



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMER DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MANEJO
CONSERVADOR DEL PACIENTE CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN
HOMBRO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALVARADO MENDOZA MARTHA JOSEFINA

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO:

LIC. ENF. ANA SILVIA HERNÁNDEZ RUEDA

FECHA:

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE 303/99/DEL 25/06/1999

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado al
Manejo Conservador del Paciente con Deterioro de la Movilidad en Hombro

Elaborado por:

1.	<u>Alvarado</u>	<u>Mendoza</u>	<u>Martha Josefina</u>	No. Cuenta	<u>305083449</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 05 de Septiembre del 2022

Lic. Enf. Ana-Silvia Hernández Rueda
Nombre y firma del Asesora

Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y Directora Técnica de la carrera



ÍNDICE

I. Introducción	
II. Justificación	
III. Objetivos	
3.1 General	
3.2 Específicos	
IV. Marco teórico	1
4.1 Enfermería como Profesión disciplinar.....	1
4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión	3
4.2 El cuidado como Objeto de estudio.....	10
4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico	13
4.2.2 Tipos de cuidado.....	18
4.3 Modelos y teorías de enfermería.....	19
4.3.1 Definición, objetivo y clasificación.....	24
4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería	27
4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A.E	29
4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.	33
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.....	40
4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas	43
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	44
4.5 La persona	57
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales	57
4.5.2 Padecimientos más frecuentes	63
4.5.3 Descripción del padecimiento	65
V. Aplicación del proceso atención de enfermería	81
5.1 Presentación del caso clínico.....	81
5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidades).....	84
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	97
5.4 Plan de intervenciones de enfermería.....	100

5.5 Ejecución	119
5.6 Evaluación	120
5.7 Plan de Alta.....	121
Conclusión	124
Glosario de términos.....	126
Referencias bibliográficas	129
Anexos	143

I. Introducción

Las patologías del hombro en su mayoría corresponden a la denominada tendinitis del manguito de los rotadores que es una inflamación de un grupo tendinoso que rodean la cápsula articular del hombro. En distintas fuentes bibliográficas se suele referir de distintas maneras al Síndrome de Abducción Dolorosa del Hombro (síndrome de *impingement* subacromial, pinzamiento del manguito rotador o tendinopatía), en todos los casos produce dolor.¹

De acuerdo a un estudio realizado por Tejera se sabe que el dolor de hombro es una de las causas más frecuentes de visita al médico que tiene como resultado incapacidad en 20% de la población general. Su prevalencia en menores de 50 años es menor (6-11%) pero en los mayores de esa edad se incrementa (16-25%).²

En cuanto al sexo existe un predominio en hombres (60%) con respecto a las mujeres (40%), es debido a un sesgo de sexo en actividades laborales pues los hombres realizan trabajo de mayor carga mecánica que las mujeres.³ El dolor puede variar en cada persona, pero se tiene registrado que predomina la intensidad moderada en un 65.21 %.⁴

El caso clínico que se describe a continuación corresponde a un paciente adulto con deterioro de la movilidad del hombro basado en la estructura del proceso atención enfermería; para la valoración se utilizó un instrumento constituido por las 14 necesidades de Virginia Henderson, se empleó la entrevista clínica, se efectuó

¹Tejera Valdés AJ, Culqui García JP, Villamarín Arévalo AE. Eficacia de la laserterapia en el síndrome del hombro doloroso. REV. MÉD. ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA [Internet]. 2020; [citado 19 octubre 2021]; 26(2):3 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2020/mdc202d.pdf>

²Idem. (1)

³ Vicente Pardo, José Manuel. Hombro doloroso e incapacidad temporal. El retorno al trabajo larga baja por hombro doloroso. Causalidad del trabajo en el hombro doloroso. Medicina y seguridad del trabajo. [Internet]. 2016 octubre [citado 06 julio 2021];62(245): 340-341. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000500006#:~:text=La%20patolog%C3%ADa%20de%20%22hombro%20doloroso,es%20decir%20que%20prolongan%20la

⁴ Tejera Valdés AJ, op. cit. p. 6 (1)

la exploración física a través de la inspección, palpación, percusión además de la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Con esto podemos decir que enfermería posee un cuerpo de conocimientos propio distinto al de otras disciplinas, que ayuda a mejorar la calidad de vida del individuo, familia y comunidad, la disciplina va creciendo para dar solución a las distintas problemáticas que se presenten en su quehacer diario, a través del tiempo y ser lo suficientemente competente para brindar un cuidado basado en la respuesta humana de la persona e individualizado.⁵

El cuidado es la clave para comprender, explicar e interpretar los eventos que han ocurrido en el desarrollo de la humanidad y entender la relación que las personas mantienen con la naturaleza, es así que el término cuidado ha sido objeto de reflexión, se dice que el cuidado es consustancial a la existencia humana.⁶

Los profesionales de enfermería se encargan de proporcionar cuidados,⁷ y su herramienta metodológica es el proceso atención enfermería, es fundamental que se tengan conocimientos en necesidades de salud, recopilación de información, método de organización de la información recabada con el objetivo de un plan de cuidados, identificación y propuestas de intervenciones y evaluación de los cuidados proporcionados durante nuestra atención.⁸

En México, la salud ocupacional ha sido un campo casi exclusivo de la profesión médica y escasa participación de asociaciones de enfermeras en salud ocupacional e incluso, son pocos los programas educativos enfocados a esta especialidad, lo

⁵ Borré Y, Lenis V, Suárez M, Tafur J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev. Cienc. Salud. [Internet]. 2015 junio [citado 11 febrero 2022];13(3):483. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12>

⁶ Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enfermería Universitaria. [Internet]. 2017 julio [citado 12 febrero 2022];14(3):193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191

⁷ Aguayo Natalia, Valenzuela Sandra. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. SANUS. [Internet]. 2019 marzo [citado 11 febrero 2022];(9):27. Disponible en: <http://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/122/106>

⁸ García A, Freitas M, Lana J, Toledo V. Proceso de enfermería en salud mental: revisión integrativa de la literatura. [internet]. 2017 [citado 13 febrero 2022];70(1):210. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/KbbhWzVq5SykXNvBz7gZyR/abstract/?lang=es>

que implica una necesidad emergente que deberá cubrirse en los próximos años, que sin duda será impulsado por las demandas sociales que están por venir.

Existen distintas empresas en las cuales los empleados desempeñan diversas actividades y no son debidamente capacitados esto constituyen un posible riesgo ergonómico, deberían estar vigiladas constantemente, de ellas derivan un gran número de enfermedades que aquejan a la población y que saturan diariamente al sistema de salud de nuestro país además de que afecta al desarrollo económico debido a la disminución del rendimiento y el ausentismo de los trabajadores afectados.

Las exigencias de dicha vigilancia epidemiológica efectuada por las autoridades del trabajo tendrían que redundar en mejoras de las condiciones al interior de los centros de trabajo, es decir, desde equipar a los trabajadores de herramientas aptas y específicas para su actividad, dotarlos con equipo de protección personal acorde a su anatomía y con las características específicas para los tipos de factores y sustancias a las que se exponen. Pero sobre todo comunicar y mantener informados a los trabajadores acerca de los riesgos a que están expuestos por el tipo de actividad laboral que desempeñan.⁹

⁹Hernández Elena. Juárez Arturo. Intervenciones de enfermería en la salud en el trabajo. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2010 [citado 15 de junio 2022];18(1):29. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2010/eim101e.pdf>

II. Justificación

La causa más frecuente del dolor de hombro es asociado con el uso excesivo y repetitivo del hombro esta afección incluye un grupo heterogéneo de alteraciones de músculos y tendones, este produce edema e inflamación, y tiende a la cronicidad, si no se aplica el tratamiento adecuado.¹⁰

Enfocándonos en la salud laboral no solo afecta al empleado si no al empleador debido a que constituye una de las 20 primeras patologías en alcanzar incapacidad laboral por tiempo prolongado,¹¹ por lo que es importante la detección temprana o en su caso una rehabilitación adecuada, un tratamiento farmacológico y no farmacológico adaptado a sus necesidades para evitar tanto complicaciones en el paciente como la baja laboral definitiva del mismo.

Por otra parte, no solo tiene implicaciones físicas directamente con el hombro, resulta lógico que el dolor si es mayor a 3 meses (dolor crónico) pueda producir trastornos del sueño, pérdida del apetito, perdida de la libido y existe la posibilidad que se produzca depresión y en el aspecto social pueden volverse retraídos o con otros cambios de comportamiento social.¹²

Por eso es de suma importancia el tratamiento oportuno y holístico que nosotras como enfermeras y enfermeros brindamos para que este tipo de problemática no se vuelva una limitante física o psicológica en el paciente con el fin de promover conjuntamente (enfermera-paciente) la meta a alcanzar siempre teniendo en cuenta la respuesta humana para el diseño de intervenciones que contribuyan a mejorar su salud.

En enfermería el objeto de estudio es el cuidado a la salud, teniendo en cuenta su carácter disciplinar ordenado y sistematizado, apoyándonos del proceso atención

¹⁰ Tejera Valdés AJ, op. cit. p. 3 (1)

¹¹ Vicente Pardo, op. cit. p. 340-341 (3)

¹² Porter Robert. El Manual Merck de diagnósticos y terapéutica. 19th ed. España: panamericana; 2014. p.1399

enfermería que es la herramienta metodológica¹³ donde se proyectan y observan las bases de formación filosófico-epistemológicos, teóricos y metodológicos que sustentan al profesional.¹⁴ Cada etapa del proceso atención enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) es fundamental por ejemplo se dice que el diagnóstico enfermero define la ciencia y el arte de la enfermería. Es tan imprescindible para las enfermeras, como el diagnóstico lo es para los médicos.¹⁵

En la práctica enfermera con la puesta en marcha de modelos y teorías ahora somos capaces de identificar datos de interés sobre los pacientes con rapidez, decidir las intervenciones adecuadas, realizar el cuidado y la evaluación de los resultados esperados y tener una comunicación con otros profesionales sanitarios.¹⁶

Los cuidados de enfermería se brindan en cada uno de los escenarios de su práctica, en sus distintas funciones (asistencial, docente, administrativa e investigación),¹⁷ gracias a la gran demanda de conocimientos es necesaria la especialización en múltiples aspectos, entre ellos la salud laboral; así es como emerge la enfermería del trabajo y es responsable de la identificación de riesgos, prevención y promoción de la salud y del vínculo empleado-entorno-empresa.¹⁸

¹³ Sánchez Castro JC, Trujillo Poveda DA, Latorre Olaya N, Rodríguez Cepeda LB. Percepción del Proceso de Atención de Enfermería de los enfermeros de la Clínica la Inmaculada durante el periodo I-2018. [Internet] XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba: 2018. [citado 25 febrero 2021] p. 5-6 Disponible en: <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewFile/507/76>

¹⁴ Sotomayor Sandra, Bernal Martha, Ponce Gandhi. Representación social (RS) que del proceso atención de enfermería (PAE) tienen las enfermeras(os) profesionales. Rev. de Enf. Neurológica [Internet]. 2019 agosto [citado 02 marzo 2022]; 18(2): 75. Disponible en: <http://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i2.295>

¹⁵ Juall Lynda. Manual de diagnósticos enfermeros. 15th ed. USA: Wolters Kluwer; 2019. p. ix

¹⁶ Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9th ed. España: Elsevier; 2018. p. 9.

¹⁷ Següel Fredy, Valenzuela Sandra, Sanhuesa Olivia. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Cienc. y enferm. [Internet] 2015 agosto [citado 02 marzo 2022]; 21(2): 12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01717-95532015000200002&lng=es

¹⁸ Herrera Jorge, Álvarez Jessica, Vega Vladimir. Funciones del profesional de enfermería en salud ocupacional en el Ecuador 2021. Rev UNIANDÉS. [Internet] 2022 enero [citado 02 marzo 2022]; 5(1):964. Disponible en: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10581.14565>.

Dentro del ambiente laboral la enfermera debe identificar cuáles son los problemas que están afectando a la población que ella atiende. Teniendo un énfasis en la prevención y promoción de la salud de los trabajadores, antes que el enfoque centrado en la enfermedad.

De esta forma, el ejercicio de la enfermería en salud ocupacional, a través de su aplicación eficaz en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria debe permitir un desarrollo en la salud, bienestar, productividad y calidad de vida de los trabajadores en beneficio de los empleados, empleadores y la sociedad en general.¹⁹

Como nos marca la Norma Oficial Mexicana 019 STPS 2011 Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene, una de las obligaciones del patrón es apoyar la investigación de los accidentes y enfermedades de trabajo que lleve a cabo la comisión, proporcionando para tal efecto información sobre los incidentes, accidentes y enfermedades de trabajo que ocurran en el centro de trabajo. El seguimiento a las causas de los riesgos de trabajo que tengan lugar en el centro laboral. Por lo anterior es de suma importancia que nos involucremos más en el campo de la enfermería del trabajo.²⁰

¹⁹ Hernández Elena. Op. Cit. (9)

²⁰ NOM. Norma Oficial Mexicana 019 STPS 2011 Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

III. Objetivos

3.1 General

Implementar el Proceso Atención Enfermería para proporcionar cuidados de manera individualizada a un paciente de la mediana edad con deterioro de la movilidad física, mediante el Modelo de Atención de Virginia Henderson, sus 14 Necesidades y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

3.2 Específicos

- Valorar los datos recolectados de las distintas fuentes que conciernen a la persona con el fin de identificar las necesidades alteradas.
- Analizar los datos mediante un juicio clínico para identificar problemas de salud, reales o potenciales, factores de riesgo y fortalezas mediante la taxonomía NANDA.
- Planificar las acciones de cuidado requeridas para la resolución de diagnósticos de enfermería identificados a través de la valoración integral del individuo, trazando objetivos con una estructura definida mediante la utilización de la taxonomía NANDA, NOC y NIC.
- Ejecutar el plan de enfermería, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico y planificación para resolver, prevenir o controlar el problema.
- Evaluar el progreso hacia las metas identificadas de las necesidades alteradas con relación a los resultados esperados en base a la puntuación Diana.

IV. Marco teórico

4.1 Enfermería como Profesión disciplinar

Enfermería se ha de considerar una profesión consolidada, a lo cual hay que mencionar que se encuentra en un proceso constante de desarrollo, de búsqueda de nuevos campos de acción y de ampliación de las competencias. Actualmente se considera una profesión, con una formación educativa de alto nivel y un panorama de conocimientos propios sustentado en saberes científicos, una actualización constante, una estructura organizativa de tipo corporativo con capacidad de control de la práctica profesional, con un código ético definido, y en constante búsqueda de autonomía como profesión.²¹

Desde hace años las enfermeras nos estamos cuestionando la aportación específica que la profesión debe realizar en el cuidado de la salud de la población. Es necesario eliminar divergencias, puesto que el objetivo final es el mismo: la mejora de la profesión en beneficio de la sociedad. Para ello debemos tener en cuenta que la enfermería es una profesión humanista. Efectivamente, a lo largo de la historia de la humanidad, la enfermería se ha distinguido por la preocupación de cubrir las necesidades de salud de la sociedad.²²

Podemos apreciar como la enfermería ha ido transformándose con el paso del tiempo y como hechos históricos han marcado a la enfermería, tal es el caso de la publicación del primer manual de enfermería escrito por enfermeros para la formación de enfermeros que lleva como nombre Instrucción de Enfermero de Andrés Fernández, aquí parte la transferencia de saberes propios y académicos establecidos en 1617.

²¹ Amezcua Manuel. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index de Enfermería. [Internet] 2018 octubre [citado 18 julio 2021]; 27(4): 1. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002

²² Kershaw Betty. Modelos de enfermería. España: Ediciones Doyma; 1988. p. VII

Otro hecho importante, es el surgimiento de la enfermería como disciplina este se construye a partir del siglo XIX cuando Florence Nightingale promueve una segunda reforma de la enfermería, apoyada en los resultados que obtuvo durante su actuación en el Hospital de Scutari durante la Guerra de Crimea. Con ello, el método científico se abriría camino en la disciplina enfermera, a la vez que iniciaba un itinerario sin retorno, el de la ciencia, y con esto el proceso de laicización y feminización de la profesión, y su llegada a la universidad.²³

Entonces para hablar de una disciplina se deben cumplir con ciertos requisitos, tener un cuerpo de conocimientos especializado acumulado se refiere a su objeto de investigación, que sea específico y esto generalmente no se comparte con otra disciplina, que posea teorías y conceptos que puedan organizar el conocimiento acumulado, usa terminologías específicas o un lenguaje técnico específico ajustado a su objeto, las disciplinas deben tener alguna manifestación institucional.²⁴

La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad. Algunos lo denominan metaparadigma enfermero, aunque bien podríamos llamarle simplemente perspectiva enfermera. Para alcanzar su objeto, la Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida mediante un método propio que llamamos Proceso de Atención de Enfermería, que es la adaptación del método científico a nuestro campo disciplinar.²⁵

²³ Amezcua Manuel. op. cit. p. 1 (21)

²⁴ González C. Las disciplinas académicas. Elementos 114. [Internet] 2019 [citado 04 marzo 2022]. www.elementos.buac.mx

²⁵ Amezcua Manuel. op. cit. p. 1 (21)

4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión.

Como disciplina:

La palabra disciplina nos dice que es una rama específica de aprendizaje o bien un cuerpo de conocimiento específico que generalmente no se comparte con otra y poseen teoría y conceptos.²⁶

Enfermería se apoya de filósofos como Platón y Aristóteles, por ejemplo, Platón deja un importante antecedente del interés por el estudio del conocimiento y es quien introduce la distinción entre doxa (opinión) y episteme (conocimiento) y a su vez Aristóteles nos menciona los tipos de conocimiento que tenemos los seres humanos, sus características, similitudes y diferencias y es considerado el fundador de la epistemología y es el pionero en el pensamiento filosófico consideró “saberes”.²⁷

Por todo esto podemos decir que la enfermería es una disciplina que se ha construido con base en cuatro categorías de análisis, éstas son: las nociones que se tienen sobre el ser humano (saber ontológico), la salud (saber bio-médico), el ambiente (socio-cultural y bio-natural) y de la enfermería (el saber y las prácticas cuidantes); de esto derivan discursos de naturaleza diferente: el discurso filosófico de las grandes teorías de pensamiento en enfermería que se orientan el saber y la praxis y dan cuenta de la naturaleza de su conocimiento (saber epistémico); El discurso ético que proviene de la reflexión sobre las prácticas cuidantes y de los procesos relacionados. El discurso axiológico que plantea los valores de la profesión.²⁸

²⁶ González C. *op. cit.* (24)

²⁷ Gianella A. Las disciplinas científicas y sus relaciones. *Anales de la Educación Común*. [Internet]. 2020 octubre [citado 18 julio 2021]; 2(3): 75. Disponible en: <https://cendie.abc.gob.ar/revistas/index.php/revistaanales/article/view/84/845>

²⁸ Castrillón M. Liderazgo en enfermería y desarrollo disciplinar. *CuidARTE* [Internet]. 2020 noviembre [citado 18 julio 2021]; 9(18): 9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cuie2018b.pdf>

Para reforzar estos conceptos tenemos en enfermería una objetividad (algo concreto), y esto es el paradigma (modelos y teorías) y directamente pensamos en el metaparadigma que contiene: ²⁹

a) Persona

En el ámbito de Enfermería, este término, no solamente se refiere al individuo como sujeto de cuidado, sino que abarca la familia, los grupos y la comunidad, y reconoce, en cada caso, la individualidad que les caracteriza y las dimensiones biológicas, psicológica, social, cultural y espiritual. Cada sujeto de cuidado está en constante relación de reciprocidad con el entorno en el cual se desarrolla, y tiene características que lo hacen particular y diferente de otro similar.

b) Salud

Se concreta como la confluencia de las condiciones en las que se desarrolla cada una de las dimensiones del ser humano; se reconoce como una situación multi causal, dinámica e influenciada por la percepción del sujeto de cuidado sobre su salud y su calidad de vida. Los efectos de la interacción entre el desarrollo de las dimensiones humanas y las características del sujeto de cuidado, pueden ser favorables para el mantenimiento de la salud o pueden constituirse en factores de riesgo para la misma.

c) Entorno

Se considera como el conjunto de variables externas al sujeto de cuidado que pueden constituirse en factores protectores o factores de riesgo para el desarrollo de la persona, la familia, el grupo o el colectivo; en este contexto se da una situación de interacción entre el sujeto de cuidado y el entorno, en la que uno y otro inciden significativamente para construir permanentemente prácticas de comportamiento, significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado.

²⁹ Raile Alligood M. op. cit. p. 4 (16)

d) Cuidado

Está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad.³⁰

Patrones de conocimiento de enfermería

El cuerpo de conocimientos que da soporte a enfermería se manifiesta por patrones, o sea por medio de formas características de expresión externa e interna que dejan ver la manera como se piensa sobre un fenómeno. Los patrones no aumentan el conocimiento, más bien ponen su atención en el significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que son de mayor ayuda para la disciplina de enfermería.

a) Conocimiento personal:

Enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda de la necesidad de que la enfermera se conciba como un ser terapéutico y, por lo tanto, debe conocerse interiormente. La calidad de los contactos interpersonales influye en las personas enfermas o con problemas de salud a la hora de afrontar su situación y lograr mayor bienestar. Eso hace pensar que el uso terapéutico de sí mismo implica una relación en la cual se requiere conocerse y conocer al paciente porque el ser se crea en relación con otros y así se garantiza que la práctica se pueda llevar a cabo de una manera holística.

³⁰ Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev. Colombia de Enf. [Internet] 2011 julio [citado 10 marzo 2022]; 6(6):77-78. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rce.v6i6.1436>

b) Conocimiento empírico:

Dos procesos están inmersos en la estructuración de fenómenos empíricos: la creación del significado conceptual, la estructuración y contextualización de la teoría. Existen además otras formas de conocimiento empírico tales como marcos o modelos conceptuales, principios y descripciones extensas de fenómenos empíricos, pero la teoría es la forma de conocimiento más formal y estructurada de las configuraciones de conocimiento empírico.

c) Conocimiento ético:

Componente moral de la enfermería. La profesional basada en sus principios y valores orienta su ejercicio y la toma de decisiones deontológicas en el cuidado integral.

d) Conocimiento estético:

Se refleja en todos los aspectos de la práctica de enfermería, está presente en las notas de enfermería, en formulaciones teóricas, en una breve interacción con una persona o en intervenciones sostenidas con grupos y desde un encuentro inesperado hasta un sistema de cuidado pensado y planeado cuidadosamente. Es el conocimiento estético el que globaliza los demás patrones de conocimiento y hace del acto de cuidar un acto artístico; pero, sin duda, el primer paso requerido para generar el acto estético se construye a partir del conocimiento personal.³¹

³¹ Durán María. La ciencia, la ética y arte de enfermería a partir el conocimiento personal. Rev. Aquichan [Internet] 2005 junio [citado 11 marzo 2022]; 5(1): 88-89,91-93. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en

Escuelas del pensamiento enfermero:

a) Necesidades

El modelo de enfermería más conocido y utilizado es el de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson, así como el modelo de Orem, son muy útiles como herramientas para recordar al profesional las tareas en los cuidados, pero no llegan a una visión ontológica del ser humano ni animan a indagar en las ambigüedades. Las necesidades y deficiencias que definen estas autoras no son las que define el paciente, sino unas bastante parecidas al modelo médico en el que se ve al enfermo como un ser incompleto.

b) Interacción

En los modelos de Peplau, Orlando y King, el enfoque está en la interacción entre el profesional y el paciente. Esto abre cierta esperanza a poder trabajar con la narrativa del paciente y su verdad. Pero examinándolos más a fondo se deduce que, aunque la idea podría abrir nuevas puertas, en la realidad, estos modelos son conductuales, ya que es el modelo y el profesional de enfermería quienes deciden en qué "fase" está el paciente

c) Efectos deseables

Los modelos de las autoras Callista Roy, Johnson y Neuman están basados en la adaptación, en modificar y cambiar las respuestas del paciente. Una vez más, vemos las limitaciones impuestas por el pensamiento conductual.

d) Ser unitario

Esta tendencia, desarrollada por Rogers, Parse y Newman, agrupa una ecléctica variedad de ideas entre las cuales encontramos "la armonía", "los campos de energía" y otros conceptos que, aunque innovadores, es enfermería quien define estos conceptos y no parten de las creencias del paciente.

e) Caring

La palabra “Caring” se utiliza para agrupar a autoras como a Jean Watson, con su modelo de “cuerpo–alma–espíritu”, y a Madeleine Leininger con su modelo de la diversidad cultural. El modelo de Watson, importante para abrir la posibilidad a temas existenciales, no se adentra en las ambigüedades, tema crucial en la existencia. El de Leininger es importante en la introducción del tema de la diversidad, pero deja más a un lado lo existencial. En este grupo de modelos, el uso de la palabra “caring” en inglés, fuera de los países no–anglófonos, es un poco sorprendente ya que la palabra equivalente, “cuidar”, existe en los otros idiomas.³²

Como profesión:

Los valores de la profesión de enfermería se fundamentan en la ayuda a las personas para recuperar, mantener o mejorar su salud, prevenir enfermedades, encontrar el bienestar físico, mental, social y espiritual.³³

La profesión es un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o el conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan.³⁴

El perfil de un enfermero profesional es el siguiente:

- Han desarrollado habilidades de observación y el saber escuchar.
- Se comunican de manera adecuada de manera oral y escrita.
- Posee una aptitud verbal, lógica y matemática para aplicarla en la resolución de problemas en el campo de la enfermería.

³² Valverde Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. Norte de salud mental [Internet] 2007 [citado 10 marzo 2022];7(28):10-11. Disponible en:

³³ Potter Patricia, Griffin Anne, Stockert Patricia, Hall Amy. Fundamentos de enfermería. 8th ed. España: ELSERVIER; 2015.

³⁴ Raile Alligood M. op. cit. p 6 (16)

- Tienen conocimientos de ciencias naturales y sociales.
- Valoran, diagnostican, planifican, ejecutan y evalúan.
- Cuentan con una personalidad con estabilidad emocional.³⁵

Anterior mente en la etapa técnica se nos conceptualizaba como el auxiliar del médico esto ha ido cambiando tanto que tenemos distintos campos de acción como son:

Actividad asistencial: La enfermera plasma la metodología directamente en los cuidados dirigidos en atender las necesidades básicas de las personas, aplicando en proceso atención enfermería. Teniendo en cuenta que cada enfermera aplicara el modelo o teoría con la que ella trabaje y tenga relación con la persona, familia o comunidad.

Actividad docente: Es la enseñanza que va dirigida a futuros enfermeros o a los pacientes. Por otra parte, la complejidad progresiva de la atención sanitaria lleva consigo la necesidad de que los profesionales de la salud se vean obligados a actualizarse continuamente.

Actividad gestora: Los profesionales de enfermería han ido ocupando distintos cargos y como resultado realizan actividades de planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios de enfermería.

Actividad investigadora: con el objetivo de ampliar su cuerpo de conocimientos las enfermeras tienen la obligación de realizar investigaciones para nutrir la profesión disciplinar.³⁶

El fundamentar el quehacer profesional ha permitido desarrollar aspectos propios de la enfermería a través de valores, estructuras, formas, comportamientos y

³⁵ Tuco Jennifer. Características del perfil de ingreso del estudiante de la profesión de enfermería en la universidad señor de Sipán. [Tesis]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6506>

³⁶ Martínez María, Chamorro Elena. Historia de la enfermería Evolución histórica del cuidado enfermero. 3th ed. España: Elsevier; 2017. p. 128.

patrones de conocimientos que sirven como directrices. La comprensión de los patrones de conocimiento que emplea enfermería es esencial para su enseñanza y aprendizaje.

Son cuatro patrones de conocimiento fundamentales que pueden ser identificados a través del análisis de conceptos se distinguen según el tipo de significado lógico: el empírico hace referencia a la ciencia de enfermería; el estético al arte de enfermería; el personal al conocimiento de uno mismo y los otros; y el ético permite el desarrollo del conocimiento moral en enfermería.³⁷

4.2 El cuidado como Objeto de estudio

El cuidado ha existido desde el inicio de la humanidad, siempre han existido personas con alguna enfermedad o que hayan sufrido un accidente, y que ameriten de cuidados y la disposición de otra persona para que les brinden esos cuidados;³⁸ estos han tenido cambios durante la historia y la sociedad.³⁹

La vida de un grupo depende de alguien que contribuya directamente a la continuidad de la misma;⁴⁰ la mujer ha tenido un papel importante en la estructura social desde la sociedad primitiva pues son las mujeres las que adoptan el papel de cuidadoras a través de la higiene, el vestido, la alimentación y todo lo que favorezca el bienestar, por ejemplo la mujer daba cuidados a otras mujeres embarazadas, en labor de parto y en el apoyo a la lactancia materna y he aquí la gran división de sexual del trabajo.⁴¹

³⁷ Escobar Blanca, Sanhuesa Olivia. PATRONES DE CONOCIMIENTO DE CARPER Y EXPRESIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DE REVISIÓN. Rev. Enf.: Cuidados Humanizados [Internet]. 2018 junio [citado 05 marzo 2022]; 7(1):59. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>

³⁸ Reina Rosa, Cárdenas María. Percepción de la enfermería en el arte de cuidar. Ágora Rev. Cient. [Internet] 2019 [citado 05 marzo 2022]; 6(1):1. Disponible en: <https://doi.org/10.21679/arc.v6i1.123>

³⁹ Martínez María. op. cit. p. 3 (36)

⁴⁰ Colliere Marie. Promover la vida. 2th ed. España: Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA; 2009. p. 3

⁴¹ Martínez María. op. cit. p. 3 (36)

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus orígenes a mediados del siglo XIX, con la figura de Florence Nightingale, con especial interés en la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería, cimentando así, indirectamente el proceso atención de enfermería.

En aquella época el cuidado no era concebido desde la óptica de proceso. Sin embargo, la observación aplicada a cada una de las actividades de Enfermería, permitía la identificación de problemas para brindar cuidado. Luego, esta metodología evolucionó y en los años 70' del siglo pasado, se propone la etapa de diagnóstico con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud desde el ámbito independiente de Enfermería, lo que posteriormente daría pie a las etapas de planeación, ejecución y evaluación.⁴²

El cuidado mantiene el orden, el no cuidado provoca desequilibrio y caos en todas las esferas, en todas las dimensiones e incluso en aquellas que todavía nuestra inteligencia no ha sido capaz de abordar o detectar.⁴³

El cuidado se empieza a ampliar con el desarrollo de tesis doctorales he investigación; anteriormente los médicos eran quienes hacían investigación y enfermería solo se encasillaba a ser la ayudante del médico, al pasar el tiempo la enfermería revoluciona y dio un giro en el cual ahora publican trabajos sobre la evolución histórica de técnicas o procedimientos enfermeros, de los mecanismos de transmisión del conocimiento y la práctica enfermera, de las instituciones encargadas de la organización y la dispensación de los cuidados, de las personas responsables de realizar los cuidados (historia de la mujer e historia del trabajo), del ejercicio de la enfermería en cada país y sus avances.⁴⁴

⁴² Ángeles Ávila G, Maciel Vilchis AC, Cuevas Peñaloza MA, Díaz Bernal B, Monroy Martínez MA. Proceso de enfermería en Hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de México. Convención Tecnosalud Camagüey 2017 [Internet]. 2017 [citado 14 octubre 2021]. Disponible en: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/114/80>

⁴³ Torres Antonio. Filosofía del cuidado enfermero a través de los colores. Rev. Enf. Ene [Internet]. 2020 abril [citado 05 marzo 2022]; 14(1):4. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100003&lng=es

⁴⁴ Martínez María. op. cit. p. 151 (36)

Al cuidado no le podemos dar un solo concepto pues son abstractos, estos suelen varias dependiendo de la teoría, en este caso nos dice Raile que el cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe de hacer.⁴⁵

En el proceso de construcción como disciplina ha recorrido históricamente 4 etapas y son las siguientes:

Etapa domestica: se nombra así porque cada mujer de cada hogar era la encargada de éste aspecto de la vida cotidiana tan importante. Por ejemplo, la mujer utilizaba los elementos del medio, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para alimentar y las manos como forma maternal para transmitir bienestar y así con estos elementos asegurar la vida, su promoción y su continuidad. Las enfermedades eran consideradas un castigo y se clasificaban según el delito y eran los enfermos desterrados de su hogar, con el mínimo contacto con los demás.

Etapa vocacional: este nombre se le da por el nacimiento de la religión cristiana; el enfermo, el que sufre, elegido de Dios eran algunos nombres que se les daban a las personas que caían en cama o enfermaban. El cristianismo expresa su amor a Dios a través del cuidado y amor a los pobres y enfermos. Esto le da a la enfermería valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor que son reafirmados por la doctrina de Cristo.⁴⁶

⁴⁵ Raile Alligood M. op. cit. p. 83. (16)

⁴⁶ Moreno Yenni, Fajardo Mariana, Ibarra Angélica, Restrepo Silvia. Cronología de la profesionalización de la Enfermería. Revista Logos, ciencia & tecnología. [Internet] 2017 septiembre [citado 04 marzo 2022]; 9(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268005/html/index.html>

Etapa técnica: ocurrió durante la edad moderna,⁴⁷ en esta etapa se le considera a la enfermera la colaboradora en un estado de subordinación ante el médico, aquí es donde aparece la enfermería como profesión, dependiente de la autoridad masculina y del saber del médico, en otras palabras la mujer enfermera pasa del dominio del dogmático religioso al poder médico.

Etapa profesional: hoy la enfermería es un producto con peso histórico con nuevas capacidades entre ellas el análisis y reflexión. Tiene una formación universitaria (formación profesional y disciplinar), existe una igualdad profesional, mejores condiciones de trabajo, un mejor desarrollo de la carrera, especialización en distintas áreas.⁴⁸

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico

Filosófico:

La filosofía concentra todas las interrogantes sobre la condición humana, con distintas preguntas como qué debo hacer, qué debo conocer, qué he de esperar, todo esto a consecuencia de un momento metahistórico, un momento donde el sujeto alcanza sus potencialidades humanas,⁴⁹ en la aplicación del cuidado pasa algo similar la enfermera debe de saber que hacer mediante sus procedimientos, debe de conocer los tipos de cuidado y saber que esperar de los cuidados proporcionados.

⁴⁷ Nuñez Elizabeth, Macías Lylian, Navarro Rossana, De Souza Simone. Historia de la enfermería Chilena: Una revisión desde las fuentes. Cienc. Enferm. [Internet] 2019 [citado 04 marzo 2022]; 25:8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100301&lng=es

⁴⁸ Oria Michel, Espinoza Anibal, Maracha María. La formación y la orientación profesional en enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 junio [citado 04 marzo 2022]; 32(2):268. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200013&lng=es

⁴⁹ Mateo Luis. Reseña sobre la educación de Emilio Iledo por Luis Gabriel Mateo Mejía. [Internet]. España: Taurus; 2018 [citado 05 marzo 2022] Disponible en: http://books.google.com/books/about/Sobre_la_educaci%C3%B3n.html?hl=es&id=IFhUDwAAQBAJ#v=onepage&q&f=false

En la filosofía el cuidado también se dice que es una exploración intelectual racional de verdades o principios del ser, el conocimiento o la conducta. Describen puntos de vista sobre lo que es la realidad, cómo se desarrolla el conocimiento y qué valores y principios éticos deben guiar nuestra práctica. Otros componentes abstractos de las filosofías y las teorías son los supuestos, que son declaraciones que se dan por sentadas o se consideran ciertas, a pesar de que no han sido demostradas científicamente. Un ejemplo muy frecuente entre los profesionales de enfermería es que las personas quieren asumir el control de sus propios problemas de salud. Sus experiencias clínicas pueden darle razones para aceptar o dudar de la veracidad del supuesto.⁵⁰

Desde el punto de vista de la corriente filosófica existencialista, nos indica que el cuidado humano es un acto de dimensión ontológica, existencial y está en un proceso de relación continua, la cual se tiene confianza y afecto hacia el otro humano y esto nos lleva a decir que, el cuidado es el ser de la existencia del hombre y también se menciona que el cuidado de sí debe ser proporcionado por el mismo sujeto: “pertenecer a sí, ser yo”.⁵¹

No podemos pasar de largo el concepto de arte y su relación con el cuidado, podemos decir que la suma del arte y la ciencia nos da como resultado el cuidado enfermero;⁵² los valores éticos y estéticos deben ser desarrollados por las enfermeras para poder desarrollar el arte de cuidar como por ejemplo es “el escuchar”. El conocimiento estético es un elemento vital para la práctica de enfermería, pero desafortunadamente es percibido como imaginario dentro de la profesión; cada vez es más distante del significado social de la enfermería. En ocasiones el arte de enfermería es relacionado con la búsqueda de la identidad profesional o la búsqueda de una práctica integradora al desarrollar la técnica de

⁵⁰ Grove Susana, Gray Jennifer, Burns Nancy. Investigación de enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6th ed. España: ELSEVIER; 2017

⁵¹ Pereira MC, Cárdenas MH. Visión filosófica del cuidado humano en la mujer en la etapa del climaterio. [Internet]. 2018 diciembre[citado 07 octubre 2021]; 8(1):39. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n1/2393-6606-ech-8-01-22.pdf>

⁵² Torres Antonio. op. cit. p. 4 (43)

manera perfecta, que demostrar la sensibilidad y empatía necesaria acorde a las situaciones que se presentan con el paciente.⁵³

Un ejemplo de cómo es percibido el cuidado como arte según Reina R. y Cárdenas M.⁵⁴

“El cuidado enfermero es un arte que une lo tecnológico, intelectual y creativo con lo espiritual, cada individuo es único e irrepetible, la enfermera al darle cuidado lo crea de acuerdo con las necesidades de cada paciente, sin subordinarse a lo mecánico, para lograrlo, requiere una interrelación de personas con personas y no entre piezas de una maquinaria en la que la enfermera transfiera su propio ser a la función que hace.”

Teórico:

El desarrollo de una teoría precisa la comprensión de determinados términos académicos, definiciones y premisas para que puedan dar lugar a revisiones y análisis especializados.⁵⁵ Diversas enfermeras han desarrollado teorías sobre el cuidado debido a su importancia en la práctica de la enfermería.

Las teorías identifican temas comunes como la interacción o comunicación humanas, la reciprocidad, el aprecio de la singularidad de las personas y la mejoría del bienestar de los pacientes y sus familias, son útiles cuando se valoran en un entorno multicultural las percepciones del paciente de estar siendo cuidado.⁵⁶

⁵³ Escobar Blanca op. cit. p. 68 (37)

⁵⁴ Reina Rosa. op. cit. p. 1 (38)

⁵⁵ Raile Alligood. op. cit. p. 35 (16)

⁵⁶ Potter Patricia. op. cit. p. 78 (33)

Metodológico:

Desde el punto de vista metodológico, los cuidados de enfermería se han descrito como un proceso el cual está comprendido como una serie de etapas que están relacionadas entre sí. Esta relación es indispensable para el desempeño de la práctica profesional enfermera, desde la primera fase del proceso de cuidados. Éstos, se hacen ver desde las intervenciones de enfermería, que deben responder a un proceso científico de toma de decisiones a partir de una fase inicial como es la valoración.

La búsqueda e identificación de dichas intervenciones debe hacerse a partir de la taxonomía NIC, que utiliza un lenguaje normalizado y global para describir las intervenciones del profesional de enfermería en los diferentes diagnósticos de enfermería en base a los problemas de salud detectados, basadas todas ellas en investigaciones recientes que sustentan la evidencia científica de dichas intervenciones.⁵⁷

Practico:

La práctica del cuidado son las interacciones humanas y sociales que se establecen entre los sujetos del cuidado que permite, desde lo histórico y lo cotidiano, movilizar e integrar las capacidades para utilizar los recursos disponibles en la satisfacción de necesidades de salud y la continuidad de la vida.⁵⁸

El cuidado y la práctica precisan de conductas que deben ser proporcionadas que incluyen proporcionar presencia, ofrecer un tacto afectivo y escuchar.

⁵⁷ Allende Cussó R, Macías Seda J, Porcel Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados [Internet]. 2019 noviembre [citado 6 octubre 2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100853/1/CultCuid_55-78-84.pdf

⁵⁸ Martínez Trujillo N, Díaz Bernal Z, Martínez Boloña Y, Chao Flores M, Dandicouert Thomas C, Vera Rodríguez JE, Elers Mastrapa Y. Modelo de Enfermería Salubridad para las prácticas de cuidado interdisciplinar. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2020 julio [citado 6 octubre 2021]; 36(3):5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3490.pdf>

Proporcionar presencia: Es un encuentro persona a persona que expresa cercanía y sentido de cuidar. La presencia es un proceso interpersonal que está caracterizado por la sensibilidad y el holismo y tiene como consecuencia una mejora del bienestar mental; lleva a aliviar el sufrimiento, disminuir el sentimiento de aislamiento y vulnerabilidad.

Tacto: Las situaciones embarazosas, temibles y dolorosas son comunes y necesitan del uso de tacto que reconforte al paciente y dar apoyo; el tacto puede ser con contacto (piel a piel) y el tacto sin contacto (contacto visual). El tacto afectivo es una forma de comunicación no verbal, que influye satisfactoriamente en el confort y la seguridad del paciente, mejora su autoestima, aumenta la confianza y mejora el bienestar mental.

Escuchar: Cuidar implica una interacción personal que es mucho más que dos personas simplemente charlando, es importante permanecer en silencio y concentrarse en lo que el paciente tiene que decir. Hay que dar al paciente nuestra atención completa, para poder reconocer sus necesidades y conocer todo lo posible su historia. Con la escucha activa se empieza a conocer verdaderamente a los pacientes y lo que es importante para ellos, observando las expresiones y el lenguaje corporal del paciente.

Cuidados espirituales: La salud espiritual da cuando una persona encuentra un equilibrio entre valores y su sistema de creencias, las creencias y expectativas de una persona tienen efectos sobre el bienestar físico (espíritu, mente y cuerpo).

Aliviar dolor y sufrimiento: Es más que dar medicamento es darle confort, respeto, paz y dignidad. En este punto podemos aplicar las otras conductas como la de tacto, presencia, escucha y cuidados espirituales.⁵⁹

⁵⁹ Potter Patricia. op. cit. p. 84 (33)

4.2.2 Tipos de cuidado

Según Colliere⁶⁰ existen dos tipos de cuidados

“Los de costumbre y habituales: *care* relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.

Los de curación: *cure* relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida”.

Esto quiere decir que el cuidado se vive a cada momento y se desdobra permanentemente, el cuidar ocurre durante toda la vida.⁶¹

Care:

Los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida *care* son aquellos cuidados permanentes y diarios que mantienen la vida, dándole energía, mediante la alimentación, calor, o de la naturaleza afectiva o psicosocial, todos estos elementos interaccionan entre sí.

Se basa en todo tipo de hábitos, costumbre y creencias; todas las culturas al surgir crean un conjunto de rituales y determinan que es bueno y que es malo para la conservación de la vida.

Cure:

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad *curen* aseguran la continuidad de la vida, pero estos llegan a tener ciertos inconvenientes como: el hambre que no es un elemento que se pueda modificar tan fácilmente puesto que existen diferentes factores los cuales no nos permiten que las personas tengan una buena alimentación.

⁶⁰ Colliere Marie. op. cit. p. 213 (40)

⁶¹ Sánchez M, González B, Álvarez J, García G, Avendaño E, Salazar M. Intervención educativa sobre cuidado de enfermería. Rev. Paraninfo Digital [Internet]. 2009 [citado 07 marzo 2022]; 6:4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317178102_Intervencion_educativa_sobre_cuidado_de_enfermeria

Al momento que una persona enferma es necesario que aparte de los cuidados *care* se vean implicados los cuidados *cure*. El cuidado de curación tiene como objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y combatir sus causas.

Se ha visto que el cuidado ha sido identificado meramente como orgánico y mental y se ha hecho una separación de lo social, lo económico, su entorno, su nicho ecológico, lo espiritual pero fundamental ver al ser de manera integral.

Cuando el *cure* está sobre el *care* se enfoca de manera incorrecta, esto aniquila la progresión de las fuerzas de la vida misma.⁶²

4.3 Modelos y teorías de enfermería

La enfermería ha quedado más clara conforme avanza el tiempo gracias a las teorías y los modelos⁶³, a continuación, se describen algunas teorías que han dado pie al entendimiento del cuidado:

Teoría de Nightingale

El trabajo de Florence Nightingale es el un modelo inicial para la enfermería, el concepto de entorno fue el centro del cuidado enfermero y que las enfermeras no tienen que saber todo acerca del proceso de enfermedad diferenció la enfermería de la medicina. El foco de la enfermería es cuidar mediante el entorno y ayudar al paciente a tratar con los síntomas y cambios en función relacionados con una enfermedad.

Se orientaba a proporcionar aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y una alimentación adecuada, mediante la observación y la recogida de datos relacionó el estado de salud del paciente con factores del entorno y, durante la guerra de Crimea.

⁶² Collier Marie. op. cit. p. 214-215. (40)

⁶³ Raile Alligood. op. cit. p. 2. (16)

La teoría descriptiva de Nightingale proporciona a las enfermeras una forma ver a los pacientes y su entorno y sus principios visionarios que abarcan las áreas de la práctica, la investigación y la educación;⁶⁴ aunque su teoría fue escrita hace más de 150 años, respalda varias acciones de la actualidad, tales como: la higiene previene la morbilidad; y con un ambiente limpio, el número de casos de infección disminuye.⁶⁵

Nightingale señala que la observación vital (valoración) no tiene como finalidad acumular una información diversa o hechos curiosos, sino salvar vidas y aumentar la salud y la comodidad.⁶⁶

Teoría de Peplau:

La teoría de Hildegard Peplau (1952) se ha dicho que es la madre la enfermería psiquiátrica,⁶⁷ se centra en las relaciones entre la enfermera, el paciente, la familia del paciente y el desarrollo de la relación enfermera-paciente. El paciente es una persona con una necesidad y la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico. Esta relación enfermera-paciente está influida, a la vez, por la enfermera y por las percepciones e ideas preconcebidas del paciente.

A medida que se desarrolla la relación enfermera-paciente, la enfermera y el paciente definen de forma conjunta el problema y las soluciones posibles (fuerza de maduración); esta teoría es útil para establecer una comunicación eficaz entre enfermera y paciente (como en la valoración);⁶⁸ tiene una estructura de alto nivel que se considera como una de las grandes teorías.⁶⁹

Teoría de Henderson:

⁶⁴ Raile Alligood. op. cit. p. 3 (16)

⁶⁵ Pereira Natália. Contribuciones de la Teoría Ambiental de Florence Nightingale a la prevención de la pandemia de COVID-19. Rev. Cub. de Enf. [Internet] 2020 abril [citado 09 marzo 2022]; 36(2):6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n2/1561-2961-enf-36-02-e3702.pdf>

⁶⁶ Potter Patricia. op. cit. p. 44. (33)

⁶⁷ Raile Alligood. op. cit. p. 12 (16)

⁶⁸ Potter Patricia. op. cit. p. 44. (33)

⁶⁹ Céspedes Raquel. Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau. Cultura de los Cuidados [Internet] 2019 [citado 09 marzo 2022]; 23(54):68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.08>

Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo, e incluyó fenómenos de los siguientes campos del paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo.

Teoría de Orem

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001) se centra en las necesidades de autocuidado del paciente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada a un objetivo, dirigida hacia el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. El objetivo de la teoría de Orem es ayudar al paciente a realizar el autocuidado y gestionar sus problemas de salud. El cuidado enfermero es necesario cuando el paciente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales.

Esta teoría funciona bien en todas las etapas del proceso enfermero. La enfermera valora y determina por qué un paciente es incapaz de satisfacer estas necesidades, identifica los objetivos para ayudar al paciente, interviene para ayudar al paciente a realizar el autocuidado y evalúa cuánto autocuidado es capaz de realizar el paciente. De acuerdo con la teoría de Orem, el objetivo de la enfermería es aumentar la capacidad del paciente para satisfacer esas necesidades de una manera independiente.

Teoría de Leininger

Leininger utilizó su formación en antropología para forjar su teoría sobre la diversidad y universalidad del cuidado en diferentes culturas. El cuidado humano varía entre culturas en sus manifestaciones, procesos y modelos. Los factores de la estructura social, tales como la religión del paciente, la política, la cultura y las tradiciones, son fuerzas significativas que afectan al cuidado e influyen en los patrones de salud y enfermedad del paciente. El concepto más importante de la

teoría de Leininger es la diversidad cultural, y el objetivo del cuidado enfermero es proporcionar al paciente cuidados enfermeros específicos culturalmente.⁷⁰

Teoría de Betty Neuman

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la teoría del sistema general y refleja la naturaleza de los organismos vivos como un sistema abierto;⁷¹ en este modelo el paciente es la persona, el grupo, la familia o la comunidad.

El sistema está compuesto de cinco conceptos que interactúan entre sí: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual. Estos conceptos interactúan a la vez con los factores internos y externos del entorno y con todos los niveles de prevención (primario, secundario y terciario) para lograr un bienestar óptimo; considera cualquiera de los factores internos y externos que afectan a la estabilidad del paciente,

Teoría de Roy

El modelo de adaptación de Roy contempla al paciente como un sistema adaptable. De acuerdo con el modelo de Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona a adaptarse a los cambios de sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función de su papel y a las relaciones interdependientes durante la salud y la enfermedad.

Teoría de Watson

La teoría de los cuidados transpersonales de Jean Watson define el resultado de la actividad enfermera con respecto a los aspectos humanísticos de la vida. El propósito de la acción enfermera es comprender la interrelación entre salud, enfermedad y conducta humana. Así, la enfermería se ocupa de promocionar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad, ayudando a los pacientes a

⁷⁰ Potter Patricia. op. cit. p. 46 (33)

⁷¹ Raile Alligood. op.cit. p. 231 (16)

alcanzar o mantener la salud o a morir en paz. ofreciendo compasión y empatía a los pacientes y las familias.⁷²

Nola Pender: Enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana.

También menciona cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.⁷³

⁷²Potter Patricia. op. cit. p. 46 (33)

⁷³Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. Uni [Internet] 2011 diciembre [citado 29 marzo 2022];8(4). p. 17-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=arttext&pid=S1665-7063201100040000&lng=es>

4.3.1 Definición, objetivo y clasificación

Definición

Modelo:

Es una representación de un objetivo (el referente). Los referentes representados por los modelos pueden ser diversas entidades tales como objetos, fenómenos, procesos, ideas o sistemas. Un modelo científico también es un puente para conectar una teoría científica con un fenómeno, porque ayuda al desarrollo de la teoría desde los datos y la pone en relación con el mundo natural.⁷⁴

Teoría:

La enfermería al ser una profesión científica, utiliza teorías para organizar el conjunto de sus conocimientos y establecer lo que se conoce acerca de un fenómeno. Según Grove Susana⁷⁵

“una teoría se define como un conjunto de conceptos y declaraciones que presentan una visión de un fenómeno. Los conceptos son términos que describen de manera abstracta y dan nombre a un objeto, idea, experiencia o fenómeno, proporcionándole así una identidad independiente o significado. Se define de una manera particular para presentar las ideas relevantes de una teoría. Las declaraciones en una teoría describen cómo se conectan los conceptos entre sí. Un fenómeno es la manifestación, los objetos y los aspectos de la realidad tal como la experimentamos.”

Teoría de enfermería: Son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías y las teorías de otras disciplinas.⁷⁶

⁷⁴ Acevedo Díaz J, García Carmona A, Aragón Méndez M, Oliva Martínez J. Modelos científicos: significado y papel en la práctica científica. Revista Científica [Internet]. 2017 agosto [citado 20 julio 2021]; 30(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cient/n30/2344-8350-cient-30-00155.pdf>

⁷⁵ Grove Susana. op. cit. p.189 (50)

⁷⁶ Raile Alligood. op. cit. p. 1 (16)

Las teorías son abstractas y no concretas, puesto que está formada de conceptos los cuales son la expresión de una idea. Una idea abstracta se centra en una visión general de un fenómeno, concreto se refiere a realidades o casos reales se centra en lo particular y no en lo general y se conocen como variables la cuales tienen una definición más concreta.⁷⁷ (Anexo 1)

Objetivo

Describir, explicar y predecir fenómenos naturales, así como la comunicación de ideas científicas.⁷⁸

Esto nos marca un margen el cual nos dan un panorama claro del campo de enfermería mostrando lo esencial, como organizar el cuidado de manera ordenada y proporcionar los cuidados de enfermería de manera humana y así mostrar la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y el cuidado interdisciplinario y a su vez representar teóricamente la intervención en base a unas guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en enfermería.⁷⁹

Clasificación

Los modelos conceptuales de enfermería, comprenden los trabajos de enfermería de teóricos a los que algunos consideraron como pioneros en enfermería. Son un conjunto de conceptos que abordan los fenómenos centrales de la enfermería en proposiciones que explican las relaciones entre ellos, son exhaustivos, y cada uno aborda los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno, salud y enfermería.

Están contruidos por teorías explícitas derivadas de ellos por parte de los teóricos u otros expertos en enfermería, y teorías implícitas que todavía no han sido

⁷⁷ Grove Susana. op. cit. p. 190. (50)

⁷⁸ Acevedo Díaz J. op. cit. (74)

⁷⁹ Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211101228.pdf>

desarrolladas. Los teóricos que desarrollan modelos conceptuales de enfermería a menudo proponen una gran teoría de su modelo.

Una gran teoría deriva (teoría abstracta) de un modelo conceptual y pueden amenazar el modelo conceptual del que derivan, por que ponen a prueba la premisa principal del modelo conceptual, por ejemplo, son la teoría de Roy de la persona como un sistema adaptativo, la teoría de King del logro de metas y la teoría de Neuman de la estabilidad óptima del cliente.

El tipo de la teoría en enfermería comprende trabajos derivados de filosofías de enfermería, modelos conceptuales, grandes teorías abstractas de enfermería o trabajos de otras disciplinas. Se desarrolla de a partir de un marco conceptual o una gran teoría y generalmente, no es tan específico como una teoría de nivel medio, éstas proponen una acción en específico.

Y por último están las teorías de nivel medio, tienen un enfoque más específico y se concreta en su nivel de abstracción, proponen preguntas precisas de la práctica de enfermería evaluables. Abordan aspectos específicos de situaciones de enfermería desde la perspectiva del modelo, la gran teoría o la teoría de dónde surgieron; los detalles en las teorías de nivel medio son cosas como el grupo de edad del paciente, su ubicación y lo más importante, la acción del profesional de enfermería.⁸⁰

Los modelos son agrupados para su identificación en base a características similares entre ellos:

- a) La tendencia ecologista: En el que se plantea la relación del medio ambiente y la naturaleza en el estado de la salud; relación que influye en el proceso de cuidar, el modelo de Florence Nighthingale reúne este requisito.

⁸⁰ Raile Alligood. op. cit. p. 44-45. (16)

- b) La tendencia existencialista: En la que le planteamiento de algunos modelos sustentan la relación la salud y características preferentemente psicológicas como referentes de ésta tendencia (C. Roy).
- c) Tendencia Cósmica: Existe una clara relación entre la salud y el medio ambiente que rodea el individuo entendido éste como un sistema abierto que comunica al sujeto (M. Rogers).
- d) Tendencia sociológica: En el que se hace evidente el planteamiento de algunos modelos de la relación entre la salud y la dinámica social (D. Orem).⁸¹

4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería

El proceso atención de enfermería nos marca la realización de procesos lógicos de pensamiento que nos permitan comprender los fenómenos del cuidado, recrearlos e interpretarlos con arreglo al bagaje científico recogido, direccionado para generar respuestas y decisiones asertivas. La teoría apoya y sustenta la práctica de Enfermería, nos direcciona para la realización de actividades con fundamento científico y permite encaminarnos en situaciones complejas. Utilizarla permite razonar respecto a nuestro hacer y no realizar procedimientos de mecánica e impulsiva.⁸²

Nos dice Yura y Walsh que el diseño del proceso hunde sus raíces en la teoría general de sistemas, en la adopción de decisiones y de la resolución de problemas, en la de la percepción y en la de necesidades humanas, presentando como común denominador de todas ellas el elemento de la retroalimentación. De este modo, todas estas teorías conciben los fenómenos que estudian como

⁸¹ Vega Olga. Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. Rev. Ciencia. y cuidado. [Internet] 2006 julio [citado 12 marzo 2022]; 3(3):64.

⁸² Ángeles Ávila G. op. cit. (42)

procesos influenciados, modificables, adaptables y dinámicos. Estas características son, consecuentemente, aplicables al proceso de enfermería ya que se deriva en buena parte de estas teorías.⁸³

Los marcos y teorías son estructuras sobre los seres humanos y su salud que proporcionan a los profesionales de enfermería una perspectiva en las cuales pueden⁸⁴ incorporar a las virtudes del método científico, su relación con la realidad, los tipos de razonamiento utilizados para llegar a conclusiones y las implicaciones de los diferentes métodos y modelos de ciencia.⁸⁵

En el proceso atención enfermería implementa registros precisos, por consecuencia mejora la comunicación y previene errores, omisiones y repeticiones innecesarias;⁸⁶ los modelos de enfermería proporcionan formatos para recoger y organizar los datos del paciente y esto nos ayuda en nuestra etapa de valoración.⁸⁷

Nos menciona Hernández Conesa que el proceso enfermero debe conceptualizarse como un instrumento tangible en la realidad los modelos teóricos de la enfermería puede ser contemplado como la primera técnica de contrastación que puede llegar a dar la luz al grado de certeza de las afirmaciones teóricas enfermeras en cada fenómeno de investigación propuesto.⁸⁸

Por otro lado existen varios factores que han determinado a lo largo de los años la imposibilidad de un sustrato teórico para la práctica enfermera: el *horror vacui*, existe en los fundamentos científicos de la enfermería; las dificultades para la implementación en la práctica asistencial de un modelo teórico, la renuncia al estudio riguroso de los principios, la esencia y el objeto de estudios; en definitiva, la decisión profesional de deshacerse de cualquier elemento teórico interesándose

⁸³ Ruymán P, Aguirre A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. España: Elsevier; 2014. p. 8.

⁸⁴ Raile Alligood M. op. cit. p. 7 (16)

⁸⁵ Ruymán P. op. cit. p. 8 (83)

⁸⁶ Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. 8th ed. España: Wolters Kluwer; 2014. p. 6

⁸⁷ Potter Patricia. op. cit. p. 196. (33)

⁸⁸ Ruymán P. op. cit. p. 8 (83)

solamente en la aplicabilidad, los conceptos e instrumentos que se utilizaran, es decir, el proceso enfermero y el lenguaje estandarizado.⁸⁹

4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A.E

A. Éticos

La ética profesional nos permite ver desde un ángulo en el cual podemos juzgar tanto a médicos como también a enfermeras y a otros profesionales de la salud sobre actos que van dirigidos en los cuidados encaminados a la mejoría y recuperación del paciente, siempre guiándose por los principios fundamentales de la bioética que son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Cuando el personal de enfermería debe tomar una decisión, ésta debe estar fundamentada en la ética profesional, ya que esta nos permite hacer un análisis de un juicio crítico y del discernimiento, debido a que conlleva los valores que son parte de la esencia del ser humano y a los cuales nunca renunciaría si se hace llamar humano.⁹⁰

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

⁸⁹ Ruymán P. op. cit. p. 8 (83)

⁹⁰ Escobar Castellanos B, Cid-Henríquez P. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA ÉTICA DERIVADOS DEL AVANCE TECNOLÓGICO EN SALUD. Acta Bioethica [Internet]. 2018 [citado 20 julio 2021]; 24 (1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00039.pdf>

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁹¹

B. Legales

Cuestiones de ley civil y común en la práctica enfermera

Agravio

Un agravio es un daño civil hecho a una persona o propiedad. Los agravios son clasificados como intencionados, cuasi-intencionados o no intencionados. Los agravios intencionados son acciones deliberadas que violan los derechos de otros, tales como la intimidación, la agresión y la retención ilegal. Los agravios cuasi-intencionados son acciones en las que la intención falta, pero ocurren la acción

⁹¹ UNAM. FES Iztacala. [Internet]; 2021. [citado 15 marzo 2022] Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php.

violativa y la causa directa, tales como la invasión de la privacidad y la difamación de carácter. La tercera clasificación de agravio es el agravio no intencionado, que incluye la negligencia y la mala praxis.

a) Agravios intencionados

Intimidación: La intimidación es cualquier acción que supone la amenaza de un contacto dañino u ofensivo sin consentimiento. No es necesario contacto real. Es una intimidación el hecho de que una enfermera amenace con poner una inyección a un paciente.

Agresión: La agresión es cualquier contacto intencionado sin consentimiento. El contacto puede ser dañino para el paciente y causar una lesión o puede ser simplemente ofensivo para la dignidad personal del paciente. En el ejemplo de la enfermera que amenaza con poner a un paciente una inyección sin el consentimiento del paciente, si la enfermera pone realmente la inyección, esto es una agresión.

Retención ilegal: El agravio de una retención ilegal ocurre con una retención injustificada de una persona sin orden judicial legal. Esto ocurre cuando las enfermeras recluyen a un paciente en un área para mantener a la persona confinada, sin libertad para actuar.⁹²

b) Agravios cuasi-intencionados

Invasión de la privacidad: La intimidad puede verse comprometida a la hora de satisfacer necesidades o realizar cuidados.⁹³ El agravio de invasión de la privacidad protege el derecho del paciente a estar libre de intrusiones no deseadas en sus asuntos privados. La enfermera no debe difundir información clínica confidencial del paciente sin su consentimiento. Un paciente debe autorizar la difusión de la información y designar a quién puede ser difundida la información

⁹² Potter Patricia. op. cit. p. 289. (33)

⁹³ Sánchez S. Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza. NURE Investigación: Rev. de Enf. [Internet] 2017 [citado 10 marzo 2022];14(86):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277929>

sanitaria. Por ejemplo, hay que respetar el deseo de no informar a la familia del paciente de una enfermedad terminal.

Difamación: La difamación es la publicación de afirmaciones falsas que dan lugar a un daño de la reputación de la persona. La calumnia ocurre cuando alguien habla falsedades de otra persona. Por ejemplo, si una enfermera le dice a la gente erróneamente que un paciente tiene gonorrea y la revelación afecta a los negocios del paciente, la enfermera es responsable civil por calumnia.

c) **Agravios no intencionados**

Mala praxis: La mala praxis es un tipo de negligencia y a menudo se la denomina negligencia profesional. Cuando los cuidados enfermeros caen por debajo de los estándares de cuidados es decir la falta del cumplimiento del deber de la enfermera causa una lesión, aunque las enfermeras no pretenden lesionar a los pacientes la consecuencia es la mala praxis enfermera.⁹⁴

Negligencias: El no cumplir con responsabilidades propias de la profesión origina consecuencias legales, y estas son catalogadas como negligencia. Abordada de esta manera, la negligencia es un acto u omisión que cae por debajo de un estándar de cuidado. Ahora bien, las acciones de un (a) enfermero (a) constituyen negligencia cuando se incumple un deber de asistencia al paciente y las acciones son la causa legal de las lesiones demostrables. La negligencia y mala praxis también pueden surgir de las omisiones que causen daño; una omisión es la falta de acción cuando el nivel de atención requería acción.⁹⁵

⁹⁴ Potter Patricia. op. cit. p. 289-290. (33)

⁹⁵ Fernández S, Ruydiaz K, Del Toro M. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Salud, Barranquilla. Rev. Salud Uninorte [Internet]. 2016 mayo [citado 10 marzo 2022]; 32(2): 337-345. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200015&lng=en

4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.

Virginia Henderson.

Quien nació en 1897, y fallece en marzo de 1996, durante la primera guerra mundial en 1918 ingresa en la escuela de Enfermería de Washington, se graduó en 1921 de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente y Supervisora Pedagógica y en 1930 dio un curso sobre las técnicas de análisis y prácticas en enfermería clínica, hasta 1948 se dedicó a ser autora e investigadora. Con sus méritos obtuvo más de nueve títulos doctorales honoríficos en E. U. A y en Europa, su tesis se fundamentó en tres factores decisivos o niveles de intervención.

- 1) La enfermera como sustituta del paciente.
- 2) La enfermera como una auxiliar del paciente.
- 3) La enfermera como una compañera del paciente.⁹⁶

En su teoría nos hace ver que la persona es el individuo que necesita de la asistencia médica para preservar su salud, el entorno es la familia y la comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados. La salud es la capacidad de funcionar de manera independiente. La enfermera es la primera que debe ayudar al enfermo quien es el recipiente donde vaciamos nuestros conocimientos en forma de cuidados ya sea en los diferentes niveles que son de: sustituta, ayuda o como compañera.

Lo que busca Henderson es la independencia en la satisfacción de las necesidades de la persona enferma o sana.⁹⁷

⁹⁶ Paneque Vanega J, Olivera Fonseca Y, Olivera Fonseca, Moreno Mora O, Denis Torres R. La concepción filosófica de Virginia Henderson basada en el modelo de enfermería cubano. Ciencias básicas biomédicas en Granma. [Internet]. 2020 [citado 22 julio 2021] p. 4. Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/402/206>

⁹⁷ Naranjo Hernández Ydalsys, Rodríguez Larrinaga Miriam, Concepción Pacheco José Alejandro. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 22 julio 2021] p. 26 Disponible en:

El marco conceptual de Virginia Henderson nos marca las siguientes conceptualizaciones.

Salud: nos marca que es la capacidad de la persona/paciente de realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. A continuación, los supuestos de la salud:

- La salud es la calidad de vida
- La salud es esencial para el funcionamiento humano
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno: Es un conjunto de factores y condiciones externas, que pueden llegar a ser positivas o negativas en el alcance para cubrir las 14 necesidades básicas. Este está integrado por la familia y la comunidad.

Cuidados: Este concepto está relacionado estrechamente con el concepto de enfermera o enfermero por su función, ya que estos suplen o ayudan a la persona a satisfacer sus necesidades básicas en caso que no puedan ser cubiertas ya sea por falta de fuerza, voluntad o los conocimientos para poder encaminar a la persona a la independencia.

- a) La falta de fuerza es una falta de fuerza física que puede ser por falta de habilidad psicomotriz o de la pérdida de fuerza por falta de masa muscular. La fuerza de conocimientos es cuando una persona tiene una carencia de conocimientos mas no de capacidades para poder entender las enseñanzas dirigidas para su salud.

- b) La falta de voluntad se entiende a la carencia de compromiso, o al no mantener una conducta correcta encaminada a su salud.⁹⁸
- c) Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- d) Independencia: satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- e) Dependencia: no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- f) Problema de dependencia: cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.⁹⁹

Persona: Es una totalidad constituida por las 14 necesidades básicas que son requisitos para asegurar el bienestar de la persona, estas necesidades no solo se basan en el aspecto biológico sino también en lo psicológico, sociocultural y espiritual y son las siguientes:¹⁰⁰

⁹⁸ Pita Vizoso Rosa. Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del modelo de Virginia Henderson. [Trabajo fin de grado]. España: Universidad Da Coruña; 2017. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19442/PitaVizoso_RosaMaria_TD_2017.pdf

⁹⁹ UNAM. FES Iztacala. Virginia Henderson. Enfermería comunitaria, material complementario. Cincad. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx>

¹⁰⁰ Raile Alligood. op. cit. p. 15. (16)

1) Respirar normalmente.

La necesidad de la respiración comprende la función fisiológica para proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de oxígeno (O₂) y a la vez eliminar el bióxido de carbono (CO₂) que resulta de la combustión celular.

La necesidad de respiración, toma como parámetro la respiración normal que consiste en el ascenso y descenso rítmico de la pared torácica y del abdomen que se realiza unas 18 veces por minuto en el adulto de manera inconsciente y sin esfuerzo, en condiciones normales existe una relación bastante uniforme entre la frecuencia de la respiración y el pulso en la proporción de una respiración por cada 4 o 5 pulsaciones cardíaca.

2) Comer y beber adecuadamente.

Explica los patrones del individuo de consumo de alimentos y bebida, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrón de los aportes locales de nutrientes y complementos vitamínicos. Debe comprender informe de lesiones en la piel y los problemas de cicatrización. Condiciones y alteraciones de la piel, uñas, pelo, membranas mucosas, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso (IMC).

3) Eliminar los desechos corporales.

La necesidad de eliminación es la característica que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo

4) Moverse y mantener posturas deseables.

La Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, valora las actividades de la vida diaria, ya que de estas depende el bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal guardando relación en gran medida con el estado de movilidad, todos los sistemas del cuerpo funcionan mejor cuando están activos, el

desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y pérdida funcional.

La movilidad favorece la salud física y psicológica, estimula todos los sistemas, la función cardiopulmonar, la forma musculoesquelética, el control y el mantenimiento del peso corporal y el bienestar psicológico.

5) Dormir y descansar.

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

El dolor o la incomodidad física causan dificultades para conciliar el sueño o para seguir durmiendo, el dolor crónico puede seguir un ritmo circadiano con aumento nocturno de su intensidad; la enfermedad puede obligar al paciente a dormir en posturas a las que no está acostumbrado.

6) Seleccionar ropas. adecuadas; vestirse y desvestirse.

El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas, ni escamas, ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto si quiere sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima, En ciertas sociedades, el individuo viste por pudor, además de asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, una ideología o a un status social.¹⁰¹

7) Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.

La temperatura corporal normalmente tiene un punto de ajuste de 37° C. Esto se mantiene, en parte, por dos mecanismos antagonistas: escalofríos y sudoración.

¹⁰¹ Correa E, Verde E, Rivas J. Valoración de enfermería. Basada en la filosofía de Virginia Henderson. [Internet] México: UAM; 2016 [Citado 10 marzo 2022] p.25-44. Disponible en: https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf

Los escalofríos se inducen cuando la temperatura corporal disminuye demasiado y se reducen de manera gradual a medida que aumenta la temperatura. La sudoración ocurre cuando la temperatura corporal es demasiado alta y disminuye conforme la temperatura baje, pero en la primera infancia y en la extrema vejez cambia (por no haberse desarrollado en la primera y haberse perdido en la segunda).¹⁰²

8) Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, y proteger la piel.

Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo y microbios.

9) Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros.

La seguridad se puede definir como permanecer libre de lesiones psicológicas, fisiológicas y sociológicas. Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social.

Circunstancias que influyen en su protección: botiquín, riesgos ambientales, déficits de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de cierta medicación.

10) Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interactuando con el resto de persona y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social.

¹⁰² Fox Stuart. Fisiología humana. 14th ed. México: McGraw-Hill;2016. p. 7.

11) Rendir culto según la propia fe.

Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptan actitudes o realizan actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.

12) Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.

Esta necesidad es el deseo que alienta al individuo a desarrollar todo su potencial, es decir, llegar a ser todo aquello de lo que es capaz.

13) Jugar o participar en diversas formas de ocio.

Resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico, para mantener así el equilibrio bio-psico-socio-espiritual.

14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y la salud normal, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Es imposible separar la enseñanza del aprendizaje; enseñar es un proceso interactivo que favorece el aprendizaje, se compone de un grupo de acciones conscientes y deliberadas que ayudan a los individuos a adquirir nuevos conocimientos, cambiar actitudes o desarrollar nuevas habilidades. Aprender es la adquisición intencionada de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades.¹⁰³

¹⁰³Correa E. op. cit. p. 30-40. (101)

4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona

La aplicación del proceso de enfermería establece la base del razonamiento clínico, nos ayuda a organizar actividades cognitivas y la entrega de cuidados de enfermería, es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que debe guiar el pensamiento de las enfermeras día con día.¹⁰⁴

Una de las características de cualquier disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Con el desarrollo de la disciplina de enfermera se inicia también el desarrollo de la metodología enfermera.

Las primeras enfermeras que desarrollaron el proceso de atención de enfermería fueron, en la década de los cincuenta del siglo pasado, Hall, Jonhson y Orlando, en sus publicaciones describieron el proceso en tres etapas. Yura y Walsh, años más tarde, realizaron una publicación en la que añadieron una cuarta etapa. En la década de los setenta, Bloch, Roy y Aspinall añadieron una quinta etapa al fundamentar la importancia del diagnóstico como una etapa del proceso.

De acuerdo con Pita define el proceso de atención de enfermería como una serie de acciones, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería de mantener el bienestar óptimo del cliente y proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo a la situación de bienestar.¹⁰⁵

El uso del proceso enfermero es la base del razonamiento clínico. Le brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de

¹⁰⁴ Ramírez Elías. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 abril; [citado 22 julio 2021]; 13(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358745743001.pdf>

¹⁰⁵ Pita Vizoso Rosa. op. cit. (98)

cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones.¹⁰⁶

En la actualidad, constituye el método de trabajo admitido internacionalmente para la prestación de cuidados, las referencias que se hacen en la actualidad a este método son varias: proceso de atención de enfermería, proceso de enfermería, proceso de cuidar.

La etapa del diagnóstico es considerada como el eje central de todo el proceso, ya que se refiere al juicio clínico del que se van derivar los resultados e intervenciones de enfermería.

En la comunidad científica se afirma que una clasificación constituye la base de toda ciencia, supone el proceso básico de identificar los fenómenos que permiten describir y medir los distintos acontecimientos y hace posible la comunicación entre los investigadores y los profesionales clínicos. Todo sistema de clasificación trata de ordenar, agrupar y denominar en el mismo grupo y mediante el mismo término elementos que posean características comunes.¹⁰⁷

Con la finalidad de desarrollar un lenguaje común enfermero en todas las que fases del proceso de enfermería se han ido construyendo diferentes clasificaciones o taxonomías.

Han transcurrido cerca de 60 años de la creación del Proceso de Atención de Enfermería, herramienta metodológica que utiliza la enfermera/o para diseñar y proporcionar cuidados. Este proceso comenzó al comprender la metodología científica como un elemento indispensable para el desarrollo de la enfermería.

En esa época, años 1950-1960, enfermeras de los Estados Unidos de América y Canadá comenzaron a desarrollar el conocimiento que da cuenta que el accionar profesional forma parte de un proceso. En forma casi paralela aparece en la literatura el término diagnóstico de enfermería que utilizaron Bonney y Rothberg

¹⁰⁶ Alfaro R. op. cit. p. 6 (86)

¹⁰⁷ Pita Vizoso Rosa. op. cit. (98)

para identificar las necesidades de servicios de enfermería. Desde entonces, el uso de este método y la elaboración de planes de cuidados se han relacionado con la necesidad de desarrollar y emplear vocabularios enfermeros normalizados, que contribuyan a facilitar la expresión y el registro de las observaciones, razonamientos y actuaciones de las enfermeras asistenciales.

De la valoración, primera etapa del proceso, resulta la identificación de los problemas a resolver, diagnóstico, que por lo general se enunciaba usando un lenguaje libre.

Este lenguaje enfermero universal, cuyo desarrollo se inició en 1989 por un mandato del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el Congreso Internacional de Enfermeras, celebrado en Seúl (Corea), es perfeccionado y actualizado cada dos años.¹⁰⁸

La versión 2018-2020, 11ª edición, taxonomía pantallas de diagnóstico 244, agrupados en 13 dominios y 47 de clase, de los que 17 son nuevos, 72 diagnósticos fueron revisados durante este ciclo, 8 fueron retirados. Se han hecho cambios en 11 títulos de diagnósticos de enfermería.¹⁰⁹

En la misma línea de lograr un lenguaje común para las fases del proceso de atención de enfermería, se ha desarrollado la Nursing Interventions Classification (NIC). Esta taxonomía recoge una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

Se define intervención como, cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente.

¹⁰⁸ Campos C, Jaimovich S, Wigodski J, Aedo V. CONOCIMIENTOS Y USO CLÍNICO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA (NANDA, NIC, NOC) EN ENFERMERAS/OS QUE TRABAJAN EN CHILE. Rev. Iberoam. de Educ. e Inv. En Enf. [Internet] 2017 [citado 10 marzo 2022];7(1):34. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/232/conocimientos-y-uso-clinico-de-la-metodologia-enfermera-nanda-nic-noc-en-enfermeras-os-que-trabajan-en-chile/>

¹⁰⁹NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2018-2020. 11th ed. Herdman Heder K, editor. España : Elsevier; 2018.

La Nursing Outcomes Classification (NOC), constituye una clasificación estandarizada de resultados de enfermería. El resultado se define como, el estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras.¹¹⁰

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas

Definición

El Proceso de Enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería. Se conoce también como el centro de las acciones de enfermería, ya que constituye un método eficaz de organización de los procesos mentales destinados a tomar una decisión clínica y resolver cualquier problema.

Objetivo

Identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve de base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar sus resultados en el paciente.¹¹¹

Ventajas

Las ventajas van encaminadas para mejorar calidad en la prestación de los cuidados de enfermería, nos ayuda ver a la persona de una manera integral. ayuda a conseguir autonomía profesional, favorece la investigación y mejora que haya una comunicación efectiva entre profesionales.¹¹²

Dentro del proceso de atención de enfermería se puede decir que las ventajas también visualizadas son poder identificar de problemas mediante NANDA-I en el

¹¹⁰ Pita Vizoso Rosa. op. cit. (98)

¹¹¹ Herrera Majuan KC. Factores personales e institucionales relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios de medicina y emergencia del hospital III José Cayetano Heredia. [Tesis]. Perú: Universidad nacional de Piura; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1146/CIE-HER-MAJ-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹² Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). XII Simposium Internacional AENTDE. "Deconstruyendo los lenguajes enfermeros". Cádiz. AENTDE. 2018. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/154778/1/XII%20Simposium.pdf#page=95>

paciente permite un enfoque integral y preciso ya que su diagnóstico viene determinado por las características definitorias holísticas y factores identificados en la valoración, en el uso de NOC facilita la evaluación mediante indicadores de medición específicos como son la escala Likert y la puntuación Diana; y el uso de NIC permite ejecutar intervenciones y actividades específicas en la persona.¹¹³

Desventajas:

No siempre se cuenta con el material necesario para implementar el PAE, no contar con el número de enfermeros suficientes para realizar el PAE esto provocando que la implementación no sea del todo satisfactoria, no todos los enfermeros están realmente empapados con la normatividad del mismo.

También se consideran las siguientes aseveraciones del personal de enfermería, falta de tiempo, falta de conocimientos, considera que no tiene una herramienta para realizarlo, limita otras actividades de enfermería, no hace parte de sus funciones laborales.¹¹⁴

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

Es indispensable conocer las cinco fases del Proceso de Enfermería las cuales son: valoración, elaboración de diagnóstico, diseño de plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación, esto nos ayudara para formar un pensamiento analítico-crítico a partir de la confrontación permanente de los conocimientos, habilidades, actitudes-valores.¹¹⁵

¹¹³ Sacristán GM. Percepción del uso de NANDA-I, NOC y NIC (NNN) en el Proceso de Atención de Enfermería. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47807/TFG-H2262.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹⁴ Sánchez Castro JC. op. cit. p.5-6. (13)

¹¹⁵ Gil Nava M. De las cinco fases del Proceso de Enfermería: valoración, elaboración de diagnóstico, diseño de plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación para formar el pensamiento analítico-crítico a partir de la confrontación permanente de los conocimientos, habilidades, actitudes-valores. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. [Internet]. 2019 abril; [citado 9 octubre 2021]; 69(2).

Para el diagnóstico de enfermería se encuentra la NANDA-I (NANDA International), para la medición de metas el NOC (Nursing Outcomes Classification) y para las intervenciones el NIC (Nursing Interventions Classification), secuencialmente el paso de la implementación esta anidada en la NIC y en la re-evaluación en el NOC.¹¹⁶

1. Valoración

Se debe utilizar un marco de valoración basado en la evidencia para el diagnóstico enfermero preciso, el llevar a cabo una valoración general requiere competencias específicas para completar con precisión diversos procedimientos para obtener datos, y requiere un alto nivel de habilidad en la comunicación interpersonal. Los pacientes deben sentirse seguros y cómodos.

Una buena valoración de enfermería requiere que se recopile información sobre los diversos sistemas fisiológicos del paciente. Junto con datos psicosociales y espirituales básicos, datos que puedan ayudar a determinar si hay otras respuestas humanas alteradas que indiquen riesgo, o sugieran oportunidades de promoción de la salud.¹¹⁷

Metodología de la valoración:

A. Obtención de datos

Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente. La información procede de la entrevista, las observaciones y la exploración física.

Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/829/983>

¹¹⁶ Ospina Anaya C, Cañon Montañez W, Rodríguez Acelas AL. Una mirada desde el proceso de enfermería modificado al manejo del sobrepeso y obesidad. Revista Cuidarte [Internet]. 2020 [citado 13 octubre 2021]; 11(1): 2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7441610>

¹¹⁷ Ramos JJ. Proceso atención de enfermería de tercera generación a paciente con enfermedad renal crónica positivo a Covid 19, en la unidad de hemodiálisis del hospital general ISSSTE Acapulco Gro. [Trabajo de fin de grado]. México: Universidad Autónoma de Guerrero; 2019. Disponible en: http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/2446/TE_1004950_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

a) Entrevista: La relación que se establece en una entrevista centrada en el paciente empodera al paciente, promueve la toma de decisiones conjuntas con la enfermera y asegura la continuidad del cuidado.

Una entrevista inicial centrada en el paciente implica:

- 1) Preparar el escenario
- 2) Recopilar la información sobre las principales preocupaciones o problemas del paciente y establecer un programa
- 3) Recoger la valoración o una historia clínica de enfermería
- 4) Finalizar la entrevista

Durante la entrevista somos responsables de dirigir el flujo de la conversación para que el paciente tenga la oportunidad de aportar libremente las historias sobre sus problemas de salud, para permitir conseguir la información tan detallada como sea posible. Algunas entrevistas son focalizadas; otras son integrales. Pueden aplicarse preguntas abiertas o cerradas.

También los datos los podemos obtener de los informes de los miembros de la familia y allegados, de otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, información de la historia clínica (por ejemplo, de antecedentes del paciente, pruebas de laboratorio, resultados de radiografías, consultas multidisciplinarias).

b) Exploración física: Una exploración física es una investigación del cuerpo para determinar su estado de salud. La exploración implica la utilización de las técnicas de la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación y el olor.¹¹⁸

Inspección: Observar cuidadosamente usando sus manos, ojos, oídos y sentido del olor.

¹¹⁸ Potter Patricia, op. cit. p. 200-201,203,207-208. (33)

Auscultación: Escuchar con el estetoscopio.

Palpación: Tocar y presionar para probar el dolor, y palpar las estructuras internas como el hígado.

Percusión: Dar golpecitos directa o indirectamente sobre una superficie corporal para determinar los reflejos (con un martillo de percusión) o para comprobar si una zona contiene líquidos (golpeando con los dedos la superficie).¹¹⁹

Los tipos de datos:

- 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.

B. Validación de los datos

Cuando se ha obtenido la suficiente información de las condiciones, respuestas humanas y/o estado de salud de la persona, es de suma importancia verificar que los datos sean correctos, esto significa que se debe asegurar que la información que se reunió es verdadera. Los datos que se observan y que no son mesurables, en principio, se someten a validación, confrontándolos con otros datos o buscando nueva información que apoye o se contraponga a los primeros, se puede hacer uso de otras fuentes de información, como la familia, el expediente clínico o cualquier otro documento o persona que confirme lo que ya se obtuvo.¹²⁰

¹¹⁹ Alfaro R. op. cit. p. 66. (86)

¹²⁰ Téllez S, García M. Modelos de cuidado en enfermería NANDA, NICY NOC. México: McGraw-Hill; 2012. p. 41.

C. Agrupación de los datos

Los instrumentos de valoración nos guían para agrupar los datos. Sin embargo, tenemos que pensar en las relaciones entre datos. Por ejemplo, los datos clasificados en nutrición también se relacionan con los datos del estado de la piel (una mala nutrición es un factor de riesgo para los problemas de la piel).¹²¹

- Datos de identificación
- Datos culturales y socioeconómicos (*habitus exterior*)
- Historia de salud: diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física.
- Problemas identificados.¹²²

D. Documentación y registro de la valoración.

La documentación de los datos es la última parte de una valoración completa. Se requiere una documentación correcta y precisa de los hechos, en el registro de los datos del paciente. Si no se registra un hallazgo de la valoración o la interpretación del problema, se pierde y no estará disponible para nadie que atienda al paciente. Si la información no es específica, el lector se queda solamente con impresiones generales. La observación y el registro del estado del paciente son responsabilidades legales y profesionales.

Al registrar los datos, se debe prestar atención a los hechos y ser tan descriptivo como sea posible. Se debe informar exactamente de cualquier cosa escuchada, vista, sentida u olida. Se debe registrar la información objetiva con terminología precisa (p. ej., pesa 170 kilogramos, abdomen blando y depresible a la palpación). Hay que registrar la información subjetiva del paciente entre comillas. Al introducir

¹²¹ Alfaro R. op. cit. p.75 (86)

¹²² Téllez S. op. cit. p. 41 (120)

los datos, no se debe generalizar ni realizar juicios mediante comunicación escrita. Las conclusiones sobre esos datos se convierten en diagnósticos de enfermería y, por ello, deben ser objetivas y precisas.¹²³

2. Diagnostico

Esta etapa implica una compleja función intelectual, que conjuga los conocimientos y habilidades de la o el enfermero, permite llegar a una serie de conclusiones e inferencias sobre el estado de salud de la persona, a través del análisis de un conjunto de información y datos que se recopilar durante la etapa de valoración y esto no da la base para la selección de las intervenciones. Para la formulación de diagnósticos de enfermería se utiliza la taxonomía de la Asociación Nacional Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA por sus siglas en inglés).

Una taxonomía es una forma de clasificar u ordenar las cosas en categorías, es un esquema jerárquico de grupos principales, subgrupos y elementos con el fin de organizar conocimientos formales en dimensiones coherentes, lógicas y conceptualizadas para que reflejen el dominio profesional.¹²⁴

A los estudiantes a menudo se les anima a identificar todos los diagnósticos de un paciente, se trata de un método de aprendizaje para mejorar el razonamiento clínico y dominar la ciencia de la enfermería. En la práctica, sin embargo, es importante priorizar el diagnóstico, ya que deben constituir la base de las intervenciones. Debe tener en cuenta, que los diagnósticos más críticos tanto desde el punto de vista del paciente, los recursos y el tiempo disponibles para el tratamiento.

¹²³ Potter Patricia. op. cit. p. 211 (33)

¹²⁴ Márquez Zurisadaí. Proceso de enfermería en una persona con preeclamsia y hemorragia obstétrica. [Trabajo de fin de grado]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería; 2020. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/9933>

Componentes de un diagnóstico enfermero:

1) Etiqueta diagnóstica

Proporciona un nombre para el diagnóstico que refleja, como mínimo, el foco del diagnóstico (Eje 1) y el juicio enfermero (Eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón o pistas relacionadas. Puede incluir modificadores.

2) Definición

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares.

3) Características definatorias

Evidencias o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en problemas, de promoción de la salud o síndromes. Esto no solo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también aquellas que son oídas (lo que el paciente/familia nos dice), y aquello que tocamos o que olemos.

4) Factores de riesgo

Factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable. Solo los diagnósticos de riesgo presentan factores de riesgo.¹²⁵

5) Factores relacionados

Son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. Estos factores se pueden describir como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o conducentes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema y los síndromes deben presentar factores relacionados; los diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados si estos contribuyen a clarificar el diagnóstico.

¹²⁵NANDA. op. cit. p. 196-197. (109)

6) Población de riesgo

Grupos de personas que comparten alguna característica que hace a cada miembro susceptible de una determinada respuesta humana. Estas son características no modificables por la enfermera profesional.

7) Problemas asociados

Diagnósticos médicos, procedimientos lesivos, dispositivos médicos o agentes farmacológicos; estos problemas no son modificables de forma independiente por la enfermera profesional.

Formulación de diagnósticos:

A. Diagnóstico de enfermería con un enfoque en un problema

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

Etiqueta diagnóstica + Relacionado con + Factores relacionados + Evidenciado por + Características definitorias.

B. Diagnóstico de enfermería riesgo

Juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a un problema de salud/proceso vital.

Etiqueta diagnóstica + Evidenciado por + Factores relacionados

C. Diagnóstico de enfermería promoción de la salud

Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan por una disposición

para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. En individuos incapaces de expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una situación de promoción de la salud y actuar en nombre de la persona. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en una persona, familia, grupo o comunidad.

Etiqueta diagnóstica + Evidenciado por + Características definitorias

D. Síndrome

Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Para utilizar un diagnóstico de síndrome, se deben usar dos o más diagnósticos enfermeros como características definitorias. Se deben usar factores relacionados si estos añaden claridad a la definición, pero no son un requisito.¹²⁶

Etiqueta diagnóstica + Relacionado con + Factores relacionados + Evidenciado por + Características definitorias

Para realizar elaborar los diagnósticos debemos de identificar los problemas de la siguiente manera:

- a) Creación de una lista de problemas / diagnósticos sospechosos.
- b) Eliminación de problemas / diagnósticos similares.
- c) Enumeración de problemas / diagnósticos reales y potenciales, y clarificación de lo que los causa o contribuye a su existencia.
- d) Determinación de los factores de riesgo que deben tratarse.
- e) Identificación de los recursos, fortalezas y áreas para la promoción de la salud.¹²⁷

¹²⁶NANDA. op. cit. p. 191-192. (109)

3. Planeación

Es la etapa en la que se concretan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. Se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.¹²⁸

a) Atender las prioridades urgentes.

- Determine los problemas urgentes (por ejemplo, aquellos que requieren una atención inmediata) antes de decidir tiempo a identificar los objetivos.
- Después de que haya atendido las prioridades urgentes, determine los objetivos generales esperados, normalmente llamados objetivos para el alta, para saber cómo priorizar en el contexto de imagen general de los cuidados de la persona.

b) Aclarar los objetivos a alcanzar.

- Los objetivos son las varas de medir el plan de cuidados.
- Los objetivos dirigen las intervenciones.
- Los objetivos son factores de motivación.

c) Decidir qué problemas se deben registrar.

- El estado general de salud de la persona y los resultados esperado al alta.

¹²⁷ Alfaro R. op. cit. p. 91. (86)

¹²⁸ Secretaría de Salud. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. México. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf

- La duración esperada del contacto con la persona; tiene que ser realista sobre qué problemas se pueden (y deben) afrontar dentro del tiempo asignado.
- La percepción de prioridades de la persona. Si esta no ésta de acuerdo con las prioridades que se establecen, es poco probable que el plan tenga éxito.

d) Determinar las intervenciones enfermeras.

- Intervenciones de cuidados directos: Acciones realizadas mediante la interacción directa con la persona. (por ejemplo, asistirlo en el baño, enseñar sobre técnicas de relajación).
- Interacciones de cuidados indirectas: Acciones realizadas lejos del receptor (por ejemplo, contactar con un trabajador social).

e) Asegurarse de que el plan se registra de manera adecuada.

- Debemos asegurarnos de que el plan se registra de manera adecuada: debe cerciorarse de que todos los problemas y riesgos que deben tratarse para lograr los resultados generales de los cuidados se anotan en algún lugar de la historia de la persona.¹²⁹

4. Ejecución

Aquí se pone en práctica el proceso atención enfermería para lograr los resultados específicos ya planeados. Las acciones deben de sustentarse en principios científicos para asegurar unos cuidaos de calidad. Es en esta etapa cuando se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución. Para llegar a esta alternativa, la enfermera tomará decisiones de carácter independiente, de esta manera dispondrá de sus propias capacidades y de sus colaboradores.

¹²⁹ Alfaro R. op. cit. p. 130-131, 142-143. (86)

a) Preparación del plan de atención

- Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con aquellos colegas que tengan mayor experiencia.
- Los cuidados deben reconocer que las actividades coincidan con las necesidades alteradas.
- Analizar el nivel de conocimientos, habilidades y capacidades que se requieren para realizar la actividad planeada.
- Preparar en forma previa, el material y equipo que se va a requerir, preparar un ambiente agradable, confortable y seguro para el paciente.
- Las intervenciones pueden consultarse en el NIC para dar mayor seguridad de lo que se planteó la enfermera.

b) Documentar

- Cada anotación debe de llevar fecha y hora en la que se realiza
- El registro de enfermería en el expediente clínico es un documento médico legal.
- Debe estar seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos.¹³⁰

5. Evaluación

Es la última etapa del proceso atención enfermería y es 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, así pudiendo ahora comparar con uno o varios indicadores.¹³¹

¹³⁰ Téllez S. op. cit. p. 50-51. (120)

¹³¹ Secretaría de Salud. op. cit. (128)

a) Evaluación del logro de objetivos

- Total (se logró el objetivo)
- Parcial (está en proceso de lograr el resultado)
- No logrado

b) Revaloración del plan

- Es el proceso de cambiar o modificar los diagnosticos de enfermería que no fueron funcionales o adecuados.
- Revisión del plan existente.¹³²

¹³² Téllez S. op. cit. p. 52-54. (120)

4.5 La persona

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

Adulthood mediana:

Esta etapa va de los 40 años hasta aproximadamente los 59 años de edad. Se reconoce a esta etapa como un momento de reflexión, el humano se ha caracterizado por siempre dejar un legado en la humanidad y su mente tiene aún más arraigada esa idea, ya sea mediante su familia trabajo o comunidad. También, se encuentran buscando cumplir con el cumplimiento total de su puesto, manteniéndose informados y actualizados en sus rutinas del día a día.¹³³

En 2021 en total son 9,837,483 adultos de mediana edad hombres y 15,279,702 mujeres entre los 40 a los 59 años, esto nos da un total de 25,117,185 habitantes que será un 20% de la población general en México.¹³⁴ En la edad adulta mediana las personas hacen contribuciones duraderas mediante su implicación con los demás. La mediana edad adulta comienza alrededor del principio o la mitad de la treintena y dura hasta el final de la sesentena.

Durante este periodo los logros personales y profesionales a menudo ya se han experimentado. Muchos adultos de mediana edad encuentran un disfrute particular en ayudar a sus hijos y a otras personas jóvenes a llegar a ser adultos productivos y responsables. También comienzan a ayudar a sus padres que envejecen mientras son responsables de sus propios hijos, lo que los coloca en la llamada generación sándwich. Emplear el tiempo de ocio de manera satisfactoria y creativa

¹³³Del Valle Lago Alondra, Martínez Lugo Miguel, Rodríguez Montalbán Ramón. Las generaciones en el trabajo en Puerto Rico: Una mirada desde la psicología industrial-organizacional y las etapas del desarrollo. Revista Salud y Conducta Humana [Internet]. 2019 diciembre [citado 11 agosto 2021]; 6(1): 27. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341945263_Las_generaciones_en_el_trabajo_en_Puerto_Rico_Una_mirada_desde_la_psicologia_industrial-organizacional_y_las_etapas_del_desarrollo

¹³⁴INEGI. Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo. [Internet] 2021. [citado 13 junio 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b

es un reto que, si se cumple satisfactoriamente, permite a los adultos de mediana edad prepararse para la jubilación.

Aunque muchos adultos de mediana edad han logrado la estabilidad socioeconómica, las tendencias recientes en la reducción de plantillas han dejado a muchos ya sin trabajo o forzados a aceptar trabajos con menos remuneración, por ejemplo, en el 2021 había un millón de personas sin empleo ahora existen desde el primer trimestre de 2022 dos millones de personas sin empleo esto afectando a las familias.¹³⁵

Biológicas

Los varones y las mujeres necesitan adaptarse a los inevitables cambios biológicos. Como en la adolescencia, los adultos de mediana edad emplean una energía considerable para adaptar su autoconcepto y su imagen corporal a las realidades y los cambios de su apariencia física. Una autoestima alta, una imagen corporal favorable y una actitud hacia los cambios fisiológicos ocurre cuando los adultos participan en el ejercicio físico, dieta balanceada, sueño reparador, y prácticas de buena higiene que promueven cuerpos vigorosos y sanos.¹³⁶

Los cambios biológicos más comunes son los siguientes:

- Cambios en el proceso de absorción del calcio y por ende huesos más porosos, debido a la desmineralización constante.
- Una disminución progresiva del número de cardiomiocitos, que tienen una duración de vida limitada y cuyo número es fijo desde tiempo neonatal.
- Una disminución de la distensibilidad de los vasos y del miocardio, efecto por la glicación de las proteínas y el tejido con el tiempo es sustituido por más fibroso.

¹³⁵ INEGI. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Nueva Edición primer trimestre de 2022. [Internet] 2022 [citado 15 junio 2022]https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoent/enoe_ie2022_05.pdf

¹³⁶ Potter Patricia. op. cit. p. 151 (33)

- Función renal que se ve disminuida en 1% por año a partir de los 40 años, esto se acompaña de una pérdida progresiva de glomérulos funcionales limitando la capacidad de eliminación.
- Se enlentece la renovación de la epidermis, en 20 días se renueva en un adulto de joven, pero en un adulto mayor a 50 años tarde 30 días.

También van a existir cambios biológicos los cuales no solo serán efecto del transcurso del tiempo estos también se verán influenciado por factores extrínsecos responsables del envejecimiento como son: la alimentación (en el humano las dietas hipercalóricas aumentan el deterioro del cuerpo así llevando a enfermedades crónico degenerativas y la baja circulación de oxígeno en el cuerpo provocando daños en el mismo), sedentarismo (la disminución de la fuerza y de la masa muscular con la edad (sarcopenia) esta principalmente ligada inactividad física con la edad), enfermedades.¹³⁷

Perimenopausia y menopausia.

La menstruación y la ovulación o curren a un ritmo cíclico en las mujeres desde la adolescencia hasta la edad adulta mediana. La perimenopausia es el período durante el que la función ovárica disminuye, teniendo como consecuencia una disminución del número de óvulos y ciclos menstruales irregulares; dura generalmente de 1 a 3 años.

La menopausia es la ruptura de este ciclo, fundamentalmente por la incapacidad del sistema hormonal de mantener su estimulación periódica del sistema neurohormonal de mantener su estimulación periódica del sistema endocrino. Los ovarios ya no producen estrógenos y progesterona y los niveles de esas hormonas en la sangre se reducen notablemente. La menopausia ocurre normalmente entre los 45 y 60 años. Aproximadamente el 10 % de las mujeres no tienen otros

¹³⁷ De Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC – Kinesiterapia – Medicina física. ELSERVIER [Internet]. 2018 mayo [citado 11 agosto 2021]; 39(2):3,5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S129329651889822X>

síntomas de menopausia más que el cese de la menstruación, del 70% al 80 % son conscientes de otros cambios, pero no tienen problemas y aproximadamente el 10% experimentan cambios bastantes graves que interfieren con sus actividades diarias.

Andropausia

La andropausia ocurre en los varones a finales de los 40 años y principalmente de los 50 años. La disminución de los niveles de andrógenos causan la andropausia. A lo largo de este período y después de él un varón todavía puede producir espermatozoides fértiles y engendrar un niño. Sin embargo, la erección del pene es menos firme, la eyaculación menos frecuente y el período refractario más prolongado.

Cambios cognitivos

Los cambios en la función cognitiva de los adultos de mediana edad son raros excepto por enfermedades o traumas. Algunos adultos de mediana edad entran en programas educativos o profesionales para prepararse con nuevas habilidades e información para entrar en el mercado laboral o cambiar de trabajo.

Después de la emancipación del último hijo, muchas parejas durante la mediana edad reviven sus relaciones y encuentran un aumento de su satisfacción matrimonial y sexual. La aparición de la menopausia y la andropausia afecta a la salud sexual de la mediana edad. Algunas mujeres desean un aumento de la actividad sexual porque el embarazo ya no es posible. Las mujeres menopáusicas también sufren sequedad vaginal y dispareunia o dolor durante la relación sexual.

Durante la mediana edad un varón puede notar cambios en la fuerza de su erección y una disminución de su capacidad de experimentar orgasmos repetidos. Otros factores que influyen en la sexualidad durante este período incluyen el estrés laboral, la disminución de la salud de un miembro de la pareja o los dos, y el uso de medicamentos.¹³⁸

¹³⁸Potter Patricia. op. cit. p. 160. (33)

Psicológicos

Durante este tiempo es posible que los padres de la persona mueran, entre hermanos se separen o que los matrimonios se acaben, aquí inicia un sentimiento por comenzar una nueva socialización para permitirse la socialización secundaria y así sentirse bien consigo mismos. Cuando se tienen dificultades para socializar se pueden desarrollar sentimientos de tristeza y esto llevar al suicidio o tener conductas inadecuadas y autodestructivas, como por ejemplo el consumo de bebidas alcohólicas en exceso.

Sociales

Otro punto a tocar muy importante es la inteligencia porque ha esta edad va más allá de las habilidades académicas o laborales porque debe cubrir demandas del medio social y cultural, como mantener un hogar, criar hijos, cuidar su relación de pareja, tener trabajo, cuidar a la familia extensa y para esto ocupa de habilidades cognitivas, emocionales y sociales, con esto se aúnan el ser asertivo, resolución de habilidades y adaptación.¹³⁹

Cambios psicosociales

Los cambios que se van dando en algunos casos son esperados y en otros no dando distintas maneras de vivir esta etapa de la vida.

1. El trabajo puede ser un punto a favor o jugar en contra, por un lado, existe la posibilidad de ascensos por su labor durante el tiempo de su buen desempeño, pero por otro lado existe la reducción de plantilla, los cambios

¹³⁹ Caro Juliana. Desarrollo y ciclo vital – jóvenes y adultos. Areandina. Fundación Universitaria del Área Andina. [Internet]. 2018 [citado 11 agosto 2021] Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1427/162%20DESARROLLO%20Y%20CICLO%20VITAL%20-%20J%C3%93VENES%20Y%20ADULTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

tecnológicos que fuerzan a las personas a buscar otros trabajos, provocándoles estrés y hasta depresión.

2. En la sexualidad se puede dar una nueva libertad ya que los hijos ya no están en casa y la pareja vuelve a vivir una nueva vida romántica y sexual. Pero también en esta etapa aparece la andropausia o la menopausia y afectan a la salud sexual de la mediana edad. Aunque en algunos casos hay mujeres que prefieren tener más relaciones sexuales porque piensan que ya no existe la posibilidad de un embarazo, en cambio otras prefieren no tener relaciones ya que aparece en esta etapa la sequedad vaginal y dispareunia o dolor durante la relación sexual.

Los factores psicosociales familiares son de gran implicación durante esta etapa ya que adultos que rondan los 35 años aún no se han casado y tienen una filosofía de la vida diferente a los estándares comunes, y por otro lado están aquellos que están pasando por su primer divorcio y pasan por un duelo en este momento hay que saber valorar el nivel de afrontamiento del adulto. También existe en esta etapa el llamado síndrome del nido vacío es el término usado para describir la tristeza y la soledad que acompañan a la emancipación de los hijos. Otro punto a tocar es el cuidado de los padres ancianos, el aumento de la esperanza de vida ha logrado que esta generación de adultos de la mediana e vea obligada a solventar los gastos de los hijos, cónyuge y padres, lo que lo lleva a una sobre carga y estrés.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Potter Patricia. op. cit. p. 160. (33)

4.5.2 Padecimientos más frecuentes

Las defunciones por la COVID-19 fueron la primera causa de muerte a nivel nacional con 145,159 casos. Le siguieron las enfermedades del corazón con 113,899 y de la diabetes mellitus con 74,418 casos.

COVID-19

Prevalencia de enfermedades crónicas relevantes para Covid-19: La prevalencia de enfermedad cardiovascular (EVC) fue de 1.7% (1.4 millones de adultos) y de enfermedad pulmonar crónica fue de 2.1 % (1.7 millones de adultos). En general, las mujeres presentaron mayor prevalencia de diabetes (11.6%) e hipertensión (15.7) que los hombres (9.5 y 10.9% respectivamente para diabetes e hipertensión). Por otro lado, la enfermedad cardiovascular se disminuyó de manera homogénea entre hombres y mujeres (1.6 y 1.8 % respectivamente).

Enfermedades del corazón

Las defunciones causadas por enfermedades del corazón han ocupado el primer lugar entre las principales causas durante varios años, entre ellas, destacan las enfermedades isquémicas del corazón que presentan una alta incidencia entre la población que fallece a partir de los 45 años.

Hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión fue de 13.4% en 2020, lo que resulta más baja que las encuestas previas (16.6% en 2012, 15.3% en 2012 y 18.4% en 2018), pero no fue estadísticamente distinta en comparación con 2016. En mujeres la prevalencia de hipertensión por diagnóstico médico estaba en aumento de 18.5% a 20.9% de 2012 a 2016, pero la prevalencia disminuyó a 15.7% en 2020. En hombres, se ha observado un menor aumento en la prevalencia de 2012 a 2016 (de 14.1 a 15.3%) y en 2020, la prevalencia estimada fue de 10.9 por ciento.

Diabetes mellitus

Las defunciones que ocurren a causa de la diabetes mellitus han escalado posiciones entre las principales causas de muerte. Para el periodo de referencia a nivel global y para los hombres ocupa el tercer lugar y, entre las mujeres, ocupa la segunda posición. La prevalencia de diabetes fue de 10.6% en 2020, similar a la prevalencia encontrada en 2018. En los últimos ocho años hubo un aumento en la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico de 9.2% (2012) a 10.6% (2020). Al desagregar por sexo, el aumento a lo largo del tiempo fue mayor en mujeres, quienes presentaron un aumento de 9.7 a 11.6%, mientras que, en los hombres, el aumento fue de 8.6 a 9.4%.

Defunciones por tumores malignos

Las defunciones causadas por tumores malignos históricamente también han ido en aumento, si bien a un menor ritmo que las que ocupan las primeras posiciones, su tendencia es al alza. Esta causa se encuentra entre los primeros lugares en prácticamente todos los grupos de edad. La cantidad de defunciones por esta causa mantiene estabilidad para el periodo analizado, considerando su comportamiento histórico.

Defunciones por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas se posicionan entre las diez primeras causas de defunción en personas que fallecen a partir de los 55 años, la incidencia se va incrementando conforme las personas mueren de mayor edad.^{141,142,143, 144}

¹⁴¹ SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2020. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/20191/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_cincuenta_59.pdf

¹⁴² Shamah T, Romero M, Barrientos T, Cuevas L, Bautista S, Colchero A, Gaona E, et. al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021.

¹⁴³ Porter Robert. op. cit. p. 111,449,752,1774. (12)

¹⁴⁴ INEGI. Características de las defunciones registradas en México. [Internet] 2021 [citado 16 junio 2022].

Disponible en:

4.5.3 Descripción del padecimiento

Definición

El síndrome de abducción dolorosa del hombro también llamado: síndrome de hombro doloroso, síndrome de impingement subacromial, enfermedad del manguito rotador, síndrome de dolor anterolateral de hombro. Pero en general en esta patología del hombro, en su mayoría corresponde a la denominada tendinitis del manguito de los rotadores que es una inflamación de un grupo tendinoso que rodean la cápsula articular de la articulación del hombro.¹⁴⁵

Epidemiología

El dolor de hombro es una de las causas más frecuentes de visita al médico general y provoca incapacidad en 20% de la población general. Su prevalencia en menores de 50 años es menor (6-11%) pero en los mayores de esa edad se incrementa (16-25 %). Estudios prospectivos realizados en Europa demuestran que 11 de cada 1000 pacientes que visitan al médico general consultan por hombro doloroso. De ellos, 50% son secundarios a tendinitis y remitidos a fisioterapia. Aproximadamente, 50% de quienes visitan al médico general con un nuevo episodio tuvieron síntomas en los últimos seis meses y 40% o más, en los últimos 12 meses. Además, 46% de todos mencionaron una historia previa de síntomas dolorosos en hombro.

El dolor de hombro es la tercera causa de atención entre las patologías musculoesqueléticas y la tercera de consulta con un fisioterapeuta. La frecuencia global en los diferentes grupos de edad se encuentra entre 0,9-2,5 %. Entre el 18,6 % y el 31 % de los pacientes mantienen la afección durante 1 mes, entre el 4,7% y el

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf&ved=2ahUKewiutsLDybX4AhUPDkQIHRYQBw0QFnoECBEQAQ&usg=AOvVaw0XkeGgOCW1bEyShjFZypQ7

¹⁴⁵ Vicente Pardo JM. op. cit. p. 339. (3)

46,7% de los afectados se mantienen con dolor sobre el año y entre un 6,7 % y 66,7%, presentan prevalencia mantenida del dolor para toda la vida.¹⁴⁶

Etiología

Las causas más frecuentes del dolor de hombro son las siguientes:

- Síndrome de pinzamiento del hombro
- Lesión o desgarró del llamado manguito de los rotadores (rotura del manguito)
- Inflamación de la articulación glenohumeral, hombro rígido doloroso (hombro congelado) o periartrosis escapulothumeral.
- Artrosis
- Fracturas y lesiones
- Tendinitis - Bursitis

Unas de las causas más comunes de dolor en el hombro es la del síndrome de pinzamiento y aparece al adoptar determinadas posiciones, sobre todo al elevar lateralmente el brazo (abducción) o al soportar objeto pesado, al realizar este movimiento estrecha el espacio en la zona de la articulación, por lo cual no es suficiente para albergar todas las estructuras que concurren en él y el tejido choca contra el acromion o queda aprisionado en él.

De los puntos antes enlistados el hombro doloroso secundario a lesión del manguito es la causa más frecuente de la consulta médica y constituye el 1,2% de las visitas realizadas al médico de familia.¹⁴⁷

Factores de riesgo:

¹⁴⁶ Tejera Valdés AJ. op. cit. (1)

¹⁴⁷ Ferriol Rodríguez MR, Urbay Ceballos F, Rodríguez Domínguez J, Fariñas Costa D, Momplet Pérez V, Benavides Fleites N. La farmacopuntura en el síndrome del hombro doloroso. Acta Médica del Centro [Internet]. 2017; [citado 20 octubre 2021]; 11(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec173b.pdf>

En algunos estudios se han presentado hallazgos contradictorios sobre la relación entre el trabajo y los factores físicos del trabajador, en cambio se evidenció una asociación fuerte con el esfuerzo físico al desarrollar la labor en combinación de actividades repetitivas de extremidades superiores. La gran mayoría estudios han encontrado una clara relación entre los trastornos musculo esqueléticos de hombro y el tipo de trabajo. Dentro de los principales factores de riesgo en el trabajo se encuentran:

- Trabajo repetitivo.
- Posturas prolongadas, mayor a 6 horas por día.
- Esfuerzos musculares determinados por las acciones de manipulación de cargas, mayores a 4 horas por día.
- Movimientos forzados durante la actividad laboral, mayor a 2 horas por día.
- Trabajo por encima del nivel de la cabeza, mayores a 4 horas por día.¹⁴⁸

Se ha descrito una alta relación del hombro doloroso asociado con las profesiones manuales que requieren actividades con esfuerzos elevados de tensión y tracción en los músculos a este nivel, presentando significativamente sintomatología dolorosa al inicio del cuadro clínico. La incidencia más alta se presenta en las ocupaciones que son intensas manualmente y que tienen altas demandas de trabajo en ambientes dinámicos. Es evidente la asociación entre la actividad laboral con el brazo elevado y la presencia de molestias y dolores musculares de hombro. La mayoría de estudios indican que elevar los brazos por encima del hombro es el factor de riesgo más importante, esta postura conduce a alta presión intramuscular y reducción del flujo sanguíneo en el hombro. Soldadores, pintores

¹⁴⁸Caicedo Correa DV. Evaluación clínica para la calificación de la pérdida de capacidad laboral del hombro doloroso de origen laboral. [Trabajo de fin de grado]. Colombia: Universidad Santiago De Cali; 2020. Disponible en: https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/3250/EVALUACI%C3%93N%20CL%C3%8DNIC_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y

de casa y trabajadores que deben mantener los brazos elevados por un tiempo significativo tienen un mayor riesgo.

También se ha encontrado relación entre desordenes por trauma acumulativo en el hombro con factores individuales predisponentes entre estos se encuentran.

- Edad mayor.
- Género femenino.
- Dominancia del miembro superior.
- Alto índice de masa corporal.
- Sintomatología osteomuscular previa.
- Baja realización de ejercicio.
- Falta de habilidad (Trabajadores nuevos).

Hay una poderosa evidencia que demuestra que la incidencia de trastornos de hombro aumenta con la edad, lo cual se atribuye a la pérdida de masa muscular y de fuerza en los tejidos asociado a una pobre vascularización que empeora con la edad definiendo una zona crítica que predispone a lesiones, aunque muchos de los estados patológicos son asintomáticos, y aún no está claro por qué algunos son dolorosos y otros no.

Estudios anatomopatológicos han demostrado que desde los 35 años se evidencian cambios en las propiedades de la desnaturalización térmica de los tejidos, lo cual podría ser la consecuencia estructural de los trastornos de hombro, esto se explica porque los tejidos conectivos utilizan los enlaces inter e intramoleculares cruzados de colágeno para la función adecuada del tejido, transmitiendo la fuerza entre el hueso y el músculo.

En asociación al género, las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad en comparación con los hombres ya que, al realizar las tareas del hogar sumadas con las laborales, tienen menos tiempo en recuperarse del esfuerzo físico, relacionado con las diferencias en fuerza, distribución de la masa muscular, cambios

hormonales y antropometría dada por mayor área transversal del hombro en los hombres.¹⁴⁹

Anatomía patológica

El hombro es una estructura compleja, constituido por las articulaciones esternoclavicular, acromioclavicular, glenohumeral y escapulotorácica. Estas trabajan a un ritmo sincrónico para permitir el movimiento. Al tener un rango amplio de movilidad pueden ocurrir múltiples lesiones y enfermedades inflamatorias, traumáticas y degenerativas.

El complejo articular del hombro posee tres ejes de movimientos. El manguito rotador está formado por cuatro músculos escapulohumerales cortos que se insertan en las tuberosidades del húmero. Los tendones del supraespinoso (Se), infraespinoso (I) y redondo menor (Rm) se insertan conjuntamente en el troquíter, mientras que el tendón subescapular (SE) lo hace en el troquín. El músculo supraespinoso es el componente principal del manguito rotador.¹⁵⁰

Y por último en el complejo de huesos están las clavículas situadas en la parte anteromedial de esta articulación. En su extremo medial o esternal, se articula con el esternón, a través de la articulación esterno-clavicular. En su extremo acromial, el hueso se une al acromion. Otro sería la escápula u omóplato que está ubicado en la parte posterior o dorso-lateral del tórax. A través de la articulación glenohumeral permite los movimientos del brazo, también se articula con la clavícula mediante la articulación acromioclavicular

Por último, pero no menos importante está el húmero es el hueso del brazo que se articula con la escápula. En la porción proximal del húmero hay dos prominencias óseas, denominadas tuberosidad mayor (troquíter) y tuberosidad menor (troquín),

¹⁴⁹ Cadena Nayive. "Factores asociados con la calificación del origen del síndrome de manguito rotatorio en trabajadores afiliados a una entidad promotora de salud privada". [Trabajo fin de grado]. Colombia: Univ. Del Rosario; 2014. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/8666>

¹⁵⁰ Noa Pelier BY, Vila García JM. Ejercicios propioceptivos durante la rehabilitación física del hombro congelado. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2019; [citado 19 octubre 2021]; 11(2): 8-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2019/cfr192c.pdf>

que servirán de inserción a distintos músculos que forman parte del manguito de los rotadores. Una parte destacable del húmero, es la cabeza del húmero, a través de la cual, se articula con la cavidad glenoidea de la escápula, formando la articulación glenohumeral.¹⁵¹

Cuadro clínico:

El primer síntoma es la incomodidad al movimiento seguido por dolor y debilidad, no pueden identificar ningún traumatismo y algunos refieren un episodio banal. El dolor se describe típicamente como anterolateral, bien delante del hombro o descendiendo por la región anterolateral del húmero y a menudo incluso hasta el codo. Es típica la localización a nivel de la inserción humeral del deltoides (Según observaciones anatómicas, la cabeza del húmero y el acromion se encontrarían más cercanas, entre 60 y 120° de elevación. La elevación del brazo en el plano de la escápula produciría el contacto del supraespinoso y del troquíter con la región del acromion anterior y el ligamento coracoacromial en esos grados, lo que se conoce como el “arco doloroso subacromial”), que cada día se ve aumentado, produce discapacidad, trastornos del sueño (el dolor tiende a aumentar por las noches), limitaciones en las actividades de la vida diaria (conducir, vestirse, peinarse y comer) y una pérdida de calidad de vida, afectando también la capacidad para trabajar. Estos pacientes presentan, además, depresión, ansiedad y trastornos somatomorfos en cuadros con duración mayor a 3 meses.¹⁵²

¹⁵¹ Muriel Serrano DA. Correlación de la anatomía seccional del hombro desarrollada por las técnicas de imagen y la disección en el cadáver. Revisión de las principales patologías y análisis funcional del manguito de los rotadores. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8752/MurielSerranoA.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

¹⁵² Contreras Julio, Liendo Rodrigo, Díaz Cristóbal, Díaz María, Osorio Matías, Guzmán Ricardo, Sosa Francisco. Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorio, simple ciego. Revista Médica Chile [Internet]. 2018 agosto [citado 22 julio 2021]; 146(9):960. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000900959

Diagnostico:

Anamnesis:

- La fecha de comienzo de la sintomatología.
- La acción que se estaba realizando en el momento de inicio del dolor y si es diestro o zurdo.
- La ubicación y la irradiación del dolor.
- Limitación del movimiento, diferenciando entre dolor y rigidez.
- Ritmo diario del dolor.
- Condiciones que lo alivian o acentúan.
- Tipos de trabajo que ha realizado durante toda la vida.
- Postura en que duerme el paciente.
- Preguntar sobre la pérdida de fuerzas en el hombro, si hay adormecimientos o sensaciones parestésicas cutáneas.¹⁵³

Para la definición de caso, se considera una tendinitis del manguito rotador si existe dolor en la región deltoidea y dolor provocado por uno o más movimientos activos resistidos (abducción, rotación externa y rotación interna). Se define un caso de tendinitis si el paciente refiere un dolor en la región anterior del hombro y dolor provocado por la flexión activa resistida del codo o por la supinación activa resistida del codo.

En la evaluación del paciente con dolor hombro se debe seguir un protocolo ordenado que incluya la evaluación de las funciones corporales (arcos de movimiento y dolor provocado mediante pruebas clínicas) y la evaluación de las actividades diarias.

Las pruebas clínicas de Neer y Hawkins si son positivas tienen una probabilidad del 98% diagnosticar exactamente lesión del manguito rotador. En el caso del hombro congelado se da positivo a las 3 pruebas (Neer, Hawkins y Speed).¹⁵⁴

¹⁵³ Pérez Mola K. Utilidad de la anamnesis en la determinación de las causas del síndrome del hombro doloroso. [Internet] V Congreso virtual de Ciencias Morfológicas, España: 2020. [citado 19 octubre 2021] p. 4 Disponible en: <http://www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/view/362/313>

Maniobras exploratorias:

- a) Signo de Neer: Fue descrito por Neer en 1972. Evalúa el pinzamiento subacromial
- Se realiza elevación pasiva en el plano escapular con el brazo en rotación interna, se debe bloquear el movimiento de la escapula.
 - Se considera positivo (+) cuando existe evocación del dolor. (Anexo 2)
- b) Prueba de Hawkins: También llamado prueba de Pinzamiento en Rotación Interna. Fue descrito por Hawkins & Kennedy en 1980.
- Evalúa Pinzamiento Subacromial
 - Se realiza flexión pasiva del hombro hasta 90°, con el codo en flexión y la escápula fija. Luego se realiza rotación interna.
 - Se considera positivo (+) la aparición de dolor.¹⁵⁵ (Anexo 3)
- c) Prueba de Speed
- El paciente mantiene los brazos extendidos, los antebrazos supinados y los hombros flexionados 90° contra resistencia. La prueba es positiva si el dolor se localiza en la corredera bicipital. (Anexo 4)
- d) Prueba para ruptura completa del manguito rotador: El examinador abduce pasivamente el brazo del paciente. Si el brazo cae al retirar el apoyo, se considera una prueba positiva para ruptura del manguito rotador. Si el paciente es capaz de sostener el brazo en abducción, pero éste cae con la presión suave, la prueba también se considera positiva. Se debe tener en cuenta que, aún en presencia de ruptura del manguito rotador, el paciente puede elevar el brazo por la acción del deltoides.¹⁵⁶ (Anexo 5)

¹⁵⁴ Fonseca GC. Manual de medicina de rehabilitación. 2th ed. México: Manual Moderno; 2008. p. 289-290

¹⁵⁵ MD Nicolás. Evaluación Clínica del hombro. Revista actualización clínicas MEDS [Internet]. 2017 julio. [citado 20 octubre 2021]; 1(2). Disponible en: <https://www.meds.cl/wp-content/uploads/8.-Art-3.-Oliver.pdf>

¹⁵⁶ Fonseca GC. op. cit. p. 290 (154)

Arcos de movimiento

- a) Rotación interna: Su amplitud es de 100 a 110°. La evaluación de la rotación interna del hombro es una prueba que se lleva a cabo rápidamente. Se le pide al paciente que con la mano se toque la espalda en el segmento más alto al que pueda llegar. La información se anota considerando los límites anatómicos de la columna que son los siguientes:
- Apófisis espinosa C7: Pasa a la altura del borde superior de los hombros (Borde superior del proceso coracoideo).
 - Apófisis espinosa T3: se localiza a la altura de la extensión medial de la espina de la escápula.
 - Apófisis espinosa T7: se localiza a la altura del polo interior de la escápula. (Anexo 6)
- b) Rotación externa: su amplitud es de 80°, jamás alcanza los 90°. Ésta amplitud total de 80° se inicia en una rotación interna de 30° o 0°. (Anexo 7)
- c) Abducción: La evaluación de la relación húmero-torácica se debe realizar en un plano definido, el miembro aleja el miembro superior del tronco. La amplitud de abducción alcanza los 180°, el brazo vertical por arriba del tronco. (Anexo 8)
- d) Aducción: se llevan a cabo desde la posición anatómica en el plano frontal, pero es anatómicamente imposible debido a la presencia del tronco, solo es factible si se asocia con extensión o flexión 30-45°. (Anexo 9)
- e) Flexión horizontal: movimiento que asocia la flexión y la abducción de 140° de amplitud. (Anexo 10)
- f) Extensión horizontal: movimiento que asocia la extensión y la aducción de menor amplitud 30-40° (Anexo 11).

- g) Circunducción: Combina los movimientos elementales en torno a tres ejes, el movimiento describe un cono irregular de 360°. ¹⁵⁷ (Anexo 12)

Estudios de gabinete

Radiografía simple:

Se solicita en la consulta inicial radiografía simple de hombro, en posición neutra antero-posterior, aunque en fases iniciales las radiografías simples de hombro son normales, se solicitan para descartar tumores, fracturas o luxaciones.

Existen proyecciones especiales que el médico tratante puede solicitar de acuerdo a condición de cada paciente las proyecciones son:

- Antero-posterior (rotando a 45°)
- Antero-posterior con rotación humeral
- Oblicua a 30 grados en dirección caudal
- Lateral

Ultrasonido: la ultrasonografía se ha utilizado como método diagnóstico. Posee la ventaja de no ser invasivo, de no implicar al paciente, de ser accesibles y de menor costo que resonancia magnética, su naturaleza dinámica, su sensibilidad para identificar depósitos de calcio, su capacidad para guiar procedimientos intervencionistas. Con una sensibilidad y especificidad reportada hasta del 91%. Las anomalías que se pueden observar son: tendinitis, inestabilidad y desgarró agudo o crónico.

Resonancia magnética: Con sensibilidad y especificidad mayor a 90%, permite observar todas las estructuras del hombro y es considerado el estándar de oro en las lesiones del manguito rotador, permite demostrar el tamaño, características morfológicas y localización de la lesión.

¹⁵⁷ Kapandji A.I. Fisiología articular. 6th ed. España: Panamericana; 2006. p. 6-15.

Ha demostrado ser el método más sensible y específico para diagnosticar rupturas tanto parciales como totales del manguito rotador. Además, permite evaluar el grado de atrofia si existe degeneración grasa de los músculos.¹⁵⁸

Tratamiento

El tratamiento conservador del dolor de hombro es realizado habitualmente por el médico de atención primaria y tiene diferentes opciones:

- Fármacos, principalmente antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y analgésicos, infiltraciones con corticoides y anestésicos, y fisioterapia¹⁵⁹, esta última desempeña una función indispensable, al contar con un grupo de procedimientos que influyen sobre el dolor y la estasis circulatoria para posteriormente mejorar la movilidad y la rigidez, un diagnóstico oportuno permite una rehabilitación precoz y proporciona mayor eficacia y menor número de secuelas e invalidez.¹⁶⁰
- La infiltración la cual es una técnica que consiste en la aplicación directa del principio activo en el lugar anatómico donde ocurren los mecanismos patogénicos de la enfermedad, con el objetivo de suprimir localmente la inflamación, disminuir el dolor y acelerar la recuperación funcional. Se deben tener en cuenta ciertas precauciones: no infiltrar más de 2 o 3 veces a la semana, espaciar las infiltraciones para valorar correctamente los resultados, no infiltrar en cada sesión más de 2 articulaciones por la

¹⁵⁸ Constanza Galicia. Manual de medicina de rehabilitación. 2a ed. Bogotá: El manual moderno; 2008. p. 672-673.

¹⁵⁹ Ferriol Rodríguez MR, Urbay Ceballos F, Benavides Fleites N. Laserpuntura en el tratamiento del hombro doloroso. Informe de caso. Acta Médica del Centro [Internet]. 2020 abril [citado 18 octubre 2021]; 14(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2020/mec202l.pdf>

¹⁶⁰ Hernández Zayas MS, González Ferro I, Montoya Pedrón A, Almeida Álvarez Y, Simón Orozco A. Aspectos clínicos, radiográficos y rehabilitadores en pacientes con síndrome doloroso regional complejo. MEDISAN [Internet]. 2018. [citado 18 octubre 2021]; 22(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n2/san07222.pdf>

posibilidad de mayor absorción sistémica con aumento del riesgo de complicaciones.¹⁶¹

Tratamiento quirúrgico:

La presencia de una rotura tendinosa no implica necesariamente cirugía, aunque se prefiere indicarla precozmente en roturas completas en pacientes jóvenes con antecedente traumático. En otros casos la indicación vendría dada por el dolor y la presencia de un déficit funcional que no ha respondido a tratamiento conservador. Actualmente todas estas técnicas se realizan preferentemente por artroscopia. Dependiendo de la situación del manguito, los procedimientos serán diferentes, por ejemplo:

1. Burssectomía liberación del ligamento
2. Acromioplastia: resección de espesor parcial del acromion anterolateral.
3. Reparación de manguito rotador por rotura completa: sutura borde a borde de tendones, reanclaje de hueso o la combinación de las mismas.¹⁶²

Tratamiento de rehabilitación

La rehabilitación va a constar de 3 fases:

1. Fase I

Objetivos:

- Educación
- Disminución del dolor y la inflamación.
- Facilitar la cicatrización del colágeno.
- Mejorar la movilidad.

Tratamiento:

¹⁶¹ Guillart Larduet J, Esteril Mesidoro Y, Morasen Guillart Asiel, Romero Girón E, Luna Vázquez L. Efectividad de la farmacopuntura en pacientes con bursitis del hombro. MEDISAN [Internet]. 2016. [citado 17 octubre 2021]; 20(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san07205.pdf>

¹⁶² Martínez Fernando. Patología no traumática del hombro. En: Urda Antonio. Traumatología y ortopedia para el grado en medicina. España: ELSEVIER; 2015. p. 208

- Reposo de las actividades dolorosas.
- Tratamiento con agentes físicos.
- Movilizaciones: Pasivas, autopasivos, activoasistidos y activos.

2. Fase II

Objetivos:

- Conseguir la movilidad completa.
- Mejorar la fuerza

Tratamientos:

- Progresar en los ejercicios de movilidad

Fase I y II de movilización.

- Rotación externa e interna.
- Potenciación de fuerza submaxima a máxima.

Fase II de potenciación:

- 45° iniciales de flexión y 30 ° iniciales de abducción.
- Ejercicios en múltiples ángulos.
- Potenciación con integración de la escapula.
- Ejercicios de resistencia variable en posiciones no provocativas.
- Mejorar las condiciones aeróbicas.

Objetivos:

- Conseguir movilidad completa sin dolor.
- Mejorar la fuerza y la resistencia.
- Mejorar el control neuromuscular.
- Iniciar retorno a actividades funcionales.

Tratamientos:

Fase III de potenciación:

- Rotaciones a 60/90° con y sin apoyo de codo.
- Posiciones provocativas.
- Potenciar con resistencias variables y/o pesas libres.¹⁶³

Ejercicios de rehabilitación en primer nivel de atención para el hombro doloroso:

¹⁶³ Romero Mónica. Rehabilitación en hombro doloroso. Revista Paraguaya de reumatología [Internet]. 2017 diciembre [citado 19 octubre 2021]; 3(2). Disponible en: <https://revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/78/177>

Ejercicios de Codman: Flexione el cuerpo desde la cintura hasta que el tronco se encuentre paralelo al suelo. Deje que el brazo doloroso cuelgue como un péndulo enfrente de usted y balancéelo lenta y suavemente en pequeños círculos. A medida que el músculo se caliente, haga los círculos cada vez más grandes. Practíquelo durante un minuto. (Anexo 13)

Ejercicios de estiramiento:

A. Coloque la mano del brazo doloroso sobre el hombro opuesto. Con la otra mano tome el codo desde abajo y empújelo hacia arriba con suavidad hasta donde sea posible sin que esto le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego lleve el brazo con suavidad hasta la posición inicial. Repítalo 10-15 veces. (Anexo 14).

B. Colóquese de pie con el hombro doloroso a unos 60-90 cm. de la pared. Extienda el brazo, coloque la yema de los dedos sobre la pared y súbalos suavemente hasta donde sea posible. A continuación, acérquese a la pared y vea si puede subir los dedos un poco más. El objetivo es alcanzar el punto en donde el brazo se encuentre extendido hacia arriba contra la pared. Cuando usted haya llegado lo más alto posible, mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y luego baje los dedos por la pared. Repítalo 5-10 veces. (Anexo 15).

C. Manténgase erguido y coloque el dorso de la mano del lado afectado sobre su espalda. Con la otra mano, lance el extremo de una toalla de baño sobre el hombro sano y tómelo con la mano que se encuentra atrás de la espalda. Jale con suavidad la toalla con la mano sana, elevando el brazo doloroso. No jale la toalla con violencia, hágalo hasta donde sea posible sin que la maniobra le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y vuelva lentamente a la posición inicial. Repítalo 10-15 veces. (Anexo 16)

D. Coloque la mano del brazo doloroso atrás de su cintura. Con la palma dirigida hacia la espalda, trate de levantar la mano sobre su espalda hasta donde sea posible, como si los dedos caminaran hacia arriba por la columna vertebral.

Mantenga esa posición durante unos segundos y luego permita que la mano se deslice hacia la cintura. Repítalo 5-10 veces. (Anexo 17)

E. Sitúese con la espalda apoyada en la pared. Con las palmas frente a frente, entrelace los dedos y coloque las manos en la nuca. Trate de mover los codos hacia atrás hasta que toquen la pared. Manténgalos ahí durante unos segundos y luego muévalos hacia delante. Repítalo 10-15 veces. (Anexo 18)

Ejercicios de Fortalecimiento

Necesitará unas pesas de 0.5 - 2.5 Kg. para ejecutar estos ejercicios; las latas de alimentos son útiles, pero es más fácil sostener las pesas de gimnasia.

A. Acuéstese sobre su espalda con el codo junto al costado y flexionado a 90 grados, de manera que el antebrazo se dirija hacia fuera. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego regrese a la posición inicial Repítalo 10 veces. A medida que el hombro se fortalezca, repítalo hasta 20 veces. (Anexo 19)

B. Acuéstese sobre su costado y mantenga el codo cerca del cuerpo y flexionado a 90 grados, como en el ejercicio 1. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego bájela. Repítalo 10 veces, hasta llegar a 20 veces a medida que el hombro se fortalezca. (Anexo 20)

C. En posición de pie o sentado, sostenga las pesas en ambas manos y gire las manos hasta que los pulgares apunten hacia el piso. Extienda los brazos unos 30 grados hacia delante, levántelos suavemente hasta que se encuentren un poco abajo del nivel del hombro y luego bájelos. (No los eleve por arriba del nivel del hombro porque esto puede perjudicar a los músculos y a los tendones por esfuerzo excesivo). Repítalo 10 veces y aumente el número de repeticiones en forma gradual hasta llegar a 20. (Anexo 21).¹⁶⁴

¹⁶⁴ GPC, Diagnóstico y tratamiento del síndrome de abducción dolorosa del hombro. Guía de Referencia Rápida. Catalogo maestro de guías de práctica clínica.

Complicaciones

Sin tratamiento, la enfermedad del manguito rotador podría provocar rigidez o debilidad crónica y la posible degeneración progresiva de la articulación del hombro, además se puede engrosar y tensar el tejido conjuntivo que rodea la articulación (hombro rígido). Es necesario descansar el hombro para una recuperación adecuada e iniciar una terapia de rehabilitación para evitar complicaciones.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Castellanos Stephanie, Magdaleno Eliel, Herrera Valeria, Dolores María, Torres Olivia. Lesión del manguito rotador: diagnóstico, tratamiento y efectividad de la facilitación neuromuscular propioceptiva. Rev. El Residente [Internet] 2020 febrero [citado 29 marzo 2022]; 15(1):22. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/94039>

V. Aplicación del proceso atención de enfermería

5.1 Presentación del caso clínico

Ficha de identificación:

Nombre: J.N.B.O. **Edad:** 55 años **Sexo:** Masculino
Ocupación: Personal del área de limpieza **Estado civil:** Casado
Escolaridad: Secundaria **Nacionalidad:** mexicana **Religión:** católico
Diagnostico medico: Síndrome de abducción dolorosa del hombro.
Fecha de captura: 17/05/2021

Antecedentes heredofamiliares:

Madre: Diabetes mellitus tipo II (finada).

Padre: Diabetes mellitus tipo II (finado).

Antecedentes personales no patológicos:

Refiere tener cartilla de vacunación completa para edad y género. Hábitos higiénicos: baño diario, cepillado de dientes 2 veces al día. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Vivienda propia con servicios de: Recolección de basura, luz y agua; cuenta con letrina. No convive con fauna nociva. Convive con animales domésticos (2 perros).

Antecedentes patológicos:

Sin alergias aparentes.

Niega toxicomanías.

Menciona haber cursado hace 5 años con un diagnóstico de artrosis patelofemoral derecha que al día de hoy no presenta síntomas ni dolor.

Hace aproximadamente dos años refiere haber iniciado con un dolor leve (EVA 2-3) ocasional en hombro derecho en área antero lateral, el cual disminuyo al realizársele una infiltración con esteroides. A los tres meses después comienza a presentar un dolor leve de (EVA 2-3) en la misma región a lo cual se le envía a casa con antiinflamatorio no esteroide (Celecoxib), reposo y rehabilitación física (el área de rehabilitación no se encuentra habilitada por contingencia sanitaria y solo se le proporciona una hoja con ejercicios para que los realice en casa, pero no se le da una explicación de cómo realizarlos o cada cuanto).

Ha faltado a su área laboral en dos ocasiones en los últimos dos meses por dolor en hombro derecho en una escala de EVA de 8 acude a su Unidad Médica Familiar.

Antecedentes quirúrgicos:

Vasectomía

Motivo de consulta:

Paciente que acude al Servicio Médico por presentar dolor en región antero lateral del hombro, irradiado a codo, con un EVA de 5 tipo punzante y como un pellizco (refiere que en las mañanas siempre tiene un dolor de EVA de 2 e incrementa por las noches a EVA de 5-6 llegando en ocasiones a despertarle lo cual le provoca irritabilidad durante el día y cambios de humor y un comportamiento irritable con sus compañeros de trabajo) en la noche solo durmió dos horas porque el dolor fue continuo y no era fácil tomar una postura cómoda para dormir, indica que carga objetos pesados hace una hora (por lo menos 4 veces a la semana carga), refiere que no quiere tardar tanto en consulta porque debe regresar a trabajar (ansiedad).

Exploración física:

Peso: 68.600 kg Talla: 172 cm Perímetro abdominal: 86 cm

Temperatura: 36.4° C FC: 78 x' FR: 18 x' T/A: 117/76 mmHg

Facies que proyectan dolor, irritación y cansancio, alerta, consiente, orientado (lugar, espacio y persona), ansioso y preocupado.

Piel con buena coloración, hidratada, sin lesiones o edemas; cabello color castaño buena implantación; cabeza normocéfalo, simétrico, sin cicatrices; ojos color café, simétricos y usa gafas graduadas; oídos limpios, sin lesiones, sin problemas en audición; nariz simétrica fosas nasales permeables y sin secreciones; cuello simétrico, movimientos controlados y sin lesiones; tórax simétrico en la palpación no presenta dolor, en la auscultación ruidos cardiacos rítmicos sin soplos o sonidos anormales; abdomen simétrico, sin lesiones, blando y depresible a la palpación, a la auscultación ruidos peristálticos presentes.

Brazo derecho presenta postura antiálgica (brazo en extensión y aducción), sin asimetrías, deformaciones ni atrofiaciones evidentes. A la palpación, presenta dolor en

cara antero lateral del hombro [EVA 5(Anexo 22)] tipo punzante y como un pellizco, por debajo de la articulación acromio clavicular y a la palpación descendente en deltoides derecho, sin signos de infección locales.

Presenta limitación en los arcos movimiento (tipo doloroso punzante) de la abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°, estando el resto de los movimientos relativamente conservados, aducción de 30°, rotación externa en 80°

Las maniobras exploratorias realizadas fueron, Neer positiva, Hawkins positiva, Speed negativa y prueba para ruptura completa del manguito rotador fue negativa.

La sensibilidad de las extremidades tanto superiores e inferiores fueron en todo momento normales.

Tratamiento farmacológico actual:

1. Ketorolaco tabletas 30 mg

Vía sublingual

Frecuencia: 1 tableta cada 24 hrs.

5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidades)

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: <u>J.N.B.O</u>	EDAD: <u>55 años</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Síndrome de abducción dolorosa del hombro</u>	SERVICIO: <u>Servicio Medico</u>	
DIRECCIÓN: <u>Av. Carlota Armero 5000, Coapa, Culhuacan CTM VI, Coyoacán, 04480 Ciudad de México.</u>		
TELÉFONO: <u>5519480058</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: _____	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>Personal del área de limpieza</u>		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO								
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>18x'</u>								
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO		RUIDOS ANORMALES		OBSERVACIONES
Normal	✓	Superficial	---	Kusmaull	---	Crepitantes	---	No presenta alteración del patrón respiratorio.
Taquipnea	---	Profunda	---	Ortopnea	---	Broncoespasmo	---	
Bradipnea	---			Disnea	---	Sibilancias	---	
	---			Cheyne Stokes	---	Estertores	---	

CARDIACO				
FRECUENCIA CARIACA: <u>78x'</u> PULSO: <u>80x'</u> TENSION ARTERIAL: <u>117/76 mmHg</u>				
RITMO		PULSO		OBSERVACIONES
Taquicardia	----	Rebotante	---	Dentro del área cardiaca se encuentra en los parámetros normales sin alteración.
Bradicardia	----	Taquisfignia	---	
Arritmia	----	Bradisfignia	----	
		Filiforme	---	

COLORACION TEGUMENTARIA			
Cianosis Distal: _____	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____	Llenado Capilar: <u>2"</u>

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>68.600 kg</u>	Talla: <u>172 cm</u>	Perímetro abdominal: <u>86 cm</u>	Perímetro Cefálico: <u>---</u>	
A perdido o ganado peso (cuanto) : <u>No</u>		Peso ideal: <u>>18.5 a <25 IMC</u>		
Compleción: <u>Delgado</u>	Obesidad : <u>---</u>	Caquéxico: <u>---</u>	Otro: <u>IMC=23.25 Normal</u>	
ALIMENTO				
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES			OBSERVACIONES	
Blanda: <u>---</u>	Normal: <input checked="" type="checkbox"/>	Papilla: <u>---</u>	Astringente: <u>---</u>	
Laxante: <u>---</u>	Suplementos: <u>---</u>		Primer alimento: 04:30 am: Pan, café o té. Segundo alimento: 8:00 am: huevos al gusto, 2 tortillas o chilaquiles o verduras al vapor con pollo. Tercer alimento: 10:00 am: palanqueta, fruta o una gelatina. Cuarto alimento: 1:00 pm: comida corrida. 4 tortillas. Quinto alimento: 18:00 pm: un sándwich o una manzana.	
LIQUIDOS				
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS			OBSERVACIONES
< de 500ml	Agua natural: <u>1000ml</u>	Agua de sabor natural: <u>350 ml</u>	Té: <u>250 ml</u>	Al día ingiere aproximadamente 2450 ml por día de líquidos ya que es café o té el que bebe por eso solo se toma una cifra. Esto como mínimo de ingesta de líquidos puede llegar a ingerir más cantidad. Dependiendo del clima y trabajo en el día.
500 a 1000ml	Jugos: <u>250 ml</u>	Refrescos: <u>600 ml</u>	Café: <u>250 ml</u>	
>de 1000ml <input checked="" type="checkbox"/>	Cerveza: <u>0 ml</u>	Otros: <u>-----</u>		

DATOS DIGESTIVOS						
Anorexia: <u>---</u>	Náuseas: <u>--</u>	Vómito: <u>--</u>	Indigestión: <u>----</u>	Hematemesis: <u>----</u>	Pirosis: <u>----</u>	OBSERVACIONES No se presentan alteraciones en los datos digestivos.
Distensión abdominal: <u>----</u>	Masticación dolorosa: <u>--</u>	Disfagia: <u>---</u>	Polidipsia: <u>----</u>	Polifagia: <u>---</u>		
Polifagia: <u>---</u>	Odinofagia: <u>----</u>	Sialorrea: <u>---</u>	Regurgitación: <u>----</u>	Otro: <u>----</u>		

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/>	2 o 3 veces al día	150 gr	Café	---	Pastosa y formada	Necesidad sin alteración
Forzada: <u>---</u>						
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: <u>---</u>	Flatulencia: <u>---</u>	Rectorragia: <u>---</u>	Incontinencia: <u>---</u>	Melena: <u>---</u>		
Pujo: <u>---</u>	Tenesmo: <u>---</u>	Otros: <u>-----</u>				
ELIMINACIÓN URINARIA						
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES	
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/>	3 veces al día	250 a 350 ml	Pajizo	---	Dentro de esta necesidad no se encuentra alteración a la valoración.	
Forzada: <u>----</u>						
DATOS DE ELIMINACION URINARIA						
Nicturia: <u>----</u>	Anuria: <u>---</u>	Disuria: <u>----</u>	Enuresis: <u>----</u>	Incontinencia: <u>----</u>	Poliuria: <u>---</u>	
Iscuria: <u>----</u>	Oliguria: <u>---</u>	Opsiuria: <u>----</u>	Polaquiuria: <u>---</u>	Tenesmo: <u>----</u>	Urgencia: <u>---</u>	
Otros: <u>-----</u>						

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

<p>Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u> No </u></p> <p>Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Sin alteración para tomar una postura sedente o incorporarse en una posición de bipedestación</u></p> <p>Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Sin alteración para la marcha</u></p>	<p style="text-align: center;">OBSERVACIONES</p> <p>Brazo derecho presenta postura antiálgica (brazo en extensión y aducción), sin asimetrías, deformaciones ni atrofiás evidentes. A la palpación, presenta dolor en cara antero lateral del hombro (EVA 5) tipo punzante y como un pellizco, por debajo de la articulación acromio clavicular y a la palpación descendente en deltoides derecho, sin signos de infección locales.</p> <p>Presenta limitación en los arcos movimiento (tipo doloroso punzante) de la abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°, estando el resto de los movimientos relativamente conservados, aducción de 30°, rotación externa en 80°</p> <p>Las maniobras exploratorias realizadas fueron, Neer positiva, Hawkins positiva, Speed negativa y prueba para ruptura completa del manguito rotador fue negativa.</p>
---	--

5. DESCANSO Y SUEÑO

<p>¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>5-6 hr</u> ¿Siente descanso cuando duerme?: <u>A veces</u></p> <p>¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>2 hrs</u> ¿Toma algún medicamento para dormir? <u>No</u></p> <p>¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>Presenta irritabilidad si el dolor de hombro se presenta súbitamente en el periodo de descanso (Escala de EVA de 5 a 6), esto provocando un carácter irritable durante el día, estos episodios se pueden presentar de 1 vez por semana mínimo y 2 veces por máximo provocando insomnio.</u></p>	<p style="text-align: center;">OBSERVACIONES</p> <p>Al presentar dolor en hombro derecho busca una posición para poder dormir adecuadamente por lo que su sueño no es reparador, presentando insomnio, lo que genera irritabilidad.</p>
CARACTERÍSTICAS	
<p>Insomnio: <input checked="" type="checkbox"/> Bostezos frecuentes: <input type="checkbox"/> Se observa cansado: Presenta ojeras: <input type="checkbox"/></p> <p>Ronquidos: <input type="checkbox"/> Somnoliento: <input type="checkbox"/> Irritabilidad: <input checked="" type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/></p>	

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

<p>¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>Diario</u></p> <p>Necesita ayuda para vestirse: <u>No</u></p> <p>Tipo de ropa preferida: <u>Playera tipo polo y pantalón de mezclilla</u></p>	<p style="text-align: center;">OBSERVACIONES</p> <p>Esta necesidad no se ve alterada, ya que él aún puede vestirse de manera independiente.</p>
--	--

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: 36.4 °C Axilar: <input checked="" type="checkbox"/> Frontal: _____ Orica: _____ Oral: _____ Rectal: _____ Escalofríos: _____ Piloerección: _____ Diaforesis: _____ Hipotermia: _____ Hipertermia: _____ Distermias: _____ Fiebre: _____ Rubicundez facial: _____ Otros: _____	OBSERVACIONES No presenta alteración en esta necesidad al momento de la valoración.
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN
Matutino: _____ Vespertino: _____ Nocturno: _____	Fría: _____ Húmeda: _____ Templada: <input checked="" type="checkbox"/> Ventilada: <input checked="" type="checkbox"/> Poco ventilada: _____ Otros: _____

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL	
BAÑO. Regadera: <input checked="" type="checkbox"/> Tina: _____ Esponja: _____ Aseos parciales: _____ Aseos de cavidades: _____ FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <input checked="" type="checkbox"/> Tres veces a la semana: _____ 1 vez a la semana: _____ Otro: _____	OBSERVACIONES No muestra alteración de esta necesidad durante la valoración.
MUCOSA ORAL	
Seca: _____ Hidratada: <input checked="" type="checkbox"/> Estomatitis: _____ Caries: _____ Gingivitis: _____ Úlceras: _____ Aftas: _____ Sialorrea: _____ Xerostomía: _____ Flictenas: _____ Halitosis: _____ Características de la lengua: <u>Hidratada e íntegra.</u> Otros: _____	
DIENTES	
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: _____ 2 veces al día: <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces al día: _____ Cantidad de dientes: <u>Piezas dentales completas (28 piezas dentales, terceros molares extraídos en etapa adolescente)</u> Características de los dientes: Amarillos: <input checked="" type="checkbox"/> Blancos: _____ Picados: _____ Sarro: _____ Caries: _____ Otros: <u>Presenta 1 corona en primer molar superior derecho sin alteración.</u>	

PIEL	
COLORACION: Palidez: _____ Cianosis: _____ Ictericia: _____ Rubicundez: _____ Cloasma: _____ Melasma: _____ Angiomas: _____ Manchas: _____ Rosado: _____ Grisácea: _____ Apiñonada: _____ Morena clara: _____ Morena intensa: _____ Morena media: <input checked="" type="checkbox"/> Hiperpigmentación: _____	OBSERVACIONES No presenta alteración en esta necesidad, en el apartado de piel se encuentra íntegra.
TEMPERATURA. Fría: _____ Caliente: _____ Tibia: <input checked="" type="checkbox"/> Otras: _____	
TEXTURA. Edema: _____ Celulitis: _____ Áspera: _____ Turgente: _____ Escamosa: _____ Lisa: _____ Seca: _____ Agrietada: _____ Otras: <u>Normal</u>	
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: _____ Pápulas: _____ Vesículas: _____ Pústulas: _____ Nódulos: _____ Úlceras: _____ Erosiones: _____ Fisuras: _____ Costras: _____ Red venosa: _____ Escaras: _____ Tubérculos: _____ Escaras: _____ Callosidades: _____ Isquemias: _____ Nuevos: _____ Tatuajes: _____ Prurito: _____ Petequias: _____ Equimosis: _____ Hematomas: _____ Masas: _____ Verrugas: _____ Signos de maltrato: _____ Quemaduras: _____ Infiltración: _____ Ronchas o habones: _____ Otros: _____	
(Empty space for additional notes)	

UÑAS	
Coloración y características	
Quebradizas:----- Micosis: ----- Onicofagia:----- Bandas Blancas:----- Amarillentas:----- Cianóticas:----- Estriadas:----- Convexas:----- Coiloniquia:----- Leuconiquia:----- Grisáceas:-- Hemorragias subungueales:-- Deformadas:----- Rosadas: ✓ Otras:	OBSERVACIONES Uñas integra, cortas y limpias.

CABELLO	
Largo:-- Corto: ✓ Lacio: ✓ Quebrado o chino:-- Limpio: ✓ Sucio: ----- Desalineado:-- Seborreico:-- Fácil desprendimiento:-- Alopecia:----- Distribución: ✓ Implantación: ✓ Zooriasis:-- Pediculosis:-- Quebradizo:----- Caspa:----- Otro: -----	OBSERVACIONES Sin alteración.

OJOS	
Simetría: ✓ Asimetría:----- Tumores:----- Hemorragias: ----- Separación ocular: ----- Edema palpebral:-- Secreción:----- Ojeras:----- Tics:----- Dolor:----- Estrabismo:----- Pestañas integra o lesionadas: Exoftalmos:----- Enoftalmos:----- Fosfenos:----- Lentes: ✓	OBSERVACIONES Usa lentes graduados, acude a optometrista cada año.

OÍDOS	
Dolor: -- Cerumen: -- Otorrea: -- Edema: ----- Auxiliares auditivos: ----- Deformidades: ----- Hipoacusia: ----- Acusía: ----- Acufenos: -----	OBSERVACIONES Sin alteraciones al momento de la valoración.

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
Esquema de vacunación. Completo: ✓ Incompleto:----- Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>Ninguna</u> Cuando existe algún malestar Ir al médico: ✓ Tomar un medicamento que este en casa: -- usted hace. Número de personas con las que vive y parentesco: <u>1 Esposa, 3 hijos (2 hombres y 1 mujer), 3 parejas de sus hijos (2 mujeres y 1 hombre) y 8 nietos (5 niños y 3 niñas), siendo un total de 15 personas con las que convive.</u> Convive con animales (cuales y cuantos): <u>Si, 2 perros (raza grande)</u> En cada hay fauna nociva o domestica: <u>No</u> En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u>Si, el hijo mayor (fuma 10 cigarros diarios, en una área abierta)</u> En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u>No</u> ¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): <u>Luz, agua y recolección periódica de basura.</u>	OBSERVACIONES Como se describe en las respuestas de este apartado, podemos ver que la cantidad de familia es extensa, pero el terreno donde vive es de dimensiones adecuadas en el cual cada uno tiene un espacio adecuado para vivir. Cuenta con letrina.

ESTADO NEUROLÓGICO	
Alerta: ✓ Orientado (tiempo, espacio, lugar) ✓ Confusión:-- Parálisis:-- Hemiplejía:----- Movimientos anormales:-- Hipervigilia:----- Hemiparesia:-- Parestesia:-- Dislalia:-- Dislalia: -- Hiperactividad:-- Déficit de atención:-- Agresividad:----- Letárgico:-- Excitabilidad motriz:-- Alucinaciones:-- Fobias:-- Otros: --	OBSERVACIONES. No presenta alteraciones al momento de la valoración.

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
Riesgos físicos / materiales: <u>Ninguno</u>	OBSERVACIONES Sin alteraciones al momento de la valoración.
Riesgos ambientales: <u>Ninguno</u>	
Riesgos familiares: <u>Ninguno</u>	
Riesgos familiares: <u>Ninguno</u>	

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: <u>No, ninguno</u>						OBSERVACIONES Sin alteración en habla durante la valoración.
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): <u>Celular e Internet.</u>						
HABLA						
TIPO DE COMUNICACIÓN	Oral: ✓	Escrita: ✓	Señas: -----	Visual: -----		
TIPO DE HABLA:	Entendida: Si	Poco clara: -----	Incompleta: ----	Incoherente: ----	Pausado: ----	
	Tartamudeo: ----	Balbuceo: ---	Dislexia: ----	Afasia: ----	Dislalia: ----	Dialecto: -----

PERSONALIDAD						OBSERVACIONES Durante el tiempo de la valoración se muestra alegre y cooperativa, pero en los momentos en que aumenta su dolor en hombro derecho se muestra irritable y se enoja con facilidad con sus compañeros de trabajo. Refiere que no le gusta estar en ese estado de ánimo, pero el dolor lo sitúa en esa situación, ya que él quisiera terminar pronto alguna tarea y sus compañeros hacen las cosas muy despacio y esto para él es aumentar el tiempo de trabajo así prolongando su dolor. (en tareas donde se tenga que cargar alguna herramienta para el trabajo).
Alegre: ___	Tímido: ---	Violento: ---	Sarcástico: ---	Noble: -----	Pasivo: -----	
Hiperactivo: ---	Enojo: ✓	Impulsivo: ---	Retador: ----	Superioridad: ----	Inferioridad: ---	
Otro: <u>Irritable, preocupado.</u>						

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>católico, frecuenta la iglesia en fechas religiosas importantes.</u>	OBSERVACIONES No muestra un apego a la religión como tal pero refiere que su esposa si asiste a la iglesia cada fin de semana y él no tiene ningún inconveniente ya que él también es católico pero no le nace asistir cada semana.
Valores que se consideran importantes: <u>Sinceridad, respeto, puntualidad, amabilidad</u>	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>Refiere que no hacer daño a los demás</u>	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>Refiere que en ningún aspecto, que su enfermedad es algo mas de la medicina y espera curarse, apoyándose de eso.</u>	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
<p>Ingreso económico mensual: <u>\$8000</u></p> <p>¿La enfermedad ha causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? <u>Le provoca problemas en su desempeño en el trabajo, aunque no deja de realizar sus actividades y suele forzarse para realizarlas, por lo consiguiente es cuando su dolor se potencializa y ha llegado a faltar por el dolor intenso que llega a tener al día siguiente. También le produce ansiedad y preocupación el faltar a su trabajo porque refiere que no lo quiere perder.</u></p> <p>¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : <u>Si, descanso del miembro superior derecho, terapia de hombro.</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Tuvo una incapacidad laboral de un mes con fecha de: 19/03/2021 al 19/04/2021.</p> <p>Sabe que debería tener descanso, pero su trabajo no le permite tener el reposo que necesita ya que es un trabajo que implica actividad física.</p> <p>Es una persona que siempre ha sido la cabeza de la familia y no le agrada perder días laborales por una enfermedad física.</p>

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

<p>¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>No, ninguno.</u></p> <p>¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>Recostarse con su esposa y ver una película o juegos de mesa.</u></p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>1 a 2 hrs diarias.</u></p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>2 a 3 hrs viendo películas.</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Menciona que su mayor distracción es llegar a su hogar y estar con su esposa.</p>
---	--

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
<p>Escolaridad del paciente: <u>Secundaria</u></p> <p>Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): _____</p> <p>¿Qué le gustaría estudiar?: <u>Refiere que ya nada</u></p> <p>¿Qué le gustaría aprender?: <u>Más sobre su trabajo y su implementación de limpiadores en su rama, para no intoxicar a nadie.</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Sin alteraciones a la valoración.</p>
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
<p>¿Sabe cuál es su estado de salud actual?:</p> <p>Bueno: _____ Malo: _____ Regular : <input checked="" type="checkbox"/> No se: _____</p> <p>Se ha tomado estudios de laboratorio:</p> <p>Si: _____ No: <input checked="" type="checkbox"/> Cuales: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>En cuestión de su padecimiento el paciente esta consiente que tiene una enfermedad, más aun no le han especificado cuál es su problema y porque siente dolor todo el tiempo, al igual refiere que en la última consulta le dijeron que no se veía evidencia que tuviera alguna alteración demostrada</p>

¿Cuántas veces al año acude al médico general?: Anteriormente una vez al año, pero del 2019 en adelante las visitas al médico se ha incrementado de una vez por mes o cada dos meses.

¿Cuántas veces al año acude al dentista? Una vez al año

¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? : Refiere que no ha sido clara y que no le han explicado todo.

en la placa radiográfica, también refiere que en algunas ocasiones no le explicaron bien como debía de tomar sus medicamentos o cuando fue referido a la área de fisioterapia no le asesoraron sobre cómo realizar los ejercicios para su tratamiento.

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER		OBSERVACIONES
Edad de la menarca: -----	Ritmo, flujo, de menstruación: -----	No aplica.
Dismenorrea: -----	Fecha de última menstruación: -----	
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): -----		
¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: -----		
¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: -----		
¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: -----		
¿Sabe realizarse la exploración de mama?: -----		
¿Cuál es su método de planificación familiar?: -----		
¿Cuándo inicio la menopausia?: -----		
Numero de gestaciones:-- Número de partos:--- Número de cesáreas:-- Número de abortos:--		
Todos sus hijos viven: -----		
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?:-----		

HOMBRE		OBSERVACIONES
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>Diario durante el baño</u>		
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: <u>No</u>		
¿Le han realizado exploración médica genital?: <u>Solo por examen médico general.</u>		
¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>Vasectomía</u>		
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>Vasectomía</u>		

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
Exámenes de Laboratorio Generales: Los tiene en su UMF.
Exámenes de Laboratorio Especiales No se cuentan con ellos.
Estudios de Gabinete. Rx hombro.

Datos destacados de la valoración:

1.- Oxigenación

En este caso, el paciente presenta:

FR: 18 x', No presenta alteración del patrón respiratorio.

FC: 78 x' Ritmo cardiaco normal.

T/A: 117/76 mm Hg

Llenado capilar de 2"

2.- Nutrición e hidratación

El paciente no registra alteraciones en esta necesidad a nivel funcional, llevando una alimentación adecuada e ingesta de agua 2450 ml.

Peso: 68.600 kg

Talla:172 cm

Perímetro abdominal: 86 cm

IMC: 23.25

3.- Eliminación

Eliminación fisiológica de 2 a 3 veces al día (consistencia pastosa, formada, color café).

Urinaria: fisiológica de 250 aproximadamente por micción aproximadamente 3 veces al día.

4.- Movimiento y buena postura

No realiza algún deporte.

Sin alteración para tomar una postura sedente o incorporarse en una posición de bipedestación y sin alteración en la marcha.

Brazo derecho presenta postura antiálgica (brazo en extensión y aducción), sin asimetrías, deformaciones ni atrofas evidentes. A la palpación, presenta dolor en cara antero lateral del hombro (EVA 5) tipo punzante y como un pellizco, por debajo de la articulación acromio clavicular y a la palpación descendente en deltoides derecho, sin signos de infección locales.

Presenta limitación en los arcos movimiento (tipo doloroso punzante) de la abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°, estando el resto de los movimientos relativamente conservados, aducción de 30°, rotación externa en 80°

Las maniobras exploratorias realizadas fueron, Neer positiva, Hawkins positiva, Speed negativa y prueba para ruptura completa del manguito rotador fue negativa.

5.- Descanso y sueño

Insomnio

Irritabilidad

Al presentar dolor en hombro derecho busca una posición para poder dormir adecuadamente por lo que su sueño no es reparador, presentando insomnio, lo que genera irritabilidad.

Presenta irritabilidad si el dolor de hombro se presenta súbitamente en el periodo de descanso (Escala de EVA de 5 a 6), esto provoca un carácter irritable durante el día, estos episodios se pueden presentar de 1 vez por semana mínimo y 2 veces por máximo provocando insomnio.

6.- Uso de prendas de vestir adecuadas

Cambio diario de ropa. Esta necesidad no se ve alterada, ya que él aún puede vestirse de manera independiente.

7.- Termorregulación

Temperatura de 36.4 ° C (Axilar)

Habitación de su hogar ventilada y templada.

8.- Higiene y protección de la piel

Baño diario con regadera, piel hidratada e integra color morena media temperatura tibia.

Higiene bucal 2 veces al día, piezas dentales completas, corona en primer molar superior derecho, color amarillos.

Uñas rosadas integras.

Cabello corto, limpio, buena distribución e implantación

Ojos simétricos usa gafas graduadas (acude una vez al año al optometrista)

9.- Evitar peligros

Se encuentra orientado y alerta.

EVA de 5.

Esquema de vacunación completa.

Vive con su esposa, 3 hijos (2 hombres y 1 mujer), 3 parejas de sus hijos (2 mujeres y 1 hombre) y 8 nietos (5 niños y 3 niñas), siendo un total de 15 personas con las que convive (podemos ver que la cantidad de familia es extensa, pero el terreno donde vive es de dimensiones adecuadas, en el cual cada uno tiene un espacio adecuado para vivir). Convive con 2 perros.

Cuenta con los siguientes servicios en casa: luz, agua y recolección de basura (cuentan con letrina)

10.- Comunicación

Tipo de comunicación oral y escrita

Durante el tiempo de la valoración se muestra alegre y cooperativo, pero en los momentos en que aumenta su dolor en hombro derecho se muestra irritable y se enoja con facilidad con sus compañeros de trabajo. Refiere que no le gusta estar en ese estado de ánimo, pero el dolor lo sitúa en esa situación, ya que él quisiera terminar pronto alguna tarea y sus compañeros hacen las cosas muy despacio y esto para él es aumentar el tiempo de trabajo así prolongando su dolor. (en tareas donde se tenga que cargar alguna herramienta para el trabajo).

11.- Vivir según sus creencias y valores

Católico, pero no tiene un apego religioso.

12.- Trabajar y realizarse

Trabajador activo, con un ingreso de \$8000 mensual.

Su enfermedad le provoca problemas para su desempeño laboral, aunque no deja de realizar sus actividades y suele forzarse para realizarlas, por lo consiguiente es cuando su dolor se potencializa y ha llegado a faltar por el dolor intenso que llega a tener al día siguiente.

Sabe que debería tener descanso, pero su trabajo no le permite tener el reposo que necesita ya que es un trabajo que implica actividad física.

Es una persona que siempre ha sido la cabeza de la familia y no le agrada perder días laborales por una enfermedad física.

También le produce ansiedad y preocupación el faltar a su trabajo porque refiere que no lo quiere perder.

13.- Participación en actividades recreativas

No realiza ningún deporte, en sus tiempos libre pasa el tiempo acostado con su esposa.

14.- Aprendizaje

Escolaridad secundaria.

Se capacita constantemente en implementación de limpiadores químicos, para no intoxicar a nadie, sus tareas de limpieza.

En cuestión de su padecimiento el paciente esta consiente que tiene una enfermedad, más aun no le han especificado cuál es su problema y porque siente dolor todo el tiempo, al igual refiere que en la última consulta le dijeron que no se veía evidencia que tuviera alguna alteración demostrada en la placa radiográfica, también refiere que en algunas ocasiones no le explicaron bien como debía de tomar sus medicamentos o cuando fue referido a la área de fisioterapia no le asesoraron sobre cómo realizar los ejercicios para su tratamiento.

15.- Sexualidad y reproducción

Higiene de zona genital diario durante el baño.

Método de planificación familiar vasectomía

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería
FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Evitar peligros	-Manejo repetido de cargas pesadas -Cambios en el patrón del sueño -Expresión facial de dolor. Autoinforme de intensidad del dolor (Escala de Eva 5).	Autoinforme de las características del dolor (tipo punzante y como un pellizco).	Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico. Patrón: 6 cognitivo y percepción Dominio: 12 Confort. Clase: 1 Confort físico.	Fuerza x	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante x
				Voluntad	Compañera
Descanso y sueño	Cambios en el patrón del sueño.	Cambios de humor. Malestar físico	Etiqueta diagnóstica: Insomnio Patrón: 05 sueño y reposo Dominio: 4 Actividad / reposo Clase: 1 Sueño / reposo	Fuerza x	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante x
				Voluntad	Compañera
Comunicación	Dolor (Escala EVA 5) Insomnio	Irritabilidad	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la regulación del estado de ánimo. Patrón: 08 rol y relación Dominio: 09 afrontamiento / tolerancia al estrés. Clase: 02 Respuestas de afrontamiento.	Fuerza x	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera x

Trabajar y realizarse	Amenaza al estatus habitual Preocupación	Etiqueta diagnóstica: Ansiedad Patrón:07 autopercepción y autoconcepto. Dominio: 3 Conductual Clase: O Terapia conductual.	Fuerza x	Sustituta	
			Conocimiento	Ayudante	
			Voluntad	Compañera x	
	Enfermedad física. (abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°; prueba de Neer positiva, Hawkins positiva y Dolor Escala de EVA 5)		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de baja autoestima situacional. Patrón:07 autopercepción y autoconcepto. Dominio: 3 Conductual Clase: O Terapia conductual.	Fuerza x	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera x
Moverse y mantener una buena postura.	Disminución de la amplitud de los movimientos. (abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°; prueba de Neer positiva, Hawkins positiva) Dolor (Escala de EVA 5)	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física. Patrón: 04 actividad ejercicio Dominio: 4 Actividad / Reposo Clase: 2 Actividad / Ejercicio	Fuerza x	Sustituta	
			Conocimiento	Ayudante x	
			Voluntad	Compañera	

Aprendizaje		Expresa deseo de mejorar el aprendizaje. (en conocer los ejercicios de rehabilitación y manejo de la enfermedad).	Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar los conocimientos. Patrón:06 cognitivo y perceptivo Dominio: 5 Percepción / Cognitivo. Clase: 4 Cognitivo.	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento x	Ayudante
				Voluntad	Compañera x

5.4 Plan de intervenciones de enfermería

DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico		DOMINIO: 5 Salud percibida CLASE: V Sintomatología																					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00133 Dolor crónico (pág. 469) FACTOR RELACIONADO: Relacionado con edad mayor de 50 años, manejo repetido de cargas pesadas y cambios en el patrón del sueño. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Autoinforme de intensidad del dolor (Escala de Eva), Autoinforme de las características del dolor (tipo punzante y como un pellizco) y expresión facial de dolor. EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se determina una mejoría en el manejo y nivel del dolor, el paciente a adoptado técnicas no farmacológicas eficientes (calor) que anteriormente nunca había usado y ahora es lo que utiliza de primera instancia, disminuyendo la necesidad de tomar analgésicos. Ha mejorado su rendimiento en el trabajo.	RESULTADO ESPERADO: 2102 Nivel de dolor (pág. 466) ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud CLASE: Q Conducta de salud RESULTADO ESPERADO: 1605 Control del dolor (pág. 273) ESCALA LIKERT: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuente mente demostrado 5. Siempre demostrado																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="3">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th>MANTENER EN</th> <th>AUMENTAR A</th> <th>LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>210201 Dolor referido</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>21026 Expresiones faciales del dolor</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	210201 Dolor referido	3	4	4	21026 Expresiones faciales del dolor	2	3	3	160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	1	3	3		
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																						
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																				
210201 Dolor referido	3	4	4																				
21026 Expresiones faciales del dolor	2	3	3																				
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	1	3	3																				

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico **CLASE:** E Fomento de la comodidad
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1415 Manejo del dolor crónico (Pág. 307)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTOCIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan. • Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida. (sueño, actividad, estado de ánimo, desempeño en el trabajo y desempeño de roles). • Evaluar con el paciente la eficacia de medidas anteriores de control del dolor. • Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (calor y masaje) • Estar atento a los signos de ansiedad o miedo (irritabilidad). 	<p>Es importante reconocer que el dolores igual en todos los casos, de tal manera que tendríamos que distinguir muy claro el síndrome doloroso de cada paciente. El síndrome doloroso somático suele referirse como opresivo o punzante, estar bien localizado y está relacionado con daño a estructuras somáticas, como hueso, músculo, tendón.</p> <p>También es muy importante distinguir entre dolor agudo y crónico. Dolor agudo es de instalación reciente y con duración menor a 3 meses. Dolor crónico es aquel que persiste a la causa original y tiene más de 3 meses de duración.¹⁶⁶</p>

¹⁶⁶García Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México. [Internet]. 2017 [Citado 26 julio 2021]; 29(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077

CAMPO:2 Fisiológico complejo CLASE: H Control de fármacos INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 2210 Administración de analgésicos (pág. 51)	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTOCIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar el historial de alergias y medicamentos. • Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor. • Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos. 	<p>Nos marca la OMS (organización mundial de la salud), que un paciente debe recibir el medicamento más indicado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada, durante el tiempo necesario y de la forma que suponga más comodidad para el paciente.¹⁶⁷</p> <p>El propósito principal del tratamiento farmacológico analgésico se centra en el control de los síntomas, tratando de ser responsables y evitar efectos iatrogénicos. Para ello resulta necesario un manejo individualizado y un riguroso seguimiento del paciente. El tratamiento "según el sujeto" es un principio fundamental de las pautas de la OMS. Las principales indicaciones terapéuticas de los analgésicos no opioides está el dolor asociado a las alteraciones del sistema musculoesquelético.¹⁶⁸</p> <p>También podemos decir que los fármacos antiinflamatorios no esteroides y otros analgésicos leves actúan en el sitio en que el tejido está dañado.¹⁶⁹</p>

¹⁶⁷ Núñez Hernández E. Frecuencia de prescripción de analgésicos en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque. [Pregrado]. Bogotá. Universidad El Bosque; 2021. Disponible en: [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5950/Nu%c3%b1ez_Hernandez_Esteban_Guillermo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5950/Nu%c3%b1ez_Hernandez_Esteban_Guillermo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

¹⁶⁸ Díaz Matos I, Pérez Cruz N, Martínez Torres M, Alfonso Hidalgo A. Prescripción de analgésicos no opioides en un Servicio de Ortopedia. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado 4 agosto 2021]; 20(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n1/1729-519X-rhcm-20-01-e3158.pdf>

¹⁶⁹ Ronald Kanner MD. Secretos del tratamiento de dolor. México: McGraw-Hill; 1998. p. 2.

CAMPO:1 Fisiológico básico **CLASE:** E Fomento de la comodidad
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1380 Aplicación de calor (pág. 70)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la utilización del calor, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente. • Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación. • Seleccionar un método de estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad: botella de agua caliente, cojín de semillas caliente. • Seleccionar el sitio de estimulación. (en este caso hombro derecho) • Comprobar la temperatura de la aplicación, sobre todo cuando se utilice calor. • Envolver el dispositivo de aplicación de calor con un paño de protección. • Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductas y biológicas de la persona. • Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento. • Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor. 	<p>La terapia de calor produce una hiperemia producida por el estímulo térmico contribuye a la disminución del dolor. En efecto, se ha demostrado que el aumento del flujo sanguíneo por encima de los 30 ml por 100 g de tejido conlleva una reducción del dolor. Este caso nos damos cuenta que el flujo sanguíneo permite la llegada de nutrientes a la zona patológica, lo que favorece los procesos de reparación tisular y contribuye a eliminar de los tejidos alterados sustancias como prostaglandinas, bradisinina e histamina, implicadas en la génesis del círculo dolor-espasmo-dolor.¹⁷⁰</p> <p>La vasodilatación máxima y los efectos terapéuticos por la aplicación de calor ocurren en 20 y 30 minutos. Utilizar calor por más de 45 minutos ocasiona congestión de los tejidos y vasoconstricción, lo que se conoce como fenómeno de rebote.</p> <p>La aplicación prolongada de calor puede ocasionar incremento en el riesgo de quemaduras.¹⁷¹</p>

¹⁷⁰ Díaz Guevara P. Efectividad de la aplicación de frío vs. Calor superficial en la fase temprana de la tendinitis rotuliana en deportistas amateur. [Trabajo fin de grado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2019. Disponible en:

<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/29187/2/Informe%20de%20Investigacion%20Patricio%20D%c3%acaz.pdf>

¹⁷¹ Lynn Pamela. Enfermería clínica de Taylor. 4th ed. España: Wolters Kluwer; 2016. p. 464.

PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: <u>4 Actividad/reposo</u> CLASE: <u>1 Sueño/reposo</u>		DOMINIO: <u>1 Salud funcional</u> CLASE: <u>A Mantenimiento de la energía</u>	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00095 Insomnio (pág. 229) FACTOR RELACIONADO Relacionado con malestar físico CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Evidenciado por cambios de humor y cambios en el patrón del sueño.		RESULTADO ESPERADO: 0004 Sueño (pág. 580) Escala Likert 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido Escala Likert 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	
		PUNTUACIÓN DIANA	
		INDICADORES	
			MANTENER EN
			AUMENTAR A
			LOGRADO
		000418 Duerme toda la noche	3
		000425 Dolor	3
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Al momento de evaluar las técnicas de relajación se identificó un buen resultado con los bostezos y la visualización de imágenes que lo confortaban y eso hace que tenga una actitud positiva durante el día y bajaba la percepción dolorosa en hombro ya que se focalizaba en la terapia de relajación apoyada de la musicoterapia que esta fue basada en música de lluvia (esto le recuerda a sus papás cuando él era un niño).			4
			4

CAMPO:3 Conductual **CLASE:** T Fomento de la comodidad psicológica
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6040 Terapia de relajación (pág. 419)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, respiración rítmica y relajación muscular progresiva). • Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. • Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación. 	<p>Para reducir la activación fisiológica alterada del organismo se aplican métodos de relajación que son en sí técnicas que nos muestran ciertas maneras de cómo se comporta el cuerpo.</p> <p>Se ha demostrado que existe asociación entre el estrés y los sistemas endocrino y nervioso. Cuando la corteza cerebral percibe el estímulo psicosocial como estresante, el sistema límbico es estimulado y se comunica con el sistema neuroendocrino, liberándose varias hormonas desde las glándulas. De esta manera se activa el sistema nervioso simpático generando una respuesta de malestar en la persona¹⁷²</p>

¹⁷²Tamayo Toro M. Técnica de relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad originada por exámenes y aumento del rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana. [Trabajo fin de grado]. Perú. Universidad de San Martín de Porres. 2017. Disponible desde: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2669/tamayo_tma.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CAMPO: 3 Conductual CLASE: O Terapia conductual INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Musicoterapia (pág.349)	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTOCIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación y disminución del dolor). Informar al individuo del propósito de la experiencia musical. Identificar las preferencias musicales del individuo. Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo. Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado. 	<p>Se ha verificado en distintos estudios que el impacto de la música en el cerebro sustenta bases neurobiológicas sólidas y, a través del estímulo auditivo, es capaz de activar circuitos corticosubcorticales y del sistema límbico, así como los sistemas de recompensa emocional, provocando sensaciones de bienestar y placer; distintos estudios han mostrado los beneficios de la música sobre diversos parámetros internos, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca y respiratoria, a través de cambios rítmicos musicales.¹⁷³</p> <p>La musicoterapia es una manera no farmacológica, la utilización de esta aporta beneficios en el binomio salud-enfermedad, como un instrumento de cuidados de bajo costo económico sin efectos secundarios los cuales afecten a la persona. Estos beneficios se alcanzan a partir del uso de sonidos, segmentos musicales y estructuras rítmicas para conseguir los siguientes efectos terapéuticos directos e indirectos a nivel fisiológico, psicológico, social e intelectual.</p> <p>En un estudio se ha demostrado que existen efectos positivos en el bienestar subjetivo, en la percepción psicológica, en la calidad de vida, depresión, ira o ansiedad en personas con fibromialgia.¹⁷⁴</p>

¹⁷³ García Casares N, Moreno Leiva RM, García Arnés JA. Efectos de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revista de Neurología [Internet]. 2017 agosto [citado 10 octubre 2021]; 65 (1). Disponible desde:

http://medicinainterna.net.pe/images/articulos_destacados/musicoterapia_en_la_enf_de_alzheimer.pdf

¹⁷⁴ Ruiz Salinas J. Beneficios de la musicoterapia mixta grupal para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en adultos que presentan enfermedad inflamatoria intestinal de Crohn. [Trabajo fin de grado]. España. Universidad Oberta de Catalunya. 2020. Disponible en: https://trabajofinal.es/wp-content/uploads/2021/01/TFG-de-referencia-es_.pdf

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: <u>09 afrontamiento/tolerancia al estrés</u> CLASE: <u>02 Respuestas de afrontamiento</u>		DOMINIO: <u>3 Salud psicosocial</u> CLASE: <u>M Bienestar psicológico</u>		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo (pág. 365) FACTOR RELACIONADO: Relacionado con dolor (Escala de EVA 5) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Evidenciado por irritabilidad e insomnio		RESULTADO ESPERADO: 1204 Equilibrio emocional (pág. 365) ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado		
		INDICADORES		
		PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		3	4	4
		3	4	4
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se ha observado que muestra en menor grado enfado y sus compañeros refieren un mejor trato hacia ellos, pero ellos también lo han apoyado para hacer menor su carga de trabajo.				

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** P Terapia cognitiva
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5330 Control del estado de ánimo (pág. 115)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTOCIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signo, síntomas, antecedentes personales). • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. • Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo. • Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada. • Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar. • Proporcionar un seguimiento al paciente de forma ambulatoria a intervalos apropiados. 	<p>En el control de ánimo se debe de tomar en cuenta porque este puede ser afectado por miedo, ira, asco, irritabilidad y tristeza y esto afecta negativamente la calidad de vida de las personas. En consecuencia, las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales.¹⁷⁵</p> <p>Un individuo que tiene una alta tendencia a presentar un rasgo de irritabilidad es proclive a experimentar con más frecuencia y mayor intensidad episodios de rabia, al encontrarse con situaciones o estímulos acordes con esta respuesta. Haciendo será un telón a la respuesta de nuestras emociones.¹⁷⁶</p>

¹⁷⁵Piqueras José, Ramos Victoriano, Oblitas Guadalupe. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Rev suma psicológica. [Internet] 2009 [citado 12 junio 2022];16(2):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076>

¹⁷⁶ Gallardo Rene. Naturaleza del estado de ánimo. Rev. Chilena de neurología. 2006 [citado 12 junio 2022];1(1):5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: <u>9 afrontamiento/tolerancia al estrés</u> CLASE: <u>2 respuestas de afrontamiento</u>	DOMINIO: <u>3 salud psicológica</u> CLASE: <u>O Autocontrol</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00146 Ansiedad (pág. 352) FACTOR RELACIONADO Relacionado con Amenaza al estatus habitual CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Evidenciado por preocupación e irritabilidad.	RESULTADO ESPERADO: 1402 Autocontrol de la ansiedad (pág. 129) Escala Likert 1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	140217 Controla la respuesta de ansiedad	3	4	4
	140222 Comparte preocupaciones con otros	3	4	4
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Fue de gran ayuda que el paciente exteriorizara sus emociones, así se encontraron soluciones a sus preocupaciones ante el trabajo. El paciente refiere estar más tranquilo y sin ansiedad al tener el control de su situación en el trabajo (lo ascendieron a supervisor y ya no realiza esfuerzos de alto impacto). Como consecuencia se le observa tranquilo y feliz.				

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** T Fomento de la comodidad psicológica
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5820 Disminución de la ansiedad (pág. 163)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTOCIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza • Animar la manifestación de sentimientos, preocupaciones y miedos. • Escuchar con atención • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Instruir al paciente sobre técnicas de relajación. 	<p>La ansiedad es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permite al sujeto analizar información relevante sobre la situación, los recursos y el resultado esperado, para estratégicamente actuar en consecuencia.</p> <p>La disminución de la ansiedad por medio de las técnicas de relajación posee una función eminentemente adaptativa cuya finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles. No obstante, están claros los beneficios que la práctica de la relajación aporta a nuestro organismo: disminución de la ansiedad, aumento de la capacidad para enfrentarse a situaciones estresantes, estabilización de las funciones cardíaca y respiratoria, sintonización armónica de la mente y el cuerpo, aumento de la capacidad de reflexión, aumento de la tendencia natural de conocerse a sí mismo, aumento de la temperatura cutánea, disminución de la tensión arterial, mejora en la circulación, sanguínea, normalización de la respiración, sensación de eliminación de tensiones, aumento de la recuperación física y mental.¹⁷⁷</p>

¹⁷⁷ Rodríguez Esther. “Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad”. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. [Internet] 2018 abril [citado 31 marzo 2022]. p. 2,8. Disponible en: <http://psiquiatria.com/congresos/index.php?wurl=psiquiatria>

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** T Fomento de la comodidad psicológica
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo (pág. 90)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conveniencia de las redes de sociales existentes. • Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios apropiados. • Explicar a los demás implicados la manera de ayudar. • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. 	<p>El apoyo social como proceso es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales).</p> <p>Respecto a la función del apoyo social se reconocen cuatro tipos, el emocional que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo, representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente; el informacional, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red; el instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema.¹⁷⁸</p>

¹⁷⁸Vega O.M., González D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2009 junio [citado 31 marzo 2022];(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.

PLAN DE CUIDADOS						
DOMINIO: <u>3 Conductual</u> CLASE: <u>O Terapia conductual</u>		DOMINIO: <u>3 Salud psicosocial</u> CLASE: <u>M Bienestar psicológico</u>				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional (pág. 292) FACTOR RELACIONADO Evidenciado por enfermedad física (abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°, prueba de Neer positiva, Hawkins positiva y dolor Escala de EVA 5). CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS -----		RESULTADO ESPERADO: 1205 Autoestima (pág. 149) ESCALA LIKERT 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo				
		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		125002 Aceptación de las propias limitaciones		4	5	5
		120508 Cumplimiento de los roles significativos personales		4	5	5
		120521 Descripción del éxito en el trabajo		4	5	5
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Al poder sentirse como una persona útil y con habilidades resaltantes el no baja su postura de ánimo. Así logrando una actitud que irradia confianza y logro personal. El apoyo familiar ha sido de gran ayuda para su recuperación, sean asignado tareas del hogar a todos los integrantes así él tiene menor carga de trabajo y mucho apoyo familiar.						

CAMPO: 5 Familia CLASE: X Cuidados durante la vida INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 7110 Fomentar la implicación familiar (pág. 224)	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. • Observar la estructura familiar y sus roles. • Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas de este. • Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. 	<p>El mencionar la palabra familia conlleva a un concepto bastante amplio por la naturaleza, su origen y su razón de ser; por esto, existen autores que contemplan la familia desde un sistema natural y evolutivo que implica una organización en constante interacción. Nos dirigimos entonces a comprender que dicha convivencia tiene una marca en el ámbito cultural debido a su función familiar como agente socializador primario que lleva a concebir a la familia como una unidad de cuidado.¹⁷⁹</p>

¹⁷⁹ Tautiva Ochoa K, López MC, Guzmán SY, González PD, Hernández SM. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2020 julio [citado 13 octubre 2021]; 20(10): 2. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/950/1340>

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** O Terapia conductual
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4364 Elogio (pág. 176)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Ayudar a las personas a darse cuenta de sus puntos fuertes, potencial y capacidad personales.• Reconocer la capacidad de vivir con un problema de salud.• Felicitar al individuo por conseguir un resultado mejor.	<p>La perspectiva basada en la personalidad positiva, ha logrado reconocer las fortalezas cognitivas y psicológicas de cada persona como verdaderas zonas de desarrollo potencial, hay que abandonar la idea que las debilidades y mejor hacer un análisis profundo de las fortalezas de la persona y así se deja de remar contra corriente, cuya dirección es donde va todo el mundo compitiendo unos con otros. Cuando nos enfocamos en las fortalezas se llega a que la persona fluya con la vida, se puede diferenciar de los demás y construir su proyecto de vida personal y profesional con sus talentos como bandera del éxito.¹⁸⁰</p>

¹⁸⁰ Domínguez Bolaños RE, Ibarra Cruz E. La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. Razón y palabra [Internet]. 2017 marzo [citado 12 octubre 2021]; 21(96): 674. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>

PLAN DE CUIDADOS					
DOMINIO: <u>4 Actividad/Reposo</u> CLASE: <u>2 Actividad/Ejercicio</u>		DOMINIO: <u>1 Salud funcional</u> CLASE: <u>C Movilidad</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00085 Deterioro de la movilidad física (pág. 239) FACTOR RELACIONADO: Dolor (Escala de EVA de 5) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Evidenciado por disminución de la amplitud de los movimientos (abducción activa en 90°, rotación interna en 90°, flexión hacia delante de 90°; prueba de Neer positiva, Hawkins positiva).		RESULTADO ESPERADO: 0215 Movimiento articular: hombro (pág. 444) ESCALA LIKERT 1. Desviación grave del rango normal 2. desviación sustancial del rango normal 3. desviación moderada del rango normal 4. desviación leve del rango normal 5. sin desviación del rango			
		INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		021906 Abducción 180 ° (d)	3	4	4
		021901 Flexión hacia delante de 180° (d)	3	4	4
		021904 Rotación interna de 90°	3	4	4
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Al momento de la realización de la terapia de ejercicios se ha notado un grado de 10° aumentada de amplitud de los movimientos al realizar la evaluación (abducción activa en 100°, rotación interna en 100° y flexión hacia delante de 100°) esto haciendo más fácil el movimiento de la amplitud. Refiere que ahora puede alcanzar algunas cosas de una repisa del almacén de su trabajo.					
CAMPO: <u>01 Fisiológico básico</u> CLASE: <u>A Control de actividad y ejercicio</u> INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: <u>0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular (pág. 415)</u>					

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las actividades del movimiento articular y su efecto sobre la función. • Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. • Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares. • Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares. • Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. • Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. • Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. • Determinar el progreso hacia la meta fijada. 	<p>Se ha observado que la efectividad de los programas de ejercicio realizados en casa puede ser más eficaces que algunas intervenciones o placebos y tan eficaces como órtesis funcionales, kinesioterapia o como último recurso cirugía. Se encontró que el ejercicio terapéutico tiene un efecto positivo sobre el dolor y la función por encima de todas las demás intervenciones.</p> <p>Por lo que podemos decir que una de las finalidades es aliviar el dolor y por ende aumentar la fuerza, revertir los desequilibrios musculares anormales y restablecer un rango de movimiento articular indoloro.¹⁸¹</p>

¹⁸¹ Contreras J, Liendo R, Díaz C, Díaz M, Osorio M, Guzmán R, et al. Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorizado, simple ciego. Rev Med Chile [Internet]. 2018 agosto [citado 22 de julio 2021]; 146(9). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n9/0717-6163-rmc-146-09-0959.pdf>

PLAN DE CUIDADOS																						
DOMINIO: <u>5 Percepción/cognitivo</u> CLASE: <u>4 Cognitivo</u>		DOMINIO: <u>4 Conocimiento y conducta de salud</u> CLASE: <u>GG Conocimiento sobre su condición de salud.</u>																				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00161 Disposición para mejorar los conocimientos (pág. 276) FACTOR RELACIONADO -----		RESULTADO ESPERADO: 3208 Conocimiento: rehabilitación musculoesqueletica. (pág. 262) ESCALA LIKERT 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso																				
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Evidenciado por expresa deseo de mejorar el aprendizaje. (En conocer los ejercicios de rehabilitación de hoja proporcionada).		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="3">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th>MANTENER EN</th> <th>AUMENTAR A</th> <th>LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>320805 Beneficios de la terapia de rehabilitación.</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>320809 Ejercicio físico prescrito</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>320826 Beneficios del descanso Adecuado</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	320805 Beneficios de la terapia de rehabilitación.	2	4	4	320809 Ejercicio físico prescrito	1	3	3	320826 Beneficios del descanso Adecuado	2	4	4
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																					
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																			
320805 Beneficios de la terapia de rehabilitación.	2	4	4																			
320809 Ejercicio físico prescrito	1	3	3																			
320826 Beneficios del descanso Adecuado	2	4	4																			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se mostró un interés y la habilidad cognitiva para aprender y preguntar sobre la realización de los ejercicios, así él pudo lograr hacerlos de una manera correcta y sin problemas.																						

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** 5 Educación de los pacientes
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5612 Enseñanza ejercicio prescrito (pág. 178)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito. • Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. • Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio. • Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio y la importancia de tal acción. • Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad. 	<p>La enseñanza es un proceso que consiste en propiciar el desarrollo de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de forma intencionada para sistematizar el proceso del aprendizaje en el individuo; el aprendizaje es el proceso de transformar la conducta a través de experiencias significativas que producen en el individuo cambios permanentes.¹⁸²</p>

¹⁸²Medina González I, Tafur Castillo JS. Didáctica de la Enfermería, análisis desde sus componentes en el contexto actual. Educación Médica Superior [Internet]. 2018. [citado 2 agosto 2021]; 32(4): 265. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2018/cem184u.pdf>

5.5 Ejecución

Se aplicaron las intervenciones anteriormente ya planificadas, se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera un alivio del dolor, un sueño reparador y mejora de sus emociones. Como consecuencia tendrá confianza en atender sus propias necesidades y llevar un régimen adecuado de autocuidado. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para aportar intervenciones adecuadas direccionadas al éxito y el paciente siga realizando sus actividades diarias, logrando un mejor desempeño en el trabajo dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive.

En este caso se ejecutaron las siguientes intervenciones: manejo del dolor crónico, administración de analgésicos, aplicación de calor, terapia de relajación, ayuda para el control del enfado, enseñanza ejercicio prescrito, terapia de ejercicios, fomentar la implicación familiar y aplicar el elogio.

Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta pero siempre hay una relación educativa en cada intervención, teniendo en cuenta una valoración continúa de las intervenciones y actividades ejecutadas en el paciente.

5.6 Evaluación

En el anexo 23 se muestran puntuaciones de los indicadores que han variado y todos ellos han sido de manera positiva entre el estado inicial y el actual, el manejo del dolor, la administración de analgésicos, aplicación de calor, terapia de relajación, musicoterapia, ayuda para el control del enfado, enseñanza ejercicio prescrito, terapia de ejercicios: movilidad articular, fomentar la implicación familiar y elogio fueron mis intervenciones aplicadas con sus respectivas actividades.

Al disminuir el dolor es destacable decir que el paciente haya conseguido mejorar todos los objetivos en mayor medida.

En el anexo 23 podemos identificar uno de los indicadores con mayor avance que fue “Utiliza medidas de alivio no analgésicas” con una variación de dos puntos este fue de gran ayuda porque el paciente logro un control de dolor aún más conservador y prescindir un poco más de los analgésicos.

Uno de los principales motivos para realizar y poner en práctica este plan de cuidados era intentar que el paciente mantuviera o mejorara su calidad de vida, y analizando los resultados se observa que esto es más probable ahora.

Se prevé que, de seguir el ritmo actual transcurridos 7 meses se habrán conseguido gran parte de los objetivos y controlado el problema, además el paciente será capaz de tener una movilidad adecuada, pero siempre y cuando tenga en cuenta los cuidados que se le recomiendan en el plan de alta, y sobre todo no exponerse a cargas pesadas o movimientos repetitivos, en este caso el paciente fue ascendido a supervisor de su área de limpieza, fue una gran ventaja para su recuperación, porque ahora el solo da recorridos y manejo de actividades administrativas.

5.7 Plan de Alta

NOMBRE DEL USUARIO (A): J.N.B.O.

SEXO: Masculino

EDAD: 55 años SERVICIO: Servicio medico

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Síndrome de abducción dolorosa de hombro

FECHA DE INGRESO: 17/05/2021 FECHA DE EGRESO: 06/08/2021

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

1. Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo.
2. Disposición para mejorar el sueño evidenciado por expresa tener sensación de estar descansando tras el sueño
3. Disposición para mejorar el confort evidenciado por expresa deseo de mejorar el confort

RESUMEN:

Se aplicaron medidas farmacológicas (Ketorolaco 30 mg sublingual) y no farmacológicas (terapia de calor) para disminución del dolor. Se implementaron medidas para conciliar el sueño y disminución de dolor con musicoterapia y terapia de relación. Así mismo se creó un plan de ejercicios guiándonos de la guía de práctica clínica del Diagnóstico y tratamiento del síndrome de abducción dolorosa del hombro que llevaron a lograr un avance de 10° en la amplitud de los movimientos. Teniendo en cuenta la irritabilidad. Todo esto con una adecuada enseñanza para lograr sus objetivos.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

DIETA:

- Tomar de 4 a 6 vasos de agua
- Carbohidratos dependiendo de la actividad diaria, siempre teniendo en cuenta su consumo, pero no exceso. (una pieza de pan o una tortilla).
- Frutas y verdura 2 raciones al día, es mejor comer la fruta completa que jugos de la misma.
- Consumo de producto de origen animal 1 a 2 veces al día siempre variado.
- Pirámide de la alimentación saludable. De las Guías alimentarias para la población española. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), nos muestra en una manera sencilla e integral tanto estilo de vida saludable como de alimentación equilibrada.⁶⁷

EJERCICIO:

- Seguir con los ejercicios de rehabilitación en el mismo horario y frecuencia.
- No cargar cosas pesadas.
- No realizar ejercicio de alto impacto.

TRATAMIENTO:

Ketorolaco 30 mg por razón necesaria.

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

- Actividad física regular 3 veces a la semana.
- Alimentación saludable.
- Evitar consumo de sustancias ilícitas.
- Manejo del estrés.
- Habilidades para la vida diaria de higiene (baño diario, cepillado de dientes, cambio de ropa).
- Sexualidad segura (uso de preservativo).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- Mantener una actitud positiva.
- Seguir realizando actividades cotidianas.
- Seguir realizando la terapia de ejercicios para mantener una calidad de vida.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Seguir fortaleciendo la presencia y calidad del apoyo familiar
- Planificar las actividades de disminución de riesgo en colaboración con la institución de trabajo
- Determinar los recursos institucionales para ayudar a evitar peligros ergonómicos.
- Mantener horarios específicos para realizar los ejercicios.
- Evitar distracciones durante sus sesiones de rehabilitación.
- Realizar un diario de progresos.
- Derivación a especialista en fisioterapia para continuar con la terapia y su evaluación.
- Mantener un ambiente favorable para el sueño (luz, ruidos, temperatura, colchón y cama), no consumir alimentos o drogas antes de ir a dormir.

SIGNOS DE ALARMA:

Dolor intenso insoportable

Inmovilidad de la extremidad

RECUERDE:

Acudir a su cita a la consulta externa: Servicio Médico del Tribunal Electoral o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

Cabe mencionar que el dolor crónico que presenta a un paciente ha disminuido de un EVA de 5 a un EVA de 2 en el cual el paciente ha mejorado su estado emocional, de descanso y sueño, mediante las intervenciones que se implementaron en su tratamiento de rehabilitación. Se le recomienda seguir con los cuidados indicados en su plan de alta y acudir a su UMF para ser canalizado al área de fisioterapia.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: JAM _____

NOMBRE DE LA ENFERMERA: Alvarado Mendoza Martha Josefina

Conclusión

Promover hábitos y rutinas que eviten riesgos de salud es una de las tareas que la enfermera laboral tiene con el objetivo de disminuir los distintos factores de riesgo de la población dentro de una empresa en este caso el área de mayor accidentes de origen ergonómico son los empleados del área de intendencia y mantenimiento en el cual es imprescindible la implementación de programas para realiza conjuntamente con el equipo multidisciplinario la identificación y evaluación de riesgos ocupacionales a través de la visita de reconocimiento en los ambientes de trabajo de la empresa, participar en las recomendaciones para el control de los riesgos en la empresa y realizar conjuntamente el informe y el plan de intervención para el control de los riesgos del trabajo.

México cuenta con una legislación de seguridad que emana de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal del Trabajo, el Reglamento Federal de Seguridad y Salud del Trabajo, en el cual su contenido nos refiere que las empresas deben proteger la Seguridad y Salud de los trabajadores asalariados de México.

La integración de comisiones en todas las empresas del país para lograr uniformidad e implementación de las normas regulatorias en Seguridad e Higiene para la prevención de accidentes en base al concepto que maneja el artículo 474 de la ley federal del trabajo.

El empleador debe estar informado del artículo 123 en su sección XV donde debe cumplir con preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones, adoptar medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de máquinas, instrumentos y materiales de trabajo. Que resulte como medida para garantizar la salud y la vida de los trabajadores.

Por tal motivo una propuesta para mejorar la salud laboral será la elaboración e implementación de manuales enfocados a la seguridad e higiene de acuerdo a las necesidades de cada empresa o institución, dando seguimiento para correcta

aplicación, teniendo en cuenta la reorganización de los recursos humanos y materiales y su constante actualización. Y tener presente que los trabajadores estén conscientes de los riesgos que implica cada actividad que realizan de tal modo que deberán ser capacitados para prevenir cualquier accidente, se podrá verificar la aplicación de los lineamientos mediante recorridos por la empresa y observando que se lleven a cabo debidamente.¹⁸³

¹⁸³ ISSSTE. Manual del curso de trabajo sin riesgo personal de áreas médicas. 2008

Glosario de términos

Abducción: Movimiento que aleja el eje de la extremidad de la línea media del cuerpo.

Aducción: Movimiento que acerca el eje a la extremidad a la línea media del cuerpo.

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo. Poseen un efecto analgésico y antipirético; algunos de ellos también poseen una acción antiinflamatoria. Indicados en el dolor de carácter leve o moderado, preferentemente antiinflamatorio. Desventajas; estrecho margen entre la dosis eficaz y la dosis techo. Interfiere con el funcionamiento de las plaquetas y por ello puede producir sangrado con facilidad.

Datos objetivos: Información que pueden ser observada por otros; no se ve condicionada por sentimientos, sensaciones o prejuicio.

Datos subjetivos: Información reunida a partir de las manifestaciones del paciente; los sentimientos y percepciones del paciente. Información que sólo se puede verificar por inferencia.

Dolor: Sensación subjetiva y molesta causada por la estimulación nociva de las terminaciones nerviosas sensoriales.

Entrevista: Conversación organizada y sistemática que se mantiene con el paciente para obtener información subjetiva en relación a su estado de salud.

Extensión: Movimiento de una articulación que aumenta el ángulo formado por los huesos.

Factores de riesgo: Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad.

Familia: Grupo de sujetos interrelacionados que constituye la unidad básica de la sociedad.

Fisioterapia: Tratamiento basado en métodos curativos naturales como el aire, el agua, la luz, o mecánicos, como el masaje, la gimnasia. Es aplicada por el fisioterapeuta. En el caso de los pacientes que han sufrido un ictus, suele iniciarse con la movilización pasiva (por parte del fisioterapeuta) de las extremidades (tanto sanas como las paralizadas) del enfermo.

Flexión: Movimiento que reduce el ángulo formado por los huesos que se articulan.

Inmovilidad: Incapacidad para moverse libremente, debido a un trastorno en virtud del cual el movimiento se ve impedido o limitado terapéuticamente.

Inserción: Extremo de un músculo que se moviliza durante la contracción muscular.

Inspección: Método de exploración física por el que examina visualmente de forma sistemática el aspecto, la estructura, la funcionalidad y el comportamiento del paciente.

Intervenciones: actuaciones encaminadas a prevenir un daño al paciente o a mejorar sus funciones mental, emocional, física o social.

Ligamento: Bandas blancas, brillantes y flexibles de tejido fibroso que unen las articulaciones entre sí y que conectan varios huesos y cartílagos.

Movilidad: Capacidad de una persona para moverse libremente.

Necesidades fisiológicas: Requerimiento del ser humano para su supervivencia, entre los que se incluyen los referentes a oxígeno, líquido, nutrición, temperatura, eliminación y refugio.

Posteriormente es necesaria la colaboración del paciente en la realización de determinados ejercicios. Incluye la rehabilitación del ortostatismo y la deambulaci3n, es decir, "enseña" al paciente a mantenerse de pie y a caminar.

Rehabilitación: Es el conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad. En el caso del ictus incluye todos aquellos procedimientos (entre ellos la fisioterapia y la terapia ocupacional) que tratan de recuperar la función de las extremidades que han quedado paralizadas, la recuperación de la capacidad de andar, de autocuidarse, etc.

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos en un tiempo y que determinan una patología o enfermedad.

Taxonomía: Sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería en amplios grupos de patrones de respuesta humana.

Tendones: Bandas de tejido de color blanco brillante que conectan el músculo con el hueso.

Tratamiento: Conjunto de medios diversos, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

Referencias bibliográficas

1. Tejera Valdés AJ, Culqui García JP, Villamarín Arévalo AE. Eficacia de la laserterapia en el síndrome del hombro doloroso. REV. MÉD. ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA [Internet]. 2020; [citado 19 octubre 2021]; 26(2):3 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2020/mdc202d.pdf>
2. *Idem.* (1)
3. Vicente Pardo, José Manuel. Hombro doloroso e incapacidad temporal. El retorno al trabajo larga baja por hombro doloroso. Causalidad del trabajo en el hombro doloroso. Medicina y seguridad del trabajo. [Internet]. 2016 octubre [citado 06 julio 2021];62(245): 340-341. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000500006#:~:text=La%20patolog%C3%ADa%20de%20%22hombro%20doloroso,es%20decir%20que%20prolongan%20la
4. Tejera Valdés AJ, op. cit. p. 6 (1)
5. Borré Y, Lenis V, Suárez M, Tafur J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev. Cienc. Salud. [Internet]. 2015 junio [citado 11 febrero 2022];13(3):483. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12>
6. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enfermería Universitaria. [Internet]. 2017 julio [citado 12 febrero 2022];14(3):193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300191
7. Aguayo Natalia, Valenzuela Sandra. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. SANUS. [Internet]. 2019 marzo [citado 11 febrero 2022];(9):27. Disponible en: <http://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/122/106>
8. García A, Freitas M, Lana J, Toledo V. Proceso de enfermería en salud mental: revisión integrativa de la literatura. [internet]. 2017 [citado 13 febrero 2022];70(1):210. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/KbbhWzVq5SykXNvBz7gZyR/abstract/?lang=es>
9. Hernández Elena. Juárez Arturo. Intervenciones de enfermería en la salud en el trabajo. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2010 [citado 15 de junio 2022];18(1):29. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2010/eim101e.pdf>

10. Tejera Valdés AJ, op. cit. p. 3 (1)
11. Vicente Pardo, op. cit. p. 340-341 (3)
12. Porter Robert. El Manual Merck de diagnósticos y terapéutica. 19th ed. España: panamericana; 2014. p.1399
13. Sánchez Castro JC, Trujillo Poveda DA, Latorre Olaya N, Rodríguez Cepeda LB. Percepción del Proceso de Atención de Enfermería de los enfermeros de la Clínica la Inmaculada durante el periodo I-2018. [Internet] XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba: 2018. [citado 25 febrero 2021] p. 5-6 Disponible en: <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewFile/507/76>
14. Sotomayor Sandra, Bernal Martha, Ponce Gandhi. Representación social (RS) que del proceso atención de enfermería (PAE) tienen las enfermeras(os) profesionales. Rev. de Enf. Neurológica [Internet]. 2019 agosto [citado 02 marzo 2022]; 18(2): 75. Disponible en: <http://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i2.295>
15. Juall Lynda. Manual de diagnósticos enfermeros. 15th ed. USA: Wolters Kluwer; 2019. p. ix
16. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9th ed. España: Elsevier; 2018. p. 9.
17. Següel Fredy, Valenzuela Sandra, Sanhueza Olivia. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Cienc. y enferm. [Internet] 2015 agosto [citado 02 marzo 2022]; 21(2): 12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01717-95532015000200002&lng=es
18. Herrera Jorge, Álvarez Jessica, Vega Vladimir. Funciones del profesional de enfermería en salud ocupacional en el Ecuador 2021. Rev UNIANDES. [Internet] 2022 enero [citado 02 marzo 2022]; 5(1):964. Disponible en: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10581.14565>.
19. Hernandez elena. (9)
20. NOM. Norma Oficial Mexicana 019 STPS 2011 Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.
21. Amezcua Manuel. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index de Enfermería. [Internet] 2018 octubre [citado 18 julio 2021]; 27(4): 1. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002
22. Kershaw Betty. Modelos de enfermería. España: Ediciones Doyma; 1988. p. VII
23. Amezcua Manuel. op. cit. p. 1 (21)

24. González C. Las disciplinas académicas. Elementos 114. [Internet] 2019 [citado 04 marzo 2022]. www.elementos.buac.mx
25. Amezcua Manuel. op. cit. p. 1 (21)
26. González C. op. cit. (24)
27. Gianella A. Las disciplinas científicas y sus relaciones. Anales de la Educación Común. [Internet]. 2020 octubre [citado 18 julio 2021]; 2(3): 75. Disponible en: <https://cendie.abc.gob.ar/revistas/index.php/revistaanales/article/view/84/845>
28. Castrillón M. Liderazgo en enfermería y desarrollo disciplinar. CuidARTE [Internet]. 2020 noviembre [citado 18 julio 2021]; 9(18): 9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cuie2018b.pdf>¹
29. Raile Alligood M. op. cit. p. 4 (16)
30. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev. Colombia de Enf. [Internet] 2011 julio [citado 10 marzo 2022]; 6(6):77-78. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rce.v6i6.1436>
31. Durán María. La ciencia, la ética y arte de enfermería a partir el conocimiento personal. Rev. Aquichan [Internet] 2005 junio [citado 11 marzo 2022]; 5(1): 88-89,91-93. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en
32. Valverde Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. Norte de salud mental [Internet] 2007 [citado 10 marzo 2022];7(28):10-11. Disponible en:
33. Potter Patricia, Griffin Anne, Stockert Patricia, Hall Amy. Fundamentos de enfermería. 8th ed. España: ELSERVIER; 2015.
34. Raile Alligood M. op. cit. p 6 (16)
35. Tucto Jennifer. Características del perfil de ingreso del estudiante de la profesión de enfermería en la universidad señor de Sipán. [Tesis]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6506>
36. Martínez María, Chamorro Elena. Historia de la enfermería Evolución histórica del cuidado enfermero. 3th ed. España: Elsevier; 2017. p. 128.
37. Escobar Blanca, Sanhueza Olivia. PATRONES DE CONOCIMIENTO DE CARPER Y EXPRESIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DE REVISIÓN. Rev. Enf.: Cuidados Humanizados [Internet]. 2018 junio [citado 05 marzo 2022]; 7(1):59. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
38. Reina Rosa, Cárdenas María. Percepción de la enfermería en el arte de cuidar. Ágora Rev. Cient. [Internet] 2019 [citado 05 marzo 2022]; 6(1):1. Disponible en: <https://doi.org/10.21679/arc.v6i1.123>

39. Martínez María. op. cit. p. 3 (36)
40. Colliere Marie. Promover la vida. 2th ed. España: Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA; 2009. p. 3
41. Martínez María. op. cit. p. 3 (36)
42. Ángeles Ávila G, Maciel Vilchis AC, Cuevas Peñaloza MA, Díaz Bernal B, Monroy Martínez MA. Proceso de enfermería en Hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de México. Convención Tecnosalud Camagüey 2017 [Internet]. 2017 [citado 14 octubre 2021]. Disponible en: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/114/80>
43. Torres Antonio. Filosofía del cuidado enfermero a través de los colores. Rev. Enf. Ene [Internet]. 2020 abril [citado 05 marzo 2022]; 14(1):4. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100003&lng=es
44. Martínez María. op. cit. p. 151 (36)
45. Raile Alligood M. op. cit. p. 83. (16)
46. Moreno Yenni, Fajardo Mariana, Ibarra Angélica, Restrepo Silvia. Cronología de la profesionalización de la Enfermería. Revista Logos, ciencia & tecnología. [Internet] 2017 septiembre [citado 04 marzo 2022]; 9(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268005/html/index.html>
47. Nuñez Elizabeth, Macías Lylian, Navarro Rossana, De Souza Simone. Historia de la enfermería Chilena: Una revisión desde las fuentes. Cienc. Enferm. [Internet] 2019 [citado 04 marzo 2022]; 25:8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100301&lng=es
48. Oria Michel, Espinoza Anibal, Maracha María. La formación y la orientación profesional en enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 junio [citado 04 marzo 2022]; 32(2):268. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200013&lng=es
49. Mateo Luis. Reseña sobre la educación de Emilio Iledo por Luis Gabriel Mateo Mejía. [Internet]. España: Taurus; 2018 [citado 05 marzo 2022] Disponible en: http://books.google.com/books/about/Sobre_la_educaci%C3%B3n.html?hl=es&id=IFhUDwAAQBAJ#v=onepage&q&f=false
50. Grove Susana, Gray Jennifer, Burns Nancy. Investigación de enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6th ed. España: ELSEVIER; 2017

51. Pereira MC, Cárdenas MH. Visión filosófica del cuidado humano en la mujer en la etapa del climaterio. [Internet]. 2018 diciembre [citado 07 octubre 2021]; 8(1):39. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n1/2393-6606-ech-8-01-22.pdf>
52. Torres Antonio. op. cit. p. 4 (43)
53. Escobar Blanca op. cit. p. 68 (37)
54. Reina Rosa. op. cit. p. 1 (38)
55. Raile Alligood. op. cit. p. 35 (16)
56. Potter Patricia. op. cit. p. 78 (33)
57. Allende Cussó R, Macías Seda J, Porcel Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados [Internet]. 2019 noviembre [citado 6 octubre 2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100853/1/CultCuid_55-78-84.pdf
58. Martínez Trujillo N, Díaz Bernal Z, Martínez Boloña Y, Chao Flores M, Dandicouert Thomas C, Vera Rodríguez JE, Elers Mastrapa Y. Modelo de Enfermería Salubridad para las prácticas de cuidado interdisciplinar. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2020 julio [citado 6 octubre 2021]; 36(3):5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3490.pdf>
59. Potter Patricia. op. cit. p. 84 (33)
60. Colliere Marie. op. cit. p. 213 (40)
61. Sánchez M, González B, Álvarez J, García G, Avendaño E, Salazar M. Intervención educativa sobre cuidado de enfermería. Rev. Paraninfo Digital [Internet]. 2009 [citado 07 marzo 2022]; 6:4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317178102_Intervencion_educativa_sobre_cuidado_de_enfermeria
62. Collier Marie. op. cit. p. 214-215. (40)
63. Raile Alligood. op. cit. p. 2. (16)
64. Raile Alligood. op. cit. p. 3 (16)
65. Pereira Natália. Contribuciones de la Teoría Ambiental de Florence Nightingale a la prevención de la pandemia de COVID-19. Rev. Cub. de Enf. [Internet] 2020 abril [citado 09 marzo 2022]; 36(2):6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n2/1561-2961-enf-36-02-e3702.pdf>
66. Potter Patricia. op. cit. p. 44. (33)
67. Raile Alligood. op. cit. p. 12 (16)
68. Potter Patricia. op. cit. p. 44. (33)
69. Céspedes Raquel. Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau. Cultura de

- los Cuidados [Internet] 2019 [citado 09 marzo 2022]; 23(54):68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.08>
70. Potter Patricia. op. cit. p. 46 (33)
 71. Raile Alligood. op.cit. p. 231 (16)
 72. Potter Patricia. op. cit. p. 46 (33)
 73. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. Uni* [Internet] 2011 diciembre [citado 29 marzo 2022];8(4). p. 17-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=arttext&pid=S1665-7063201100040000&lng=es>
 74. Acevedo Díaz J, García Carmona A, Aragón Méndez M, Oliva Martínez J. Modelos científicos: significado y papel en la práctica científica. *Revista Científica* [Internet]. 2017 agosto [citado 20 julio 2021]; 30(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cient/n30/2344-8350-cient-30-00155.pdf>
 75. Grove Susana. op. cit. p.189 (50)
 76. Raile Alligood. op. cit. p. 1 (16)
 77. Grove Susana. op. cit. p. 190. (50)
 78. Acevedo Díaz J. op. cit. (74)
 79. Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211101228.pdf>
 80. Raile Alligood. op. cit. p. 44-45. (16)
 81. Vega Olga. Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Rev. Ciencia. y cuidado.* [Internet] 2006 julio [citado 12 marzo 2022]; 3(3):64.
 82. Ángeles Ávila G. op. cit. (42)
 83. Ruymán P, Aguirre A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. España: Elsevier; 2014. p. 8.
 84. Raile Alligood M. op. cit. p. 7 (16)
 85. Ruymán P. op. cit. p. 8 (83)
 86. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. 8th ed. España: Wolters Kluwer;2014. p. 6
 87. Potter Patricia. op. cit. p. 196. (33)
 88. Ruymán P. op. cit. p. 8 (83)
 89. Ruymán P. op. cit. p. 8 (83)
 90. Escobar Castellanos B, Cid-Henríquez P. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA ÉTICA DERIVADOS DEL AVANCE TECNOLÓGICO EN SALUD. *Acta Bioethica* [Internet]. 2018 [citado 20 julio 2021]; 24 (1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00039.pdf>

91. UNAM. FES Iztacala. [Internet]; 2021. [citado 15 marzo 2022] Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php.
92. Potter Patricia. op. cit. p. 289. (33)
93. Sánchez S. Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza. NURE Investigación: Rev. de Enf. [Internet] 2017 [citado 10 marzo 2022];14(86):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277929>
94. Potter Patricia. op. cit. p. 289-290. (33)
95. Fernández S, Ruydiaz K, Del Toro M. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Salud, Barranquilla. Rev. Salud Uninorte [Internet]. 2016 mayo [citado 10 marzo 2022]; 32(2): 337-345. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200015&lng=en
96. Paneque Vanega J, Olivera Fonseca Y, Olivera Fonseca, Moreno Mora O, Denis Torres R. La concepción filosófica de Virginia Henderson basada en el modelo de enfermería cubano. Ciencias básicas biomédicas en Granma. [Internet]. 2020 [citado 22 julio 2021] p. 4. Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/402/206>
97. Naranjo Hernández Ydalsys, Rodríguez Larrinage Miriam, Concepción Pacheco José Alejandro. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 22 julio 2021] p. 26 Disponible en: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217?fbclid=IwAR2EZIBbb_zmNly7mLgxOdOnbZiFRsaHgXV8xsWN-8mz2lfll_qG2xrzld4
98. Pita Vizoso Rosa. Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del modelo de Virginia Henderson. [Trabajo fin de grado]. España: Universidad Da Coruña; 2017. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19442/PitaVizoso_RosaMaria_TD_2017.pdf
99. UNAM. FES Iztacala. Virginia Henderson. Enfermería comunitaria, material complementario. Cincad. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx>
100. Raile Alligood. op. cit. p. 15. (16)
101. Correa E, Verde E, Rivas J. Valoración de enfermería. Basada en la filosofía de Virginia Henderson. [Internet] México: UAM; 2016 [Citado 10 marzo 2022] p.25-44. Disponible en: https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
102. Fox Stuart. Fisiología humana. 14th ed. México: McGraw-Hill;2016. p. 7.
103. Correa E. op. cit. p. 30-40. (101)

104. Ramírez Elías. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 abril; [citado 22 julio 2021]; 13(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358745743001.pdf>
105. Pita Vizoso Rosa. op. cit. (98)
106. Alfaro R. op. cit. p. 6 (86)
107. Pita Vizoso Rosa. op. cit. (98)
108. Campos C, Jaimovich S, Wigodski J, Aedo V. CONOCIMIENTOS Y USO CLÍNICO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA (NANDA, NIC, NOC) EN ENFERMERAS/OS QUE TRABAJAN EN CHILE. Rev. Iberoam. de Educ. e Inv. En Enf. [Internet] 2017 [citado 10 marzo 2022];7(1):34. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/232/conocimientos-y-uso-clinico-de-la-metodologia-enfermera-nanda-nic-noc-en-enfermeras-os-que-trabajan-en-chile/>
109. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2018-2020. 11th ed. Herdman Heder K, editor. España : Elsevier; 2018.
110. Pita Vizoso Rosa. op. cit. (98)
111. Herrera Majuan KC. Factores personales e institucionales relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios de medicina y emergencia del hospital III José Cayetano Heredia. [Tesis]. Perú: Universidad nacional de Piura; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1146/CIE-HER-MAJ-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
112. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). XII Simposium Internacional AENTDE. "Deconstruyendo los lenguajes enfermeros". Cádiz. AENTDE. 2018. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/154778/1/XII%20Simposium.pdf#page=95>
113. Sacristán GM. Percepción del uso de NANDA-I, NOC y NIC (NNN) en el Proceso de Atención de Enfermería. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47807/TFG-H2262.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
114. Sánchez Castro JC. op. cit. p.5-6. (13)
115. Gil Nava M. De las cinco fases del Proceso de Enfermería: valoración, elaboración de diagnóstico, diseño de plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación para formar el pensamiento analítico-crítico a partir de la confrontación permanente de los conocimientos, habilidades, actitudes-valores. Revista Dilemas Contemporáneos:

- Educación, Política y Valores. [Internet]. 2019 abril; [citado 9 octubre 2021]; 69(2). Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/829/983>
116. Ospina Anaya C, Cañon Montañez W, Rodríguez Acelas AL. Una mirada desde el proceso de enfermería modificado al manejo del sobrepeso y obesidad. Revista Cuidarte [Internet]. 2020 [citado 13 octubre 2021]; 11(1): 2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7441610>
 117. Ramos JJ. Proceso atención de enfermería de tercera generación a paciente con enfermedad renal crónica positivo a Covid 19, en la unidad de hemodiálisis del hospital general ISSSTE Acapulco Gro. [Trabajo de fin de grado]. México: Universidad Autónoma de Guerrero; 2019. Disponible en: http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/2446/TE_1004950_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 118. Potter Patricia, op. cit. p. 200-201,203,207-208. (33)
 119. Alfaro R. op. cit. p. 66. (86)
 120. Téllez S, García M. Modelos de cuidado en enfermería NANDA, NICY NOC. México: McGraw-Hill; 2012. p. 41.
 121. Alfaro R. op. cit. p.75 (86)
 122. Téllez S. op. cit. p. 41 (120)
 123. Potter Patricia. op. cit. p. 211 (33)
 124. Márquez Zurisadaí. Proceso de enfermería en una persona con preeclamsia y hemorragia obstétrica. [Trabajo de fin de grado]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería; 2020. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/9933>
 125. NANDA. op. cit. p. 196-197. (109)
 126. NANDA. op. cit. p. 191-192. (109)
 127. Alfaro R. op. cit. p. 91. (86)
 128. Secretaría de Salud. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. México. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf
 129. Alfaro R. op. cit. p. 130-131, 142-143. (86)
 130. Téllez S. op. cit. p. 50-51. (120)
 131. Secretaría de Salud. op. cit. (128)
 132. Téllez S. op. cit. p. 52-54. (120)
 133. Del Valle Lago Alondra, Martínez Lugo Miguel, Rodríguez Montalbán Ramón. Las generaciones en el trabajo en Puerto Rico: Una mirada desde la psicología industrial-organizacional y las etapas del desarrollo. Revista

- Salud y Conducta Humana [Internet]. 2019 diciembre [citado 11 agosto 2021]; 6(1): 27. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341945263_Las_generaciones_en_el_trabajo_en_Puerto_Rico_Una_mirada_desde_la_psicologia_industrial-organizacional_y_las_etapas_del_desarrollo
134. INEGI. Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo. [Internet] 2021. [citado 13 junio 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b
 135. INEGI. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Nueva Edición primer trimestre de 2022. [Internet] 2022 [citado 15 junio 2022] https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoent/eno_ie2022_05.pdf
 136. Potter Patricia. op. cit. p. 151 (33)
 137. De Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC – Kinesiterapia – Medicina física. ELSERVIER [Internet]. 2018 mayo [citado 11 agosto 2021]; 39(2):3,5. Disponible en: <https://www.sciencedirectdirect.com/science/article/pii/S129329651889822X>
 138. Potter Patricia. op. cit. p. 160. (33)
 139. Caro Juliana. Desarrollo y ciclo vital – jóvenes y adultos. Areandina. Fundación Universitaria del Área Andina. [Internet]. 2018 [citado 11 agosto 2021] Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1427/162%20DESARROLLO%20Y%20CICLO%20VITAL%20-%20J%20C3%93VENES%20Y%20ADULTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 140. Potter Patricia. op. cit. p. 160. (33)
 141. SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2020. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/20191/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_cincuenta_59.pdf
 142. Shamah T, Romero M, Barrientos T, Cuevas L, Bautista S, Colchero A, Gaona E, et. al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021.
 143. Porter Robert. op. cit. p. 111,449,752,1774. (12)
 144. INEGI. Características de las defunciones registradas en México. [Internet] 2021 [citado 16 junio 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSocioDemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf&ved=2ahUKEwiutsLDybX4AhUPDkQIHRyQBw0QFnoECBEQAQ&usq=AOvVaw0XkeGgOCW1bEyShjFZypQ7
 145. Vicente Pardo JM. op. cit. p. 339. (3)

146. Tejera Valdés AJ. op. cit. (1)
147. Ferriol Rodríguez MR, Urbay Ceballos F, Rodríguez Domínguez J, Fariñas Costa D, Momplet Pérez V, Benavides Fleites N. La farmacopuntura en el síndrome del hombro doloroso. Acta Médica del Centro [Internet]. 2017; [citado 20 octubre 2021]; 11(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec173b.pdf>
148. Caicedo Correa DV. Evaluación clínica para la calificación de la pérdida de capacidad laboral del hombro doloroso de origen laboral. [Trabajo de fin de grado]. Colombia: Universidad Santiago De Cali; 2020. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/3250/EVALUACION%20CLINICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
149. Cadena Nayive. “Factores asociados con la calificación del origen del síndrome de manguito rotatorio en trabajadores afiliados a una entidad promotora de salud privada”. [Trabajo fin de grado]. Colombia: Univ. Del Rosario; 2014. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/8666>
150. Noa Pelier BY, Vila García JM. Ejercicios propioceptivos durante la rehabilitación física del hombro congelado. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2019; [citado 19 octubre 2021]; 11(2): 8-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2019/cfr192c.pdf>
151. Muriel Serrano DA. Correlación de la anatomía seccional del hombro desarrollada por las técnicas de imagen y la disección en el cadáver. Revisión de las principales patologías y análisis funcional del manguito de los rotadores. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8752/MurielSerranoA.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
152. Contreras Julio, Liendo Rodrigo, Díaz Cristóbal, Díaz María, Osorio Matías, Guzmán Ricardo, Sosa Francisco. Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorio, simple ciego. Revista Médica Chile [Internet]. 2018 agosto [citado 22 julio 2021]; 146(9):960. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000900959
153. Pérez Mola K. Utilidad de la anamnesis en la determinación de las causas del síndrome del hombro doloroso. [Internet] V Congreso virtual de Ciencias Morfológicas, España: 2020. [citado 19 octubre 2021] p. 4 Disponible en:

<http://www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/view/362/313>

154. Fonseca GC. Manual de medicina de rehabilitación. 2th ed. México: Manual Moderno; 2008. p. 289-290
155. MD Nicolás. Evaluación Clínica del hombro. Revista actualización clínicas MEDS [Internet]. 2017 julio. [citado 20 octubre 2021]; 1(2). Disponible en: <https://www.meds.cl/wp-content/uploads/8.-Art-3.-Oliver.pdf>
156. Fonseca GC. op. cit. p. 290 (154)
157. Kapandji A.I. Fisiología articular. 6th ed. España: Panamericana; 2006. p. 6-15.
158. Constanza Galicia. Manual de medicina de rehabilitación. 2a ed. Bogotá: El manual moderno; 2008. p. 672-673.
159. Ferriol Rodríguez MR, Urbay Ceballo F, Benavides Fleites N. Laserpuntura en el tratamiento del hombro doloroso. Informe de caso. Acta Médica del Centro [Internet]. 2020 abril [citado 18 octubre 2021]; 14(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2020/mec2021.pdf>
160. Hernández Zayas MS, González Ferro I, Montoya Pedrón A, Almeida Álvarez Y, Simón Orozco A. Aspectos clínicos, radiográficos y rehabilitadores en pacientes con síndrome doloroso regional complejo. MEDISAN [Internet]. 2018. [citado 18 octubre 2021]; 22(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n2/san07222.pdf>
161. Guillart Larduet J, Esteril Mesidoro Y, Morasen Guillart Asiel, Romero Girón E, Luna Vázquez L. Efectividad de la farmacopuntura en pacientes con bursitis del hombro. MEDISAN [Internet]. 2016. [citado 17 octubre 2021]; 20(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san07205.pdf>
162. Martínez Fernando. Patología no traumática del hombro. En: Urda Antonio. Traumatología y ortopedia para el grado en medicina. España: ELSEVIER; 2015. p. 208
163. Romero Mónica. Rehabilitación en hombro doloroso. Revista Paraguaya de reumatología [Internet]. 2017 diciembre [citado 19 octubre 2021]; 3(2). Disponible en: <https://revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/78/177>
164. GPC, Diagnóstico y tratamiento del síndrome de abducción dolorosa del hombro. Guía de Referencia Rápida. Catalogo maestro de guías de práctica clínica.
165. Castellanos Stephanie, Magdaleno Eliel, Herrera Valeria, Dolores María, Torres Olivia. Lesión del manguito rotador: diagnóstico, tratamiento y efectividad de la facilitación neuromuscular propioceptiva. Rev. El Residente [Internet] 2020 febrero [citado 29 marzo 2022]; 15(1):22. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/94039>

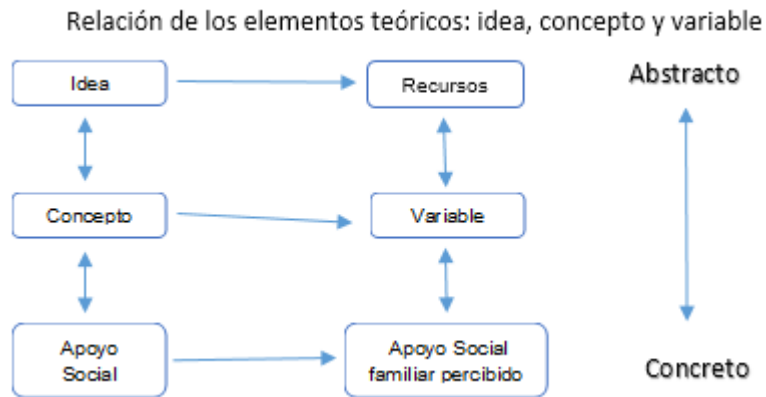
166. García Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México. [Internet]. 2017 [Citado 26 julio 2021]; 29(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077
167. Núñez Hernández E. Frecuencia de prescripción de analgésicos en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque. [Pregrado]. Bogotá. Universidad El Bosque; 2021. Disponible en: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5950/Nu%c3%b1ez_Hernandez_Esteban_Guillermo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
168. Díaz Matos I, Pérez Cruz N, Martínez Torres M, Alfonso Hidalgo A. Prescripción de analgésicos no opioides en un Servicio de Ortopedia. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado 4 agosto 2021]; 20(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n1/1729-519X-rhcm-20-01-e3158.pdf>
169. Ronald Kanner MD. Secretos del tratamiento de dolor. México: McGraw-Hill; 1998. p. 2.
170. Díaz Guevara P. Efectividad de la aplicación de frío vs. Calor superficial en la fase temprana de la tendinitis rotuliana en deportistas amateur. [Trabajo fin de grado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/29187/2/Informe%20de%20Investigacion%20Patricio%20D%c3%acaz.pdf>
171. Lynn Pamela. Enfermería clínica de Taylor. 4th ed. España: Wolters Kluwer; 2016. p. 464.
172. Tamayo Toro M. Técnica de relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad originada por exámenes y aumento del rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana. [Trabajo fin de grado]. Perú. Universidad de San Martín de Porres. 2017. Disponible desde: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2669/tamayo_tma.pdf?sequence=1&isAllowed=y
173. García Casares N, Moreno Leiva RM, García Arnés JA. Efectos de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revista de Neurología [Internet]. 2017 agosto [citado 10 octubre 2021]; 65 (1). Disponible desde: http://medicinainterna.net.pe/images/articulos_destacados/musicoterapia_e_n_la_enf_de_alzheimer.pdf
174. Ruiz Salinas J. Beneficios de la musicoterapia mixta grupal para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en adultos que presentan enfermedad inflamatoria intestinal de Crohn. [Trabajo fin de grado]. España. Universidad Oberta de Catalunya. 2020. Disponible en:

<https://trabajofinal.es/wp-content/uploads/2021/01/TFG-de-referencia-es.pdf>

175. Piqueras José, Ramos Victoriano, Oblitas Guadalupe. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Rev suma psicológica. [Internet] 2009 [citado 12 junio 2022];16(2):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076>
176. Gallardo Rene. Naturaleza del estado de ánimo. Rev. Chilena de neurología. 2006 [citado 12 junio 2022];1(1):5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>
177. Rodríguez Esther. “Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad”. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. [Internet] 2018 abril [citado 31 marzo 2022]. p. 2,8. Disponible en: <http://psiquiatria.com/congresos/index.php?wurl=psiquiatria>
178. Vega O.M., González D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. Glob. [Internet]. 2009 junio [citado 31 marzo 2022];(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
179. Tautiva Ochoa K, López MC, Guzmán SY, González PD, Hernández SM. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2020 julio [citado 13 octubre 2021]; 20(10): 2. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/950/1340>
180. Domínguez Bolaños RE, Ibarra Cruz E. La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. Razón y palabra [Internet]. 2017 marzo [citado 12 octubre 2021]; 21(96): 674. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>
181. Contreras J, Liendo R, Díaz C, Díaz M, Osorio M, Guzmán R, et al. Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorizado, simple ciego. Rev Med Chile [Internet]. 2018 agosto [citado 22 de julio 2021]; 146(9). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n9/0717-6163-rmc-146-09-0959.pdf>
182. Medina González I, Tafur Castillo JS. Didáctica de la Enfermería, análisis desde sus componentes en el contexto actual. Educación Médica Superior [Internet]. 2018. [citado 2 agosto 2021]; 32(4): 265. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2018/cem184u.pdf>
183. ISSSTE. Manual del curso de trabajo sin riesgo personal de áreas médicas. 2008

Anexos

Anexo 1



Anexo 2

Signo de Neer



Fuente: Blanquer Jabier. Exploración del hombro. Centro de salud San Blas.
[internet] 2011 noviembre. [citado 27 junio 2022]

Anexo 3



Maniobra de Hawkins

Anexo 4

Maniobra de Speed



Fuente: Blanquer Jabier. Exploración del hombro. Centro de salud San Blas.
[internet] 2011 noviembre. [citado 27 junio 2022]

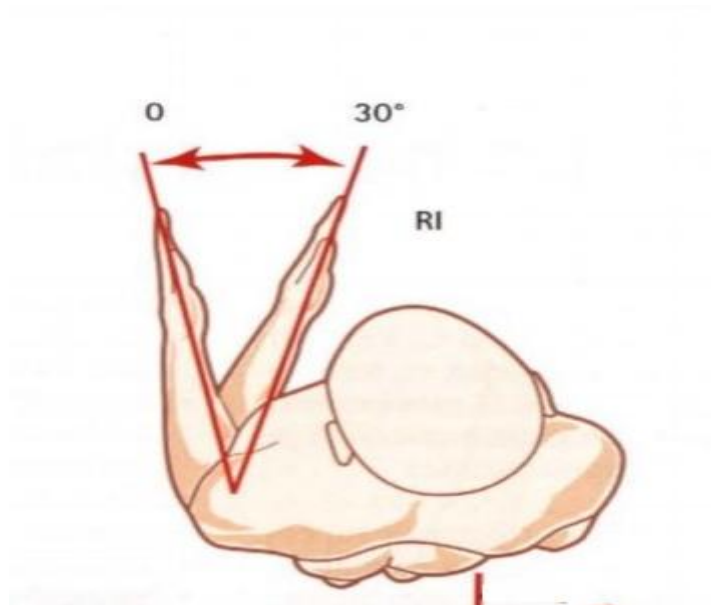
Anexo 5

Prueba para ruptura completa del manguito rotador



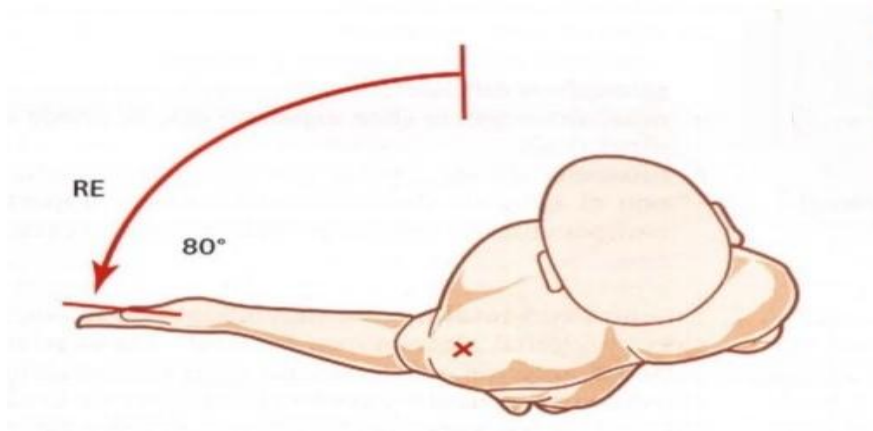
Fuente: Blanquer Jabier. Exploración del hombro. Centro de salud San Blas. [internet] 2011 noviembre. [citado 27 junio 2022]

Anexo 6

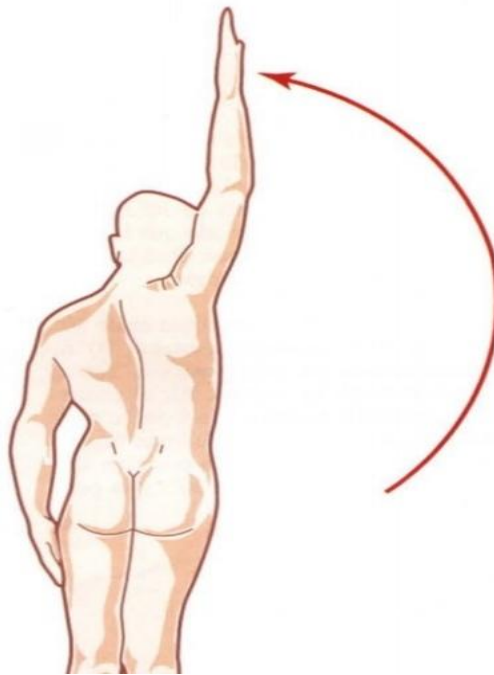


Fuente: Kapandji A.I. Fisiología articular. 6th ed. España: Panamericana; 2006

Anexo 7

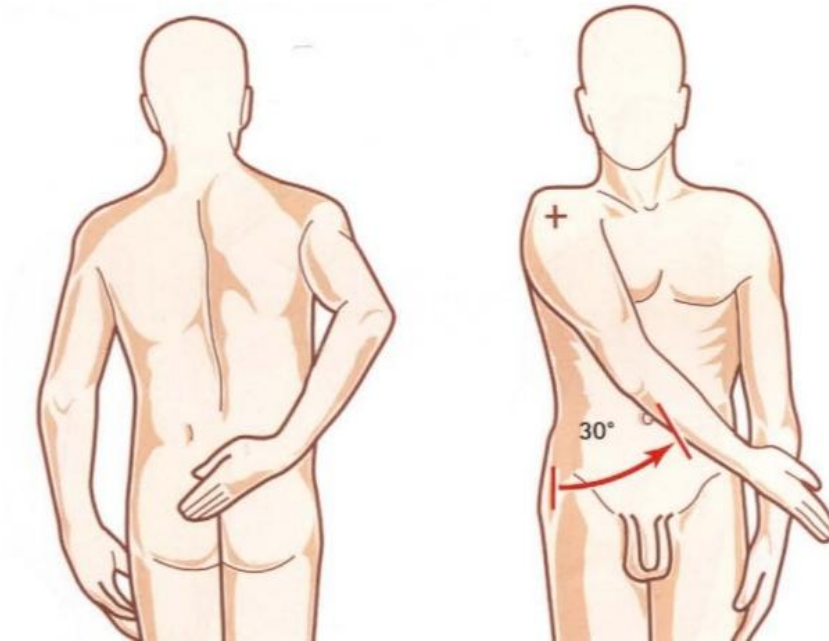


Anexo 8

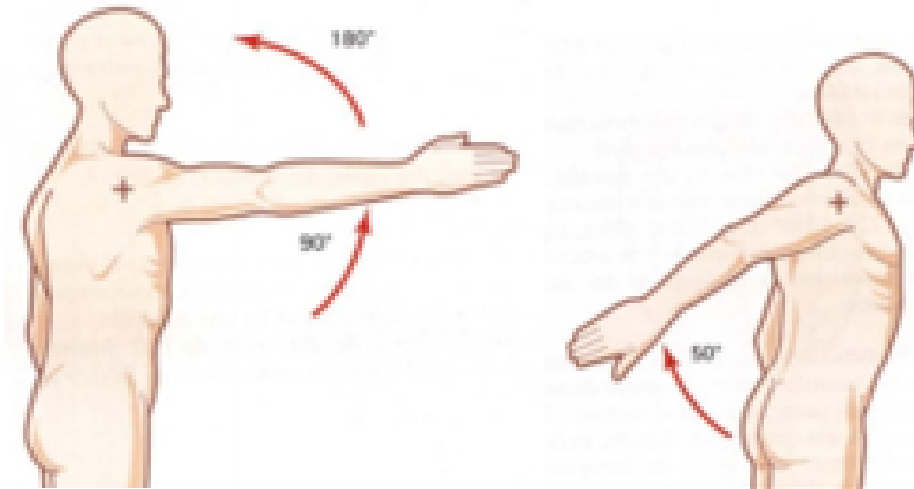


Fuente: Kapandji A.I. Fisiología articular. 6th ed. España: Panamericana; 2006

Anexo 9

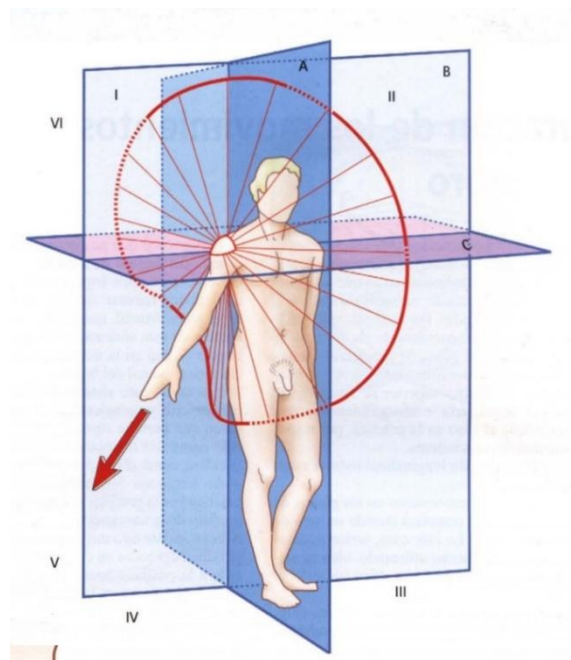


Anexo 10 Anexo 11







Fuente: Kapandji A.I. Fisiología articular. 6th ed. España: Panamericana; 2006

Anexo 12



Fuente: Kapandji A.I. Fisiología articular. 6th ed. España: Panamericana; 2006

<p>Anexo 13</p> 	<p>Anexo 14</p> 
<p>Anexo 15</p> 	<p>Anexo 16</p> 
<p>Fuente: GPC, Diagnóstico y tratamiento del síndrome de abducción dolorosa del hombro. Guía de Referencia Rápida. Catalogo maestro de guías de práctica clínica.</p>	

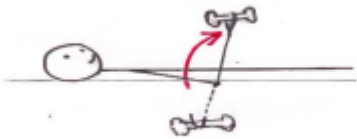
Anexo 17



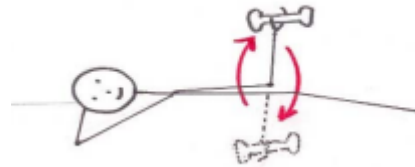
Anexo 18



Anexo 19



Anexo 20



Anexo 21



Fuente: GPC, Diagnóstico y tratamiento del síndrome de abducción dolorosa del hombro. Guía de Referencia Rápida. Catalogo maestro de guías de práctica clínica.



Escala Análoga Visual EVA

Elaboraron: Soucedo Victoria M.E. Diseño: Peralta Flores MC. (2019)

EVA, mide la intensidad del dolor, representada en una línea de 10 cm, en el extremo izquierdo (cero) "no dolor" y en el extremo derecho (diez) "dolor muy intenso".




0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Dolor 10 muy intenso
Sin dolor		Poco dolor		Dolor moderado		Dolor grave		Dolor muy grave		

DOLOR

Es una sensación sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular o potencial, que se describe en términos de dicha lesión.

TIPOS

Agudo

Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce. Generalmente por lesión tisular o afectación orgánica.

Crónico

Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos en sistema musculoesquelético.

FASES

Fase 1

Aparece tras un estímulo breve por lesión tisular.

Fase 2

Aparece posterior a estímulos prolongados que producen lesión tisular y procesos inflamatorios.

Fase 3

Estados dolorosos anormales debido a lesiones en nervios periféricos o SNC.

UNAM
POSGRADO



Referencias:
 Serra C. Tratado del dolor neuropático en Ats. Madrid España: Médica Panamericana 2007
 M Malton S. Tratado del dolor. 5a. España ed. Elsevier, 2007
 Garret M. Escala de evaluación de dolor y posturas de analgesia en terapia intensiva. Argentina 2002 disponible en:
www.uab.cat/Files/tema/malton/NEUROLOGIA Dolor - Garret.pdf

Síguenos en:



Enfermería
Matrícula

Anexo 23

Resultados de los indicadores

Indicador	Mantener en	Aumentar en	Logrado	Variación
Dolor referido	3	4	4	1
Expresiones faciales del dolor	2	3	3	1
Utiliza medidas de alivio no analgésicas	1	3	3	2
Duerme toda la noche	3	4	4	1
Dolor	3	4	4	1
Muestra un estado de ánimo sereno	3	4	4	1
Muestra control de los impulsos	3	4	4	1
Beneficios de la terapia de rehabilitación.	2	4	4	2
Ejercicio prescrito	1	3	3	2
Beneficios del descanso adecuado	2	4	4	2
Abducción 180°	3	4	4	1
Flexión hacia delante de 180°	3	4	4	1
Rotación interna	3	4	4	1
Aceptación de las propias limitaciones	4	5	5	1
Cumplimiento de los roles significativos personales	4	5	5	1
Descripción del éxito en el trabajo	4	5	5	1