es el opuesto a la enfermedad.

Los cuidados se basan en hacer por la persona aquello que no puede hacer.

Algunos identifican a F. Nightingale como la primera teórica de la enfermería.

Fue la primera persona que definió y describió la enfermería en sus Notas sobre enfermería

### 2.-Integración:

Se inicia en 1950. La persona es un ser biopsicosocial y espiritual. Las dimensiones aún se contemplan por separado. La Salud es adaptación al medio, bienestar físico social y mental. El entorno es el medio físico, social y cultural de la persona. No hostil. Puede tener influencia sobre la persona y ésta sobre el entorno. Los cuidados consisten en hacer por la persona y con la persona.

### 3.-Transformación:

Se inicia en 1980. Simultaneidad persona-entorno. Paradigma holístico. La salud es la armonía de la persona consigo misma y con el universo. El entorno es el cosmos.

Dentro de las teóricas más sobresalientes se encuentran las de Dorotea Orem y Hildegarde Peplau:

**Dorotea Orem:** nació en Baltimore y se educó con las hijas de la caridad de San Vicente de Paúl, se graduó en 1930. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre si:

- a) **Teoría del Autocuidado:** en la que explica el concepto de Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de Autocuidado:

- Requisitos de cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social.
  - Requisitos de Autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano.
  - Requisitos de Autocuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculadas a los estados de salud.
- b) Teoría del déficit de Autocuidado:** en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el Autocuidado o el cuidado dependiente.
- c) Teoría de los sistemas de enfermería:** en la que se explican los modelos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.
- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suple al individuo.
  - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados.
  - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de Autocuidado.

**Orem** define el objetivo de la enfermería como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de Autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

**Concepto de persona:**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su Autocuidado.

**Concepto de salud:**

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

### **Concepto de enfermería:**

Enfermería es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su Autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de Autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

**Hildegarde Peplau:** nació en Pensilvania, colaboro en el desarrollo del campo de la enfermería siquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Su fuente teórica la centro en la biología y en las ciencias conductuales, y evoluciono en la teoría de las relaciones interpersonales en enfermería, ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el proceso interpersonal. Para Peplau la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.

Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptuar el proceso de interrelación personal: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrollo un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

### **Definición de la relación enfermera – paciente:**

Descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

1. Orientación: el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
2. Identificación: la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar ala paciente a sobrellevar la enfermedad.
3. Aprovechamiento: el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
4. Resolución: las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

### **Concepto de persona**

El hombre es un organismo que vive en equilibrio.

### **Concepto de salud**

Palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

### **Concepto de entorno**

Las fuerzas existentes fuera del organismo y en contexto de la cultura.

La investigación de enfermería es nueva y antigua a la vez. A Florence Nightingale se le considera como la primera investigadora de enfermería por que sus reformas en la profesión se basaron en una investigación cuidadosa. El liderazgo dentro del campo de la investigación de enfermería pronto fue asumido por Isabel M Stewart, mujer intrigada por los estudios del tiempo y movimiento para mejorar la eficacia de la economía industrial y doméstica. Miss Stewart creía firmemente que las estudiantes debían recibir una orientación para la investigación, y ella misma las hacía participar en estudios y proyectos que estaban en curso o necesitaban ser investigados.

El valor de la investigación de enfermería se irá haciendo cada vez más importante conforme la enfermería siga avanzando hacia la condición de profesión y de excelencia de ejecución. La investigación tendrá como resultado el asentamiento de la calidad de los cuidados. Las formas más eficientes y eficaces de la enfermería se pueden identificar a través de la investigación.

La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

**Diagnóstico** de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

**Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

**Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

### **Los objetivos**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.
- 

## **VALORACIÓN**



Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

**En la recogida de datos necesitamos:**

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos.
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

**Tipos de datos a recoger:**

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

**Métodos para obtener datos:**

**A) Entrevista Clínica:**

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son: 1) obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados. 2) Facilitar la relación enfermera/paciente. 3) Permitir al paciente

informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y 4) Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

### **B) La observación:**

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

### **C) La exploración física:**

Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

### **Validación de los datos**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

### **Organización de los datos**

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

### **Documentación y registro de la valoración**

Es componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son: constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad. Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad. Prueba de carácter legal. Permite la investigación en enfermería.

## **DIAGNÓSTICO**

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación.

### **Tipos de diagnósticos:**

Pueden ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. Consta de “tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico”<sup>1</sup>.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

---

<sup>1</sup> Valoración 14 necesidades Virginia Henderson, E.C salud Málaga. Departamento de enfermería, Antonio Benítez Leiva, enfermero. Prof. Asociado Medico Quirúrgica II. Enfermería U.M.A Málaga febrero 2002.

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

## **PLANEACION**

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

**Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

**Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles.

**Elaboración de las actuaciones de enfermería,** determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

### **Documentación y registro**

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede

conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

### **Planteamiento de los objetivos**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema. Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

### **Objetivos de enfermería**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

A encontrar sus puntos fuertes,

A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que “la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad”.<sup>2</sup>

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

### **Objetivos del cliente/paciente**

---

<sup>2</sup> Guía de Práctica Clínica cuidados críticos de enfermería, Marian Tapia Bello. Directora de Enfermería. Edita Hospital Txagorritxu. Mayo 2004. pp. 264.

Los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o.

Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería**

Es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

### **Tipos de planes de cuidados**

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto.
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados.

### **EJECUCIÓN**

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar. Y comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- 1) El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- 2) El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- 3) El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

“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. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería”<sup>1</sup>.

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

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

### 1. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

*"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico"*<sup>2</sup>.

Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

---

<sup>1</sup> Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm)

<sup>2</sup> Guía de Práctica Clínica cuidados críticos de enfermería, Marian Tapia Bello. Directora de Enfermería. Edita Hospital Txagorritxu. Mayo 2004. pp. 264.



## **2. EL MODELO CONCEPTUAL**

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.

La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

## **3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO**

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos. La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

a) Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz.

La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

#### **4. LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA**

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

#### **5. CONCEPTOS**

En este apartado se incluye la definición de las necesidades, los cuidados básicos, la independencia, la autonomía, el agente de la autonomía asistida, los datos de dependencia y los datos que deben considerarse.

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

- Persona:

“Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales”<sup>3</sup>.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita

---

<sup>3</sup> García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.

fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

“La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia”

<sup>4</sup>.

- Rol profesional:

Acciones que lleva a cabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente. (Marriner, 1999)

Henderson identificó tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una independencia a la práctica independiente.

- a) Sustituta del paciente: En estado de enfermedad grave la enfermera se considera como un sustituto de las necesidades del paciente para sentirse íntegro o independiente.
- b) Auxiliar del paciente: Lo ayuda para adquirir o recuperar su independencia.
- c) Compañera del paciente: Imparte educación al paciente y a la familia logrando así una relación importante con el paciente. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible.

### **Las necesidades humanas**

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los

---

<sup>4</sup> Guía de Práctica Clínica cuidados críticos de enfermería, Marian Tapia Bello. Directora de Enfermería. Edita Hospital Txagorritxu. Mayo 2004. pp. 264.

cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

### **Las 14 necesidades**

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad.

Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

### **Cuidados básicos**

Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonadas y teóricamente sólidas, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

### **Concepto de independencia**

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

### **Concepto de dependencia**

Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

### **Autonomía**

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

### **Agente de autonomía asistida**

Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

### **Diferencia entre falta de autonomía y falta de fuerza**

La diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

### **Manifestaciones de independencia**

Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida.

Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

### **Manifestaciones de dependencia**

Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

### **Datos que deben considerarse**

Son aquellos datos que son relevantes para el cuidado. Estos datos pueden referirse tanto al usuario como al entorno, y varían de una persona a otra. Por ejemplo: preferencias alimentarias cuando está ingresado y debe de introducir cambios en su dieta.

## **RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

“El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en este caso es el de V. Henderson”<sup>1</sup>.

### **1. VALORACIÓN**

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

### **2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO**

En el diagnóstico: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula “relacionado con” (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos “manifestado por” (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990.

El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

#### **Problemas con relación a la autonomía**

Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas, así como la carencia de un cuidador. La falta de capacidad puede ser debido a la edad, o por pérdida temporal debido a una enfermedad. La enfermería tiene una función de suplencia o ayuda para cubrir las necesidades del usuario.

---

<sup>1</sup> Guía de Práctica Clínica cuidados críticos de enfermería, Marian Tapia Bello. Directora de Enfermería. Edita Hospital Txagorritxu. Mayo 2004. pp. 264.

## **Problemas con relación a la independencia**

Pueden dividirse en:

- Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.
- Diagnósticos de salud. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

## **Problemas de colaboración**

Son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico.

Dependen principalmente de la patología del paciente, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como, de la evolución de la situación patológica. Se presentan con pocas variaciones entre unos enfermos otros que se encuentran en la misma situación. Estos problemas son más fáciles de estandarizar. Es importante consensuar con los médicos cuales son las complicaciones más frecuentes relacionadas con estas situaciones patológicas, su diagnóstico y su tratamiento y también las actividades de prevención y control más indicadas.

La enfermería es plenamente responsable de su actuación aunque la responsabilidad del resultado final recae sobre el médico. Para nombrar estas situaciones es necesario utilizar la terminología médica que describe las alteraciones de la homeostasis biológica.

Pueden tratarse de problemas ya existentes o reales (HI) o pueden referirse a complicaciones potenciales (CP) para indicar que el problema aún no existe y hay que vigilar o prevenir si es posible.

## **3. PLANIFICACIÓN**

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.



Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas.

Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quien es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.

En los problemas con relación a la independencia se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

Objetivos: Reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de las intervenciones, y son distintos si se tratan de problemas reales de riesgo o de salud.

Determinación de intervenciones y actividades: Se deben consensuar con el usuario/familia y variarán en función del tipo de problemas de que se trate.

#### **4. EJECUCIÓN**

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

#### **5. EVALUACIÓN**

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados. Al igual que sucedía en la etapa de valoración,

durante la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera, y permite determinar el grado de consecución de objetivos propuestos a fin de determinar, la actuación que debe seguirse.

## **PARKINSON**

La **enfermedad de Parkinson** es una enfermedad neurodegenerativa que se produce por la pérdida de neuronas característicamente en la sustancia negra y en otras zonas del cerebro. La afectación de esta estructura ocasiona la aparición de los síntomas más típicos de la enfermedad. Es un trastorno propio, por lo general, de personas de edad avanzada, aunque existen formas de inicio juvenil, caracterizado por la bradicinesia (lentitud de los movimientos voluntarios), acinesia (ausencia de movimiento), rigidez muscular y temblor.

### **Descripción**

Esta enfermedad fue descrita en 1817 por el médico británico James Parkinson. El mismo autor dio una descripción muy completa sobre el mismo proceso: "Movimientos temblorosos con disminución de la fuerza muscular, en zonas que no están en actividad e incluso cuando se les ayuda; propensión a inclinar el tronco hacia delante y a pasar de la marcha a la carrera, mientras que los sentidos y el intelecto permanecen inalteradas"<sup>1</sup>.

El elemento principal que constituye la base fisiopatológica de la enfermedad es una reducción de los impulsos dopaminérgicos desde la sustancia negra al estriado, lo que origina un incremento en la excitación del Núcleo Subtalámico y el Globos Pálido interno, provocando la inhibición del tálamo sobre la corteza cerebral dopaminérgica de la sustancia negra es desconocida. Se ha postulado un incremento del estrés oxidativo, excitotoxicidad, alteraciones del funcionamiento mitocondrial y apoptosis, aunque ninguno de ellos justifica por si solo el desarrollo de la enfermedad.

**Datos epidemiológicos.** La presencia de la EP se incrementa con la edad. La edad media de comienzo es de 62.4 años, es muy rara por debajo de los 30 años, y solo el 4-10 % de los casos aparecen antes de los 40 años. Su incidencia es de 18-20.5 por 100.000 habitantes /año siendo esperable un incremento en los próximos años. No existen diferencias por sexos, razas, entre otros factores, atribuyendo la discordancia en las cifras recogidas a cuestiones puramente metodológicas.

---

<sup>1</sup> Enfermedad de parkinson. Perspectivas. JOSÉ A. OBESO M.C. Rodríguez- Oroz I. Zamarbide. Área de Neurociencias. Clínica Universitaria y Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

## **Etiología**

Otros científicos han sugerido que la enfermedad de Parkinson puede ocurrir cuando una toxina externa o interna destruye selectivamente las neuronas dopaminérgicas. Un factor de riesgo ambiental tal como la exposición a pesticidas, o una toxina en el suministro de alimentos, es un ejemplo de la clase de desencadenante externo que pudiera, hipotéticamente, ocasionar la enfermedad de Parkinson. La EP se caracteriza clínicamente por su inicio focal, afectando principalmente una extremidad, con formas de presentación diversas. Entre éstas destacan el temblor de reposo, la lentitud en la realización de actividades manuales, el proceso neurodegenerativo que caracteriza a la enfermedad de Parkinson progresa lentamente. Se ha calculado un empeoramiento en unos cinco puntos de por año en la Escala Unificada de valoración clínica de esta enfermedad

(UPDRS=Unified Parkinson Disease Rating Scale).

## **Síntomas**

- Rigidez muscular.
- Temblor que puede ser de diferentes intensidades.
- Hipocinesia.
- Dificultad al andar.
- Cara de pez o máscara, por falta de expresión de los músculos de la cara.
- Bradicinesia.
- Acatisia.
- Voz de tono bajo y monótono.
- Dificultad para escribir, para comer o para movimientos finos.
- Estreñimiento.
- Depresión, ansiedad, atrofia muscular.
- Dolor testicular.
- Dolor abdominal.

## **Tratamiento**

Las bases de los tratamientos actuales están enfocadas a obtener una mejoría sintomática (15), Tratamiento sustitutivo/sintomático, farmacológico ó quirúrgico. No existe ningún tratamiento preventivo definitivo capaz de interferir con los mecanismos fisiopatológicos que originan la enfermedad.

### **a) Tratamiento no farmacológico**

El abordaje no farmacológico del paciente con EP, debe incluir la educación-información del mismo, medidas de soporte, con valoración de las necesidades emocionales, puesta en contacto con grupos de apoyo, consejos profesionales sobre todo de médicos y psiquiatras, así como consejos legales, financieros y laborales.

El ejercicio físico debe ser aeróbico, de bajo consumo energético, y en cuanto a la nutrición es aconsejable una dieta equilibrada incluyendo todo tipo de comida, rica en fibra y fluidos para evitar el estreñimiento, con restricción de proteínas sólo en estadios avanzados.

### **b) Tratamiento farmacológico**

El tratamiento es habitualmente farmacológico, y aunque todavía existen controversias con respecto a cuando y como iniciar el mismo, sigue siendo la *levodopa* el tratamiento más eficaz, especialmente en cuanto a la bradicinesia y la rigidez. En general se acepta iniciar la terapia antiparkinsoniana cuando los síntomas interfieren en la realización de las tareas habituales, teniendo en cuenta la edad, situación laboral, tipo de trabajo desarrollado por el paciente o si el lado afecto es el dominante. Habitualmente en pacientes mayores de 70 años, el tratamiento se inicia directamente con l-dopa; así la mayoría de los neurólogos sugieren que, salvo contraindicaciones, por debajo de esta edad se inicie tratamiento con *agonistas dopaminérgicos* solos ò con bajas dosis de l-dopa. Estos fármacos actúan estimulando directamente los receptores postsinápticos, obteniendo un aceptable efecto sintomático y retrasando la aparición de complicaciones derivadas del uso de l-dopa. El primero en utilizarse fué la bromocriptina en 1970 y posteriormente han surgido otros como la pergolida, cabergolina, pramipexol y ropinirol, estos últimos son derivados no ergóticos por lo que evitan la aparición de ciertos efectos secundarios, aunque se han relacionado con episodios de sueño.

### **Abordaje terapéutico de otras manifestaciones que acompañan a la EP**

#### **• Depresión**

Se estima que el 40-60 % de los pacientes con EP, pueden sufrir una depresión. Se especula que la causa sería una disminución de las proyecciones dopaminérgicas frontales ó bien una deficiencia de serotonina (40). Clásicamente se han utilizado los antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS).

Al paciente depresivo con alteraciones del sueño, se le tratará con amitriptilina 25-200 mg/día ó con trazodona 25-200 mg/día, que tiene menos efectos anticolinérgicos relacionados con trastornos de memoria, confusión e hipotensión ortostática. Si presenta una depresión apática, se tratará con fluoxetina 10-40 mg/día ó con paroxetina 10-60 mg/día. No se pueden utilizar los IRSS junto a selegilina por alto riesgo de provocar crisis hipertensivas.

- **Ansiedad**

Estas pueden estar relacionadas con la propia enfermedad, es decir, aparecer coincidiendo con fenómenos “off” ó bien tratarse de una ansiedad primaria. En la primera situación el tratamiento consistiría en optimizar la terapia dopaminérgica y en el segundo se aconseja el uso de ansiolíticos tipo alprazolam a dosis de 0.75 a 3 mg/día, distribuida en tres tomas.

- **Demencia**

La cifra de pacientes con EP que padecen además demencia se estima en el 20%. Resulta complicado diferenciar entre la demencia que acompaña a la EP, la enfermedad de Alzheimer con EP y la demencia con cuerpos de Lewy.

El manejo implica la necesidad de una suspensión escalonada de fármacos no esenciales, por el siguiente orden: hipnóticos -sedantes –anticolinérgicos- antidepresivos tricíclicos-amantadina-selegilina-agonistas dopaminérgicos.

Por último reducir levodopa, para equilibrar la agitación y el delirio con las necesidades motoras.

- **Trastornos del sueño:**

- Insomnio**

- Dificultad en la iniciación del sueño: antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, difenhidramina, hidrato de cloral o zolpidem. Tratar depresión, si la hubiere.
- Trastorno del sueño REM: clonazepam

- **Excesiva somnolencia diurna**

- Higiene del sueño, dormir por la noche, mantener actividad por el día.
- Suspende anticolinérgicos y amantadina.
- Reducir agonistas dopamina y levodopa si es posible.
- Selegilina, cafeína o metilfenidato 5-20 mg/día.

- c) **Procedimientos quirúrgicos**

La cirugía funcional se ha acercado en múltiples ocasiones al tratamiento de la EP. En la actualidad existen tres tipos de procedimientos, siendo la estimulación subtalámica bilateral la opción más razonable por aliviar la mayoría de los síntomas, tener menos efectos secundarios y por ser reversible.

La *terapia celular* en la EP, se basa en la idea de que la implantación de células con fenotipo neuronal productoras de dopamina en el estriado denervado podría ser capaz de sustituir a las neuronas dopaminérgicas mesencefálicas que se han perdido. Se ha recurrido a medula adrenal, sustancia negra fetal, y células de cuerpo carotideo con diferentes resultados. Probablemente, en los próximos años, mediante el uso de células madre y la terapia génica celular nos aproximemos a la solución de esta enfermedad.

## **ARTRITIS REUMATOIDE**

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. 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.

- La prevalencia de la artritis reumatoide es de 0,8 casos por cada 100.000 habitantes.
- Variación entre géneros: razón varón/mujer de 1/3 aproximadamente, por la influencia de los estrógenos. La variación disminuye con la edad. Suele iniciarse entre los 30 y los 50 años, y la prevalencia aumenta con la edad.

### **Etiología**

- Factores Inmunológicos
- Factores Hormonales
- Factores genéticos
- Factores ambientales
- Tabaquismo:
- Infecciones: como factor potencialmente desencadenante. En concreto:
  - Infecciones bacterianas: *Proteus mirabilis*.
  - Infecciones por mycoplasmas.
  - Infecciones virales: virus de la hepatitis B, parvovirus B19, retrovirus, virus de Epstein-Barr.

### **Diagnóstico**

De acuerdo al Colegio Americano de Reumatología (ACR - American College of Rheumatology), se establece el diagnóstico de Artritis Reumatoide cuando están presentes cuatro de los siete criterios. Siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estén presentes por al menos 6 semanas. Estos son los siete criterios:

- 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 AR.
- Factor reumatoide positivo.

### **Tratamiento**

Educación al paciente.

Medicamentos.

Rehabilitación.

Cirugía.

### **Objetivo del Tratamiento**

Aliviar el dolor. Disminuir la inflamación. Corrección postural. Preservar y ganar en movilidad articular. Prevenir deformidades. Aumentar capacidad respiratoria. Compensación psicológica. Reincorporación socio- socio-laboral.

### **Medicamentos**

Antiinflamatorio no esteroideo.

Esteroides.

Fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad.

Terapias biológicas.

### **Rehabilitación**

Consta de 3 fases

#### **Aguda.**

Tratamiento postural. Baño matutino. Ejercicios respiratorios. Masajes descontracturantes. Ejercicios isométricos. Movilización articular. Uso de férulas y apoyo. Agentes físicos (crioterapia, electroterapia (TENS, Campo magnético-Láser).

#### **Subaguda.**

Todo lo anterior. Termoterapia (calores superficiales). Movilizaciones activas-asistidas (sesiones cortas). Masoterapia. Ejercicios de estiramiento para prevenir contractura. Ejercicios para aumentar la movilidad según la tolerabilidad al dolor. Hidroterapia. Terapia ocupacional. Compensación psicológica. Balneoterapia.

#### **Crónica.**

Ejercicios de fortalecimiento con resistencia. Programa de entrenamiento diario en el hogar. Terapia ocupacional. Compensación psicológica. Balneoterapia. Readaptación a la vida social y profesional.

### **Cirugía**

Artroscopía

Artrodesis

Reemplazo articular parcial o total

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### **VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.**

#### **DATOS GENERALES**

RR de 44 años de edad, dejado de su esposa, padre de tres hijos adultos, analfabeta, originario de santiaguillo municipio de Zamora, actualmente reside en el albergue el Buen Samaritano enviado por el DIF Zamora. Fecha de evaluación: 01 de mayo de 2008. Con diagnostico medico de Parkinson y Artritis reumatoide.

#### **1. Necesidad de oxigenación.**

No presenta dificultad alguna para respirar y niega hábito de fumar, sin embargo el área donde se encuentra es un lugar cerrado con poca ventilación y mas de tres personas con las que comparte la habitación fuman cigarros durante el día, lo cual dificulta una ventilación adecuada dentro de la habitación, otro factor es el hecho de que Rodolfo permanece postrado en su cama todo el día, así como los fumadores.

A la inspección se observa tórax simétrico con expansión de ambos campos pulmonares, respiraciones continuas de 19 por minuto, con enmarcación de costillas y esternon a la inspiración, areola y pezón intactos sin modulaciones a su alrededor. Con una frecuencia cardiaca de 78 por minuto y una tensión arterial de 110/70, refiere dolor en hombro derecho debido a la postura que toma al dormir.

Presenta riesgo de sufrir complicaciones respiratorias debido al humo del tabaco que circula en la habitación y al permanecer postrado en cama todo el día.

#### **2. Necesidad de nutrición e hidratación.**

A la valoración se encuentra con piel reseca, deshidratada con descamación leve en pies y brazos, mucosa oral con saliva espesa, llenado capilar de 2 a 3 segundos, pupilas isocoricas, conjuntiva con palidez, abdomen blando depresible sin hepatomegalias manifiesta dolor a la palpación profunda, a la auscultación se escuchan ruidos intestinales normales, a la percusión se encontró sonido mate en el área hepática y sonido timpánico en el área gástrica.

Regularmente consume: frijol, verduras, tortilla, atoles de arroz y avena, rara vez consumen carne. Toma tres comidas al día, consume de 600 a 900 mililitros de agua al día.

Actualmente presenta molestias para masticar ya que tiene una muela fragmentada y cariada, y le falta un incisivo. Además toma los alimentos únicamente con el dedo pulgar e índice en forma de pinza. Necesita que algunos alimentos se los den en la boca.

### **3. Necesidad de eliminación.**

Evacua dos veces al día, las características de las heces son: de color marrón, sin presencia de sangre ni moco, son de consistencia dura. No refiere estreñimiento. Su actividad limitada influye en su eliminación intestinal ya que la mayor parte del tiempo esta acostado.

Micciona una vez al día, la orina es de color ámbar, olor característico y la cantidad aproximada es de 200 a 300 ml por micción, no refiere dolor, ardor, prurito o dificultad para orinar.

Esta necesidad se ve afectada por su dependencia y por una mala alimentación e hidratación, además por no contar con los recursos necesarios para poder cubrir esta necesidad.

*Nota: No se cuentan con estudios de laboratorio ni gabinete por falta de recursos económicos, ni con somatometria por no poder mantenerse erguido.*

### **4. Necesidad de movilidad y postura.**

Su actividad física es casi nula permanece la mayor parte del tiempo acostado en cama y debido a su artritis reumatoide, los pies han alcanzado una posición cóncava en forma de cucharas, rara vez lo sientan en una silla de ruedas, hace unos 2 años se arrastraba sobre sus rodillas para poder movilizarse, las cuales muestran aun las cicatrices. En el lugar no realiza ninguna actividad física o laboral. A la inspección de miembros superiores, presencia de vello, piel deshidratada, es capaz de realizar movimientos de flexión, rotación y extensión los cuales son limitados y le son dolorosos, las manos presentan rigidez, y los dedos a excepción del pulgar e índice en ambas manos están flexionados y rígidos, uñas largas y sucias, llenado capilar de 2 a 3 segundos.

En los miembros inferiores a la inspección se encontró piel deshidratada con descamación y lesión dérmica. Refiere dolor y calambres en ambas piernas, con dificultad para la extensión y flexión de las mismas. Los pies tienen uñas largas y con micosis. En salientes óseas se muestran lesiones dermicas por presión y falta de movilización. En

miembros superiores como inferiores presenta temblores finos debido al Parkinson, para lo cual toma levodopa y carbadopa, así como miperideno dos veces al día para aliviar las molestias.

Es dependiente ya que las molestias y defectos físicos que presenta limitan la realización de actividad alguna. Verificar en la escala de actividades instrumentales de Lawton.

#### **5. Necesidad de descanso y sueño.**

El tiempo que destina para descansar es en promedio 2 a 3 horas, para dormir toma clonazepam una tableta todas las noches, duerme aproximadamente 5 a 6 horas, despierta en la noche debido a los calambres y dolor en piernas.

En ocasiones su estado de ánimo (preocupación y problemas físicos) influye en su descanso y sueño ya que se muestra inquieto y le cuesta trabajo dormir.

El lugar en donde vive actualmente influye en su descanso y sueño, debido a que comparte la habitación con 10 personas más y con diferentes problemas de salud.

A la inspección esta conciente, tranquilo, cooperador, atento y contesta con coherencia a pesar de que su comunicación verbal esta disminuida por problemas físicos desde hace 3 años.

Esta necesidad se encuentra afectada principalmente por sus problemas físicos y el dolor intenso que lo despierta por las noches; por lo general duerme largos periodos durante el día.

#### **6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.**

Es dependiente de esta necesidad pues por su artritis reumatoide y deformación en manos, se le dificulta ponerse la ropa, que en dado caso solo es una playera que se la cambian cada 5 días aproximadamente o cuando esta muy sucia.

Para abrigarse cuenta con dos cobijas tamaño individual, durante la época de frío le colocan algún pantalón.

## **7. Necesidad de termorregulación.**

En la habitación regularmente la temperatura es templada, tiene una mala ventilación e iluminación.

Para mantener su temperatura corporal utiliza ropa gruesa o ligera según sea el caso. Su temperatura corporal es de 36.9 °C, en la medición axilar. A la palpación las extremidades inferiores se encuentran frías.

En esta necesidad es parcialmente dependiente para poder mantener su temperatura de acuerdo al medio ambiente.

## **8. Necesidad de higiene y protección de la piel**

Se baña cada 15 días aproximadamente. No se cepilla los dientes, ni conoce la técnica de cepillado.

No se realiza aseo de manos, ni se lo realizan antes de comer, por lo regular cuando se baña es cuando se lava las manos, las uñas las tiene largas y con restos de tierra y heces fecales.

A la inspección tiene una mala presentación, con olores desagradables, su ropa esta sucia, cabello con presencia de canas desaliñado, resequedad en cuero cabelludo, sin caspa. Su boca es mediana, mucosa oral integra con presencia de saliva espesa por deshidratación, labios delgados y fisurados.

Hay ausencia de piezas dentarias: a nivel superior incisivo lateral izquierdo; 2° premolar derecho y 1er. premolar izquierdo. Se observa placa dentaria en muelas y en incisivo izquierdo, lengua saburral e hiposalivación. Ojos con restos de lagañas, mejillas hiperemicas por presión, orejas con restos de cerumen.

Miembros superiores con vello, piel reseca con descamación. En pañal hay restos de materia fecal así como en genitales. En esta necesidad el paciente es totalmente dependiente por sus problemas físicos y por falta de recursos para una pasta y cepillo dental.

## **9. Necesidad de evitar peligros.**

No cuenta con el esquema de vacunación completo, ni con la vacunación actual contra el sarampión o rubéola. No tiene vida sexual activa, no padeció ni padece ninguna enfermedad de transmisión sexual. No consume bebidas alcohólicas, no fuma y no consume drogas.

A la exploración física, con disminución auditiva en oído derecho, conjuntiva pálida, reflejos pupilares normales, no hay secreciones, tono de voz audible al inicio de la conversación posteriormente no se entiende lo que dice. Refiere disminución de fuerza en ambos brazos, dolor en ambas piernas. Se cambia de posición en la cama evitando caer de la misma haciéndolo con cuidado.

Es dependiente ya que solo con ayuda se pasa a la silla de ruedas o se moviliza a algún otro lugar.

#### **10. Necesidad de comunicarse.**

Actualmente comparte la habitación con 10 personas más del mismo sexo y convive dentro de la casa con 7 personas más del sexo femenino. Cuenta con una grabadora que coloca junto a el y que mantiene encendida durante el día.

El presenta problemas para comunicarse tanto con sus cuidadores como con los demás ya que su habla no es muy audible, refiere sentir pesadez en la lengua y problemas en laringe, dice que siente como si no le saliera la voz. Se ve optimista a pesar de su situación, refiere que cada dos o tres meses viene su hijo a visitarlo y se lo lleva a su casa un rato. Hace un año venia a visitarlo un amigo pero hasta la fecha no ha vuelto a visitarlo. La comunicación con su familia no es regular y con los demás del lugar tampoco. En ocasiones se deprime por falta de atención y comunicación, a pesar de sentir gratitud por la atención que se le esta mostrando.

En esta necesidad es parcialmente dependiente pues solo se comunica cuando alguien lo visita o cuando sus cuidadores se comunican con el.

#### **11. Necesidad de creencias y valores**

Es católico, participa en actividades religiosas que se llevan a cabo dentro de la vivienda, y a pesar de su estado físico participa en eventos religiosos que organiza la colonia. Cuenta con estandartes e imágenes religiosas. Para esta actividad es parcialmente dependiente.

#### **12. Necesidad de trabajo y realización.**

Actualmente Rodolfo no realiza ninguna actividad laboral ni manual dentro del lugar donde vive, anteriormente se dedicaba al campo, es totalmente dependiente de sus cuidadores en sentido económico.

### **13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

En esta necesidad es dependiente y debido a su deformación física no puede participar en actividades recreativas.

### **14. Necesidad de aprendizaje**

Se ve limitado por su analfabetismo aunque algunas cosas importantes como su terapia farmacéutica las memoriza. En esta necesidad también es dependiente en caso de solicitar información.



| <b>NECESIDADES</b>          | <b>DATOS OBJETIVOS</b>  | <b>DATOS OBJETIVOS</b>   | <b>CONDICIÓN DE LA PERSONA</b> |
|-----------------------------|---|--|--------------------------------|
| 1.-Oxigenación              | No hay dificultad para respirar, sin embargo conviven con personas fumadoras.   | FR: 19 por min. FC: 78 por min. T/A: 110/70. Llenado capilar de 2 a 3 segundos. No se moviliza constantemente.                 | Parcialmente dependiente       |
| 2.- Nutrición e hidratación | Dieta habitual: frijoles, tortilla, verduras, frutas, atoles, ingiere de 600 a 900 ml de agua al día. No consume suplementos alimenticios, realiza tres comidas, dolor al masticar por muela fragmentada y cariada. | Piel y mucosa oral con deshidratación. Caries dental en molares e incisivo, piel con descamación.                              | Dependiente                    |
| 3.- Eliminación             | Evacua de una a dos ocasiones al día, de color marrón, sin sangre ni moco, de consistencia dura. Micciona una vez por día sin molestias.  | Ruidos intestinales presentes. A la palpación profunda hay dolor en mesogastrio.   | Parcialmente dependiente       |
| 4.- Movilidad y postura     | Actividad casi nula refiere dolor en piernas y hombro. No puede mantenerse erguido.   | A la inspección se visualiza inicio de ulcera por presión en estadio uno, pies y manos con deformidad por artritis reumatoide. | Parcialmente dependiente       |

| <b>NECESIDADES</b>                   | <b>DATOS OBJETIVOS</b>  | <b>DATOS OBJETIVOS</b>   | <b>CONDICIÓN DE LA PERSONA</b> |
|--------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| 5.- Descanso y sueño                 | Descansa en promedio 2 a 3 horas, duerme entre 5 y 6 horas, padece insomnio. Toma somníferos para poder dormir durante la noche pues las molestias no lo dejan descansar. | Se muestra alerta, cooperador, responde con coherencia pero poco audible.  | Parcialmente dependiente       |
| 6.- Usar prendas de vestir adecuadas | Utiliza ropa de acuerdo a la estación y al clima, que por lo general es una playera y en invierno le colocan pantalón.  | Solo usa una playera o camisa, además de una cobija.   | Dependiente                    |
| 7.- Termorregulación                 | Utiliza ropa de acuerdo al estado climático, dentro de la habitación no hay mucha ventilación ni iluminación.   | Temperatura corporal axilar, 36.9.<br>Extremidades inferiores frías.   | Parcialmente dependiente       |
| 8.- Higiene y protección de la piel  | Se baña cada 15 días, no se lava las manos antes de comer, ni se cepilla los dientes.   | Uñas largas con tierra y heces fecales, a la inspección despide malos olores, con caries dental sin piezas dentarias. Piel deshidratada y con descamación. | Dependiente                    |

| <b>NECESIDADES</b>       | <b>DATOS OBJETIVOS</b>   | <b>DATOS OBJETIVOS</b>   | <b>CONDICIÓN DE LA PERSONA</b> |
|--------------------------|--|--|--------------------------------|
| 9.- Evitar peligros      | No cuenta con todas las vacunas, movilización en cama por segundas personas.   | Problemas auditivos en oído derecho, con lesiones dermicas en ambos pies y salientes óseas en cadera.  | Dependiente                    |
| 10.-<br>Comunicación     | Se comunica con las personas con las que comparte la habitación, solo lo hace con sus cuidadores y si estos se comunican con el, en ocasiones se muestra molesto por que no le dan sus medicamentos a tiempo tornándose impaciente y agresivo. Presenta en ocasiones crisis de ansiedad relacionadas con su propia enfermedad. | Cuenta con tres hijos adultos dos están casados y uno en estados unidos, por lo regular uno de sus hijos lo visita cada 3 meses. A pesar de su estado de salud se muestra optimista y agradecido con sus cuidadores. | Parcialmente dependiente       |
| 11.- Creencias y valores | Es católico, participa en actividades que se realizan dentro del hogar y por la colonia.   | Cuenta con estandartes e imágenes religiosas cerca de su cama.   | Dependiente                    |

| <b>NECESIDADES</b>                                 | <b>DATOS OBJETIVOS</b>  | <b>DATOS OBJETIVOS</b>  | <b>CONDICIÓN<br/>DE LA<br/>PERSONA</b> |
|--|---|---|--|
| 12.- Trabajo y realización                         | No realiza ninguna actividad laboral.   | Por su deformidad física no participa en actividades laborales.   | Dependiente                            |
| 13.- Jugar y participar en actividades recreativas | No presenta muchos ánimos de participar en actividades recreativas y por incapacidad es un limitante. | Por su artritis reumatoide y deformidad en pies y manos no realiza ninguna actividad ni recreativa ni manual. | Dependiente                            |
| 14.- Aprendizaje                                   | Refiere problemas auditivos y de lenguaje.  | No sabe leer ni escribir.   | Dependiente                            |

## JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

| NECESIDAD                          | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA  |
|------------------------------------|---|
| 1. Movilidad y postura             | Deterioro de la movilidad física relacionado con la bradicinesia, temblores y rigidez, y con artritis reumatoide, manifestada por dolor y rigidez en ambas piernas y deterioro músculo esquelético.   |
| 2. Higiene y protección de la piel | Déficit de autocuidado en el vestir, al bañarse e higiene relacionada con bradicinesia, rigidez, temblores, dolor muscular y articular. Deterioro de la dentición relacionada con falta de aseo dental y por no contar con el material necesario manifestada por caries y falta de piezas dentales.   |
| 3. Nutrición e hidratación         | Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por sequedad en la piel y mucosas.<br>Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con una ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.<br>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con disminución de nutrientes y presión en salientes óseas. |
| 4. Oxigenación                     | Riego de alteración de la necesidad de oxigenación relacionado con el humo de cigarrillos dentro de la habitación.  |
| 5. Eliminación                     | Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por heces duras y disminución en la frecuencia de eliminación.  |
| 6. Evitar peligros                 | Riesgo de caídas relacionado con disminución en la fuerza muscular en extremidades inferiores y por deformidad de las mismas.   |

| <b>NECESIDAD</b>                                  | <b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</b>   |
|---|---|
| 7. Descanso y sueño                               | Alteración del patrón de sueño y necesidad de descanso relacionado con dolor y calambres en piernas, además de presentar temblores finos.   |
| 8. Comunicación                                   | Deterioro de la comunicación verbal debido a los problemas con la pronunciación y enunciación, y a la incapacidad de mover los músculos faciales.<br>Riesgo de aislamiento social relacionado con ausencia de relaciones interpersonales. Afrontamiento ineficaz del paciente y su familia en relación con su enfermedad. |
| 9. Trabajo y realización                          | Incumplimiento en el desempeño del rol relacionado con estado de salud y deformaciones físicas.   |
| 10. Usar prendas de vestir adecuadas              | Déficit de autocuidado de: vestido/arreglo relacionado con incapacidad para realizar o completar actividades de vestirse y arreglarse por si solo.  |
| 11. Termorregulación                              | Riesgo de la alteraron de la temperatura corporal relacionado con una mala nutrición e hidratación.   |
| 12. Jugar y participar en actividades recreativas | Deterioro de la interrelación social relacionado con deterioro del habla y falta de motivación personal.<br>Déficit de actividades recreativas relacionado con incapacidad para participar en actividades recreativas y por permanecer postrado todo el día en cama.  |
| 13. Aprendizaje                                   | Déficit de conocimientos relacionado con analfabetismo.   |
| 14. Creencias y valores                           | Sufrimiento espiritual relacionado con incapacidad física y postración en cama manifestada con alteración en las actividades religiosas habituales.   |

## PLAN DE CUIDADOS

**1. NECESIDAD:** Movilidad y postura.

**DX REAL:** Deterioro de la movilidad física relacionado con la bradicinesia, temblores y rigidez, y con artritis reumatoide, manifestada por dolor y rigidez en ambas piernas y deterioro músculo esquelético.

**OBJETIVO:** Disminuirá el grado de rigidez en extremidades superiores e inferiores así como el grado de estrés mediante los ejercicios físicos y de relajación durante 15 minutos diarios.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|--|---|
| Implementar una serie de ejercicios aeróbicos, así como el apoyo para flexionar ambas rodillas. Ejercicios de rango y amplitud de movimiento. | Debe ser en su mayoría aeróbico de bajo consumo energético.<br>“Los ejercicios mejoran la fuerza, movilidad y equilibrio en brazos y piernas” <sup>1</sup> . Poner en tensión los músculos que hay alrededor de las articulaciones, | Aumentará la fuerza y tono en brazos y piernas, además de mejorar su flexión y extensión articular.<br>Iniciara con una dieta que implemente mayor cantidad de calorías y proteínas. | Ya ha iniciado con los ejercicios de flexión en brazos y piernas en cama. |

---

<sup>1</sup> Downie P. (1987), Cash Kinesiología en ortopedia y reumatología, 2ª edición, editorial Panamericana, Argentina. Ejercicios de rehabilitación.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|--|---|
| <p>Realizar ejercicios isométricos. Realización de masajes descontracturantes y tratamiento postural.</p> <p>Ejercicios para aumentar la movilidad según la tolerabilidad del dolor. Sesiones cortas de movilizaciones asistidas – activas. Masoterapia. Realizar ejercicios de movimiento articular.</p> | <p>pero sin que éstas se muevan. Mantener contracciones musculares de 20 segundos de duración 10 veces al día proporciona un adecuado tono muscular. Los ejercicios especiales pueden ayudar a “fortalecer y controlar los músculos del rostro y la lengua, mejorará la comunicación verbal y ayudará a prevenir el atragantamiento”.<sup>2</sup></p> | <p>Se disminuirá el grado de tensión al propiciar mayor descanso y relajación muscular.</p> <p>La ingesta de alimentos proporcionados por sus cuidadores incluye alimentos bajos en proteínas y vitaminas.</p> | <p>Debido a la rigidez y deformación física ya existente su progreso no es muy evidente y progresivo.</p> <p>En cuanto a la alimentación no hay mejoría pues se adapta a los recursos y a lo que disponen los dueños del lugar para cada día.</p> |

<sup>2</sup> Que no te venza el parkinson. M<sup>a</sup> Carmen Portillo Vega. Profesor adjunto de Enfermería Médico Quirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra. [mportillo@unav.es](mailto:mportillo@unav.es).



| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|--|--|---|
| <p>Sugiero una alimentación rica en proteínas y carbohidratos para disminuir el deterioro músculo esquelético. Sin embargo debido a la ingesta de la levodopa la ingesta de las proteínas debe ser restringida ya que estas interfieren con la interacción del fármaco.</p> | <p>El estado nutricional y el balance de energía, es fundamental para la rehabilitación de la fuerza muscular.</p> <p>Un ambiente tenso y agitado aumentará el nivel de inactividad y temblores.</p>                                     | <p>Se valora la realización de actividades sencillas al estar el acostado.</p> <p>Se valora la posición en que toma sus descansos.</p> | <p>Procura dormir en el día por periodos largos en ocasiones duerme hasta tres horas en el día.</p> <p>Puede tomar con dificultad las cosas, sin embargo apoya en la realización de actividades cotidianas.</p> |
| <p>Proporcionarle un ambiente tranquilo y sin prisas, y dejar suficiente tiempo para que él complete sus tareas.</p> <p>Propiciar reposo en cama adoptando una postura adecuada.</p> <p>Se proporciona el miperideno.</p>   | <p>Mantener los brazos y piernas estirados, no colocar almohadas bajo las rodillas, esto evitara la flexión y curvatura de las articulaciones dificultando su extensión.</p> <p>Un analgésico disminuye su grado de dolor articular.</p> | <p>Toma los medicamentos prescritos de acuerdo a la hora programada para ello.</p>   | <p>Se le ministra diariamente cada 12 horas el analgésico.</p>  |

**2. NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel.

**DX REAL:** Déficit de autocuidado en el vestir, al bañarse e higiene relacionada con bradicinesia, rigidez, temblores, dolor muscular y articular. Deterioro de la dentición relacionada con falta de aseo dental y por no contar con el material necesario manifestada por caries y falta de piezas dentales.

**OBJETIVO:** Mejorará su higiene personal, así como su presentación física mediante el baño y aseo regular; se fomentara la mayor independencia posible en las actividades cotidianas además iniciará con un cepillado de dientes regular.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>  | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|--|---|---|
| Baño con agua caliente al iniciar el día.<br>Proporcionar comodidad y un medio libre de agentes patógenos en el lugar donde duerme. | El arrastre mecánico del agua y el efecto del jabón permite eliminar la mayor cantidad de gérmenes productores de infección. El agua caliente disminuye la rigidez y el agarrotamiento muscular. | Baño fuera de cama dos veces a la semana como mínimo.<br>Cambio de ropa de cama cada vez que se baña o ensucia con restos de alimentos. | La calidad de su higiene personal ha mejorado así como su aspecto físico.<br>Se realiza cambio de ropa de cama en cada ocasión que esta lo amerite. |

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|--|---|--|---|
| <p>Se le proporciona un cepillo y una pasta dental y se le explica la técnica de cepillado.</p> <p>Se le proporciona ayuda al momento de vestirse sobre todo cuando este tiene la necesidad de vestirse completamente.</p> <p>La buena apariencia es un incentivo personal que mejora la autoestima y motivación personal.</p> | <p>La unidad del paciente en optimas condiciones de limpieza disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias.</p> <p>El cepillado dental es un acto mecánico que favorece la eliminación de residuos y sus movimientos básicos son: de atrás hacia delante, de arriba hacia abajo o viceversa, rotatorio y vibratorio. Cada área requiere de 5 a 10 movimientos (Rosales, 1999).</p> | <p>Iniciar con un cepillado de dientes como mínimo una vez al día.</p> <p>Proporcionarle ropa adecuada y de acuerdo a las circunstancias climáticas.</p> | <p>En cuanto a la limpieza dental continua con caries dental pues no puede financiarse un odontólogo, pero mejora su higiene al iniciar regularmente el cepillado de dientes.</p> <p>En cuanto al recambio de ropa esta se adecua a las circunstancias y aspecto de la misma en cuanto a limpieza o suciedad.</p> |

**3. NECESIDAD:** Nutrición e hidratación.

**DX REAL:** Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por sequedad en la piel y mucosas.

Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con una ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con disminución de nutrientes y presión en salientes óseas.

**OBJETIVO:** Aumentará la ingesta de líquidos para mejorar la turgencia de la piel y el estado de hidratación de mucosas, además de mejorar la alimentación, adecuándola a su estado de salud.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>                                       | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>                                     | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|--|---|
| Se le explica la importancia del consumo de agua para favorecer la salud. | El agua es un líquido fundamental, actúa como medio del metabolismo celular, facilita la excreción de desechos orgánicos, | Se valora la ingesta de agua diariamente, así como su eliminación. | Se valora la ingesta de agua diariamente, así como su eliminación.<br>Se examina hidratación y estado físico de la piel al momento de realizar baño y cambio de ropa de cama. |

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>  |
|---|--|--|--|
| <p>Se recomienda ingerir de 2 a 3 litros de agua al día, evite las bebidas como el café y las aguas dulces y los refrescos.</p> <p>Se le recomienda el uso de crema o aceites hidratantes para el cuerpo.</p> | <p>y es el medio de transporte de nutrientes. (Rosales, 1999).</p> <p>El café, refresco, tienen un efecto diurético y deben evitarse en lo posible.</p> <p>Las cremas por su contenido graso ayudan a evitar la pérdida de agua por lo que la turgencia se mantiene.</p> | <p>Se examina hidratación y estado físico de la piel al momento de realizar baño y cambio de ropa de cama.</p> | <p>Refiere consumir hasta un litro de agua y cerca de dos litros cuando le ofrecen más sin contar los atoles o caldos. Con ello mejora la hidratación y turgencia de su piel. Se valora la ingesta de agua diariamente, así como su eliminación.</p> <p>Se examina hidratación y estado físico de la piel al momento de realizar baño y cambio de ropa de cama.</p>  |
| <p>Se recomienda una dieta rica en calcio. Así como la ingesta de frutas como papaya, naranja, melón, piña, mango, toronja. Consumir alimentos ricos en fibra (chayote, nopal, avena, brócoli).</p>           | <p>El calcio es un mineral que fortalece los huesos y evita el desgaste de los mismos a sí como sus fracturas. El consumo de estas frutas favorece la digestión y la eliminación intestinal.</p>   | <p>Se evalúa la ingesta y calidad de los alimentos durante el día.</p>   | <p>Para cuando se termina de bañar se le aplica vaselina en brazos y piernas para mejorar su estado de hidratación y turgencia.</p> <p>Lamentablemente no se cuenta con una persona que proporcione los alimentos de acuerdo a la patología de las personas que ahí viven y la calidad de los alimentos no es del todo proporcional a sus necesidades debido al déficit de recursos tanto monetarios como humanos.</p> |

**4. NECESIDAD:** Oxigenación.

**DX DE RIESGO:** Riego de alteración de la necesidad de oxigenación relacionado con el humo de cigarrillos dentro de la habitación y el permanecer postrado en cama.

**OBJETIVO:** Disminuirá el riesgo de alteración en la necesidad de oxigenación dentro de la habitación evitando y/o reduciendo al máximo el consumo de tabaco dentro de la habitación, y mejorará la fisiología pulmonar.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>  | <b>EVALUACIÓN</b>  |
|--|--|---|--|
| Implementación de ejercicios respiratorios en su rutina diaria (acostado boca arriba con las rodillas flexionadas y las manos entrelazadas en la nuca y brazos abiertos, | Promueven la buena ventilación e intercambio gaseoso además de la eliminación correcta del dióxido de carbono. | Se evalúa la correcta realización de los ejercicios respiratorios además de la vigilancia de no consumir cigarrillos dentro de la habitación. | Se realizan ejercicios respiratorios por periodos cortos además de realizarse ejercicios con sifón o globos. |

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>  |
|--|--|--|--|
| <p>inspirar por la nariz y exhalar lentamente por la boca al mismo tiempo que cierre sus brazos intentando tocar codo con codo). Ejercicios con sifón o globos.</p> <p>Se da fisioterapia pulmonar.</p> <p>Educar a los demás miembros que comparten la habitación para que en la medida posible no fume dentro.</p> | <p>Estos movimientos favorecen la movilización del diafragma y de los músculos intercostales internos y externos, además de aumentar la capacidad ventilatoria.</p> <p>Ayuda al drenado de las secreciones en la vía aérea, manteniéndola permeable.</p> | <p>Se proporcionan medios y métodos para poder realizar los ejercicios respiratorios así como el apoyo para estos.</p> | <p>Mejora relativamente la calidad de oxigenación dentro de la habitación al disminuir el consumo de cigarrillos, sin embargo esto vuelve a presentarse cuando se les proporcionan cigarrillos a los usuarios.</p> |

**5. NECESIDAD:** Eliminación.

**DX REAL:** Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por heces duras y disminución en la frecuencia de eliminación.

**OBJETIVO:** Aumentará la ingesta de alimentos ricos en fibra y en la ingesta de líquidos.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|--|--|--|---|
| Se recomienda la ingesta de alimentos con alto contenido en fibra como frutas, legumbres, salvado, etc. y de líquidos. Se aconseja una dieta equilibrada incluyendo todo tipo de comida, rica en fibra y fluidos para evitar el estreñimiento. | Una dieta rica en fibra asegura mayor volumen e incrementa los movimientos intestinales.<br><br>La ingesta suficiente de líquidos mantiene el patrón intestinal de eliminación diaria. | Mejorará su patrón de eliminación diaria.<br><br>Ha aumentado su consumo de líquidos durante el día. | Refiere que ha logrado la eliminación intestinal de una a dos veces por día, en algunas ocasiones.<br><br>Procura consumir mayor cantidad de agua durante el día aparte del aporte contenido en los atoles. |



| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>                                  | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|---|---|
| <p>Se sugiere la ingesta de líquidos (jugo de papaya o de limón, diluida en agua) 30 minutos antes del desayuno.</p> <p>Disminuir el consumo de alimentos tales como guayaba, tuna, chabacano, plátano.</p> | <p>Los líquidos calientes antes de los alimentos estimulan el peristaltismo.</p> <p>Algunos alimentos o frutas evitan por su contenido la eliminación intestinal de forma continua, disminuyendo el peristaltismo intestinal.</p> | <p>Se evalúa la ingesta de alimentos y el tipo de alimento.</p> | <p>La dieta no se adapta a las necesidades de los usuarios mas bien ellos se adaptan a lo habitual de la dieta proporcionada por la casa.</p> |

**6. NECESIDAD:** Evitar peligros.

**DX DE RIESGO:** Riesgo de caídas relacionado con disminución en la fuerza muscular en extremidades inferiores y por deformidad de las mismas.

**OBJETIVO:** Aprenderá a moverse en la cama antes y después de comer así como fuera de esta.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>  |
|---|--|--|--|
| Se moviliza en su cama apoyándose de los lados de esta evitando caerse, cuando tiene que abandonar la cama se le enseña como debe moverse para no caerse o tirar a su ayudante. | La enseñanza y educación favorece la correcta actuación a favor del autocuidado de la salud. | Verificar que este se movilice constantemente en la cama evitando hacerlo de forma brusca. | Realiza cambios de posición durante el día apoyándose de los lados de la cama. Sin embargo durante la noche duerme en una sola posición debido a los sedantes. |

**7. NECESIDAD:** Descanso y sueño.

**DX DE RIESGO:** Alteración del patrón de sueño y necesidad de descanso relacionado con dolor y calambres en piernas, además de presentar temblores finos.

**OBJETIVO:** Mejorará su descanso y sueño así como disminuirá su estado de estrés y ansiedad.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>  | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|--|---|---|
| Evitar o disminuir los ruidos.<br>Se recomienda la lectura, escuchar música, rezar o si es posible realizar ejercicio moderado y regular. Dormir por la noche, mantener actividad por el día. | Cualquier ruido puede impedir conciliar el sueño o suspenderlo durante las fases mas profundas del mismo. (Staab, 1998).<br>Estas actividades pueden ayudar a fomentar el sueño. | Se valora la intensidad del ruido dentro de la habitación disminuyendo lo más posible las conversaciones muy largas o sonidos irritantes. | La televisión permanece sin volumen dentro de la habitación.<br>Cuenta con una grabadora en su cama la cual escucha en un nivel de volumen bajo favoreciendo así su relajación. |

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>  | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|--|---|---|
| Se proporciona su tableta de clonazepan por la noche para que pueda dormir. | El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo cerebral ya que ayuda a restaurar el ritmo corporal. | El ejercicio libera endorfinas las cuales propician una relajación muscular favoreciendo así un descanso mas placentero por lo tanto su descanso durante el día se prolonga hasta por tres horas. | Realiza ejercicios aeróbicos de flexión y extensión de miembros pélvicos. |

**8. NECESIDAD:** Comunicación.

**DX REAL:** Deterioro de la comunicación verbal debido a problemas con la pronunciación y enunciación, y a la incapacidad de mover los músculos faciales. Riesgo de aislamiento social relacionado con ausencia de relaciones interpersonales. Afrontamiento ineficaz del paciente y su familia en relación con su enfermedad.

**OBJETIVO:** Participará activamente en conversaciones guiadas, así como ideará una nueva forma de comunicación no verbal. Mejorará el trato con sus cuidadores.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|--|---|
| Enseñarle los siguientes ejercicios:<br>Sostener un sonido durante 5 segundos. Cantar la escala. Leer en voz alta. Extender la lengua tratando de tocarse el mentón, la nariz y la mejilla. | El ejercicio produce efectos fisiológicos benéficos sin importar la edad y el nivel de incapacidad.<br>La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico. | Lograr mayor confianza hacia mí.<br>Se valora el grado de comunicación para con los demás. | Se muestra confiado y agradecido cuando se le da atención tanto física como emocional.<br>Se abre en las conversaciones hablando incluso de su familia. |
| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
| Favorecer un ambiente de confianza, desde el primer contacto.<br>Iniciar la comunicación y profundizar  | Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o   | Salir de la habitación y asociarse con los demás fuera de la                               | Conversa de manera coherente al iniciarlo en la conversación.   |

|   |   |              |   |
|---|---|--------------|---|
| <p>en la identificación de sus necesidades. Se sugiere a los cuidadores la asistencia del usuario con un odontólogo.</p> <p>Interrelacionarse con los demás para disminuir el grado de ansiedad.</p> <p>Propiciar las visitas domiciliarias al lugar y el salir del mismo de vez en cuando.</p> | <p>eliminar problemas emocionales y espirituales. Lo que se pretende es disminuir las molestias físicas y aumentar así su comunicación verbal.</p> <p>Favorecer las distracciones y evitar la rutina así como el grado de estrés y ansiedad.</p> <p>Mantener comunicación con la familia mejora el estado de aceptación y animo en los usuarios con problemas crónicos.</p> | <p>cama.</p> | <p>Convive con sus hijos cuando estos se lo llevan unos días a sus casas.</p> |
|---|---|--------------|---|

**9. NECESIDAD:** Trabajo y realización.

**DX REAL:** Incumplimiento en el desempeño del rol relacionado con estado de salud y deformaciones físicas.

**OBJETIVO:** Mejorará la autopercepción del rol, también aceptará sus limitaciones y desventajas haciéndolo participar en las visitas recibidas en el hogar. .

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  | <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>                                       | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|--|--|---|
| Permitir que se exprese libremente y evitar sentimientos de inutilidad.   | La comunicación abierta y en un ambiente adecuado favorece la expresión de los sentimientos y temores. Cuando se reconocen las limitaciones tanto físicas como intelectuales las personas crecen hacia la auto superación personal y no comparativa  | Valorar el estado de frustración e inutilidad al permanecer en cama. | Se ha adaptado a su medio de vida actual superando el desanimo y la desesperanza. comprendido |
| Confortarlo y animarlo a continuar siendo agradecido con sus cuidadores.<br>Explicarle las desventajas que produce en el ambas enfermedades.<br>Disminuir el grado de ansiedad y depresión. | La educación es un ámbito importante en la vida diaria de las personas, la misma nunca termina de aprender a lo largo de su existencia, cuando alguien no solo aprende sino que lo pone en practica ha superado por mucho a los demás.<br>Favorecer un ambiente saludable, realizar ejercicios respiratorios y la comunicación verbal. | Se valora el grado de ansiedad y estrés.                             | En ocasiones se contrista porque cree que no es ni valorado de acuerdo a su enfermedad.       |

**10. NECESIDAD:** Uso de prendas de vestir adecuadas.

**DX DE BIENESTAR:** Déficit de autocuidado de: vestido/arreglo relacionado con incapacidad para realizar o completar actividades de vestirse y arreglarse por si solo.

**OBJETIVO:** Se adecuará a las necesidades personales como climáticas al momento de vestirse ya sea dentro o fuera de la habitación.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   |
|--|---|
| <p>Permitir que el sugiera el tipo de ropa a utilizar en cada recambio.</p> <p>Apoyarlo en el cambio de ropa limpia.</p> | <p>El aspecto externo dice mucho de una persona, igual que los gestos o la manera de expresarse, por eso debemos aprender a sacarnos el mayor provecho de ello. La mayor parte de las personas, incluso quienes no salen de su casa, llevan una ropa durante el día y otra por la noche. En la actualidad, los hospitales más avanzados animan a los pacientes para que se vistan durante el día, lo cual no sólo mejora su propia imagen, sino que también aporta una demarcación temporal entre estar en la cama y estar "levantado"; también ayuda a crear un sentido de normalidad.</p> <p>Permitir que el participe activamente en su higiene personal y apariencia física mejorará su estado de animo y aceptación.</p> |



**11. NECESIDAD:** Termorregulación

**DX DE BIENESTAR:** Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con una mala nutrición e hidratación.

**OBJETIVO:** Conservar la termorregulación con una buena alimentación así como mediante el abrigo.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  |
|---|--|
| <p>Proporcionarle y ayudarle a que consuma todos los alimentos durante el día, además de propiciar un ambiente acogedor y templado no llegando a los extremos climáticos (ni frío ni caluroso).</p> <p>Evitar en lo posible los cambios bruscos de temperatura.</p> <p>Proporcionar abrigo cuando existan temperaturas bajas.</p> | <p>Los cambios bruscos de temperatura externos, modifican la temperatura corporal del medio interno, condicionando un incremento en la reproducción de microorganismos que forman parte de la flora normal (estafilococo y estreptococo) de la mucosa nasofaringea, al incrementarse esta, se hace patógena y provoca dolor de garganta manifestándose por inflamación de los ganglios submaxilares y son indicio de infección de las vías respiratorias altas. Frecuentemente se acompaña de calosfríos y fiebre. (Félix, Sevilla, 1998).</p> <p>El baño con agua tibia ayuda a recuperar la homeostasis en la temperatura corporal a través de un vaso dilatación suave.</p> |

**12. NECESIDAD:** Jugar participar en actividades recreativas.

**DX REAL:** Deterioro de la interrelación social relacionado con deterioro del habla y falta de motivación personal. Déficit de actividades recreativas relacionado con incapacidad para participar en actividades recreativas y por permanecer postrado todo el día en cama.

**OBJETIVO:** Participará en relaciones humanas de calidad y mejorará su carácter hacia los demás conversando con ellos o participando en alguna actividad. Revalorar las actividades de recreación y adecuarlas a sus necesidades.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   |
|---|---|
| Iniciar una conversación que incluya aspectos sociales e históricos conocidos de acuerdo a la época de los presentes favoreciendo así la interrelación con los demás. | La conversación guiada favorece la participación de todos y a la vez evita que se centre en una sola persona. |

**13. NECESIDAD:** Aprendizaje

**DX DE BIENESTAR:** Déficit de conocimientos relacionado con analfabetismo.

**OBJETIVO:** Mantener el interés por aprender y dejar que se exprese libremente.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   |
|--|---|
| Educarlo e informarlo sobre sus patologías haciéndolo de una manera sencilla y práctica para que este la entienda y comprenda. | La información oportuna influye en la adaptación de la persona a situaciones de cambio. Tener siempre presente el valor que la persona le da al conocimiento es factor que actúa como motivador para adquirir nuevos conocimientos. |

**14. NECESIDAD:** Creencias y valores

**DX DE BIENESTAR:** Posible sufrimiento espiritual relacionado con incapacidad física y postración en cama manifestada con alteración en las actividades religiosas habituales.

**OBJETIVO:** Mantener sus creencias y valores participando en eventos religiosos durante las visitas de clérigos al lugar.

| <b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>   | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   |
|---|---|
| Facilitar la practica de ritos y encuentros religiosos significativos dentro de la habitación.<br>Apegarse más a la fe y propiciar esperanza en Dios. | Religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan. Virtud que mueve a ofrecer un culto a Dios. Se caracteriza por poseer reconocimiento de un poder sobrenatural, sentimiento de dependencia y sistema de relaciones. (Rosales, 1999)<br>Toda persona necesita estar integrada en un grupo donde exista una escala de valores y creencias que determinan a su vez el valor moral y ético de los comportamientos que se ponen de manifiesto.<br>La comprensión, el respeto y la ayuda a la persona en relación a sus preceptos religiosos en la transición del proceso vital, crisis circunstanciales y de desarrollo, influyen en el control o eliminación de problemas espirituales. (Rosales, 1999) |

## **PLAN DE ALTA**

Se trabajo con RR desde el 03 de mayo hasta el 31 de julio en el albergue El Buen Samaritano, el cual da cobijo a cerca de 30 personas mayores de edad, de ambos sexos y muy variadas patologías.

El día 31 de julio de 2008 se dio por concluido el proceso con él obteniendo como resultados:

| <b>NECESIDAD</b>                   | <b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</b>   | <b>VALORACIÓN DEL ALTA</b>  |
|------------------------------------|---|---|
| 1. Movilidad y postura             | Deterioro de la movilidad física relacionado con la bradicinesia, temblores y rigidez, y con artritis reumatoide, manifestada por dolor y rigidez en ambas piernas y deterioro músculo esquelético.   | Debido a lo avanzado que presenta la deformación en ambas piernas y manos no se lograron cambios estructurales importantes, sin embargo se sigue con una serie de ejercicios físicos descontracturantes y aeróbicos.                        |
| 2. Higiene y protección de la piel | Déficit de autocuidado en el vestir, al bañarse e higiene relacionada con bradicinesia, rigidez, temblores, dolor muscular y articular. Deterioro de la dentición relacionada con falta de aseo dental y por no contar con el material necesario manifestada por caries y falta de piezas dentales. | Durante estos meses su higiene personal y bucal mejoro considerablemente, sin embargo no se le da continuidad debido a la carga de trabajo que presentan los cuidadores y su problema dental no se trato debido a falta de apoyo económico. |

## NECESIDAD

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

## VALORACIÓN DEL ALTA

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 3. Nutrición e hidratación | <p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de líquidos manifestado por sequedad en la piel y mucosas.</p> <p>Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con una ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con disminución de nutrientes y presión en salientes óseas.</p> | <p>Se consigue que RR tome más de un litro de agua al día.</p> <p>En cuanto a la alimentación no se puede hacer mucho ya que RR se adapta a lo que se le ofrece en las comidas.</p> <p>Se logro evitar el progreso de las ulceras por presión siguiendo los cambios posturales y los ejercicios.</p> |
| 4. Oxigenación             | <p>Riego de alteración de la necesidad de oxigenación relacionado con el humo de cigarrillos dentro de la habitación.</p>  | <p>Por un tiempo se evito el fumar dentro de la habitación, pero después y debido a la introducción de cigarrillos por los visitantes se continúa fumando dentro de la habitación de vez en cuando.</p>  |

| <b>NECESIDAD</b>    | <b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</b>  | <b>VALORACIÓN DEL ALTA</b>   |
|---------------------|--|--|
| 5. Eliminación      | Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por heces duras y disminución en la frecuencia de eliminación.   | Se consigue disminuir el grado de estreñimiento y malestar intestinal al aumentar los líquidos en la dieta.  |
| 6. Evitar peligros  | Riesgo de caídas relacionado con disminución en la fuerza muscular en extremidades inferiores y por deformidad de las mismas.  | Sigue los consejos en cuanto a la movilización para evitar caídas.   |
| 7. Descanso y sueño | Alteración del patrón de sueño y necesidad de descanso relacionado con dolor y calambres en piernas, además de presentar temblores finos.  | No mejora su sueño durante la noche debido a los malestares físicos que presenta, sin embargo RR ha mejorado la calidad de sus descansos durante el día.   |
| 8. Comunicación     | Deterioro de la comunicación verbal debido a los problemas con la pronunciación y enunciación, y a la incapacidad de mover los músculos faciales. Riesgo de aislamiento social relacionado con ausencia de relaciones interpersonales. Afrontamiento ineficaz del paciente y su familia en relación con su enfermedad. | No mejoro su deterioro verbal.<br>Durante mi estancia con RR uno de sus tres hijos se lo llevo en mas de tres ocasiones tardando aproximadamente una semana con el, favoreciendo su estado de animo.<br>Con mis vistas continuas su estado de ánimo mejoro considerablemente, sabiendo que aun es importante para los demás. |

| NECESIDAD   | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA   | VALORACIÓN DEL ALTA   |
|---|--|---|
| 9. Trabajo y realización                          | Incumplimiento en el desempeño del rol relacionado con estado de salud y deformaciones físicas.  | No hubo mejoría en esta necesidad.  |
| 10. Usar prendas de vestir adecuadas              | Déficit de autocuidado de: vestido/arreglo relacionado con incapacidad para realizar o completar actividades de vestirse y arreglarse por si solo.   | No mejoró en esta necesidad debido al déficit de prendas de vestir.   |
| 11. Termorregulación                              | Riesgo de la alteración de la temperatura corporal relacionado con una mala nutrición e hidratación.   | Se satisface esta necesidad al mejorar el consumo de la dieta y los líquidos.   |
| 12. Jugar y participar en actividades recreativas | Deterioro de la interrelación social relacionado con deterioro del habla y falta de motivación personal.<br>Déficit de actividades recreativas relacionado con incapacidad para participar en actividades recreativas y por permanecer postrado todo el día en cama. | No hay mejoría en esta necesidad.   |
| 13. Aprendizaje                                   | Déficit de conocimientos relacionado con analfabetismo.  | No hay mejoría en esta necesidad.   |
| 14. Creencias y valores                           | Sufrimiento espiritual relacionado con incapacidad física y postración en cama manifestada con alteración en las actividades religiosas habituales.  | Mejora su estado espiritual al escuchar los ritos que se llevan a cabo dentro de la habitación por representantes religiosos. |

## CONCLUSIÓN

Sin duda, la enfermería en nuestro país ha crecido, madurado y, progresivamente, se ha vuelto más compleja durante los últimos años, en gran medida gracias a la experiencia acumulada y a la labor continúa de un numeroso grupo de enfermeras, quienes con responsabilidad y convicción han asumido la tarea de la gestión de proyectos innovadores.

La evolución de la enfermería como disciplina y como profesión ha propiciado acceso a numerosas áreas de trabajo que antes no hubiésemos imaginado y, nuestra práctica se ha enriquecido, pues ahora visualizamos metas mucho más ambiciosas y podemos emprender acciones que fortalezcan la práctica y la educación de las enfermeras para contribuir a mejorar la salud de las personas.

Es por eso que mediante el proceso de atención de enfermería se ha puesto frente a nosotros una nueva perspectiva de atención al usuario tomando en cuenta la destreza, capacidad intelectual y de razonamiento crítico de la enfermera ante la atención al cliente.

Para este trabajo aplique el proceso atención enfermero lo cual me fue gratificante pues obtuve resultados satisfactorios con mi cliente el cual agradece la atención prestada en él. Una de las cosas que mejoraron fue su estado de ánimo y el cambio en sus perspectivas al visualizarse así mismo como un ser importante.



## **PROPUESTAS DE TRABAJO**

Primeramente quisiera agradecer a las personas que de forma altruista y desinteresada apoyan a personas sin hogar y abandonadas en el albergue el Buen Samaritano. A los cuales les pido que sigan haciendo su trabajo no igual sino mejor cada día y que acepten el reto de realizar los cuidados con paciencia y entrega, ya que el área física del albergue no es del todo apropiada para la atención de personas enfermas y de edad avanzada.

Al personal administrativo del lugar le sugiero pidan ayuda con dependencias publicas y administrativas de la región para llevar hasta el albergue la atención que los enfermos necesitan.

Si el DIF municipal cumple con su papel de llevar o según el de apoyar a indigentes y a personas abandonadas, también debe cumplir con su papel de mentor en pro del desarrollo de este lugar el cual no cuenta con apoyo económico directo por parte de familiares, debe brindar mas que lo demás atención medica y proporcionar el tratamiento medico clínico.

Por desgracia la alimentación dentro del albergue se adecua según haya que comer en la despensa y no a las necesidades de los pacientes dificultando así el mejoramiento en la salud de los mismos debido a un mal manejo de las dietas; por lo cual sugiero proporcionen capacitación al personal de cocina en cuanto a la alimentación y preparación de los alimentos.

Otra cosa que merece atención es la capacitación del personal que labora en el lugar para poder brindar cuidados adecuados y de calidad a los usuarios de acuerdo a su patología.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Valoración 14 necesidades Virginia Henderson, E.C salud Málaga. Departamento de enfermería, Antonio Benítez Leiva, enfermero. Prof. Asociado Medico Quirúrgica II. Enfermería U.M.A Málaga febrero 2002.
- 2.- Iyer, W, Taptich, B, Etal. Proceso y diagnostico de enfermería. Editorial McGraw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
- 3.- Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.
- 4.- Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
- 5.- Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México, 1999. 556p.
- 6.- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia de la Lengua. Vigésima primera edición, 1992
- 7.- Enfermedad de parkinson. Perspectivas. JOSÉ A. OBESO M.C. Rodriguez- Oroz I. Zamarbide. Área de Neurociencias. Clínica Universitaria y Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.
- 8.- Que no te venza el parkinson. M<sup>a</sup> Carmen Portillo Vega. Profesor adjunto de Enfermería Médico Quirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra. mportillo@unav.es.
- 9- Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 28–Nº 3-2004. Dirección Internet: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.
- 10.- Guía de Práctica Clínica cuidados críticos de enfermería, Marian Tapia Bello. Directora de Enfermería. Edita Hospital Txagorritxu. Mayo 2004. pp. 264.
- 11.- La salud del niño y del adolescente, 5<sup>a</sup> edición. Editorial manual moderno. R Martínez y M Martínez. pp. 560.
- 12.- Downie P. (1987), Cash Kinesiología en ortopedia y reumatología, 2<sup>a</sup> edición, editorial Panamericana, Argentina.
- 13.- El historiador frente a la historia, corrientes historiográficas actuales. Horacio Crespo, Enrique Florescano, Universidad nacional Autónoma de México 1992, pp. 280.
- 14.- Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5<sup>a</sup> Ed, Vol. 1 Conceptos, procesos y práctica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

- 15.- García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
- 16.- Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
- 17.- Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm)
- 18.- Donahue, PM. Historia de la enfermería. Editorial Doyma, España, 1985. 506 pp.
- 19.- Tesis: características clínicas, laboratoriales y radiológicas de la artritis reumatoide en pacientes del HGZ N°. 1. Autor. Dra. Maria Rosario Zúñiga Jiménez. [Digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/pdf/ma\\_rosario\\_Zuñiga\\_J.pdf](http://Digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/pdf/ma_rosario_Zuñiga_J.pdf)
- 20.- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Dirección de enfermería. Directora Gloria Feirnos Brosa. Hospital universitario Reina Sofía Córdoba, Pág. 436. [www.medicinainformacion.com/enfermeria\\_libros.htm](http://www.medicinainformacion.com/enfermeria_libros.htm)
- 21.- [www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/).

## ANEXOS

Porciones de los alimentos incluyendo los diferentes grupos de estos acoplándolos a las necesidades diarias.

| Grupo       | Desayuno | Colación | Comida | Colación | Cena |
|-------------|----------|----------|--------|----------|------|
| Verduras    | 2        |          | 1      |          |      |
| Frutas      | 1        | 1        | 1      | 1        | 1    |
| Cereales    | 2        |          | 3      |          | 2    |
| Leguminosas |          |          | 1      |          |      |
| Carne       |          |          | 1      |          | 2    |
| leche       | 1        |          |        |          | 1    |
| Grasas A    |          |          |        |          |      |
| Grasas B    |          |          |        |          |      |
| azucars     | 2        |          | 1      |          | 1    |

### Verduras

- 1 taza de: acelgas, espinacas, nopal o ejote.
- ½ taza de: cebolla rebanada, col o repollo, zanahoria, jicama, brocli o coliflor.
- 1 taza y media de pepino.
- 3 tazas de lechuga.
- 1 pieza de calabacita o jitomate.
- ½ chayote.
- ¾ de jugo de zanahoria.

### Frutas

- 1 taza de: fresas, melón, papaya, piña o sandia picadas.
- 1 manzana.
- 2 piezas de: duraznos, guayabas, naranjas, mandarinas, tunas, kivi, limas.
- ½ pieza de: mango, plátano, pera o mamey.
- ½ taza de jugo de fruta.
- 18 uvas

## Cereales

- ½ taza de arroz cocido, sopa de pasta o cereal.
- 1 taza de avena cocida.
- 3 tazas de palomitas naturales.
- ½ taza de: pan dulce, barrita de avena, bolillo sin migajón.
- 1 pieza de: tortilla de maíz, tostada, elote, pan tostado o una rebanada de pan integral.
- ½ pieza de: papa cocida o tortilla de harina.
- 1/2 de camote cocido con miel.
- Galletas: de avena, saladas o dulces.

## Leguminosas

- Media taza de frijol, lentejas, habas, o garbanzos.
- 25 gramos de soya texturizada.

## Carne

- 30 gramos de carne de res o de pollo.
- 40 gramos de carne de cerdo o pescado.
- 2 rebanadas de jamon.
- 1 huevo.
- 2 claras de huevo.
- 45 gramos de longaniza.
- ½ chuleta de cerdo.
- 3 cucharadas de requesón.
- 35 gramos de queso.
- 1 salchicha.

## Leche

- 1 taza de leche de soya.
- 1 taza de leche de vaca.
- 1 taza de yogurt.
- 1 yogurt para beber.

## Grasas A

- 1 cucharadita de aceite, mayonesa o mantequilla.

- 1 cucharada de crema o queso crema.
- 1/3 de pieza de aguacate.

#### Grasas B

- 2 cucharadas de cacahuates, nueces, semillas de calabaza o pepitas.
- 10 almendras.

#### Azucares

- 2 cucharaditas de azúcar, cajeta, miel, mermelada, chocolate en polvo o leche condensada.
- 2 malvaviscos o caramelos.
- ½ chocolate pequeño.
- 1 yakult.

#### Recomendaciones

- tomar 8 vasos de agua cada día.
- Hacer alguna actividad física.
- Establecer horarios de comida.
- Disminuir el consumo de sal con la que se cocina.
- No brincarse las comidas.
- Preparar aguas frescas de frutas en lugar de refrescos.

Colaboración: Lic. En nutrición Zayra M. Govea L.



ESCALA DE LAWTON PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

**Esta medición se centra en las capacidades, además de las básicas diarias, necesarias para vivir con independencia en la comunidad.**

|          |   |                            |          |
|----------|---|----------------------------|----------|
| <b>A</b> | <p><b>Usted puede preparar sus propios alimentos:</b></p> <p>1. Sin ayuda</p> <p>2. Con alguna ayuda</p> <p>3. No puede preparar ningún alimento</p>                        | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>0</p> |
| <b>B</b> | <p><b>Usted puede hacer su quehacer/trabajo o reparaciones en casa:</b></p> <p>1. Sin ayuda</p> <p>2. Con alguna ayuda</p> <p>3. No puede hacer ningún trabajo en casa.</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>0</p> |
| <b>C</b> | <p><b>Usted puede lavar su ropa:</b></p> <p>1. Sin ayuda</p> <p>2. Con alguna ayuda</p> <p>3. No puede lavar nada</p>   | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>0</p> |
| <b>D</b> | <p><b>Usted puede tomar sus medicinas:</b></p> <p>1. Sin ayuda</p> <p>2. Con ayuda</p> <p>3. No puede tomar medicinas sin ayuda</p>   | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>1</p> |
| <b>E</b> | <p><b>Usted puede ir a lugares distantes (no caminando), usando transporte:</b></p> <p>1. Sin ayuda</p> <p>2. Con ayuda</p>   | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>1</p> |



|          |  |             |   |
|----------|--|-------------|---|
|          | 3. No puede transportarse sin ayudas especiales  |             |   |
| <b>F</b> | <b>Usted puede ir a comprar lo necesario para la casa (mercados, supermercado):</b><br><br>1. Sin ayuda<br>2. Con alguna ayuda<br>3. No puede ir a comprar en absoluto | 2<br>1<br>0 | 0 |
| <b>G</b> | <b>Usted puede manejar su dinero:</b><br><br>1. Sin ayuda<br>2. Con alguna ayuda<br>3. No puede manejar su dinero  | 2<br>1<br>0 | 1 |
| <b>H</b> | <b>Usted puede usar el teléfono:</b><br><br>1. Sin ayuda<br>2. Con alguna ayuda<br>3. No puede usar el teléfono  | 2<br>1<br>0 | 0 |

**Puntuación final (máximo de 16)**

Calificación total (3)

### **EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI EQUILIBRIO**

Instrucciones: el sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúa:

**Balance sentado:**

Se va de lado o resbala = 0 0

Firme y seguro = 1

**Levantarse:**

Incapaz sin ayuda = 0 0

Capaz pero usa brazos = 1

Capaz sin brazos = 2

**Intenta levantarse:**

Incapaz sin ayuda = 0 0

Capaz en mas de un intento =1

Capaz sin brazos = 2

**Balance inmediato al levantarse (5 seg.):**

Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 0

Estable pero c/ apoyo físico =1

Estable sin ningún apoyo = 2

**Balance de pie:**

Inestable = 0 0

Estable pero con amplia base de sustentación (> 10 cms) o apoyo físico = 1

Estable con base normal de sustentación =2

**Empujón:** (el sujeto esta con los pies juntos, el examinador empuja sobre el esternón 3 veces)

Comienza a caer = 0 0

Se tambalea pero se recupera = 1

Esta firme = 2

**Ojos cerrados:** (misma posición)

Inestable = 0 0

Estable = 1

**Giro de 360°:**

Pasos irregulares = 0 0

Pasos uniformes = 1

Inestable = 0

Estable = 1 0

**Al sentarse:**

Inseguro (juzga mal la distancia, se deja caer) = 0 0

Usa los brazos o esta inseguro = 1

Seguro baja con suavidad = 2

**Puntuación final (máximo de 16)**

Calificación subtotal (0)

# Ejercicios Respiratorios

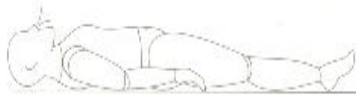
**MATERIAL:** Un cojín grande y un costal con 5 kg. de peso.

## 1. POSICION:

Acostado boca arriba.

Brazos a los costados, expulse lentamente el aire por la boca contrayendo los músculos abdominales y deprimiendo el abdomen, luego relaje los abdominales y tome aire por la nariz.

Repetir 10 veces.



## 2. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, la cabeza y los hombros descansando sobre un cojín, las manos se colocan en la parte lateral de las costillas. Expulse el aire lentamente, al mismo tiempo comprima con las manos el tórax para vaciar por completo el diafragma.

Repetir 10 veces.



## 3. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, inspire soportando una carga de 5 kg. colocada sobre el abdomen (guiando el peso con las manos), haga una pausa en cada posición (arriba y abajo) sople mientras se deprime el abdomen.

Repetir 10 veces.

## 4. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, manos entrelazadas atrás de la nuca y brazos abiertos. Inspire por la nariz y exhale lentamente por la boca al mismo tiempo que cierra sus brazos intentando tocar codo con codo.

Repetir 10 veces.

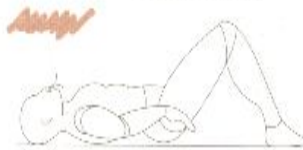


## 5. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, inspire por la nariz inflando el abdomen; al mismo tiempo que lleva las piernas hacia el pecho exhale lentamente por la boca.

Repetir 10 veces.



## 6. POSICION:

A gatas.

Tome aire por la nariz a fondo, haga una pausa conteniendo el aire y contraiga el abdomen, suelte el aire por la boca y relaje el abdomen.

Repetir 10 veces.



## 7. POSICION:

Sentado, recargado en el respaldo de la silla.

Manos entrelazadas atrás de la nuca. Inspire por la nariz inflando el abdomen y exhale por la boca juntando los codos y flexionando la cabeza.

Repetir 10 veces.



## 8. POSICION:

Sentado.

Inspire por la nariz con los brazos extendidos por arriba de la cabeza, exhale por la boca y al mismo tiempo inclínese hacia el frente intentando tocar con las manos el piso.

Repetir 10 veces.

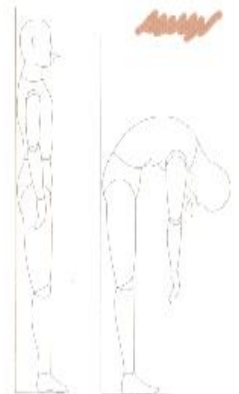


## 9. POSICION:

De pie.

Recargado en la pared, brazos relajados a los lados del cuerpo. Inspire por la nariz inflando el abdomen, inclínese hacia adelante exhalando al mismo tiempo el aire por la boca.

Repetir 10 veces.



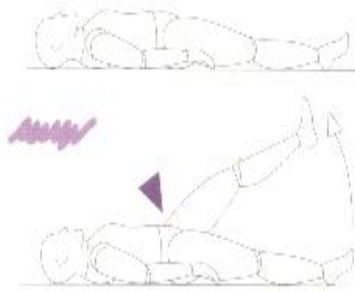
## Miembro Inferior Cadera - Rodilla

### 1. POSICION:

Acostado boca arriba.

Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda y bájela, alterne con la otra pierna.

Repetir 15 veces con cada pierna.

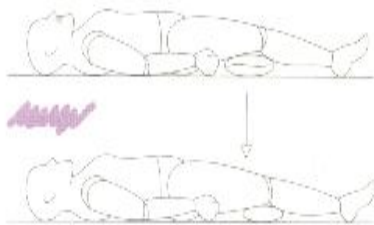


### 2. POSICION:

Acostado boca arriba.

Coloque un cojín pequeño debajo de su rodilla y comprímalo hacia abajo haciendo el esfuerzo con el muslo.

Repetir 20 veces con cada pierna.

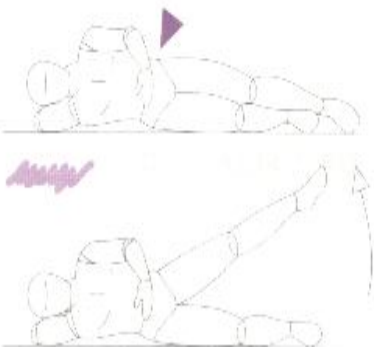


### 3. POSICION:

Acostado de lado.

Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elévela lo más que pueda sin doblar la rodilla.

Repetir 15 veces con cada pierna.

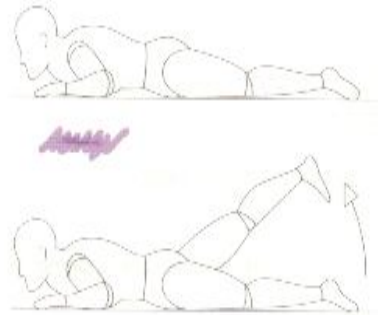


### 4. POSICION:

Acostado boca abajo.

Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda haciendo el esfuerzo con el glúteo, bájela y alterne con la otra pierna.

Repetir 15 veces con cada pierna.



### 5. POSICION:

De pie.

Tome con las dos manos el respaldo de una silla. Abra y cierre una pierna estirada cruzando por delante de la pierna que está estática.

Repetir 15 veces con cada pierna.



### 6. POSICION:

De pie.

Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y abra la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna.

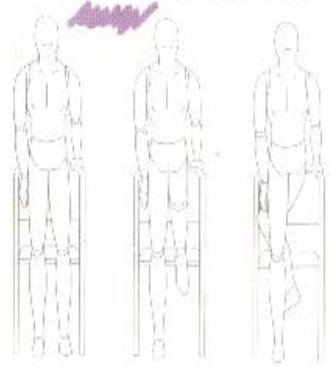


### 7. POSICION:

De pie.

Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y cierre la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna.

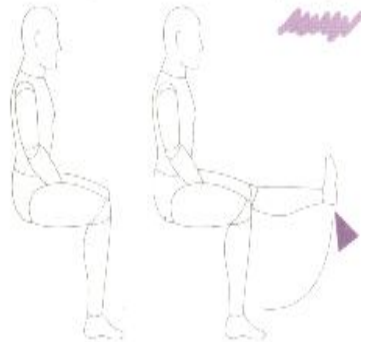


### 8. POSICION:

Sentado.

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia el techo.

Repetir 15 veces con cada pierna.

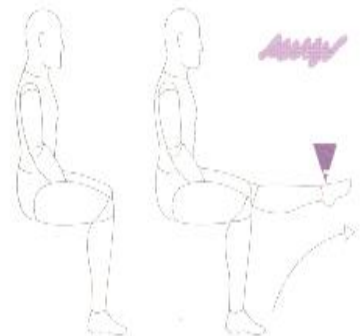


### 9. POSICION:

Sentado.

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia dentro.

Repetir 15 veces con cada pierna.

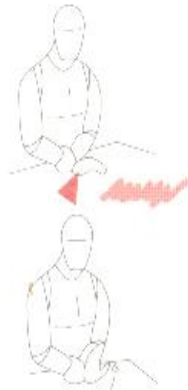


## Miembro Superior Muñeca - Mano

**Material:** una pelota blanda, plastilina previamente amasada, una liga.  
**Nota:** Todos los ejercicios se realizarán sentado frente a una mesa.

**1. Ponga** la palma de su mano sobre la mesa y con la mano contraria sostenga su antebrazo. Levante su mano sin despegar el brazo de la mesa.

Repetir 20 veces con cada mano.



**2. Ponga** el dorso de su mano sobre la mesa y con la mano contraria sostenga su antebrazo. Levante su mano sin despegar el brazo de la mesa.

Repetir 20 veces con cada mano.



**3. Apoye** su codo flexionado sobre la mesa, de tal forma que su mano empuñada quede frente a su cara. Con la mano contraria sostenga su antebrazo. Con el puño cerrado haga círculos hacia la derecha.

Repetir 20 veces con cada mano.



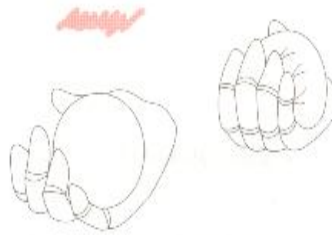
**4. Apoye** su codo flexionado sobre la mesa, de tal forma que su mano empuñada quede frente a su cara. Con la mano contraria sostenga su antebrazo. Con el puño cerrado haga círculos hacia la izquierda.

Repetir 20 veces con cada mano.



**5. Tome** la pelota con una mano y comprímala lo más fuerte que pueda.

Repetir 20 veces con cada mano.



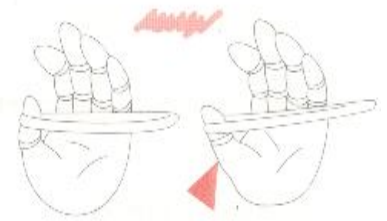
**6. Coloque** un extremo de la liga en la yema de su dedo pulgar; sostenga el otro extremo de la liga con su otra mano y manténgala tensa. Jale el pulgar hacia la palma de su mano.

Repetir 15 veces con cada pulgar.



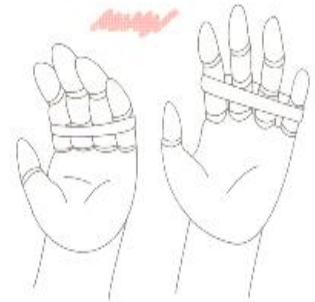
**7. Coloque** un extremo de la liga en la uña de su dedo pulgar; sostenga el otro extremo de la liga con su otra mano y manténgala tensa. Jale el pulgar alejándolo del resto de los dedos.

Repetir 15 veces con cada pulgar.



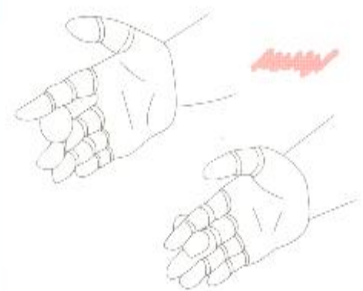
**8. Junte** los dedos desde el índice hasta el meñique y coloque la liga alrededor de los mismos. Separe los dedos entre sí con fuerza de tal modo que se estire la liga.

Repetir 15 veces con cada mano.



**9. Coloque** trozos de plastilina previamente amasada entre cada dedo y haga presión con los dedos estirados de tal forma que se aplaste cada trozo (meñique con anular, anular con medio, medio con índice e índice con pulgar).

Repetir 10 veces con cada par de dedos.



# Columna Dorsolumbar

**NOTA:** Los ejercicios que se realizan acostado deben practicarse sobre una superficie semirrígida; p.e., colchoneta o alfombra.

## 1. POSICION:

Sentado con las piernas separadas y pies apoyados en el piso. Entrelace sus manos por detrás de la cabeza, doble cuello y espalda hacia abajo empujando con las manos.

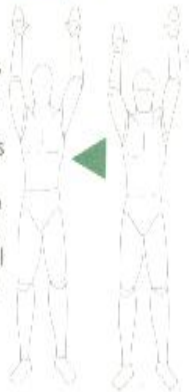
Repetir 10 veces.



## 2. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, mirando al frente suba los brazos, con movimientos alternados de uno y otro brazo, trate de tocar el techo estirando los costados sin despegar los pies del suelo y sin mirar hacia arriba.

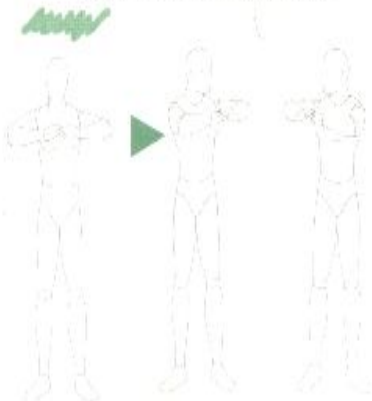
Repetir 10 veces con cada brazo.



## 3. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, levante los brazos con los codos flexionados y entrelace las manos frente al pecho. Gire el tronco hacia un lado y otro llevando la mirada por detrás del hombro sin despegar los pies del suelo y sin girar la pelvis.

Repetir 10 veces hacia cada lado.



## 4. POSICION:

De pie, Piernas ligeramente separadas, brazos relajados a los lados del cuerpo. Incline el tronco hacia un lado y otro (sin doblar rodillas) deslizando la mano sobre la pierna, tratando de llegar lo más bajo posible sin despegar los pies del suelo.

Repetir 10 veces hacia cada lado.



## 5. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, ponga una mano en la cintura y lleve la otra por encima de su cabeza inclinando el tronco lateralmente, sin despegar los pies del suelo.

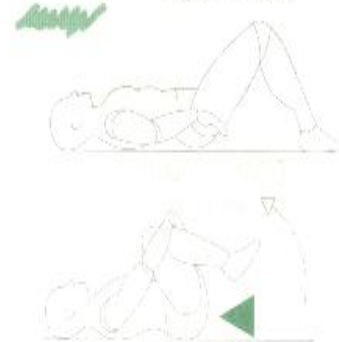
Repetir 10 veces hacia cada lado.



## 6. POSICION:

Acostado boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados en el piso, lleve las dos piernas al mismo tiempo hacia el pecho y abrácelas. No levante la cabeza del piso.

Repetir 15 veces.



## 7. POSICION:

Acostado boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados sobre el piso, brazos cruzados sobre el pecho. Despegue los hombros del suelo haciendo el esfuerzo con el abdomen. No flexione el cuello. Mantenga la vista en el techo.

Repetir 15 veces.



## 8. POSICION:

Cuatro puntos. Relaje la espalda manteniendo los codos estirados y la vista al frente. En seguida intente formar un arco empujando la espalda hacia arriba y flexionando el cuello hacia abajo.

Repetir 15 veces.



## 9. POSICION:

Hincado, glúteos sobre talones. Con los brazos al frente, flexione el tronco hacia abajo sin despegar los glúteos de los talones, estírese lo más que pueda y vuelva a la postura inicial, deslizando las manos sobre el piso.

Repetir 15 veces.



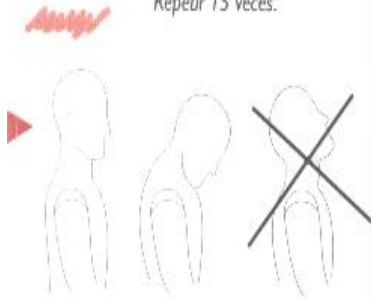
# Columna cervical

## 1. POSICION:

Sentado con las piernas separadas  
Sentado o de pie.

Con la cabeza alineada con los hombros, flexione el cuello hacia adelante hasta que la barbilla toque el pecho. No lleve la cabeza hacia atrás.

Repetir 15 veces.



## 2. POSICION:

Sentado o de pie.

Con la cabeza alineada con los hombros. Gire la cabeza hacia ambos lados, llevando la mirada hacia un lado y otro por encima de los hombros.

Repetir 15 veces.



## 3. POSICION:

Sentado o de pie.

Con la cabeza alineada con los hombros. Flexión lateral del cuello, tratando de tocar el hombro con la oreja, sin subir los hombros.

Repetir 15 veces.

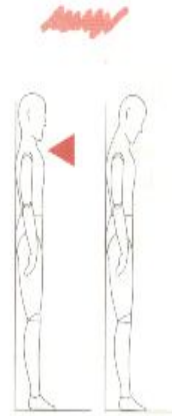


## 4. POSICION:

De pie.

La espalda y la cabeza pegados a la pared, pies ligeramente separados de la misma. Sin despegar la cabeza de la pared, trate de mirar la punta de sus pies hasta sentir estiramiento de los músculos de la parte posterior del cuello.

Repetir 15 veces.

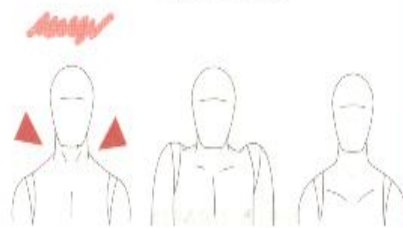


## 5. POSICION:

De pie.

Con los brazos relajados a los lados del cuerpo, suba los hombros; manténgalos arriba 5 segundos y suéltelos.

Repetir 15 veces.

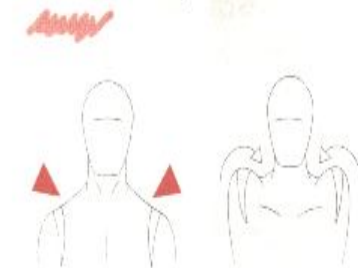


## 6. POSICION:

De pie.

Con los brazos relajados a los lados del cuerpo, haga con los hombros círculos hacia el frente.

Repetir 15 veces.

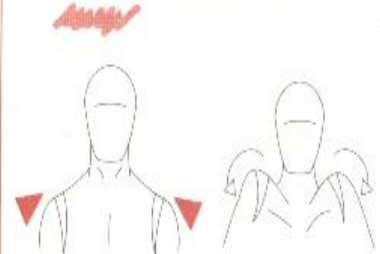


## 7. POSICION:

De pie.

Con los brazos relajados a los lados del cuerpo, haga con los hombros círculos hacia atrás.

Repetir 15 veces.

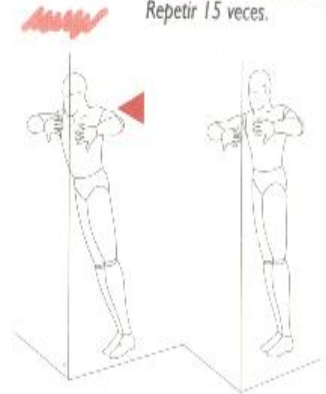


## 8. POSICION:

De pie frente a un rincón.

Apoye los antebrazos en las paredes, con los puños a la altura de los hombros y ligeramente más abiertos que el ancho de sus hombros, pies separados de la pared 30 cm aproximadamente. Incline el cuerpo hacia adelante intentando tocar el rincón con la cara sin flexionar el cuello.

Repetir 15 veces.



## 9. POSICION:

De pie.

Entrelace sus manos atrás de la cintura, despegue los brazos (con los codos estirados) de la espalda intentando unir los omóplatos, sin inclinar el cuerpo hacia adelante.

Repetir 15 veces.

