



**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 203/99/DEL 25/06/1999

**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 UN ADULTO MAYOR CON
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA. RELACIONADO CON DISMINUCIÓN DE
LA FUERZA MUSCULAR, DOLOR ARTICULAR EVIDENCIADO
POR ALTERACIÓN DE LA MARCHA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DIANA LAURA PEREZ YAÑEZ

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. ROSA MARIA GARCIA ALVAREZ

FECHA

MARZO 2023



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 203/99/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 a un Adulto Mayor con deterioro de la Movilidad Física, relacionado con Disminución de la Fuerza Muscular, Dolor Articular evidenciado por Alteración de la Marcha

Elaborado por:

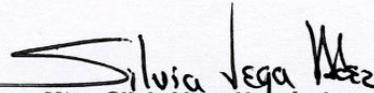
1.	<u>Pérez</u>	<u>Yañez</u>	<u>Diana Laura</u>	No. Cuenta	<u>416527014</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

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

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 23 de marzo del 2023


Lic. Enf. Rosa María García Álvarez
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Silvia Vega Hernández
Directora Técnica de la carrera



CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

DEDICATORIAS

A mi hija Sofía, tu amor y cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y de mis ganas de encontrar lo mejor para ti. Aun a tu corta edad me has enseñado muchas cosas. Te agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida, fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto de tesis.

A mis padres, por ser los promotores de mis sueños, gracias a ustedes por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias Má por estar dispuesta a acompañarme en cada larga y agotadora noche de estudio, gracias Pá por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada palabra que me ha guiado durante todo este tiempo.

A mis hermanas, Ivette, Yessica y Sandra, parece como si nunca hubiéramos estado en paz, siempre batallando por cualquier cuestión, sin embargo siempre llegaron los momentos en los que nuestra lucha cesó e hicimos tregua para lograr metas juntas, les agradezco por estar presentes aportando cosas buenas a mi vida, por los lotes de felicidad y por confiar en mí.

Al papá de mi hija, Daniel, quien a pesar de las complicadas circunstancias siempre me has motivado y ayudado hasta donde tus alcances te han permitido, a culminar una etapa más en mi vida profesional, para un objetivo en común, nuestra hija.

Gracias.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	
II. JUSTIFICACIÓN	
III. OBJETIVOS	
3.1 OBJETIVO GENERAL	
3.2 OBJETIVOS 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	1
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	5
4.2.1 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO	5
4.2.2 TIPOS DE CUIDADOS	6
4.3 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA	13
4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN	13
4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	28
4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA APLICACIÓN DEL P.A.E	30
4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADA PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A. E	33
4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA	36
4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS	37
4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	38
4.5 LA PERSONA	44
4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES	45
4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES	52
4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO	55
ARTRITIS REUMATOIDE	55
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	69
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	69
5.2 VALORACIÓN INICIAL Y CONTINUA	71
5.3 DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	85

5.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	87
5.7 PLAN DE ALTA.....	107
VI. CONCLUSIÓN.....	109
VII. GLOSARIO	110
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
IX. ANEXOS.....	119

I. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de distribución universal, salvo puntuales excepciones, que causa daño articular progresivo. En México se presenta en un rango que va del 0.5 al 1.5 por cada 100 000 habitantes, además de que genera una considerable carga económica y social para la familia y para los sistemas de salud. Produce cierta discapacidad funcional y está asociada a disminución en la esperanza de vida de siete años para los hombres y de tres para las mujeres.¹

Dicha enfermedad acompaña al sujeto durante toda su vida y podría asumirse una asociación con el síndrome de fragilidad, determinado como entidad compleja que ha sido conformada en la última década del siglo para ser aludida como una representación clínica que tiene la disminución de la reserva corporal, se presenta sobre todo en los ancianos y en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. La presencia de fragilidad es un precursor de limitaciones funcionales, comorbilidad y discapacidad asociada al propio proceso del envejecimiento, tomando en cuenta que si entonces se inicia un control estricto del padecimiento, puede modificar su evolución y evitar dichas limitaciones.

El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de la práctica de enfermería, el cual proporciona un mecanismo para que el profesional de enfermería utilice su criterio, conocimientos teóricos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta humana de la persona. Asimismo es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas ante una alteración de salud real, a través de una atención sistematizada y organizada, aplicando el modelo de atención de Virginia Henderson, el cual nos permite realizar la valoración propiamente de enfermería, sus diagnósticos (enfocado en el problema, riesgo, promoción y de síndrome) y el

¹ Lozano J. Antonio. Artritis Reumatoide (I) Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. Farmacéutico. Master en Información y consejo de oficina de farmacia. Septiembre 2001.

desarrollo del plan de cuidados conforme a la priorización de necesidades, para poder llevar acabo las intervenciones y actividades de enfermería, correspondientes a la mejora de la calidad de vida de la paciente, quien cabe mencionar presenta como diagnóstico médico Artritis Reumatoide.²

² Reina G. Nadia Carolina. PROCESODE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico. Núm 17, Diciembre 2010, pp. 18-23

II. JUSTIFICACIÓN

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad.

En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería. Dicho proceso constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución. Afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 años \pm 10 años (25-50 años, aunque puede comenzar a cualquier edad). Es más frecuente en mujeres que en hombres, esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas.

Si bien, aproximadamente del 5 al 20% de los pacientes con artritis reumatoide presentan un curso monocíclico o autolimitado, el resto de los pacientes presentan patrones de curso policíclico con exacerbaciones y remisiones parciales o completas o de curso rápidamente progresivo, que de no limitarse provocan daño articular irreversible, limitación funcional y discapacidad así como disminución en la calidad de vida de los pacientes.

Se estima que 1.5% de la población mexicana padece artritis reumatoide, la cual afecta en mayor medida a las personas entre los 35 y 50 años de edad y llega a causar discapacidad por el intenso dolor e inflamación en articulaciones, particularmente en manos y rodillas. Del 100% de las mujeres que padecen esta enfermedad, 75% está entre los 25 y 55 años, en tanto que en hombres sólo es el 25%. La tasa de incidencia de artritis reumatoide es de 36 mujeres y 14 hombres por cada 100 mil habitantes.³

La mortalidad reportada es mayor que en la población general con una tasa estandarizada de 2.26, demostrándose una reducción en su expectativa de vida.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de la Artritis Reumatoide, incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio, limitar la progresión del daño, mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y la pronta reincorporación a la vida productiva y social del paciente, por lo que se debe dar prioridad a la atención eficiente e integral del paciente con enfermedad reumática.

Con base en la elevada frecuencia e impacto social y económico que ocasiona la artritis reumatoide en la población, se identificarán recomendaciones construidas con la mejor evidencia científica disponible, que contribuyan a realizar una evaluación clínica objetiva, un diagnóstico temprano y establecer un tratamiento oportuno y efectivo, que coadyuve a mejorar los estándares de la calidad de la atención y propiciar un uso eficiente de recursos en el primer nivel, segundo y tercer nivel de atención.⁴

³ Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); Enfermedades Reumáticas, Octubre 2022.

⁴ GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con artritis reumatoide con base al modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, para mejorar su calidad de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar necesidades alteradas en el paciente mediante la valoración de las 14 necesidades de acuerdo al modelo de atención de Virginia Henderson.
- ❖ Clasificar los datos mediante un juicio clínico para diseñar las etiquetas diagnósticas con base a los diagnósticos de la NANDA.
- ❖ Establecer un plan de cuidados individualizado mediante la aplicación de la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.
- ❖ Ejecutar los cuidados que coadyuven a mejorar la calidad de vida del paciente.
- ❖ Evaluar los resultados esperados de las intervenciones de enfermería

IV. MARCO TEÓRICO

4. 1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

El conocimiento disciplinar de la enfermería se sustenta en filosofías de la ciencia o visiones de enfermería, que generan diversas interpretaciones de los fenómenos del cuidado, se caracterizan por la heterogeneidad y agrupan diversas formas para manejar el conocimiento, la práctica y la investigación.⁵

La enfermería es una disciplina con orientación práctica, y como tal busca que esta sea ideal, es lo que mantiene los valores de la misma, su herencia, tradiciones y el desarrollo del conocimiento para mantener el cuidado, la humanidad y la salud para todos.

Honra la ontología de la persona integralmente: la unidad de la mente y el espíritu y una visión del mundo unitaria.⁶

4.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMERÍA QUE LA SUSTENTAN COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN

La enfermería ha sido una actividad que ha transitado por cambios a lo largo del tiempo, en relación con su evolución ha sido una actividad que ha pasado de oficio a profesión y de profesión a disciplina esto es debido a los avances en el desarrollo teórico metodológico y la importancia y trascendencia que su práctica tiene para responder a la demanda de cuidado de la sociedad en su conjunto.⁷

⁵ Rodríguez LM. De la Teoría de Enfermería a la práctica: experiencia con proyectos de gestión del cuidado. 2016;

⁶ Enfermera JWD. CLARIFICANDO LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERÍA COMO FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. 2016;1,2.

⁷ Reyes E. Fundamentos de Enfermería. 2da Ed. México DF; El manual moderno 2015.

En el año 1907 se crea y da servicio la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México con lo cual la enfermería da su primer paso hacia profesionalización, misma fecha que toma carácter de profesión.

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee un conocimiento social. El desarrollo social hasta aquí alcanzado está influenciado por la delimitación y construcción del proceso de cuidado por la identificación y desarrollo de tecnologías propias.

Cabe mencionar que el contexto mundial en la enfermería surge como profesión incipiente con Florence Nightingale quien establece las bases de una formación formal de enfermeras. Esta práctica profesional se realizaba en un estricto sistema de la selección y disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada de hace algunos años. Sin embargo, estas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidencia autonomía en este desempeño. Aunque desde esta época inicial de enfermería han acontecido hechos que han determinado la consideración social de enfermería como una profesión más.⁸

Ellys y Harley (1998) propusieron siete características de las profesiones:

1. Tener un cuerpo definido y organizado de conocimiento intelectuales que pueden ser aplicables a las actividades del grupo. Si bien es cierto, la enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, se ha logrado con base a estos, establecer un cuerpo de conocimientos representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer.
2. Utiliza el método científico: el proceso de atención enfermería, resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX. Este

⁸ ÍDEM (5)

proceso consiste en retomar el método científico, su sistematicidad racional que permite fundamentar la práctica de los cuidados en favor de mejor atención brindada a las personas.

3. Formar profesionales e instituciones de alto nivel educacional: Florence desarrollo el primer programa organizado de formación para enfermeras en el año 1860. Esta formación de enfermeras sirvió después como modelo a escuelas de enfermería en todo el mundo.
4. Funcionar como autonomía en la formación del control profesional de sus actividades profesionales. La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se relaciona con independencia, asumir riesgos y responsabilidades en el quehacer.
5. Desarrollar un código de ética profesional: el código de enfermería data desde las escuelas de Nightgale. Donde era requisito para las postulantes ser de una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Association Nursing American (ANA) en 1950.
6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta: se reconoce desde tiempos de Nightgale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional de enfermería establece un lazo de confianza donde el otro deposita su salud en las competencias del profesional durante la atención.
7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía desarrollo profesional y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales han realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos.⁹

⁹ Popper C. Teórico 1 Profesión [Internet]. 2011 Apr. Available from: <https://es.slideshare.net/ceciliasp/terico-1-profesin>

La enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; asimismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y de otras disciplinas, los cuales están relacionados con el arte y la tecnología del cuidado.

La disciplina de enfermería se dirige sus metas hacia el logro de la utilidad práctica, por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica de cuidado a la persona.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad, el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica, lo cual compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.

Asimismo es considerada una ciencia por lo tanto es dialéctica, requiere de un dinamismo que la actualice, la renueve y la haga vigente para el servicio y bien de la humanidad, posee una estructura instruida que apoya la comprensión y conocimiento de su esencia como ciencia del cuidado y sirve como base para direccionar su formación académica, su práctica profesional y su investigación.¹⁰

¹⁰ Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev Cienc Salud. 2015;13(3):481-491. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12

4. 2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

La producción de conocimiento en el campo de la calidad de la atención de enfermería debe contribuir a que la prestación de servicios de salud en general, y de enfermería en particular, se lleven a cabo siguiendo las normas de calidad científico técnica, en el contexto de eficiencia y eficacia de las instituciones y organizaciones de salud, de acuerdo con el nivel de atención y con la valoración sociocultural que se tenga de las necesidades de salud.

La calidad de la atención puede analizarse según se satisfagan las expectativas de los usuarios de la institución y del trabajador de la salud.

Cuidar es la acción de preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería. El cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio para distinguirla en el campo de la salud. Como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la existencia de este. ¹¹

4.2.1 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO

La filosofía del cuidado en enfermería puede orientarse hacia dos vertientes: tener una visión mecanicista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o bien se centra en el ser y sus expectativas, que le permiten comprender, interpretar y encontrar un significado de las situaciones que vive. La libertad, entendida como elección y responsabilidad, se concibe como un proceso de tensión que genera desarrollo en la profesión. La disciplina de enfermería es humana y produce conocimiento científico que permite fortalecer la práctica de enfermería, por lo tanto,

¹¹ Ídem (8)

contribuye a su mismo desarrollo, de otra manera avanza en múltiples aspectos técnicos y de procesos para mejorar el cuidado.¹²

El cuidado tiene su génesis, en el individuo considerando el aspecto holístico, no solamente instintivo, también de reconocimiento de la propia existencia, el conocerse así mismo; permite visualizar en líneas temporales los fenómenos implicados en el cuidado, entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la Enfermería busca profundizar y mejorar la calidad de vida de cada persona, ofreciendo pertinencia en el contexto relacionar del cuidado- pensamiento y reflexión.

La articulación del cuidado debe hacerse por medio del metaparadigma de enfermería, que surgen con base en la búsqueda de aspectos comunes en la práctica, de los cuales se han identificado cuatro constructos: persona, salud, entorno y el cuidado.¹³

Favorece el desarrollo del conocimiento de la práctica e investigación en enfermería como un modo de atender el interés emancipador de la enfermería que implica la colaboración y mutuo entendimiento enfermera cliente sobre el proceso del cuidado de su salud.¹⁴

4.2.2 TIPOS DE CUIDADOS

Collere menciona que cuidar es ante todo un acto de VIDA por que con esto permite que este continúe y se reproduzca, además que puede ser un acto autónomo y reciproco en todas las etapas de la vida. Menciona que dentro del acto de cuidar puede haber dos tipos de cuidados, los de costumbre y habituales “CARE” relacionado con las funciones de conservación y continuidad de la vida y los

¹² Acevedo-Figueroa L, Álvarez-Aguirre A. Fenomenología: filosofía comprensiva e interpretativa para el cuidado de enfermería. SANUS [Internet]. 2019;(7):68–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.36789/sanus.vi7.102>

¹³ José Rolando Sánchez Rodríguez I, Cecilia Aguayo Cuevas, Luz Galdames Cabrera. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. 2017.

¹⁴ Apolo G. Laura Antonella. Licenciada en Enfermería. Técnico Docente para la Educación Superior. Universidad Técnica. EL CUIDADO EJE FUNDAMENTAL DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA. 2019.

cuidados de curación “CURE” relacionado con curar todo aquello que representa un obstáculo para la vida. ¹⁵

CARE: relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Son cuidados cotidianos que la persona es capaz de proporcionarse a sí misma conforme van adquiriendo autonomía cognitiva, funcional y moral suficiente: comer, beber, vestirse adecuadamente para protegerse del frío o del calor, desplazarse, relacionarse con los demás, vivir de acuerdo a las propias creencias y valores. Cuando aún no se ha alcanzado la necesaria autonomía, o bien esta disminuye o se pierde, puede hacerse necesaria la intervención profesional de la enfermera. Estos mismos cuidados habituales son prestados en el proceso de morir, sólo que el objetivo cambia: ya no se trata de favorecer la continuidad y el desarrollo de la vida, sino de acompañar, promoviendo el mayor bienestar posible. Y ello porque la muerte también forma parte de la cotidianidad humana, ya que, al fin y al cabo, es el destino inexorable de todo hombre.

CURE: relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Los cuidados reparadores se precisan en las situaciones de enfermedad, y se añaden a los cuidados cotidianos.¹⁶

Evolución histórica del cuidado

Cuidados Domésticos

Desde el principio de la etapa pre-moderna se pensó en la mujer como la cuidadora de los hijos y por tanto la responsable de la conservación de la especie. Se creyó que las más experimentadas tenían por ende mayores conocimientos, que era necesario haber dado vida para poder cuidar de ella. Así entonces eran las abuelas, quienes deberían ser multiplicadoras del conocimiento, de madre a hija, de vecina en vecina. Es la época donde se conocieron las llamadas curanderas quienes por

¹⁵ Velasco R. Filosofía y práctica de enfermería. México DF, El Manual Moderno. 2016

¹⁶ Colliere Françoise. Promover la vida. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. Madrid España; 1993: pp 211-218.

años emplearon las plantas y sus secretos para el alivio de dolores. Consideraban que el éxito del bienestar se centraba en todas las actividades de la vida que favorecían el cuidado del cuerpo como: comer, beber, bañarse, vestirse, levantarse, andar.

Su mayor preocupación, donde se requería de todo este compendio de conocimientos, era la etapa de gestación, el momento del parto y el periodo inmediato después del nacimiento, el cuidado de los recién nacidos, así como la mujer en la época de menstruación. Estas medidas fueron originadas por la clara idea de preservar y restaurar el cuerpo y el significado de la sangre como lesión del mismo. En torno a esto existían rituales o normas de comportamiento, todos orientados al máximo bienestar y había de la especie.

Desde entonces los cuidados han sido subvalorados. Se asociaban a la calidad innata de ser mujer, como un deber social en compensación al arduo trabajo físico realizado por los hombres. En consecuencia, los servicios de las curanderas fueron retribuidos en especie, con lo necesario para subsistir.

El cuidado como vocación

Un hecho de gran importancia cambio el rumbo de la historia en la edad media, cuando fue declarado el cristianismo como religión de estado. De esta manera se obligó a un cambio de pensamiento, que no solo implicaba la fe y los valores, sino la forma de concebirse como seres humanos y la determinación de la posibilidad o no, del cumplimiento de funciones dentro de la sociedad.¹⁷

El cuerpo visto por el lente del cristianismo, era la prisión del alma, algo pecaminoso, especialmente si se pensaba en los senos de las mujeres o el área genital. El sufrimiento físico debía existir para compensar la carga del pecado que traía el cuerpo en sí mismo. El cuerpo femenino era visto de forma muchas veces inmoral,

¹⁷ Ídem (14)

por ser el símbolo de la sensualidad, por incitar al pecado, anulando por completo la sexualidad en los feligreses. Se exaltaba la virginidad en hombres y mujeres, pero especialmente en las mujeres; y como una medida ejemplificadora nacieron en esta etapa los conventos de clausura y las mujeres consagradas.

El cristianismo como religión de estado, tuvo el control en la totalidad de los asuntos sociales y con ansias de mantener el poder obtenido, atacó hasta exterminar todo aquello que le representara riesgo de perder dominio. Por tanto aquellas curanderas del pasado, a quienes la vida les había enseñado secretos de gran valor en la tenían de la salud, que prestaban sus servicios a la prole y que tenían la convicción de que los cuidados deberían ser dirigidos al bienestar del cuerpo no solo no se comulgaron con la concepción del cuerpo como pecaminoso y malo, si no que se cerró en uno de los principales focos de eliminación. Pese a sus convicciones del cuerpo, el motivo de más preocupación para el cristianismo, era el poder que les asignaba a estas "mujeres hechiceras", la intervención en los planes de Dios en la vida o la muerte de las personas, y la no discriminación de sus servicios entre las personas que eran consideradas buenas o malas, creyentes o escépticos.

Mientras esto sucedía, se fue formalizando un paso lento pero seguro la medicina como oficio de hombres. Sin embargo, ejecutar para aquellas funciones propias del cuidado de los menos favorecidos o enfermos que buscaran soluciones en los hospitales, centros concebidos como instituciones para la caridad y no para el manejo de las enfermedades; estaban las mujeres consagradas. Ellas, convencidas de que sus actividades del limitado cuidado personal, y la limpieza de los necesitados; realizado con gran sacrificio, con horarios interminables, para estabilizar ocupadas y evitar los malos pensamientos, acrecentarían cada vez más su lista de indulgencias, para apenas poder pagar el hecho de ser mujer, símbolo de sensualidad y pecado.¹⁸

¹⁸ Ídem (14)

Ellas, que brindaron sus servicios como una ofrenda a Dios y eran retribuidas con alimentos, estancia y un vestido duradero. Estaban convencidas que cuidar a los pobres "era ser pobres con ellos" y anular por completo el hecho de ser mujer. Sin embargo, el poder absoluto del cristianismo, fue abolido por la reforma protestante en el siglo XVI, lo que trajo cambios en la dirección de los hospitales, ahora si empleados para el manejo de las enfermedades.

Esta situación evidencia la necesidad de más personal para ayudar en el cuidado de los enfermos, que soportaran las labores que realizaran las mujeres consagradas. De esta manera se empezó el reclutamiento de las mujeres laicas. Las pobres vieron en esta actividad la manera de suplir sus necesidades básicas de comida, hospedaje y vestido y las mujeres de la alta clase social, pudieron sentirse útiles y sobretodo ser caritativas en el ejercicio de estas funciones. Estaba claro que ellas solo realizarían funciones de supervisión.

Las mujeres laicas se ven enfrentadas a la adopción de dos posturas. Por una parte se les convencía que deberían estar provistos de una vocación de servicio y gran amor por los enfermos, se les exigía entrega total y que la ejecución de estas tareas, no podría ser compatible con la familia. En símbolo de entrega absoluta al servicio y abandono total de su ser, se les imponía el uniforme, con el cual eran revestidas de un consagrado poder que les exigía total dedicación.

El cuidado técnico y profesional

Los médicos confiarían que las múltiples responsabilidades adquiridas les creaba la necesidad de entrenar a estas mujeres con escasos conocimientos de medicina, quienes cumplirían actividades delegadas por ellos para la recuperación de los enfermos. Las mujeres laicas provistas de una vocación de servicio único y de amor a los enfermos, prestaron el cuidado directo y se seleccionaron en las informantes de los médicos; quienes aprovechaban sus capacidades de observación, su gran inteligencia y habilidad adquiridas con el tiempo, para crecer y avanzar en su campo

profesional, para ser protagonistas de los adelantos, autores de los éxitos y continuar en el ejercicio del dominio.

Las mujeres laicas exigen total obediencia a los médicos, afirmando con esto su filiación médica, y dando fundamento al nombre asignado "ayudante del médico". Mientras estas mujeres fortalecieron los avances de la medicina, su labor estaba desprovista de cualquier reconocimiento social. Sin importar la relevancia de sus funciones se retribuía solo con los elementos de subsistencia básica y se creía firmemente que estaban cumpliendo con su deber. Solo hasta el siglo XX cuando son reconocidos los derechos de las mujeres, son incluidos en el sistema laboral y obtienen un pago por su trabajo.

Es en la etapa moderna, donde se reconoce la importancia y la necesidad de las enfermeras en los hospitales. Pero este no fue un hecho espontáneo, fue causado por la presencia de las guerras, donde el sistema económico, volcaba sus intereses en la vida de los combatientes y no existía recurso humano suficiente que los salvaguardara. Es entonces el momento de Florence Nightingale, quien partiendo de sus amplias habilidades en otras áreas del conocimiento hace visible un modelo de atención empleado con los soldados heridos en el combate de la guerra de Crimea. Ella descubrió como los soldados mejoraban más si las condiciones de higiene y sanidad se controlaban de la forma más efectiva posible.¹⁹

Promotora de la estadística como herramienta científica para mejorar la asistencia, entre otras cosas destacables en su obra. Las escuelas de enfermería nacieron bajo su liderazgo. En principio era requisito tener certificado de buena conducta para el ingreso al entrenamiento, el cual se realizó durante un año, interna por completo en las instalaciones de los hospitales. El objetivo era formar enfermeras capaces de adiestrar a otras. Ocuparían puestos en hospitales e instituciones públicas mejorarían un modelo más elevado de atención al que llamaron "Semillero". El

¹⁹ Ídem (14)

modelo pedagógico empleado estaba permeado por la disciplina militar. Se empleaba la técnica de poder, la vigilancia constante, las jerarquías y sistemas de inspección.

La instrucción era regida por tres principios importantes:

- ❖ Formación técnica en hospitales preparados para ello
- ❖ La vigilancia de la moralidad
- ❖ La disciplina y aprender haciendo

Se construye en torno a la noción de cuidado, se da importancia a el cuidado del ambiente de los enfermos: comodidad, higiene, condiciones sanitarias y el ocuparse de otros aspectos: cuidado psicológico y emocional. Florence, vio los frutos de su lucha y entre las bondades de la cosecha, deja para enfermería los cimientos de su profesionalización, estableciendo escuelas de formación. Revoluciona con la evidencia de la necesidad de un cuerpo de conocimientos propios, establece la primera teoría de enfermería y trabaja en los primeros libros. Avanza grandes tramos en la investigación científica y el uso de herramientas objetivas para mostrar el impacto que tiene el cuidado en los individuos.²⁰

Luchó por el reconocimiento social de enfermería como profesión que exige un entrenamiento formal, y demanda un registro obligatorio en cada estado. De esta manera se dio mayor reconocimiento a la formación profesional y se impidió el ejercicio de las personas que practicaban las funciones de enfermería nunca se habían capacitado para ello. Con estas luchas ya ganadas el trabajo de enfermería no ha parado de cosechar y hoy no es un oficio sino una Disciplina Profesional.²¹

²⁰ Vesga Gualdrón LM. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. Rev Cuid [Internet]. 2012;3(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.40>

²¹ Ídem (17)

4.3 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Los modelos conceptuales en enfermería son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de enfermería, a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos, las proposiciones han sido consideradas a la teoría de enfermería puesto que son susceptibles de análisis, derivadas de las filosofías, las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las de nivel medio, esta última es más específica para la práctica y propone una serie de aspectos de la práctica de enfermería susceptibles de análisis que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, situación familiar, estado de salud, localización y acción de la enfermera.

Las teorías de enfermería que establecen claramente la comprensión de los fenómenos de enfermería dirigen la práctica e investigación. Cuando se propone una teoría para abordar un fenómeno de interés, se tienen en cuenta varias cuestiones, como su completitud y su lógica, consistencia interna, correspondencia con hallazgos empíricos y si ha sido definida de forma operativa. El desarrollo de las teorías de enfermería es un esfuerzo investigador que se persigue sistemáticamente, tiene una elevada prioridad para el futuro de la disciplina y la práctica de la profesión de enfermería.

Los profesionales de enfermería en la práctica observan patrones que a menudo conducen a protocolos o arboles de tomas de decisiones, la función de estos protocolos es el fenómeno que interesa en la atención para el paciente.²²

4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN

Los *modelos* son conceptos que especifican una perspectiva desde la cual se observan fenómenos específicos de la disciplina de la enfermería, ofrecen diferentes marcos para pensar críticamente y tener toma de decisiones, asimismo

²² Martha Raile Alligood, RhD, RN ANEF, ELSEVIER. Modelos y teorías en Enfermería. 2018.

tratan los amplios conceptos del metaparadigma que son fundamentales para su significado en el contexto del marco concreto y su disciplina.

Las *teorías* pueden definirse como el conjunto organizado de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico que transmite una estructura que desemboca una convergencia de ideas, a lo que en la actualidad en el área se conoce como etapas de la teoría de enfermería.²³

Es conveniente señalar que, los modelos no están alejados de la práctica, en realidad alcanzan su verdadero significado cuando son empleados y validados en la práctica enfermera, en cualquiera de sus funciones: asistencial, docente, investigadora y administrativa.

El hecho de posibilitar una representación teórica de la intervención enfermera es una ventaja en sí misma, puesto que su actuación práctica queda reflejada en un documento escrito, que permanecerá a lo largo del tiempo. Por otra, al ser una abstracción de la realidad, nos puede ayudar a identificar y explicar el núcleo o la esencia de la actuación de enfermería. El representar teóricamente una realidad compleja, así como sus relaciones laborales, contribuye a clarificar la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad de los profesionales de la salud. Este hecho también ayudará a adquirir y reforzar las competencias que le son propias.

Existen diversas clasificaciones de los modelos teóricos enfermeros:

- ❖ Interacción: se fundamentan en las relaciones entre las personas. Para lograr el objetivo perseguido es necesario establecer una interacción recíproca. Las características personales, el autoconcepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.

²³ Marriner T. Ann, Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima edición.

- ❖ Evolucionistas: se centran en la teoría del desarrollo, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento. Su atención se centra en el cambio como fenómeno ordenado y predecible, y que toma una dirección concreta. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.
- ❖ De necesidades humanas: el núcleo en el que se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.
- ❖ De sistemas: se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno. El estado óptimo del sistema es el equilibrio, que se alcanza cuando las fuerzas externas e internas están compensadas. La meta es considerar los fenómenos de forma global más que como la suma de sus partes.

Paradigmas enfermeros: desarrollada por Suzanne Kérrouac et al., esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común.²⁴ Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:

- ❖ Categorización: se orienta hacia la salud pública y hacia la enfermedad.
- ❖ Integración: con una atención centrada en la persona.
- ❖ Transformación: orientado hacia la persona unitaria en interacción con el universo

Paradigma de categorización

Tomando como base este paradigma, los fenómenos son simplificados para poder analizarlos, cuantificarlos y más tarde clasificarlos. La meta de los modelos englobados en el paradigma de categorización es encontrar la causa de la enfermedad. Se pueden distinguir dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad.

²⁴ Ídem (24)

Orientación hacia la salud pública

Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de la época. Entre los siglos XVIII y XIX las hambrunas, las guerras y las epidemias infecciosas de enfermedades como la peste, el paludismo, el tifus exantemático, el cólera, el sarampión, la viruela, la gripe, la escarlatina y otras muchas, diezaban a la población.

La máxima representante de este paradigma es Florence Nightingale que basaba su atención en aplicar los principios de higiene pública, en la utilización de conocimientos estadísticos comparativos y en una enseñanza formal y rigurosa.

Orientación hacia la enfermedad

Esta etapa comienza en el siglo XIX. Focaliza el interés en la enfermedad y está muy relacionada con la práctica médica. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. La persona es un sujeto pasivo del cuidado, se deja hacer, no se le permite participar de su propio cuidado. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. Se separa la dimensión biológica de la dimensión psicológica y se estudian los aparatos/sistemas por separado.

Durante esta época se focaliza en el control de las infecciones, mejorando los métodos antisépticos y las técnicas quirúrgicas.²⁵

Paradigma de la integración

Prevalente entre los años 1950 y 1975, es consecuencia de la definición de salud de la OMS (1948). Coincide con el auge del modelo biopsicosocial.

A diferencia del paradigma de categorización, en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. Está fuertemente influenciado por la psicología.

²⁵ Ídem (24)

El elemento hacia el que se orienta este paradigma es la persona, concebida como un todo, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas.

El cuidado es constante, el paciente/usuario es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso.

La mayoría de los modelos teóricos pertenecen a este paradigma.

Paradigma de transformación

El paciente es considerado de forma holística, como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, es indisociable de su universo. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano y su entorno.

Se trata así de un enfoque de promoción de la salud que incita a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y participar con objeto de mejorar su bienestar. La salud es una cuestión subjetiva a la que la persona da una importancia determinada por sus experiencias pasadas y presentes.²⁶

Clasificación de modelos teóricos en Escuelas

Escuelas de pensamiento.

Al igual que los paradigmas de enfermería, se trata de una clasificación efectuada por Kérouac. En ella se agrupan los modelos y teorías en función de la orientación que los cuidados de enfermería reciben. Al ser una clasificación bastante concreta, resulta útil a la hora de utilizarla para estudiar y analizar los diferentes modelos y las relaciones existentes entre ellos.

Se agrupan en seis escuelas:

- ❖ Escuela de necesidades: define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.

²⁶ Ídem (24)

- ❖ Escuela de interacción: concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.
- ❖ Escuela de los efectos deseables: intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.
- ❖ Escuela de la promoción de la salud: destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.
- ❖ Escuela del ser humano unitario: se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.
- ❖ Escuela del caring: centrada en el denominado caring. Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.

Clasificación de Marriner y Raile Martha Raile y Anne Marriner Tomey en la su obra Modelos y Teorías en enfermería proponen, en 2007, como tipos de trabajo teórico, las filosofías, los modelos conceptuales en enfermería, las teorías en enfermería y las teorías intermedias en enfermería:

- ❖ Las filosofías analizan, razonan y exponen tratando de encontrar el significado de los fenómenos de la enfermería.
- ❖ Los modelos conceptuales de enfermería son amplios y definen los elementos metaparadigmáticos de la enfermería, proporcionando una perspectiva única de los mismos.
- ❖ Las teorías de enfermería están desarrolladas a partir de un marco conceptual, resultando más específicas que los modelos, conforman la categoría más específica de la clasificación, se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.
- ❖ Las teorías intermedias son precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.²⁷

²⁷ de Enfermería: 1. 1. Marco Conceptual. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [cited 2023 Mar 5].

Florence Nightingale

Nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería. Nightingale desarrolló interés por los temas sociales de su época, pero en 1845 su familia se oponía firmemente a la idea de que ella trabajara en un hospital. Hasta ese entonces, el único trabajo de enfermería que había hecho había sido cuidar de parientes y amigos enfermos.

Florence Nightingale decidió a los 24 años dedicarse a cuidar de los más desfavorecidos. Con esa idea entró a trabajar en una clínica privada de Londres donde empezó a transformar el oficio de enfermera y mejorar la atención de los enfermos. La implementación de sus métodos en la guerra de Crimea y la mejora de las condiciones de los heridos le dio el reconocimiento internacional. Sobre estas líneas, Florence Nightingale hacia 1854.

El 29 de noviembre de 1855, mientras aún permanecía en Crimea, se celebró una asamblea pública con el propósito de reunir fondos para homenajearla, haciéndole entrega de un objeto de arte en reconocimiento por su labor durante la guerra. Fue tal el éxito de la convocatoria que se decidió crear el Fondo Nightingale para el entrenamiento de enfermeras, con Sidney Herbert como secretario honorario de la fundación y el duque de Cambridge como presidente.

En 1859 Nightingale disponía gracias a este fondo de 45 000 libras, monto con el que inauguró el 9 de julio de 1860 la Escuela de Entrenamiento Nightingale (Nightingale Training School) en el hospital Saint Thomas. Actualmente se llama Escuela Florence Nightingale de Enfermería y Partería (Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery) y forma parte del Kings College de Londres. Las primeras enfermeras entrenadas en esta escuela comenzaron a trabajar el 16 de mayo de 1865 en la Enfermería Liverpool Workhouse (Liverpool Workhouse Infirmary).

También recolectó fondos para el Hospital Real Buckinghamshire de Aylesbury, cerca de su hogar familiar, lo cual permitió que atendiese a mayor cantidad de pacientes, al poder mantener bajas las tasas de admisión.

El 13 de agosto de 1910, a los 90 años, falleció mientras dormía en su habitación del 10 de South Street, Park Lane. La oferta de sepultura en la Abadía de Westminster fue rechazada por sus familiares, y fue sepultada en el cementerio de la Iglesia de St. Margaret en East Wellow, Hampshire.²⁸

Dorothea Elizabeth Orem

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

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

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso,

²⁸ Sbardella A. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales. National geographic [Internet]. 2019 May 12 [cited 2023 Feb 4]; Available from: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florence-nightingale-heroína-hospitales_14173

soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.²⁹

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ❖ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- ❖ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- ❖ Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar

²⁹ Ídem (28)

compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.³⁰

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, los cuales son:

1. Actuar en lugar de la persona, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, en las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada, aplicando el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de realizar acciones

³⁰ Ídem (28)

predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

Salud: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería: es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.³¹

Marjory Gordon

Fue una teórica y profesora en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts y fue la primera presidenta de la NANDA, creó una teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud.

Esta valoración constituye un proceso sistemático para obtener la información y la interpretación de los datos obtenidos.

La valoración en Enfermería tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud (reales o

³¹ Ydalsys Naranjo Hernández, Dr.C. José Alejandro Concepción Pacheco, Lic. Miriam Rodríguez Larreynaga. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem.

potenciales), que pueden ser tratados por los profesionales de enfermería para llegar finalmente a los Diagnósticos de Enfermería.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon, tiene todos los requisitos necesarios para realizar de una valoración enfermera eficaz.

Marjory Gordon definió 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades.

Un Patrón Funcional de Salud (PFS) es una estructura de comportamientos común a todas las personas que contribuyen a mantener o recuperar su salud y calidad de vida y al logro de su potencial humano desde un punto de vista holístico.

La valoración por patrones Funcionales de Marjory Gordon facilita una serie de ventajas en el proceso de valoración, ya que los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta y favorece un mejor diagnóstico enfermero.³²

Patrón I: Percepción y Control de la salud

Describe el patrón percibido por el paciente acerca de su salud y bienestar, así como su modo de manejar la salud, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones sobre la percepción de la salud:

- ❖ Dimensión física
- ❖ Dimensión emocional
- ❖ Dimensión social
- ❖ Dimensión intelectual
- ❖ Dimensión laboral
- ❖ Dimensión espiritual

Valora el cómo percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La

³² Chozas JMV. Patrones Funcionales-Modelo de Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [cited 2023 Feb 4].

adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones)

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación

Describe la capacidad real y percibida para eliminar los deshechos del organismo.

Para conservar el funcionamiento eficaz del organismo, este debe deshacerse de los productos de deshecho del catabolismo de los alimentos y de las células, por lo que la eliminación se convierte en patrón importante para la salud y el bienestar.³³

Patrón 4: Actividad /ejercicio

Describe el patrón de actividad, ocio y recreo tipo, calidad y cantidad de ejercicio físico, así como los déficits neuromusculares y las compensaciones.

Incluye aquellos factores (ejercicio y respiración) que interfieren en la realización de las actividades deseadas por la persona: deficiencias o compensaciones neuromusculares y problemas cardiacos/pulmonares.

El bienestar mental y el funcionamiento eficaz del cuerpo dependen en gran parte de su grado de movilidad. Influye también en la autoestima, sentimiento de utilidad y sociabilidad.

Patrón 5: Sueño- Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo de las 24 horas del día. Incluye:

- Percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso.
- Percepción del grado de energía.

³³ Ídem(29)

- Ayudas para dormir y rutinas empleadas al acostarse.

El objetivo de la valoración de este patrón es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del individuo, algunas personas están bien descansadas después de 4 horas de sueño, mientras que otras necesitan muchas más. Consiste en describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del paciente.

El reposo y el sueño son esenciales para la salud, ya que restablece la energía de la persona. El sueño es una necesidad humana básica.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Describe los patrones sensitivo-perceptuales y cognitivos. Adecuación de las formas sensoriales (órganos de los sentidos vista, gusto, tacto, olfato) y las compensaciones o prótesis utilizadas.³⁴

Percepción del dolor si procede y tratamiento que cada paciente le da. Capacidades/habilidades funcionales cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones).

Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto

Este patrón describe la percepción que el cliente tiene de sí mismo (imagen corporal, identidad personal, autoestima, sentido general de valía).

Percepciones sobre el propio estado de ánimo. Actitud frente a uno mismo. Se valoran entre otros la postura y movimiento corporal, el contacto visual, el tono de voz y tipo de habla...

El autoconcepto puede definirse como la imagen mental propia de uno mismo. Un autoconcepto positivo es esencial para la salud mental y física de una persona.

Un individuo con un autoconcepto sólido es capaz de aceptar y adaptarse mejor a los cambios en su vida. En enfermería se debe evaluar este patrón para ayudar a

³⁴ Ídem (29)

las personas a desarrollar un autoconcepto positivo de sí mismos y mejorar así su calidad de vida.

Patrón 8: Rol- Relaciones

Los individuos establecen relaciones para satisfacer la necesidad humana de contacto e interacción con otros. Describe las responsabilidades adquiridas del rol y de las relaciones que posee.

Se refiere a la percepción del individuo, de los roles y responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o insatisfacción con su estado actual (familia, trabajo, relaciones sociales).³⁵

Incluye:

- Papel o rol social que juega el individuo en el ámbito familiar, laboral, etc.
- Responsabilidades debidas al rol.
- Satisfacción con el rol y las relaciones.
- La vida se desarrolla en un espacio social que incluye pautas culturales que guían el comportamiento de las personas (proceso de socialización).
- Desarrollo humano = genética + ambiente
- Grupo de pertenencia: familia
- Grupo de referencia: por concordancia ideológica

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción. Alteraciones percibidas en las relaciones sexuales. Seguridad en las relaciones sexuales Satisfacción percibida por la persona y las alteraciones.

Se valora el estado reproductivo y problemas relacionados, el estado reproductor en las mujeres, pre menopausia o postmenopausia y los problemas percibidos.

³⁵ Sbardella A. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales. National geographic [Internet]. 2019 May 12 [cited 2023 Feb 4]; Available from: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florence-nightingale-heroína-hospitales_14173

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones y efectividad de la persona con la tolerancia al estrés.

Capacidad para resistir a las amenazas a la propia integridad.

Manejo del estrés y sistemas de apoyo familiar o de otro tipo. Capacidad para el control y manejo de situaciones.³⁶

Incluye:

- Reserva o capacidad para resistir los cambios.
- Formas de tratar el estrés.
- Sistemas de apoyo familiar o de otro tipo
- Habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones

Patrón 11: Valores y Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias, incluidas las espirituales, que guían la elección o decisión personal. Describe los valores, sentimientos o creencias, metas y compromisos que una persona, familia o comunidad elige en su vida y que explica de algún modo su actitud hacia ella. El profesional de enfermería debe reconocer y separar su propio y particular sistema de creencias, para evitar conductas de enjuiciamiento o prejuicios. Incluye todo lo que es percibido como importante en la vida: la felicidad, calidad de vida, espiritualidad.

4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

³⁶ Ídem (29)

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería.

Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados. Es decir, que la implantación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además el PAE fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.

La aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera es el Proceso de Atención de Enfermería. Alfaro lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería de manera individualizada.” Son acciones que realiza la enfermera de forma intencionada. Estas acciones son llevadas a cabo en un orden específico con el fin de que una persona que presente alguna necesidad alterada en sus cuidados de salud reciba los mejores cuidados de enfermería posibles. Es decir, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el mismo. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modo se identifican aquellos datos de interés para conocer la situación de

dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.³⁷

4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA APLICACIÓN DEL P.A.E

Artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción VXI del artículo 73 de esta constitución. La ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.³⁸

Decálogo de enfermería

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos 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.
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.

³⁷ Cristina Hernández Martín M. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. Curso 2015- 2016.

³⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para 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 a 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.³⁹

Norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y la orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

³⁹ Unam FI. DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO. 2021.

Tiene como objetivos establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud, así como la para prestación de dicho sistema.⁴⁰

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con la precisión los criterios científicos, éticos, terminológicos y administrativos, obligatorios en la elaboración integración, uso, manejo, archivo, conservación propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico el cual se constituye una herramienta para el personal del área de la salud, de los sectores públicos, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de salud para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.⁴¹

⁴⁰ Segob DO de la F. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013.

⁴¹ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. 2012.

4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADA PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A. E

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde un determinado marco conceptual.

El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso de Atención de Enfermería, esencial para que tenga aplicación en la práctica. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad existencial.⁴²

Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas de nuestro sistema sanitario.

Se ubica en modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización “suplencia o ayuda” de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

“La función singular de enfermería”, es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación o una muerte placentera y que el llevaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayuda adquirir independencia lo más rápido posible.⁴³

⁴² Cristina Hernández Martín MFM. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. Curso 2015- 2016.

⁴³ Bellido V. José Carlos, Ángeles Ríos Ángeles, Serafín Fernández Salazar. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.

Modelo de cuidados de Virginia Henderson:

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona.

Se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

Enfermera: La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte en paz actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.⁴⁴

Ventajas del modelo de cuidados de Virginia Henderson

- ❖ Se adapta al contexto de enfermería.
- ❖ Puede utilizarse en todos los campos de actuación.
- ❖ Existe abundante información.
- ❖ Incluye en papel de colaboración como parte de actuación de la enfermería.
- ❖ Contempla a la persona como un todo.
- ❖ Reconoce a la persona su potencial de cambio.
- ❖ Propone un método de resolución de problemas.
- ❖ Permite la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC.

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

- 1 Respirar normalmente.
- 2 Alimentarse e hidratarse.
- 3 Eliminar por todas las vías corporales.
- 4 Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5 Dormir y descansar.
- 6 Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7 Mantener la temperatura corporal.

⁴⁴ Ídem (40)

- 8 Mantener la higiene y la integridad de la piel.
- 9 Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
- 10 Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
- 11 Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- 12 Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13 Participar en actividades recreativas.
- 14 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona.⁴⁵

Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por V. Henderson como cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

- ❖ Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- ❖ Factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc.⁴⁶

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA.

El Proceso de Atención de Enfermería nos permite emplear como método de resolución de problemas el pensamiento crítico, su uso, ha venido a dar autonomía

⁴⁵ídem (40)

a la profesión y es determinante en la práctica clínica permitiendo una visión holística de las personas.

Permite organizar y entender aquello que pasa alrededor del cuidado, posibilita el juicio clínico y la reflexión filosófica al planificar los cuidados, proponer intervenciones de enfermería, predecir y explicar resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados.⁴⁷

Se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados.⁴⁸

4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E)

Método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de la misma.

Objetivos

- ❖ Permitir a la persona participar en su propio cuidado.
- ❖ Garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.

⁴⁷ González Sara, S.H.*, Moreno Pérez, N.E. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. 2011.

⁴⁸ Reina G. NC. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. c 2010.

- ❖ Ofrecer atención individualizada continua y de calidad.
- ❖ Ayudar a identificar problemas únicos de la persona.

Ventajas

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

- ❖ Sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ❖ Dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ❖ Interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ❖ Flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ❖ Base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.⁴⁹

4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Recogida y análisis de la información sobre el estado de salud buscando evidencias de

⁴⁹ La práctica asistencial enfermera LA del MC en, De una forma racional es el MCCP de AEEMP a. las EPC, sistemática. L y. El Proceso de Atención de Enfermería [Internet]. Org.ar. [cited 2023 Mar 6].

funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con los que cuenta la persona y/o familia.

Permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad.

Recogida de datos: Se recopilarán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La obtención de los datos se realizará:

Directamente: del paciente entrevista, observación, exploración física.
Indirectamente de familiares: procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Los métodos para la recopilación de datos son: la entrevista, la observación, y la exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

Validación o verificación de los datos: comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

Organización de los datos: agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

Agrupación de los datos obtenidos en la valoración por necesidades

Consideraremos para una adecuada organización de los datos: conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta (datos subjetivos).

Datos a considerar (aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos personales, familiares, económicos, de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades.⁵⁰

Manifestaciones de Independencia. Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.

Manifestaciones de Dependencia. Insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud. Se debe asociar a las fuentes de dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad) sobre las que se deberá trabajar con Intervenciones enfermeras para normalizar la situación.

Diagnóstico

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Nexos entre la Valoración y la Planificación en el que, a partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados consta de dos fases:

⁵⁰ José Carlos Bellido Vallejo, Ángeles Ríos Ángeles, Serafín Fernández Salazar. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.

Análisis de datos

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.⁵¹

Identificación de los problemas

- Problema de colaboración: complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.
- Diagnóstico de enfermería: juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Problema de autonomía: situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Los diagnósticos enfermeros detectados pueden ser reales o de riesgo.

- Diagnostico real: Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa

⁵¹ Ídem (47)

en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.

- Diagnóstico de riesgo: Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.⁵²

Planeación

Establecimiento de prioridades para el abordaje de los problemas

- ❖ Problemas que amenacen la vida del individuo.
- ❖ Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- ❖ Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- ❖ Problemas a resolver por enfermería.
- ❖ Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo? Los objetivos se establecen utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Selección de Intervenciones y Actividades

En los diagnósticos reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

En los diagnósticos de riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

⁵² Ídem (47)

Registro del plan de cuidados, elemento clave para la planificación de los cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).

Ejecución

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos.⁵³

Preparación revisando las intervenciones propuestas para:

- ❖ Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el plan?).
- ❖ Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- ❖ Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- ❖ Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continúa de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

⁵³ Ídem (47)

Evaluación

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- ❖ Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del Diagnóstico de enfermería
- ❖ Diagnóstico: el diagnóstico de enfermería es exacto y adecuado.
- ❖ Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- ❖ Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.⁵⁴

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.

4.5 LA PERSONA

El término adulto mayor es un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, considerada un estigma. No obstante, a través de los siglos se ha valorado como una etapa de respeto y sabiduría que merece más que consideración.

Se estipula que los adultos mayores son aquellas personas que debido al proceso de los años, se hallan en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico, y dentro de la comunidad se les debe dar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos económicos y sociales, ya que requieren de cuidados especiales durante el proceso de envejecimiento.⁵⁵

⁵⁴ Ídem (47)

⁵⁵ ABAUNZA FORERO, C.L., MENDOZA MOLINA M. A. Concepción del adulto mayor. Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social, SERES 2014, pp 60-80.

4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social, es consecuencia de cambios genéticamente programados (por la herencia), historia y estilos de vida, ambiente y condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona. En general se caracteriza por una disminución en la eficiencia del funcionamiento de los órganos y sistemas del individuo y un incremento del riesgo para adquirir enfermedades agudas y crónicas.

Es importante aclarar que en muchos textos especializados se señala que el envejecimiento inicia desde el nacimiento e incluso desde la concepción, sin embargo, en la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, considera que el envejecimiento ocurre “en el tiempo” y no “por el tiempo”, tal como lo señala el eminente científico Hayflick. De ahí que asumimos que los niños y los jóvenes crecen y se desarrollan “no envejecen”, y los adultos jóvenes alcanzan un periodo de madurez biológica, psicológica y social, para después presentar una serie de cambios biológicos y físicos patentes que los vuelven más vulnerables (susceptibles) a las enfermedades infecciosas y crónicas, cuyo proceso en términos generales se inicia alrededor de los 45 años. De ahí que con fines prácticos establecemos que el envejecimiento, aunque es individualizado, se inicia en esta década.

El envejecimiento no se presenta de la misma manera en todas las personas, ya que el ritmo y características de dicho proceso están determinados por la herencia (genética), el ambiente físico, psicológico y social y los estilos de vida que adopta y mantiene el individuo a lo largo de su historia. No obstante, la edad es uno de los parámetros que más se utiliza para precisar el inicio del envejecimiento humano. También debemos señalar, que el envejecimiento es un proceso en el que la experiencia y madurez biológica, psicológica y social acumuladas pueden brindar

ventajas y potenciar el desarrollo, y no sólo suponer que el envejecimiento propicia desventajas biológicas, psicológicas y sociales.⁵⁶

Teorías biológicas del envejecimiento.

El proceso de envejecimiento biológico se diferencia de una ser humano a otro, aunque deben considerarse alguna de las observaciones generales ante los cambios previstos de ciertos órganos, no hay dos individuos con evolución idéntica. Se encuentran diversos grados de cambios fisiológicos, capacidades y limitaciones entre los coetanos.

Los teóricos han explorado diversos factores, tanto internos como externos en el cuerpo humano y los han dividido en dos categorías: teoría estocástica considera que los efectos del envejecimiento son el resultado de agresiones del ambiente, tanto interno como externo debidas al azar y la teoría no estocástica ve los cambios secundarios al envejecimiento como un proceso complejo y predeterminado.

Teoría estocástica

Teoría de la interferencia

Propone que la división celular se ve amenazada como resultado de la radiación o de una reacción química en la que un agente agresor se une a una cadena de ADN y modifica la separación normal de las fibras durante la mitosis. Con el tiempo se acomodan con grupos densos que impiden el transporte intracelular al final la función normal de órganos y sistemas corporales falla. Un efecto de la reticulacion sobre el colágeno es la reducción de la elasticidad de los tejidos que se vincula con diversos cambios relacionados con la edad.

Radicales libres y teoría de la lipofuscina

Son moléculas muy inestables y reactivas que contienen una carga eléctrica adicional y que provienen del metabolismo del oxígeno, dichas moléculas pueden

⁵⁶ Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento y vejez. 2018.

dañar las proteínas y enzimas, y provocar un desorden genético mediante la sustitución de las moléculas de ADN que contienen información biológica útil por moléculas defectuosas. Se cree que estos radicales libres se autoperpetúan, es decir, que generan otros radicales libres. El deterioro físico del cuerpo se produce porque el daño de estas moléculas se acumula con el tiempo. Sin embargo el cuerpo tiene antioxidantes naturales que pueden contrarrestar los defectos de los radicales libres.

Ha habido un considerable interés en el papel de la lipofuscina “pigmento de la edad”. Existe una relación positiva entre la edad de la persona y la cantidad de la lipofuscina en el cuerpo.

Teoría de uso y desgaste como cualquier maquina completa

Atribuyen el envejecimiento al uso repetido y a lesiones del cuerpo a través del tiempo, por la repetición de funciones muy especializadas. Como cualquier maquina compleja el cuerpo funcionara de forma menos eficiente con el uso prolongado y después de numerosas agresiones, tabaquismo, dieta deficiente y abuso de sustancias toxicas.⁵⁷

Se deduce que el papel del estrés es el envejecimiento no es concluyente.

Teorías evolutivas

Están relacionadas con la genética y plantean que las diferencias en el proceso de envejecimiento y la longevidad de diversas especies se debe a la interacción entre los procesos de mutaciones y selección natural.

Varios grupos de teorías generales asocian el envejecimiento con la evolución. La teoría de la acumulación de mutaciones sugiere que el envejecimiento se produce debido a la disminución de la fuerza de la selección natural con la edad. La teoría pleiotropica antagonica sugiere que los genes mutantes acumulados con efectos negativos en la edad avanzada pudieron haber tenido efectos beneficiosos en los

⁵⁷ Charlotte. Eliopoulos. Enfermería gerontológica. 8ª edición.

primeros años de vida. Supone que esto ocurre porque los efectos de los genes mutantes se presentan de manera inversa durante la vejez en comparación con los primeros años de vida o debido a que un gen en particular puede tener efectos múltiples, algunos positivos y otros negativos.

La teoría del soma desechable propone que el envejecimiento se relaciona con el uso de la energía corporal y no con la genética. Afirma que el cuerpo debe utilizar energía para su metabolismo, reproducción, mantenimiento de funciones y para la reparación y que el suministro finito de energía de los alimentos para llevar a cabo estas funciones produce cierto deterioro.

Biogerontología

Estudio de la conexión entre el envejecimiento y los procesos de enfermedad. Se cree que bacterias, hongos y virus producen ciertos cambios fisiológicos durante el proceso de envejecimiento. En algunos casos estos patógenos pueden estar presentes en el cuerpo durante décadas antes de que empiecen a afectar los sistemas corporales.⁵⁸

Teorías no estocásticas

Apoptosis

Proceso de muerte celular programada que ocurre continuamente durante la vida como resultado de fenómenos bioquímicos. En este proceso, la célula se reduce y ocurre fragmentación nuclear y del ADN, aunque la membrana mantiene su integridad. De acuerdo con esta teoría la muerte celular programada es parte del proceso de desarrollo normal que continúa durante toda la vida.

Teorías genéticas

⁵⁸ Ídem (57)

Teoría de la esperanza de vida programada, que propone que los animales y los seres humanos nacen con un programa genético o reloj que predetermina la esperanza de vida.

Teoría del error, propone una determinación genética para el envejecimiento. Sostiene que mutaciones genéticas son los responsables del envejecimiento al causar el declive de órganos como resultados de mutaciones celulares autoperpetuadas.

Reacciones autoinmunitarias

Se cree que los principales órganos del sistema inmunitario, el timo y la médula ósea, son afectados por los procesos de envejecimiento. La respuesta inmunitaria declina después de la edad de adulto joven. El peso del timo se reduce a lo largo de la edad adulta, lo mismo que la capacidad de las células T para diferenciarse, la concentración de la hormona tímica, desciende después de los 30 años de edad y es indetectable en la sangre de las personas mayores de 60 años.⁵⁹

Una hipótesis con respecto al papel de las reacciones autoinmunitarias en el proceso del envejecimiento es que las células experimentan cambios con la edad y que el cuerpo las identifica erróneamente como agentes externos y desarrolla anticuerpos para atacarlas. Una explicación alternativa para esta reacción podría ser que las células son normales hasta la vejez, pero un deterioro en el sistema corporal de memoria inmunoquímica conduce a una interpretación errónea de las células normales como sustancias extrañas.

Teorías neuroendocrina y neuroquímica

Sugieren que el envejecimiento es resultado de cambios en el cerebro y glándulas endocrinas.

Teorías de la radiación

⁵⁹ Ídem (57)

Se sabe que la exposición repetida a la luz ultravioleta puede causar elastosis solar, el tipo de vejez asociado con las arrugas en la piel que resultan de la sustitución de colágeno por elastina. La radiación puede inducir mutaciones celulares que promueven el envejecimiento

Teorías de la nutrición

Está demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de muchas enfermedades y acorta la vida. La calidad de la dieta es tan importante como la cantidad. Las deficiencias de vitaminas y otros nutrientes, y los excesos de nutrientes como el colesterol pueden desencadenar diversos procesos patológicos. Se ha puesto en mayor énfasis en la influencia de los complementos alimenticios en el proceso de envejecimiento; la vitamina E, el polen de abeja, el ginseng, la centella asiática, la menta y las algas se encuentran entre los nutrientes que al parecer promueven una vida larga y saludable.⁶⁰

Teorías ambientales

La ingestión de mercurio, plomo, arsénico, isotopos radioactivos, ciertos plaguicidas y otras sustancias puede producir cambios patológicos en los seres humanos. Fumar y respirar humo de tabaco y otros contaminantes en el aire también tienen efectos adversos.

Teorías sociológicas del envejecimiento

Teoría de la desconexión

Es una de las primeras teorías del envejecimiento, considera el mismo como un proceso en el que la sociedad y el individuo gradualmente se separan, o desconectan, la una del otro a satisfacción o beneficio mutuo. El beneficio para los individuos es que pueden reflexionar y centrarse en sí mismos, una vez que han sido liberados de los roles sociales. El valor de desconexión para la sociedad es que se establece cierto medio ordenado para la transferencia del poder de los

⁶⁰ Ídem (57)

adultos mayores a los jóvenes, con lo que es posible que la sociedad siga funcionando después de que sus miembros individuales mueren.

Teoría de la actividad

Afirma que una persona mayor debe seguir un estilo de vida similar al de los adultos tanto como sea posible, con lo que niega la existencia de una tercera edad y que la sociedad debe aplicar las mismas normas a las personas de edad avanzada. Sugiere formas de mantener la actividad aun en presencia de las múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento, incluidas la sustitución de actividades físicas por actividades intelectuales cuando la capacidad física se reduce, el reemplazo de la función laboral por otras funciones cuando la jubilación tiene lugar y el establecimiento de nuevas amistades cuando las anteriores se pierden. Se da por hecho que la actividad es más deseable que la inactividad porque facilita el desarrollo y el bienestar físico mental y social.⁶¹

Teoría de la continuidad

También conocida como teoría del desarrollo, se refiere a la personalidad y la predisposición hacia ciertas acciones en la vejez que son similares a dichos factores durante otras fases del ciclo de vida. Se dice que la personalidad y los patrones básicos de la conducta subsisten sin modificaciones a pesar de la edad.

Teoría de la subcultura

Considera a las personas mayores con un grupo con distintas normas, creencias, expectativas, costumbres y cuestiones que los separan del resto de la sociedad. A medida que la población de adultos mayores se hace más diversa, sus necesidades están mejor identificadas y su poder más reconocido.

Teoría de la estratificación de las edades

⁶¹ Ídem (57)

Sugiere que la sociedad esta estratificada por grupos de edad. Las personas de un grupo etario determinado suelen tener experiencias, creencias, actitudes y transiciones de vida similares que les ofrecen una visión única y compartida de la historia.

Teoría psicológica del envejecimiento

Tarea del desarrollo

Exploran el proceso mental de las personas durante toda la vida, junto con algunos mecanismos que la gente utiliza para responder a los desafíos de la vejez. Describen el proceso de envejecimiento psicológico saludable como el resultado de la realización exitosa de las tareas del desarrollo. Las tareas del desarrollo son los desafíos que deben enfrentarse y los ajustes que deben hacerse en respuesta a las experiencias de vida que son parte del continuo crecimiento de un adulto medio durante el tiempo de esperanza de vida.⁶²

Erik Erikson describe ocho etapas en las cuales los seres humanos efectúan su desarrollo; el desafío de la vejez consiste en aceptar y encontrar significado a la vida que se ha vivido esto da integridad al ego individual y le ayuda a adaptarse y enfrentar la realidad del envejecimiento y la mortalidad. Los sentimientos de ira, amargura, depresión e insuficiencia pueden dar lugar a una inadecuada integridad del ego.

4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES

En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor.

⁶² Ídem (57)

El deterioro funcional debido a edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado. Tanto por cuestiones físicas como de género, mujeres y hombres viven de manera diferente el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud. Las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por más largo tiempo, ello se ve reflejado en que 3 de cada 10 adultas mayores tiene dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria (comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, entre otras) frente a 2 de cada 10 hombres.

El estado de salud y pérdida de autonomía de las personas adultas mayores han sido evaluados con diferentes escalas que miden la capacidad funcional que tienen las personas para realizar “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (ABVD).

La medición de este parámetro incluye las capacidades de autocuidado más elementales (comer, ir al baño, contener esfínteres) y otras como (asearse, vestirse, caminar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Otra escala de evaluación se dirige hacia las “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria” (AIVD), que son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Las AIVD incluyen actividades como: usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar la casa, utilizar transportes, administrar adecuadamente los medicamentos, etcétera.⁶³

⁶³ <file:///C:/Users/OFFICE%20MAX/Documents/diana%20todo/estadisticas%20vejez.pdf>

**Mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica en el grupo de 15 a 64 años,
2020**

ORDEN	CAUSA	DEFUNCIONES	*TASA
1	COVID-19 Virus identificado	70806	725.21
2	COVID-19 Virus no identificado	25960	265.89
3	Tuberculosis	486	4.98
4	Enfermedad por VIH	247	2.53
5	Influenza	177	1.81
6	Enfermedad transmitida por vector	171	1.75
7	Intoxicación por monóxido de carbono	103	1.05
8	Muertes por temperaturas extremas	54	0.55
9	Contacto traumático por abejas	47	0.48
10	Intoxicación por plaguicidas	46	0.47

Fuente: Dirección general de epidemiología/Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones

**Morbilidad sujeta a vigilancia epidemiológica en el grupo de 65 y más años,
2020**

ORDEN	CAUSA	DEFUNCIONES	*TASA
1	COVID-19 Virus identificado	75 661	88.9
2	COVID-19 Virus no identificado	27 298	32.10
3	Enfermedad por VIH	4 269	5.0
4	Tuberculosis	1 360	1.6
5	Influenza	276	0.3
6	Enfermedades transmitidas por vector	231	0.3
7	Intoxicación por monóxido de carbono	214	0.3
8	Muertes por temperaturas extremas	114	0.1
9	Intoxicación por plaguicidas	112	0.1
10	Contacto traumático con abejas	54	0.1

Fuente: Dirección general de epidemiología/Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones

NÚMERO	PADECIMIENTOS	CASOS
1	Infecciones respiratorias agudas	391 218
2	Infección de vías urinarias	197 051
3	Infecciones intestinales por otros organismos y mal definida	115 902
4	Covid-19	109 197
5	Hipertensión arterial	66 369
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	36 413
7	Diabetes mellitus no insulino dependiente	58 984
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	42 453
9	Obesidad	31 706
10	Conjuntivitis	27 920
11	Insuficiencia venosa periférica	20 375
12	Otitis media aguda	18 195
13	Hiperplasia prostática	16 922
14	Vulvovaginitis	13 309
15	Neumonías y bronconeumonías	11 336
16	Depresión	9 539
17	Influenza	9 350
18	Intoxicación por picadura de alacrán	9 354
19	Enfermedad isquémica del corazón	6 863
20	Enfermedad cerebrovascular	5 360

Fuente: SIUVE/DGE/Secretaría de Salud Estados Unidos Mexicanos 2021.

4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

ARTRITIS REUMATOIDE

Los trastornos articulares son, por méritos propios, una de las patologías de amplia distribución entre la población. Por su clínica, los trastornos articulares son enfermedades crónicas de etiología frecuentemente desconocida, con clara participación del sistema inmune y con un tratamiento fundamentalmente paliativo y pocas veces curativo.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.⁶⁴

La artritis reumatoide tiene distribución universal y su incidencia varía entre el 0,68 y el 2,9%, con una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 3% de la población, según los distintos países. Las mujeres sufren la enfermedad tres veces más que los hombres; sin embargo, en las formas seropositivas y erosivas de la enfermedad esta desigualdad desaparece. La artritis reumatoide puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida.

En los dos primeros años de evolución de la enfermedad, se produce daño articular grave e irreversible.⁶⁵

Etiopatogenia

Se considera que la artritis reumatoide es el resultado de la interacción de un antígeno desencadenante y una base genética predisponente.

La naturaleza del factor desencadenante es desconocida. A pesar de la búsqueda con tenacidad la posible responsabilidad de un agente bacteriano o vírico, a la actualidad no hay ninguna prueba definitiva que confirme esta posibilidad. Se ha logrado producir una artritis experimental semejante a la artritis reumatoide humana mediante la inoculación de diversos microorganismos, pero no hay razones firmes para identificar estas artritis experimentales con la artritis reumatoide humana.

Existe una predisposición genética a padecer la enfermedad. Así lo indica la tendencia a la agregación familiar, la elevada concordancia para la artritis reumatoide en los gemelos monocigóticos y la asociación significativa con algunos

⁶⁴ GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.

⁶⁵ Ídem (64)

antígenos de histocompatibilidad. La asociación más significativa en los enfermos de raza blanca es con el HLA-DR4, el cual se considera además un marcador de gravedad de la enfermedad. En otros grupos étnicos están implicados otros antígenos HLA. Con seguridad, la contribución genética a la AR es más amplia que la atribuida a los genes ligados al complejo mayor de histocompatibilidad. La activación de los linfocitos T implica el reconocimiento del antígeno asociado al HLA. Este reconocimiento está supeditado a la formación de un complejo entre el antígeno, las moléculas del HLA de clase II y los receptores de los linfocitos T.⁶⁶

El antígeno provoca una respuesta inmune en el huésped, de la cual se deriva una reacción inflamatoria. Los macrófagos y las células dendríticas tienen, entre otras, la función de procesar el antígeno y presentarlo a los linfocitos T, que a su vez activan clones de linfocitos B. Como consecuencia de su activación, tales células proliferan y estimulan a las células plasmáticas, secretoras de anticuerpo. Entre los anticuerpos formados destacan el factor reumatoide y los anticuerpos anticolágeno. Al propio tiempo la activación de los linfocitos T induce la producción de linfocinas como la interleucina 2, interleucina 4, interferon gamma, factor inhibidor de la migración de los macrófagos, factor quimiotáctico de los monocitos y el factor inhibidor de la migración de los leucocitos.

En el líquido sinovial se halla la interleucina 1, citosina derivada de los macrófagos, con un amplio espectro de funciones, inmunológicas y de otro tipo que explican algunas manifestaciones locales y sistémicas de la artritis reumatoide. En la reacción desencadenada por la respuesta inmune en el medio sinovial se activan numerosos procesos que perpetúan la inflamación: sistemas del complemento, cininas, coagulación y fibrinólisis. El resultado de la activación de la coagulación es la formación de fibrina.⁶⁷

⁶⁶ Lozano JA. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. Offarm [Internet]. 2001 [cited 2023 Feb 7];20(8):94–101.

⁶⁷ Ídem (66)

Los mediadores de la inflamación estimulan las células sinoviales, las cuales proliferan, y en las capas profundas activan los fibroblastos para producir más tejido conjuntivo. Asimismo, se estimula la proliferación vascular; la angiogénesis influye en la destrucción del cartílago y del hueso. El hueso yuxtaarticular se reabsorbe por acción de los osteoclastos activados por las prostaglandinas o por productos solubles de las células mononucleadas.

Los polimorfonucleares, atraídos por factores quimiotácticos liberados en el proceso de activación del complemento (C5a), por las linfocinas de las células T y por el leucotrieno B4, atraviesan el endotelio y emigran hacia el líquido sinovial, donde fagocitan los complejos inmunes y se autodestruyen. Las moléculas de adhesión juegan un papel importante en la migración de las células inflamatorias hacia la sinovial. La liberación de enzimas lisosómicos perpetúa la respuesta inflamatoria. Las prostaglandinas tienen una gran influencia en el desarrollo del proceso inflamatorio, aunque algunas, como la PGE2, inhiben la proliferación de las células sinoviales y la formación de radicales libres.⁶⁸

Sintomatología

Las características clínicas de la artritis reumatoide incluye no solamente las manifestaciones articulares sino un notable número de signos y síntomas extraarticulares, como corresponde a una conectivopatía.⁶⁹

Sintomatología articular

Como ya se ha dicho, la artritis reumatoide es una poliartritis que suele afectar a las extremidades superiores, produciendo una artritis simétrica del carpo y de las articulaciones interfalángicas proximales. Ello no excluye otras localizaciones, de modo que puede estar afectada cualquier articulación diartrodial. Suelen aparecer dolor y rigidez matutina, tumefacción y sensibilidad anormal de las articulaciones enfermas. En ocasiones podemos observar un derrame sinovial fusiforme, lo que le

⁶⁸ Ídem (66)

⁶⁹ Ídem (66)

confiere a la articulación un aspecto «en huso» muy característico. Hallaremos también signos inflamatorios como enrojecimiento y aumento del calor local, característico de una artritis debido bien al derrame o bien a la existencia de hipertrofia sinovial ya. En la mano pueden quedar afectadas todas las articulaciones existentes, aunque es característica la afectación del metacarpo falángicas y de las interfalángicas proximales. Ello puede suponer, en el avance de la enfermedad, la aparición posterior de subluxaciones, desviaciones cubitales de los dedos, facilitados por la debilidad y la atrofia de los músculos intrínsecos de la mano e incluso por roturas tendinosas.⁷⁰

También es posible el desarrollo de una deformidad en boutonnière, con luxación dorsal de la articulación, o una deformidad «en cuello de cisne», con flexión de las interfalángicas distales e hiperextensión de las proximales, o bien la deformidad del primer dedo, en «Z», con aducción excesiva del primer metacarpiano, flexión de la metacarpo falángica e hiperextensión de la interfalángica. No suele existir afectación interfalángica distal ni nódulos de Heberden (nódulos que aparecen en las caras laterales de los dedos, en las articulaciones interfalángicas distales, en el caso de existencia de artrosis). Cuando aparecen nódulos en las interfalángicas proximales, en el caso de que sea una artrosis, éstos son duros (nódulos de Bouchard). Los nódulos de la artritis reumatoide suponen una tumefacción más blanda y más fluctuante. De cualquier modo, siendo la artrosis extremadamente frecuente, no es raro la coexistencia de ambas.

Siendo la artritis reumatoide una enfermedad sistémica, en su evolución puede verse implicado la casi totalidad del organismo, además de las alteraciones articulares.

⁷⁰ Ídem (66)

La hipertrofia de la sinovial, cuando se localiza en el canal carpiano, puede producir un síndrome compresivo del nervio mediano, presentando parestesias nocturnas dolorosas, y evolucionando a veces hacia una atrofia de la eminencia tenar.

La afectación de las extremidades inferiores se localiza fundamentalmente en el pie. El tobillo (que duele al explorar la pronosupinación) puede verse afectado con mayor frecuencia, aunque no tanto como la alteración del ante pie, donde suelen aparecer las primeras erosiones. Puede aparecer entonces luxación de las cabezas de los metatarsianos, hallux valgus, y dedos «en martillo»; todo ello con la consiguiente alteración cutánea y de la marcha que supone la aparición de cambios en los apoyos naturales del pie. En ocasiones pueden afectarse los tendones del tibial anterior, peroneos o el tendón de Aquiles cuando se desarrollan nódulos reumatoides en su seno, pudiendo incluso llegar a romperse. La afectación del hombro y del codo supone una importante limitación para el paciente.⁷¹

La sinovitis en el hombro es difícil de apreciar, siendo frecuente la lesión del manguito de los rotadores, apreciándose subluxación superior de la glenohumeral.

La rodilla y la cadera pueden presentar signos y síntomas de artritis, refiriéndonos al ritmo (inflamatorio) del dolor y a la existencia de derrame sinovial, muy aparente y accesible a la evacuación en el caso de la rodilla, y más complejo en el caso de la cadera. La rodilla, sometida a la presión de la sinovial puede ser objeto de una evaginación posterior de la membrana, originándose un quiste de Baker, que puede ser muy doloroso y se puede romper, cayendo su contenido (líquido sinovial) a lo largo de la porción posterior de la pierna, y produciendo un cuadro que remeda a una tromboflebitis.

En la columna podemos hallar alteraciones de los segmentos que presentan membrana sinovial, y debemos ser cuidadosos en este aspecto, ya que puede afectarse la articulación atloaxoidea, que en ocasiones se puede luxar, presentando entonces un cuadro grave y de difícil solución. Cuando aparece sintomatología

⁷¹ Ídem (66)

neurológica que hace sospechar la existencia de compresión nodular, obligándonos entonces a establecer la indicación de cirugía descompresiva.

Tanto sobre la cara dorsal como sobre la cara palmar de la muñeca, en ocasiones se producen roturas tendinosas, de flexores o de extensores. Esto sucede en la artritis reumatoide muy evolucionadas, acompañándose habitualmente de un engrosamiento sinovial prominente bien en el dorso, bien en la región palmar. La clínica es de impotencia funcional absoluta, requiriendo en la mayoría de las ocasiones la reparación quirúrgica. También es posible observar la existencia de un «dedo en resorte», por engrosamiento de la vaina tendinosa o por la existencia de un nódulo reumatoide en el espesor del tendón; pudiéndose palpar un nódulo que bloquea la extensión del dedo afectado.⁷²

La destrucción articular progresiva a pesar del tratamiento, o el abandono terapéutico en otros casos, produce invalidez permanente en el 10% de los pacientes con secuelas irreversibles

Sintomatología extra articular

Siendo la artritis reumatoide una enfermedad sistémica, en su evolución puede verse implicado la casi totalidad del organismo, además de las alteraciones articulares. Entre las no articulares, es posible encontrar una afectación inespecífica del estado general, que cursa con febrícula, malestar general, pérdida de peso moderada, así como una mayor frecuencia de infecciones.

Los nódulos reumatoides aparecen hasta en el 30% de los casos, y suelen desarrollarse en zonas de presión, es decir, en sacro, antebrazo y en el codo, sobre el olecranon; aunque también es frecuente observarlos en el tobillo o en el espesor de tendones, (tendón de Aquiles) y en las vainas de los flexores, pudiendo originar un «dedo en resorte», o incluso sobre prominencias óseas.

⁷² Ídem (66)

Dentro de las manifestaciones cardíacas, la más frecuente es la presentación de una pericarditis, que en ocasiones puede manifestarse como taponamiento cardíaco o como una pericarditis constrictiva, obligando en este caso a la apertura de una ventana pericárdica. Es rara, pero puede aparecer, una endocarditis que suele afectar a la válvula aórtica, haciéndola insuficiente más que estenótica. Cuando aparece afectación miocárdica debemos pensar en la aparición de una de las complicaciones, que es el depósito de amiloide.

La vasculitis suele aparecer en Artritis Reumatoide de muchos años de evolución e indica enfermedad grave. Su espectro clínico es muy extenso, desde pequeños infartos en los dedos, hasta vasculitis sistémicas o incluso áreas de gangrena.⁷³

La afectación pulmonar más frecuente es la aparición de derrame pleural, cuyo análisis demuestra una disminución de las diversas fracciones del complemento, una elevación de la LDH, disminución de la glucosa y niveles de factor reumatoide superiores que en suero. En ocasiones aparecen nódulos reumatoideos pulmonares que se pueden sobre infectar e incluso cavitarse. Se han descrito como síndrome de Caplan a la existencia de nódulos reumatoideos en parénquima pulmonar, asociándose a neumoconiosis y artritis reumatoide. En otras ocasiones encontramos fiebre, tos seca irritativa, acompañada de astenia, anorexia e incluso pérdida de peso, observándose la aparición de una neumonitis intersticial, con un patrón retículo-nodular en radiografía, y crepitantes secos en la auscultación.

El riñón es uno de los órganos más frecuentemente afectados y además, su grado de afectación puede condicionar el pronóstico en estos enfermos. Podemos observar proteinuria con cierta frecuencia, en ocasiones producida por los fármacos usados para el tratamiento de fondo de la enfermedad, o bien por el desarrollo de amiloidosis secundaria.

Son también frecuentes las neuropatías por atrapamiento, como el síndrome del túnel del carpo, ya mencionado, su equivalente en el túnel del tarso; o bien

⁷³ ÍDEM (63)

desarrollarse una polineuropatía o una mono neuritis múltiple. La afectación del Sistema Nervioso Central, cuando aparece, es debida a la compresión producida por una posible subluxación atlo-axoide. Mención aparte merece la existencia de afectación ocular, ya que cuando existe, nos obliga a ampliar el diagnóstico diferencial, ya que la afección ocular se puede presentar en muchas otras enfermedades del tejido conectivo. En la enfermedad puede aparecer un síndrome seco, que implica a córnea y conjuntiva, epiescleritis o escleritis o una uveítis anterior granulomatos.⁷⁴

Diagnóstico

El diagnóstico de la artritis reumatoide se debe realizar basándose en la historia clínica, exploración radiográfica y los hallazgos de laboratorio, después de descartar otras enfermedades.⁷⁵

Radiología

Todas las articulaciones afectadas por la enfermedad presentan características radiológicas comunes como resultado de la inflamación crónica local. El primer hallazgo es un aumento de las partes blandas a expensas de la hipertrofia sinovial y el derrame articular. En el hueso yuxtaarticular se produce radiolucencia debido a osteopenia «osteoporosis yuxtaarticular», que en la mano se manifiesta como «osteoporosis en banda» en las articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas proximales. La actividad inflamatoria va produciendo el deterioro del cartílago articular, que radiológicamente se observa como una disminución del espacio entre ambos extremos óseos articulares (pinzamiento de la interlínea).

Cuando la enfermedad avanza se producen alteraciones de la alineación de las articulaciones (subluxación) y, por la persistencia de la actividad inflamatoria, aparecen erosiones óseas marginales y geodas intraóseas. La presencia de

⁷⁴ Ídem (66)

⁷⁵ Ídem (64)

erosiones es habitual y permite diferenciarla de otras artropatías inflamatorias de carácter autoinmune como el lupus eritematoso sistémico, donde no suelen existir.

Pruebas de laboratorio

Trastornos hematológicos; es habitual la presencia de anemia normo crónica y normo citica, típica de los procesos inflamatorios crónicos y que mejora cuando se controla la actividad de la enfermedad.⁷⁶ Puede superponerse a la anemia debida a pérdidas crónicas de hierro por el empleo continuado de fármacos gastrolesivos. Puede existir trombosis reactiva durante los brotes inflamatorios de la enfermedad.

Reactantes de fase aguda: útiles para el seguimiento de la enfermedad y el control de la eficacia del tratamiento. Las principales determinaciones son la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR) y el aumento de la fracción α 2-globulina en el espectro electroforético (proteinograma).

Factor reumatoide. Son inmunoglobulinas dirigidas contra determinantes antigénicos localizados en el fragmento Fc de las inmunoglobulinas IgG2 e IgG3 humanas. Las pruebas más usadas detectan factor reumatoide IgM (que aparece en el 75% de los enfermos con artritis reumatoide), aunque con métodos más específicos se ha detectado factor reumatoide IgG, IgA e IgE. Su ausencia no excluye el diagnóstico y su presencia tampoco es patognomónica, ya que puede encontrarse en el suero del 5% de las personas asintomáticas y en otras enfermedades. No obstante los títulos elevados de factor reumatoide por lo general se asocian con formas más graves de enfermedad articular, con la presencia de nódulos reumatoides y con la mayor frecuencia de enfermedad extra articular.

Anticuerpos antinucleares: se detectan en un 10-25% de los pacientes, sobre todo en los seropositivos (factor reumatoide positivo) o entre los que padecen síndrome de Sjögren secundario. No se relacionan con la presencia de manifestaciones específicas, aunque al parecer se asocian con una forma de enfermedad más grave.

⁷⁶ Ídem (64)

Líquido sinovial: es obtenido mediante artrocentesis aporta escasos datos diagnósticos y, por lo común, su análisis sirve para establecer el diagnóstico diferencial con otras artritis (artropatías micro cristalinas y sépticas). En términos generales, el líquido sinovial tiene carácter inflamatorio, con viscosidad disminuida y celularidad entre 2.000 y 50.000 ml, aunque estas cifras sólo son orientativas.⁷⁷

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Las intervenciones de tratamiento no farmacológico tales como el ejercicio dinámico, la terapia ocupacional e hidroterapia son intervenciones que son de utilidad en la atención integral del paciente con artritis reumatoide.

El ejercicio físico y la realización de ejercicios de fortalecimiento, son recomendables en los pacientes con artritis reumatoide temprana.

El ejercicio se prescribe en un intento de modificar los efectos adversos sobre la fuerza muscular, la capacidad aeróbica y de resistencia.

La rehabilitación comprende la evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad, con el objetivo de facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible.⁷⁸ Su finalidad principal en la artritis reumatoide es tratar las consecuencias de la enfermedad (dolor, debilidad muscular, limitación en las actividades diarias) y prevenir el deterioro funcional.

El láser de baja potencia y el TENS, de forma aislada e independiente, son eficaces para la disminución del dolor a corto plazo.

Tratamiento farmacológico (antiinflamatorios no esteroideos)

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) deben ser considerados en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide, después del evaluar el riesgo individual a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular.

⁷⁷ Ídem (64)

⁷⁸ Ídem (64)

Los AINE tienen clara indicación para el control de la inflamación y el dolor en la artritis reumatoide y son superiores a los analgésicos puros como el paracetamol.

Los efectos secundarios de los AINE son dependientes de la dosis y la duración del tratamiento, siendo los principales gastrointestinales, retención de líquidos e hipertensión. Otros menos comunes pero igualmente graves incluyen la enfermedad renal e hipersensibilidad.⁷⁹

Las úlceras del tracto gastrointestinal, en particular, del estómago y el duodeno, se presenta debido a la inhibición sistémica de prostaglandinas.

Se debe evaluar individualmente la necesidad de tratamiento con protectores de la mucosa gástrica.

Esteroides

El uso de dosis bajas de glucocorticoides, en artritis reumatoide de reciente inicio (1 a 2 años de evolución) retrasa la aparición de lesiones radiológicas.

Los esteroides reducen el dolor e inflamación y deben ser considerados como terapia adjunta (de forma temporal) a los FARME en el manejo de pacientes con artritis reumatoide.

El uso de dosis bajas de corticoesteroides en pacientes con AR, reduce la densidad mineral ósea. La evidencia de un ensayo clínico sugiere que dosis >10 mg/día incrementa el riesgo de fractura.

Fármacos Modificadores de la enfermedad (FARME)

El objetivo del tratamiento incluye control del dolor y la inflamación, la prevención del daño estructural e inducir la remisión completa de la enfermedad.

Los FARME reducen los signos y síntomas de la artritis reumatoide, mejoran la función física y los marcadores de laboratorio de actividad de la enfermedad, así como también reducen la progresión radiográfica. Los FARME para uso incluyen: hidroxiclороquina, leflunomida, metotrexato, ciclosporina A, penicilamina y sulfasalazina.

⁷⁹ Ídem (64)

El uso oportuno de los fármacos modificadores de la enfermedad (FARME), ha mostrado ser el principal predictor de respuesta adecuada al tratamiento en artritis reumatoide.⁸⁰

Metotrexato (MTX)

El metotrexato (MTX) es un fármaco de elección en el tratamiento de artritis reumatoide y debe ser empleado en pacientes con riesgo de desarrollar enfermedad persistente. Induce mayor eficacia sostenida en el tiempo, presenta mayor adherencia a largo plazo, reduce la mortalidad, posee toxicidad aceptable, es de bajo costo y fácil dosificación.

Rituximab

Rituximab (RTX) + MTX es eficaz y seguro para el tratamiento de la artritis reumatoide con factor reumatoide positivo, en pacientes con respuesta insatisfactoria a FARME.

La dosis más adecuada es de 1.000 mg de RTX en 2 dosis con 15 días de diferencia. Es la que proporciona una mejor respuesta clínica según los criterios ACR, sin incrementar de forma significativa los efectos secundarios.

El RTX en monoterapia o en combinación con MTX u otros FARME es eficaz y seguro, y puede utilizarse en pacientes con falla terapéutica a anti-TNF, así como de forma inicial en pacientes con contraindicación para el uso de los mismos.

A la dosis recomendada, el RTX retrasa el daño estructural en pacientes sin tratamiento previo con metotrexato.

Tratamiento Quirúrgico

Antes de realizar un tratamiento quirúrgico deben de considerarse una serie de factores: calidad del hueso, grado de motivación y preferencias del paciente, estimación de la modificación de la evolución de la enfermedad por el hecho de aplicar cirugía y estimación del grado en que el tratamiento quirúrgico puede reconstruir la función articular y mejorar la independencia del paciente.

⁸⁰ Ídem (64)

La cirugía debe ser considerada en aquellos pacientes con dolor intolerable, pérdida de los arcos de movimiento o limitación de la función por daño articular estructural. Los procedimientos quirúrgicos incluyen: liberación del túnel del carpo, sinovectomía, resección de la cabeza de los metatarsianos, artroplastia total articular y artrodesis.⁸¹ Las condiciones funcionales preoperatorias son un determinante importante del grado de la recuperación de la independencia funcional después de la cirugía.⁸²

Pronóstico

La mayoría de los pacientes presentan un curso clínico intermitente, y solo el 20-25% mantienen remisiones prolongadas. La destrucción articular progresiva a pesar del tratamiento, o el abandono terapéutico en otros casos, produce invalidez permanente en el 10% de los pacientes con secuelas irreversibles.

No existen marcadores pronósticos que puedan aplicarse de manera generalizada, pero la presencia en estadios tempranos de títulos altos de factor reumatoide, nódulos subcutáneos, sinovitis persistente a pesar de diversos tratamientos, pinzamientos y erosiones articulares tempranos, así como de actividad sistémica importante, se correlaciona con un curso clínico desfavorable.

Durante la evolución, la aparición de complicaciones articulares (luxación atlantoaxoidea) o extraarticulares (pulmonar, vasculitis necrosante, síndrome de Felty), la presencia de amiloidosis secundaria y la existencia de iatrogenia grave ensombrecen notablemente el pronóstico.

Aunque existen datos contradictorios, la esperanza de vida de estos pacientes parece estar disminuida con respecto a la población general. Esta mayor mortalidad

⁸¹ GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.

⁸² Ídem (81)

podría deberse a debilidad generalizada, a una mayor susceptibilidad a las infecciones, y a las complicaciones extraarticulares o derivadas de fármacos.⁸³

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

I. Ficha de identificación

Nombre del paciente: TYC	Edad: 61 años	
Sexo: Mujer	Estado civil: Casada	Ocupación: Hogar
Religión: Católica	Teléfono: 597-109-12-14	
Domicilio: Calle Puebla No. 2 Barrio San Miguel Ecatzingo Estado de México		

Valoración - Exploración física

Se encuentra femenino de edad aparente a la cronológica, consciente, orientada, cooperadora, neurológicamente íntegra en sus tres esferas, sin facies características, talla: 1.42 mts, peso: 37 Kg, TA: 95/60 mm/Hg, FC: 62 lpm, FR: 21 rpm, SpO2: 97%, normocéfala, alopecia de distribución androgénica en región occipital izquierdo de aproximadamente 2 cm de diámetro, globos oculares íntegros, pupilas isocóricas normoreflécticas, conjuntivas y escleras hiperémicas, fosas nasales permeables, mucosas con datos de deshidratación moderada y resequedad de tegumentos por síndrome de Sjogren, ausencia de piezas dentales, xerostomía, pabellones auriculares con buena implantación, cuello cilíndrico sin alteraciones aparentes, tórax normo líneo, ruidos cardiacos rítmicos y de tono adecuado sin soplos auscultables, campos pulmonares con buena ventilación en ápices y bases sin agregados, abdomen blando, plano, no doloroso a la palpación,

⁸³ Lozano J Antonio. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. Offarm [Internet]. 2001 [cited 2023 Feb 7];20(8):94–101.

peristaltismo normo activo, sin visceromegalias no palpables, genitourinario diferido, extremidades torácicas con datos de artritis reumatoide en ambas manos, fuerza disminuida, asimétricas, hiporeflexicas, hipotróficas, limitación de movimientos articulables, extremidades pélvicas hallux valgus en ambos pies, datos de insuficiencia venosa periférica con presencia de telangiectacias, varices no trombosadas, hipotróficas, hiporeflexicas, limitación de la marcha.

Antecedentes Heredofamiliares

Paciente refiere a abuela paterna finada por alcoholismo, abuelo paterno, materno y abuela materna, finados por muerte natural, madre con artritis reumatoide; finada, padre; fumador y alcohólico, finado por muerte natural, 6 hermanos, 1 finado por cáncer de colon, 5 vivos, 1 con artrosis, 2 alcohólicos y 1 con vértigo, tiene 4 hijas mujeres, 1 presenta hipotiroidismo y sobrepeso, 1 fumadora y alcohólica, el resto se encuentran aparentemente sanas.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa de material de cemento, cuenta con 8 habitaciones contando cocina, sala y comedor, tiene todos los servicios de urbanización (agua, luz, drenaje) a excepción de recolección de basura. Vive con cuatro personas, esposo, hija y dos nietos (de quien es responsable), lleva acabo buenos hábitos higiénicos y alimenticios en cuestión de calidad y cantidad (alta en fibra y baja en grasas e irritantes), refiere ser fumadora pasiva desde la infancia por su padre, refiere alcoholismo positivo a partir de los 25 años ocasionalmente, suspendido definitivamente desde hace 10 años, niega toxicomanías, es farmacodependiente desde hace 8 años, asimismo tiende a auto medicarse ante cualquier síntoma ajeno a su enfermedad, convive con animales domésticos, dos perros quienes han sido vacunados y desparasitados, refiere exposición al humo de leña toda su vida hasta la adultez.

Antecedentes personales patológicos

Refiere parotiditis a los 4 años de edad, traumatismo a los 7 años en mejilla izquierda con una piedra, sin secuelas aparentes, esquema de vacunación incompleto de infancia por escasos de servicios de salud en zona rural, alergias interrogadas y negadas, niega neoplastias, trasplantes y transfusiones sanguíneas, ha sido hospitalizada 3 veces por partos fisiológicos, padece de osteoporosis y síndrome de Sjogren hace 6 años como complicación de diagnóstico crónico degenerativo, refiere no antecedentes de cirugía.

Padecimiento actual

Paciente femenino de 61 años, casada, dedicada al hogar, escolaridad nivel básico (primaria) con antecedente de artritis reumatoide diagnosticada hace 7 años, en su unidad a derechohabencia del Hospital Militar de Especialidades bajo tratamiento polifarmaceutico, Paracetamol 500 mg 1 c/ 24 hrs en caso de dolor, calcitriol 0.25 mg 1 c/ 24 hrs, sulfasalazina 500 mg 1 c/ 12 hrs, oxcarbazepina 300 mg 1 c/ 24 hrs, ácido fólico 5 mg 1 c/ 48 hrs, indometacina 25 mg 1 c/ 12 hrs por 10 días y posterior 1 c/ 24 solo en caso de dolor, omeprazol, pantoprazol 40 mg o rabeprazol 20 mg 1 c/ 24 hrs en ayuno, calcio 500 mg 1 c/ 24 hrs efervescente, metotrexato 2.5 mg 5 tabletas cada 7 días, 3 sábado y dos domingo, teriparatida 250 mg, 20 UI c/ 24 hrs subcutánea; asimismo cada 6 meses le aplican una dosis de *polia* para la prevención del desgaste óseo, recibe quimioterapia anualmente rituximab 500 mg intravenosa, quien es valorada por el servicio de enfermería para seguimiento de cuidados preventivos para padecimientos referido.

5.2 VALORACIÓN INICIAL Y CONTINUA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: TYC	Edad: 61 años	
Sexo: Mujer	Estado civil: Casada	Ocupación: Hogar
Religión: Católica	Teléfono: 597-109-12-14	
Domicilio: Calle Puebla No. 2 Barrio San Miguel Ecatzingo Estado de México		
Diagnóstico médico: Artritis reumatoide + Osteoporosis + Síndrome de Sjogren		

		de indias, citrato de magnesio y aceite natural de salmón.	
LÍQUIDOS			
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LÍQUIDOS INGERIDOS		OBSERVACIONES
< de 500ml	Agua natural: <u> X </u>	Agua de sabor natural: <u> </u> Tè: <u> X </u>	OBSERVACIONES Comenta que las infusiones naturales son de plantas de su cosecha para prevención de enfermedades. Hoja de níspero, muicle, cabello de elote y cola de caballo, refiere que es "para lavar el riñón". Solución hidratante: 1 litro de agua, 4 limones, sal de grano y una pizca de bicarbonato.
500 a 1000ml	Jugos: <u> </u>	Refrescos: <u> </u> Café: <u> </u>	
>de 1000ml X	Cerveza: <u> </u>	Otros: <u>Infusiones y solución hidratante</u>	

DATOS DIGESTIVOS				OBSERVACIONES
Anorexia: <u> </u>	Náuseas: <u> </u>	Vómito: <u> </u>	Indigestión: <u> X </u>	OBSERVACIONES Refiere que los frijoles le causan gases
Hematemesis: <u> </u>	Pirosis: <u> </u>			
Distensión abdominal: <u> X </u>	Masticación dolorosa: <u> </u>	Disfagia: <u> </u>		
Polidipsia: <u> </u>				
Polifagia: <u> </u>	Odinofagia: <u> </u>	Sialorrea: <u> </u>	Regurgitación: <u> </u>	
Otro: <u> </u>				

ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica: <u> X </u>	2 veces al día	150 gr Aprox	Café claro	Sui generis	Alargada lisa y blanda	OBSERVACIONES Descripción basada en Escala de Bristol
Forzada: <u> </u>						
DATOS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL						
Estreñimiento: <u> </u>	Flatulencia: <u> X </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: <u> X </u>	6 Veces al día aprox	150 ml cada micción	Amarillo paja	Sui generis	En ocasiones refiere que la orina es espumosa
Forzada: _____					
DATOS DE ELIMINACIÓN URINARIA					
Nicturia: _____ Incontinencia: <u> </u>	Anuria: _____	Disuria: _____	Enuresis: _____	_____	
Iscuria: _____ Tenesmo: <u> </u>	Oliguria: _____	Opsiuria: _____	Polaquiuria: _____	_____	Urgencia: _____
Otros: _____					

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

<p>Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u>Caminar, 30 minutos diarios por la mañana y 30 minutos a medio día.</u></p> <p>Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Sola, despacio y con precaución de no caerse, resbalarse o lastimarse.</u></p> <p>Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Sola, despacio, refiere dar pasos cortos y ligeramente rápidos.</u></p>	<p>OBSERVACIONES Refiere realizar sus actividades con el tiempo suficiente para no tener presión por el mismo y ocasionar alguna caída, sobre todo cuando su esposo se encuentra en casa. Presenta debilidad, falta de fuerza muscular y limitación a la flexión de sus cuatro extremidades. Refiere intentar adoptar una postura que le proporcione alivio y disminuya el nivel de cansancio.</p>
---	---

5. DESCANSO Y SUEÑO

<p>¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>8 Hrs</u> ¿Siente descanso cuando duerme?: <u>Si</u></p> <p>¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas? No ¿Toma algún medicamento para dormir? No</p> <p>¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: Si, relajada siempre y cuando no tenga alguna preocupación</p>	<p>OBSERVACIONES Comenta que prefiere dormir sola y las características de ropa de su cama, ocupa un cobertor de algodón, que no le pese y le permita realizar diferentes cambios de postura para un mayor descanso, puesto que por las prominencias óseas en</p>
CARACTERÍSTICAS	
<p>Insomnio: <u> X </u> Bostezos frecuentes: <u> X </u> Se observa cansado: <u> X </u> <u> X </u> Presenta ojeras: <u> X </u></p> <p>Ronquidos: <u> X </u> Somnoliento: _____ Irritabilidad: <u> X </u> Otros: _____</p>	

	<p>articulaciones, no le es posible mantenerse y conciliar el sueño (aproximadamente ello le cuesta de 15 a 20 min) en una sola postura, fabricó ella misma dos almohadas con las que comenta sentir alivio y descanso en el cuello.</p>
--	--

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

<p>¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>Cada tercer día</u></p> <p>Necesita ayuda para vestirse: <u>En ocasiones, cuando presenta dolor en miembros torácicos.</u></p> <p>Tipo de ropa preferida: <u>Algodón, cubierta, cómoda, holgada, abrigadora, ligera (que no pese).</u></p>	<p>OBSERVACIONES Refiere vestir de forma conservadora, considera que lo hace de acuerdo a su edad. Evita chamarras o ropa estorbosa y pesada, accesorios y zapatos, usa tenis que le brinda seguridad para caminar y cuando permanece en su casa usa zapatos de descanso (pantuflos) se cubre con un rebozo, refiere que es ligero y abrigador.</p>
---	--

7. TERMORREGULACIÓN

<p>Temperatura corporal: 36.6 Axilar: <u> X </u> Frontal: _____ Calosfríos: _____ Pilo erección: _____ Distermias: _____ Fiebre: _____ Rubicundez facial: _____ Diaforesis: _____</p>	<p>Otica: _____ Oral: _____ Rectal: _____ Hipotermia: _____ Hipertermia: _____ Otros: _____</p>	OBSERVACIONES
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN	
<p>Matutino: <u> X </u></p>	<p>Fría: <u> X </u> Húmeda: _____ Templada : _____</p>	<p>De acuerdo al clima de la zona donde se encuentra su casa, le resulta</p>

		<p>necesario adaptar su habitación, lo cual realiza con un calentador eléctrico, aquel favorece la temperatura de la misma y con ello disminuye el hecho de exceder en sus prendas de vestir.</p>
Vespertino: _____	Ventilada: _____ Poco ventilada: <u> X </u>	
Nocturno: _____	Otros: _____	

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL			
BAÑO. Regadera: <u> X </u> Tina: _____ Esponja: _____ Aseos parciales: _____ Aseos de cavidades: _____		OBSERVACIONES	
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: _____ <i>Tres veces a la semana:</i> <u> X </u> <i>1 vez a la semana:</i> _____ <i>Otro:</i> _____			
MUCOSA ORAL			
Seca: <u> X </u> Hidratada: _____ Estomatitis: _____ Caries: <u> X </u> Gingivitis: _____ Ulceras: _____ Aftas: _____		<p>Síndrome de Sjogren desde hace 6 años. A pesar de la adecuada ingesta de líquidos, no es suficiente para que se mantenga hidratada por el síndrome que presenta.</p> <p>Refiere ya no acudir a su odontólogo, puesto que los procedimientos ya son muy dolorosos para ella.</p>	
Sialorrea: _____ Xerostomía: <u> X </u> Flictenas: _____ Halitosis: _____ Características de la lengua: <u> Seca </u> Otros: _____			
DIENTES			
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: <u> X </u> 2 veces al día: _____ 3 veces al día: _____ Cantidad de dientes: <u> 16 piezas dentales </u> Características de los dientes: Amarillos: <u> X </u> Blancos: _____ Picados: _____ Sarros: <u> X </u> Caries: _____			

PIEL		
COLORACIÓN: Palidez: <u> X </u> Cianosis: _____ Rubicundez: _____ Cloasma: _____ Ictericia: _____ Melasma: _____ Angiomas: _____ Manchas: Grisácea: _____ Apiñonada: _____ Rosado: _____		OBSERVACIONES
		<p>Utiliza crema de almendras para hidratar su piel.</p>

Morena clara: <input checked="" type="checkbox"/>	Morena intensa: <input type="checkbox"/>	Hiperpigmentacion: <input type="checkbox"/>	Hallux valgus (juanetes) Quemadura de primer grado en antebrazo derecho, cara anterior Picadura de araña en brazo derecho, presenta escozor y eritema
Morena media: <input type="checkbox"/>			
TEMPERATURA. Fría: <input type="checkbox"/> Caliente: <input type="checkbox"/> Tibia: <input checked="" type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>			
TEXTURA. Edema: <input type="checkbox"/> Celulitis: <input type="checkbox"/> Áspera: <input checked="" type="checkbox"/> Turgente: <input type="checkbox"/> Escamosa: <input type="checkbox"/> Lisa: <input type="checkbox"/>			
Seca: <input checked="" type="checkbox"/> Agrietada: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>			
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: <input type="checkbox"/> Pápulas: <input type="checkbox"/> Vesículas: <input type="checkbox"/> Pústulas: <input type="checkbox"/>			
Nódulos: <input type="checkbox"/>			
Ulceras: <input type="checkbox"/> Erosiones: <input type="checkbox"/> Fisuras: <input type="checkbox"/> Costras: <input type="checkbox"/> Red venosa: <input checked="" type="checkbox"/> Escaras: <input type="checkbox"/>			
Tubérculos: <input type="checkbox"/> Escaras: <input type="checkbox"/> Callosidades: <input checked="" type="checkbox"/> Isquemias: <input type="checkbox"/>			
Nevos: <input checked="" type="checkbox"/> Tatuajes: <input type="checkbox"/>			
Prurito: <input type="checkbox"/> Petequias: <input type="checkbox"/> Equimosis: <input type="checkbox"/> Hematomas: <input type="checkbox"/> Masas: <input type="checkbox"/> Verrugas: <input type="checkbox"/>			
Signos de maltrato: <input type="checkbox"/> Quemaduras: <input checked="" type="checkbox"/> Infiltración: <input type="checkbox"/> Ronchas o habones: <input checked="" type="checkbox"/>			
Otros: <input type="checkbox"/>			

CABELLO		
Largo: <input checked="" type="checkbox"/>	Corto: <input type="checkbox"/>	Lacio: <input type="checkbox"/> Quebrado o chino: <input checked="" type="checkbox"/>
Limpio: <input checked="" type="checkbox"/>	Sucio: <input type="checkbox"/>	
Desalineado: <input type="checkbox"/>	Seborreico: <input type="checkbox"/>	Fácil desprendimiento: <input type="checkbox"/>
Alopecia: <input checked="" type="checkbox"/>	Distribución: <input checked="" type="checkbox"/>	
Implantación: <input type="checkbox"/>	Zooriasis: <input type="checkbox"/>	Pediculosis: <input type="checkbox"/> Quebradizo: <input type="checkbox"/>
Caspa: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	
		OBSERVACIONES Mantiene adecuada distribución de cabello, a excepción de zona occipital izquierda donde presenta alopecia androgénica aproximadamente de 2 cm de diámetro desde hace 5 años ya que recibe quimioterapia anualmente.

OJOS

Simetría: Asimetría: Tumores: Separación ocular:
 Hemorragias:

OBSERVACIONES

Pupilas isocóricas
 Por las mañanas
 ocasionalmente
 presenta secreción,

UÑAS*Coloración y características*

Quebradizas: Micosis: Bandas Blancas: Amarillentas:
 Onicofagia:
 Cianóticas: Estriadas: Coiloniquia: Leuconiquia:
 Convexas: Grisáceas:

OBSERVACIONES

Menciona que el largo de sus uñas depende de cada cuando se las corten, puesto que sus manos no cuentan ya con la fuerza necesaria para realizar esa actividad utiliza gotas para tratamiento (Hialuronato de Sodio dos gotas en cada ojo) y lavados oculares con infusión de manzanilla

Hematoma subungueales: Rosadas: Otras:
 Deformadas:

Edema palpebral: Secreción: Ojeras: Dolor: Estrabismo:
 Tics:

El uso de lentes es únicamente para leer y cuando presenta cansancio visual.

Pestañas integras o lesionadas: Exoftalmos: Fosfenos: Uso de lentes:
 Enoftalmos:

OÍDOS

Dolor: Cerumen: Otorrea: Auxiliares auditivos:
 Edema:

OBSERVACIONES

Presenta pabellones auriculares con buena implantación.

Acufenos:

Deformidades: Hipoacusia:
 Acusia:

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
<p>Esquema de vacunación. Completo: _____ Incompleto: <u> X </u></p> <p>Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>Ninguna</u></p> <p>Quando existe algún malestar usted hace: Ir al médico: _____ Tomar un medicamento que este en casa: <u> X </u></p> <p>Número de personas con las que vive y parentesco: <u>4 personas, esposo, hijas y nieta</u></p> <p>Convive con animales (cuales y cuantos): <u>Si, una perra</u></p> <p>En casa hay fauna nociva o domestica: <u>No</u></p> <p>En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u>Si, hija</u></p> <p>En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u>Si</u></p> <p>¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): <u>Todos los servicios</u></p>	<p align="center">OBSERVACIONES</p> <p>Refiere no tener ni una dosis de influenza ni el refuerzo de Covid 19, comenta que le da miedo la reacción. Sistema inmunológico deprimido. Cuando presenta dolor en articulaciones, por lo regular en rotula derecha, ingiere algún analgésico, como paracetamol de 500 mg. Comenta que tiene miedo de que en algún momento su mascota pueda empujarla y ocasionarle alguna lesión o caída. Menciona que a pesar de que sus hijas son fumadoras, evitar hacerlo frente a ella.</p>

ESTADO NEUROLÓGICO	
<p>Alerta: <u> X </u> Orientado (tiempo, espacio, lugar): <u> X </u> Confusión: _____ Parálisis: _____</p> <p>Hemiplejia: _____ Movimientos anormales: _____ Hipervigilia: _____ Hemiparesia: _____</p> <p>Parestesia: _____ Dislalia: _____ Dislalia: _____ Hiperactividad: _____</p> <p>Déficit de atención: _____ Agresividad: _____ Letárgico: _____ Excitabilidad motriz: _____</p> <p>Alucinaciones: _____ Fobias: <u> X </u> Otros: _____</p>	<p align="center">OBSERVACIONES</p> <p>Refiere miedo a presenciar nuevamente un desastre natural (sismo)</p>

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA

<p>Riesgos físicos / materiales: <u>Escaleras sin barandal, piso sin antiderrapante.</u></p> <p>Riesgos ambientales: <u>Suelo mojado en temporada de lluvia, falta de banquetas por donde usualmente transita</u></p> <p>Riesgos familiares: <u>Violencia física por alcoholismo y falta de control de ira de familiares directos (pareja, hija y nieto).</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Refiere en un par de ocasiones haber sido violentada por estas tres personas. (Quienes no viven ya en el mismo domicilio que ella a excepción de su pareja, quien comenta que ha controlado más su manera de beber).</p>
---	---

10. COMUNICACIÓN

<p>Pertenece a un grupo social: <u>Si, asiste cada semana los días jueves por la mañana a sesiones de yoga.</u></p>	
<p>Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): <u>Telefónicas</u></p>	
<p align="center">HABLA</p>	
<p>TIPO DE COMUNICACIÓN Oral: <u>__X__</u> Escrita: _____ Señas: _____ Visual: _____</p> <p>TIPO DE HABLA: Entendida: <u>__X__</u> Poco clara: _____ Incompleta: _____ Incoherente: _____ Pausado: _____ Tartamudeo: _____ Balbuceo: _____ Dislexia: _____ Afasia: _____ Dislalia: _____ Dialecto: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>No presenta ningún tipo de dificultad de comunicación</p>

<p align="center">PERSONALIDAD</p>	
<p>Alegre: _____ Tímido: <u>__X__</u> Violento: _____ Pasivo: _____ Sarcástico: _____ Noble: <u>__X__</u> _____</p> <p>Hiperactivo: _____ Enojo: _____ Impulsivo: _____ Retador: Inferioridad: _____ _____</p> <p>Superioridad: _____ Otro: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>De acuerdo a la educación recibida, acostumbra a sobre llevar el machismo de su pareja.</p>

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

<p>Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>Católica, últimamente cada semana</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Normalmente se rige por los usos y costumbres de su religión, actitudes</p>
---	--

<p>Valores que se consideran importantes: <u>Respeto y honestidad</u></p> <p>¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>Si influye</u></p> <p>¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>Cree en un Dios que sana</u></p>	<p>y comportamiento que no “traicionen” lo que ésta misma dice.</p>
---	---

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
<p>Ingreso económico mensual: <u>\$10,000</u></p> <p>¿La enfermedad ha causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? <u>Si</u></p> <p>¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? <u>Si, dieta, posturas para evitar el dolor, medicamentos, revisiones programadas, ejercicios pasivos.</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Es totalmente dependiente económicamente de su pareja.</p> <p>En momentos de crisis y dificultades de su enfermedad, se siente inútil, no le gusta tener que pedir ayuda para realizar sus actividades.</p>

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

<p>¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>Si, realiza Yoga</u></p> <p>¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>Costura, tejer, bordar, manualidades</u></p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>de 20 a 30 minutos por la mañana</u></p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>2 hrs aproximadamente, cada semana</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Los días jueves por la mañana toma una sesión de Yoga con duración de 1 hora.</p> <p>El tiempo que dedica a su persona es mínimo, puesto que únicamente se cepilla los dientes y se peina, no usa maquillaje. Y de estas actividades el peinarse es la que le cuesta más trabajo, por la posición de las manos y el tiempo invertido.</p>
---	--

	Por la tarde, tiende a ver su programa de televisión mientras degusta su colación.
--	--

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
<p>Escolaridad del paciente: <u>Nivel básico (Primaria)</u></p> <p>Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente):</p> <p>¿Qué le gustaría estudiar?: <u>Si hubiese tenido la oportunidad de estudiar algo, sería mecanografía.</u></p> <p>¿Qué le gustaría aprender?: <u>Dibujar</u></p>	<p align="center">OBSERVACIONES</p> <p>Refiere que por el machismo de su papá y su hermano mayor ya no le dieron la oportunidad de seguir con sus estudios.</p>

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
<p>¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno _____ Malo: _____ Regular : <u>__X__</u> No se: _____</p> <p>Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: <u>__X__</u> No: _____ Cuales:</p> <p>¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>Acude a su especialidad dos veces al año.</u></p> <p>¿Cuántas veces al año acude al dentista?: Cuando tiene molestia únicamente.</p> <p>¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? Confusa, hay términos que no comprende y le da pena preguntar, tiene algunas dudas.</p>	<p align="center">OBSERVACIONES</p> <p>En otras especialidades, acude de acuerdo a citas programadas, ejemplo, mastografía, PAP, colposcopia etc.</p>

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER	
<p>Edad de la menarca: <u>14 años</u> Ritmo, flujo, de menstruación: <u>Duración de 3 días, flujo abundante</u></p> <p>Dismenorrea: _____ Fecha de última menstruación: <u>A los 54 años</u></p> <p>Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>Cada tercer día, baño completo</u></p> <p>¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: <u>Si, Octubre 2022</u></p> <p>¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: <u>Sin alteraciones aparentes</u></p> <p>¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: <u>Si, Octubre 2022</u></p> <p>¿Sabe realizarse la exploración de mama?: <u>No recuerda exactamente como realizarla</u></p> <p>¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>Oclusión tubaria bilateral (OTB) desde hace 26 años</u></p> <p>¿Cuándo inicio la menopausia?: <u>a los 54 años</u></p> <p>Numero de gestaciones: <u>4</u> Número de partos: <u>4</u> Número de cesáreas: <u>0</u> Número de abortos : <u>0</u></p> <p>Todos sus hijos viven: <u>Si</u></p> <p>¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>Si</u></p>	<p align="center">OBSERVACIONES</p> <p>Refiere utilizar jabón neutro para higiene de zona íntima.</p> <p align="center">Se proporciona explicación de cómo realizar la exploración para identificar alguna anomalía en mamas</p>

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
<p>Exámenes de Laboratorio Generales:</p> <p>VSG 62, LEUCOS 9,900 HB 9.1G HTO 39% PLAQ 78,000 LINFOS 2430 NEUTROF 6,680 GLU 93MG, CR 0.7MG. AC URICO 4.7, PCR 51.4 MG, TGP 8, TGO 21 U, COL 139 MG, TGL 112 MG, EGO SIN PROTEINAS.</p>
<p>Exámenes de Laboratorio Especiales</p> <p>Colposcopia: sin evidencia de lesiones acetoblancas, se observam bandas blanquicinas de atrofia y petequias subepiteliales.</p> <p>Alteraciones inflamatorias</p> <p>Síndrome genitourinario en menopausia por atrofia</p>
<p>Estudios de Gabinete.</p> <p>T-SCORE COLUMNA L3 -4.2 CADERA DER. -3.0 IZQ, DER -2.7* COLUMNA L2 -4.0 CXF ANA 1;80 QUEST MOTEADO.</p>

USG GLÁNDULAS MAMARIAS

GLÁNDULA MAMARIA DERECHA: sin retracción del pezón, piel y tejido celular subcutáneo de grosor normal, tejido adiposo normal en relación con la edad de la paciente. Tejido fibroglandular de ecogenicidad heterogéneas con imágenes hipo e hiperecoicas y zonas de fibrosis, sin la presencia de lesiones quísticas o sólidas. Ligamentos de Cooper y Cola de Spencer normales. Capa retro mamaria y musculos pectorales sin alteraciones, peso y área retroareolar sin alteraciones, sin cambios en su arquitectura.

GLÁNDULA MAMARIA IZQUIERDA: sin retracción del pezón, piel y tejido celular subcutáneo de grosor normal, tejido adiposo normal en relación con la edad de la paciente. Tejido fibroglandular de ecogenicidad heterogéneas con imágenes hipo e hiperecoicas y zonas de fibrosis, sin la presencia de lesiones quísticas o sólidas.

Ligamentos de Cooper y Cola de Spencer normales. Capa retro mamaria y músculos pectorales sin alteraciones, peso y área retroareolar sin alteraciones, sin cambios en su arquitectura, a nivel de región clavicular y axilar bilateral sin la presencia de lesiones.

TRATAMIENTO MÉDICO

Paracetamol 500 mg 1 c/ 24 hrs en caso de dolor.

Calcitriol 0.25 mg 1 c/ 24 hrs

Sulfasalazina 500 mg 1 c/ 12 hrs

Oxcarbazepina 300 mg 1 c/ 24 hrs

Ácido fólico 5 mg 1 c/ 48 hrs

Indometacina 25 mg 1 c/ 12 hrs por 10 días y posterior 1 c/ 24 solo en caso de dolor

Omeprazol, pantoprazol 40 mg o rabeprazol 20 mg 1 c/ 24 hrs en ayuno

Calcio 500 mg 1 c/ 24 hrs efervescente

Metotrexato 2.5 mg 5 tabletas cada 7 días, 3 sábado y dos domingo

Teriparatida 250 mg, 20 UI c/ 24 hrs subcutánea

Asimismo cada 6 meses le aplican recibe dosis de *polia* para la prevención del desgaste óseo y quimioterapia anualmente rituximab 500 mg intravenosa

5.3 DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Moverse y mantener una buena postura	Alteración en la marcha Dificultad para girarse Movimientos lentos	Disminución de la fuerza muscular Tono muscular insuficiente Rigidez articular Dolor articular (EVA 7pts)	Etiqueta diagnóstica: (00085) Deterioro de la movilidad Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 2 Actividad y ejercicio	Fuerza Conocimiento X Voluntad	Sustituta Ayudante X Compañera
Evitar peligros	Inadecuado material antideslizante en los pisos Falta de barandales de seguridad	Miedo a caerse Dolor muscoesquelético (EVA 7pts) Disminución de la fuerza en extremidades Escala Downton 4pts	Etiqueta diagnóstica: (00303) Riesgo de caídas Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: 2 Lesión física	Fuerza Conocimiento Voluntad X	Sustituta Ayudante X Compañera
Moverse y mantener una buena postura	Edad, adulto mayor Ansiedad cuando se requiere actividad superior a la tolerancia	Disminución de la fuerza muscular Temor al dolor Debilidad Tono muscular insuficiente IMC: 18.3 kg/m	Etiqueta diagnóstica: (00298) Disminución a la tolerancia Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 2 Actividad y ejercicio	Fuerza Conocimiento Voluntad X	Sustituta Ayudante X Compañera
Nutrición e hidratación	Debilidad de los músculos necesarios para la masticación	Suministro inadecuado de alimentos	Etiqueta diagnóstica: (00002) Desequilibrio nutricional Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión	Fuerza Conocimiento X Voluntad	Sustituta Ayudante X Compañera
Higiene y protección de la piel	Palidez de la mucosa oral Xerostomía	Disminución de la salivación Deshidratación	Etiqueta diagnóstica: (00045) Deterioro de la integridad de la mucosa oral Dominio: 11 Seguridad y protección	Fuerza Conocimiento X Voluntad	Sustituta Ayudante X Compañera

			Clase: 2 Lesión física		
Comunicación	Disminución de la productividad Inseguridad	Dolor (EVA 7) Necesidades no satisfechas Estrés	Etiqueta diagnóstica:(00146) Ansiedad Dominio: 9 Afrontamiento y tolerancia Clase: 2 Respuesta de afrontamiento	Fuerza Conocimiento Voluntad X	Sustituta Ayudante Compañera X
Higiene y protección de la piel	Padecimiento crónico Inmunosupresión Malnutrición	Procedimiento invasivo (quimioterapia)	Etiqueta diagnóstica: (00004) Riesgo de infección Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: 1 Infección	Fuerza Conocimiento X Voluntad	Sustituta X Ayudante Compañera

5.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 4 <u>Actividad y reposo</u> CLASE: 2 <u>Actividad y ejercicio</u>	DOMINIO: I <u>Salud funcional</u> CLASE: C <u>Movilidad</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física ETIQUETA: 00085 FACTOR RELACIONADO: <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la fuerza muscular Tono muscular insuficiente Rigidez articular Dolor articular 	RESULTADO ESPERADO: Movilidad ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
EVIDENCIADO POR: <ul style="list-style-type: none"> Alteración en la marcha Dificultad para girarse Movimientos lentos 	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	020810 Marcha	3	4	4
	020804 Ambulación	4	4	4
	020803 Movimiento muscular	3	4	4
020806 Movimiento articular	3	4	3	
020802 Mantenimiento de la posición corporal	3	4	4	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se observa a la paciente ambular sin instrumento de apoyo, bajo ciertas barreras de seguridad y medidas de protección, sin embargo por el progreso de la enfermedad, el movimiento articular continua limitado.				

CAMPO: Fisiológico básico **CLASE:** Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Terapia de ejercicios: Movilidad articular

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Determina las limitaciones del movimiento articular2. Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios3. Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento / actividad.4. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones5. Proteger al paciente de traumatismos durante el ejercicio	<p>La figura de la fisioterapia juega un papel determinante en el tratamiento precoz de la Artritis Reumatoide por la dependencia que puede causar esta patología y el deterioro de la imagen personal.</p> <p>Se consigue prevenir deformidades, una mayor independencia del paciente y un ahorro de energía al realizar las AVD (actividades de la vida diaria) asimismo el aumento de la autoestima del paciente a la hora de enfrentarse con una de estas actividades.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

García López H. Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional. Fisioterapia en Artritis Reumatoide

CAMPO: Fisiológico básico **CLASE:** Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Fomento del ejercicio

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico2. Investigar experiencias deportivas anteriores3. Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal4. Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados5. Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo	<p>La acción beneficiosa de la actividad física es general sobre todo el cuerpo, actúa modificando la fisiología y la bioquímica celular, pero es más evidente en las partes del cuerpo que se activan durante la práctica del ejercicio, como los músculos, los huesos, las articulaciones, el sistema circulatorio o el metabolismo. Para que sus efectos beneficiosos persistan, el ejercicio físico debe ser regular en la intensidad, la frecuencia y la duración (y en este orden). La práctica del ejercicio es la mejor manera para mantener la capacidad funcional de la persona y para prevenir la incapacidad como consecuencia del envejecimiento y las enfermedades crónicas.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Saz Peiró, Pablo. Gálvez Galve, Juan J. María Ortiz Lucas, Shila Saz Tejero. Ejercicio físico. MEDICINA NATURISTA, 2017; Vol. 5 - N.º 1: 18-23.

PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 4 <u>Actividad y reposo</u> CLASE: 2 <u>Actividad y ejercicio</u></p>	<p>DOMINIO: Salud funcional CLASE: Mantenimiento de la energía</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución de la tolerancia a la actividad ETIQUETA: 00298</p> <p>FACTOR RELACIONADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza muscular • Temor al dolor • Deterioro de la movilidad física • Tono muscular insuficiente • Dolor <p>EVIDENCIADO POR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad 	<p>RESULTADO ESPERADO:</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Con ayuda de la terapia de ejercicios físicos indicada por médico tratante (reumatólogo) se observa una mejoría en la ambulación, Asimismo con el apoyo del profesional de enfermería mediante la terapia ocupacional, hidro y electroterapia, logra cierto grado de independencia para realizar actividades de la vida diaria.</p>	<p align="center">INDICADORES</p>	<p align="center">PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p align="center">MANTENER EN</p>	<p align="center">AUMENTAR A</p>	<p align="center">LOGRADO</p>
	<p>000509 Paso al caminar</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
	<p>000519 Tolerancia a la caminata</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
<p>000511 Tolerancia a subir escaleras</p>	<p align="center">2</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">3</p>	
<p>000521 Fuerza en las manos</p>	<p align="center">2</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">2</p>	

CAMPO: Fisiológico básico CLASE: Control de actividad y ejercicios

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Fomento del ejercicio: estiramientos

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actual2. Proporcionar información sobre los cambios en la estructura muscular esquelética, relacionados con el envejecimiento y los efectos de la falta de uso3. Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos/ alteraciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente a los grupos de músculos/articulaciones más rígido.	<p>La actividad física aeróbica de bajo impacto no recarga las articulaciones e incluye caminar vigorosamente, andar en bicicleta, nadar, bailar, hacer ejercicios aeróbicos en el agua, hacer trabajo liviano de jardinería y clases de ejercicio grupales.</p> <p>Los ejercicios de flexibilidad, como los de estiramiento y yoga, también son importantes para las personas con artritis. Muchas de las personas con artritis tienen rigidez en las articulaciones que les dificultan las actividades diarias. Hacer ejercicios de flexibilidad a diario ayuda a mantener el rango de movimiento para que pueda seguir haciendo ciertas actividades como las tareas del hogar, sus pasatiempos o visitar a los amigos y la familia.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez Figueroa M. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Actividad física para la artritis.

CAMPO: Fisiológico básico CLASE: Control de la actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Enseñanza: ejercicio prescrito

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Enseñar al paciente el uso de analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio2. Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía3. Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio y la importancia de tal acción4. Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correctas.	<p>La actividad física es todo movimiento corporal que haga trabajar el cuerpo. La actividad física cotidiana de una persona está repartida en varias áreas: la actividad que realiza en su jornada laboral, la actividad que realiza como desplazamiento o transporte; la actividad que realiza en el hogar como parte de las tareas cotidianas y la actividad recreativa que realiza en su tiempo libre.</p> <p>Es recomendable elegir actividades que resulten placenteras y factibles de hacer para no abandonarlo con facilidad.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Iñigo Álvarez de Toledo. Fundación Renal <https://fundacionrenal.com/contenido/la-ingesta-de-liquidos/>

PLAN DE CUIDADOS

<p align="center">DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 2 Lesión física</p>	<p align="center">DOMINIO: I Salud funcional CLASE: D Autocuidado</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de caídas en adulto ETIQUETA: 00303</p> <p>FACTOR RELACIONADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor muscoesquelético • Disminución de la fuerza en extremidades • Deterioro de la movilidad física • Falta de barandales de seguridad 	<p>RESULTADO ESPERADO: Nivel de autocuidado</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p> <p>De acuerdo a las posibilidades de la paciente, se realizaron modificaciones en su entorno, logrando realizar tareas domésticas con mayor seguridad. Asimismo se mantiene al tanto de la conciliación de medicamentos y realizar otros cambios para beneficio propio.</p>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	<p>031310 Realiza tareas domesticas</p> <p>031309 Controla su propia medicación parenteral</p> <p>031314 Reconoce necesidades de seguridad en su hogar</p>	3	3	3
	4	4	4	
	4	4	4	

CAMPO: Seguridad CLASE: Control de Riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de caídas

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar déficits físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas2. Revisar antecedentes de caídas3. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular4. Retirar los muebles bajos que supongan un riesgo de tropiezo5. Sugerir uso de calzado seguro	<p>Utilizar una valoración multifactorial junto con intervenciones dirigidas a la identificación de los factores de riesgo. Evaluación de la necesidad de toda la medicación, el equilibrio, la marcha y entrenamiento de resistencia, el uso de estrategias para manejar la hipotensión postural si la hubiera.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez Figueroa M. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Actividad física para la artritis

CAMPO: Fisiológico básico **CLASE:** Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Fomentar la mecánica corporal

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilidad y utilizar el cuerpo2. Instruir sobre la utilización de colchones, sillas y almohadas firmes3. Ayudar a mostrar posturas correctas para dormir4. Utilizar los principios de mecánica corporal con la manipulación segura del paciente y ayuda para el movimiento5. Proporcionar información sobre las causas posibles del dolor muscular o articular relacionado con la postura	<p>La mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo para producir el movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad. Es la utilización adecuada del cuerpo humano. Comprende las normas fundamentales que deban respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso, con el objeto de utilizar el sistema osteomuscular de forma eficaz, reduciendo la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio, evitando la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones. Su finalidad principal es facilitar el uso seguro y eficiente del grupo de músculos adecuado.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez Figueroa M. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Actividad física para la artritis.

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11 Seguridad / protección CLASE: 2 Lesión física	DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: C Líquidos y electrolitos			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad de la mucosa oral ETIQUETA: 00045 FACTOR RELACIONADO: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la salivación • Deshidratación EVIDENCIADO POR: <ul style="list-style-type: none"> • Palidez de la mucosa oral • Xerostomía 	RESULTADO ESPERADO: Hidratación ESCALA LIKERT: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Tomando en cuenta la jarra del buen beber como estrategia para el aumento de la ingestión de líquidos, la mucosa oral de la paciente se observa hidratada, con buena coloración de tegumentos y disminución de lesiones.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	060215 Ingesta de líquidos 060205 Sed 060223 Pérdida de peso 110104 Hidratación 110116 Lesiones de la mucosa	2 2 3 2 3	4 3 2 4 4	3 3 2 4 4

CAMPO: 2 Fisiológico complejo CLASE: N control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo de líquidos

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Vigilar el estado de hidratación2. Controlar la ingesta de alimentos / líquidos3. Administrar líquidos4. Ofrecer tentempiés: bebidas y frutas	<p>El nivel de agua que contiene nuestra sangre disminuye lo que dificulta su circulación y como consecuencia nuestros órganos y músculos reciben un nivel menor de los nutrientes y del oxígeno que necesitan para funcionar correctamente.</p> <p>Las bebidas nos aportan entre un 75 y un 80% del agua que necesita nuestro organismo, el otro 20-25% procede de los alimentos que ingerimos, por lo que para mantenernos hidratados no tenemos más que ingerir líquidos como agua, infusiones, zumos, lácteos, etc. y comer, sobre todo caldos, sopas, frutas y verduras (su contenido en agua es más elevado que en el resto de alimentos).</p> <p>Una deshidratación superior al 2% influye en el rendimiento físico aeróbico e intelectual, pudiendo afectar a la función cerebral y al funcionamiento de ciertos neurotransmisores.</p>

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA Aránzazu Perales-García. Hidratación: determinados aspectos básicos para el desarrollo científico-técnico en el campo de la nutrición. Nutr. Hosp. vol.33 supl.4 Madrid 2016

CAMPO: Fisiológico complejo CLASE: N control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Monitorización de líquidos

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos del individuo2. Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos3. Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed4. Administrar líquidos	<p>Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente. El resultado de la resta de líquidos que se excretan a los ingeridos, determinan el balance hídrico positivo o negativo.</p> <p>El consumo total de líquidos difiere en las personas de acuerdo con sus características fisiológicas y está determinado por aspectos socioculturales y preferencias personales. Diversos estudios relacionan un consumo adecuado de agua total con dietas de mejor calidad, mejores hábitos de salud y un menor riesgo de presentar enfermedades crónicas</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Aránzazu Perales-García. Hidratación: determinados aspectos básicos para el desarrollo científico-técnico en el campo de la nutrición. Nutr. Hosp. vol.33 supl.4 Madrid 2011

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión	DOMINIO: _____ CLASE: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional ETIQUETA: 00065 FACTOR RELACIONADO: <ul style="list-style-type: none"> • Suministro inadecuado de alimentos EVIDENCIADO POR: <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad de los músculos necesarios para la masticación 	RESULTADO ESPERADO: ESCALA LIKERT <ol style="list-style-type: none"> 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 normal 			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente agregó algunos alimentos que tienen más aporte nutricional para su ingesta de acuerdo con el plato del bien comer, aumentando ligeramente el peso corporal. (270 gr).	100402 Ingesta de alimentos 100401 Ingesta de nutrientes 100405 Relación peso/talla 100408 Ingesta de líquidos	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		3 2 3 2	4 4 3 4	4 4 3 4

CAMPO: Fisiológico básico CLASE: Apoyo nutricional
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Asesoramiento nutricional

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente2. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional3. Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud4. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente5. Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos	<p>La nutrición tiene un impacto directo sobre nuestro estado de salud. Aportar la cantidad necesaria de cada nutriente a nuestro cuerpo nos da vitalidad. Para mantener su peso, las calorías que ingiere deben equivaler a la energía que consume, un plan de alimentación que ayuda a controlar el peso incluye una variedad de alimentos saludables</p> <p>Tiene un papel decisivo en la promoción de la salud y en la prevención y tratamiento dietético-nutricional de la enfermedad, mediante la optimización de la dieta y otros aspectos del estilo de vida en individuos, comunidades y poblaciones</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ángeles Carbajal, José Luis Sierra, Proceso de Atención Nutricional: elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética Rev Esp Nutr Hum Diet vol.24 no.2 Pamplona abr./jun. 2020 Epub 11-Ene-2021

CAMPO: Fisiológico básico CLASE: D apoyo nutricional
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Ayuda a ganar peso

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Pesar al paciente a intervalos determinados2. Analizar las posibles causa del bajo peso corporal3. Fomentar el aumento de ingesta calórica4. Considerar las preferencias alimentarias del paciente teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión5. Crear un ambiente relajado y agradable a la hora de la comida	<p>Los hábitos nutricionales adecuados constituyen un elemento fundamental para el desarrollo físico y mental del individuo, así como también para reducir la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en su estado de salud.</p> <p>Para la correcta nutrición, no basta con saber la cantidad, calidad y variabilidad de los alimentos que se han de consumir, sino que es sumamente importante conocer también el grado de compatibilidad que existe entre ellos cuando los mezclamos en una misma comida.</p> <p>En el proceso digestivo, la transformación de los alimentos se produce bajo la acción de las enzimas que descomponen dichos alimentos en los distintos nutrientes.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ondina Terrero, Eumelia. Álvarez Gómez José L. Rev Cubana Med Gen Integr v.18 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2002

PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: Afrontamiento y tolerancia CLASE: Respuesta de afrontamiento</p>	<p>DOMINIO: Salud psicosocial CLASE: Bienestar psicológico</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad ETIQUETA: 00146</p> <p>FACTOR RELACIONADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Necesidades no satisfechas • Estrés <p>EVIDENCIADO POR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la productividad • Expresa inseguridad 	<p>RESULTADO ESPERADO: Motivación</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p> <p>Trabajando conjuntamente con el equipo multidisciplinario, se observa a la paciente con actitud positiva, motivada a mejorar la calidad de vida, aun con las limitantes propias de la enfermedad</p>	<p align="center">INDICADORES</p>	<p align="center">PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p align="center">MANTENER EN</p>	<p align="center">AUMENTAR A</p>	<p align="center">LOGRADO</p>
	<p>120907 Mantiene un autoestima positiva</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
	<p>120915 Expresa intención de actuar</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
	<p>120905 Inicia conductas dirigidas a los objetivos</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>

CAMPO: 3 Conductual CLASE: O terapia conductual
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Terapia de actividad

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Determinar la capacidad de la paciente de participar en actividades específicas2. Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales3. Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad4. Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía y movimiento5. Proporcionar una actividad motora que alivie la tensión muscular	<p>La terapia ocupacional es uno de los elementos de la rehabilitación destinada a mejorar la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas del cuidado personal, el trabajo productivo y las actividades de ocio. Conducir proporciona un grado de libertad a las personas de edad avanzada, independencia, interacciones sociales cruciales con la propia comunidad que muchas personas dan por hecho su juventud.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carr B. David, Washington University School of Medicina. LA CONDUCCIÓN DE LA TERCERA EDAD.

PLAN DE CUIDADOS

<p align="center">DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 1 Infección</p>	<p align="center">DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: H Respuesta inmune</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección ETIQUETA: 0004</p> <p>EVIDENCIADO POR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecimiento crónico • Inmunosupresión • Malnutrición 	<p>RESULTADO ESPERADO: Severidad de la infección</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente refiere disminución del dolor (EVA 5 pts), llevando a cabo las medidas de prevención de riesgos que se le recomendaron para mantenerse en un estado de salud estable.</p>	<p>070337 Dolor articular</p> <p>070338 Dolor muscular</p> <p>070311 Malestar general</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p>

CAMPO: 4 seguridad CLASE: V control de riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Control de infecciones

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none">1. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos2. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados3. Fomentar una ingesta nutricional adecuada4. Fomentar la ingesta de líquidos5. Administrar un agente de inmunización	<p>La higiene de manos se puede llevar a cabo con un lavado de manos con agua y jabón o con un producto con base de alcohol.</p> <p>El entorno de los cuidados es un componente clave para permitir o facilitar la transmisión de patógenos, al tocarlos, los objetos y las superficies contaminan las manos. Así, pueden transmitir microorganismos a los pacientes, a otras superficies u objetos.</p> <p>El compromiso del paciente y de su cuidador implica compartir información, evaluar su capacidad de ejecutar tareas deseadas, garantizar que pueden ejecutar dichas tareas, evaluar esa ejecución y ofrecer la opinión sobre la mejora.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ruth M. Carrico, Prevención de infecciones y prácticas fundamentales de control: guía para la práctica de enfermería. ELSEVIER.
24/09/2019

CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (psicológicos, económicos, nivel educativo, familia, sociales y comunidad) 2. Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones 3. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería 4. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo 	<p>La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.</p> <p>El principal objetivo es, incrementar la calidad de la asistencia, mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios que la reciben y la llevan a cabo y disminuir los eventos adversos que ponen en riesgo la vida del paciente</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gómez León, Elena. El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. Rev Soc Esp Enferm Nefrol vol.10 no.1 ene./mar. 2007

5.7 PLAN DE ALTA

Nombre de usuario: TYC

Edad: 61 años

Sexo: Mujer

Diagnósticos de enfermería

- ❖ Disposición para mejorar el compromiso de ejercicio evidenciado por expresar deseos de mantener el bienestar físico mediante la actividad física.
- ❖ Disposición para mejorar la autogestión de la salud evidenciado por expresar deseos de mejorar la satisfacción con su calidad de vida.
- ❖ Disposición para mejorar las conductas de mantenimiento del hogar evidenciado por expresar deseos de mejorar la seguridad del hogar

Resumen

Paciente femenina de 61 años de edad, quien ha recibido por personal de enfermería asesoramiento nutricional dietético para mejorar y garantizar el aporte suficiente para el mantenimiento o aumento de su peso, de actividad aeróbica para favorecer el movimiento articular y con ello evitar la atrofia de sus articulaciones, asimismo se hace la recomendación de recibir terapia psicológica para el mejoramiento de su calidad de vida con un enfoque biopsicosocial, disminuyendo la ansiedad que dicho padecimiento causa con gran impacto en la paciente.

Acciones encaminadas con el régimen dietético

Dieta:

- Ingerir líquidos claros por lo menos 1.5 litros por día
- Consumo de jengibre, cúrcuma, vitamina D, ácidos grasos omega 3 (sardina, chia, lino).

Sulforano; lo podemos encontrar en coles de Bruselas, repollo, col y brócoli

Evitar grasas saturadas, trans, procesados

Ejercicio:

- Pre calentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio
- Estiramientos
- Ejercicios aeróbicos

Medidas de prevención para el logro de independencia

- Mantener medidas de protección y seguridad en su entorno
- Realizar su terapia de ejercicios establecida por el fisioterapeuta
- Continuar con su adherencia al tratamiento indicado por el médico especialista
- Orientar a la paciente sobre los factores riesgos biológicos, ambientales y conductuales que la puedan llevar a adquirir una infección agregada.

Signos de alarma

- Dolor intermitente en zonas específicas (articulaciones)
- Caídas
- Pérdida de peso
- Resequedad de mucosa oral excesiva
- Identificar oportunamente datos de infección

¡RECUERDE!

Acudir a su cita a consulta externa en _____ o bien con un médico familiar para continuar su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

Nombre del cuidador primario: J. I. P. Z

Nombre de la enfermera: L.E.O Pérez Yáñez Diana Laura

VI. CONCLUSIÓN

Actualmente el Proceso de Atención de Enfermería en la práctica diaria del desempeño laboral de la enfermera, reconoce que la visión global de los procesos de salud y enfermedad constituye una característica fundamental que adquiere funciones y obligaciones que asumen los profesionales.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que origina daño en las articulaciones provocando síntomas como destrucción articular, dolor y tumefacción. Un diagnóstico y tratamiento oportuno, incrementa la posibilidad de controlar el proceso inflamatorio, limitar la progresión del daño, mejorar la calidad de vida, funcionalidad y la reincorporación, por lo que se debe dar prioridad a la atención eficiente e integral del paciente.

Por ello es importante la intervención de un equipo multidisciplinario, donde el papel del profesional de enfermería ha sido clave para el control de los factores de riesgo modificables, la enseñanza sobre el manejo, cumplimiento y adherencia al tratamiento, siendo capaz de prevenir complicaciones, al mismo tiempo que la paciente va recibiendo las intervenciones en las que se fomenta su autocuidado, adquiriendo conocimientos y habilidades que le permiten lograr un mejor control, siendo ésta una enfermedad crónica degenerativa, que provoca limitación conforme se va dando la progresión de la misma.

Es importante resaltar que la disposición, tiempo y esfuerzo que el paciente dedique para el progreso de las actividades asignadas por el personal de salud, medrando el alivio y la calidad de vida, sean esenciales para reforzar la cohesión de la relación enfermera-paciente en la efectividad, seguridad y calidad de la atención contribuyendo de esta manera al bienestar de la paciente y de las comunidades, constituida como razón de ser del mismo.

VII. GLOSARIO

Inoculación: Acción y efecto de inocular.

Introducir en un organismo una sustancia que contiene los gérmenes de una enfermedad.

Histocompatibilidad:

Grado de semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante.

HLA-DR4: sistema del antígeno leucocitario humano, componente importante del sistema inmunitario y está controlado por genes localizados en el cromosoma 6.

Antígenos: sustancia que provoca que el sistema inmunitario produzca anticuerpos contra sí mismo.

Linfocitos:

Célula linfática, variedad de leucocito, originada en el tejido linfoide o la médula ósea y formada por un núcleo único, grande, rodeado de escaso citoplasma. Interviene muy activamente en la reacción inmunitaria.

Macrófagos: glóbulo blanco que rodea los microorganismos y los destruye, extrae las células muertas y estimula la acción de otras células del sistema inmunitario.

Células dendríticas: tipo especial de célula inmunitaria que se encuentra en los tejidos, como la piel, y estimula las respuestas inmunitarias al presentar antígenos en su superficie a otras células del sistema inmunitario.

Interleucina: pertenece a un grupo de proteínas relacionadas que elaboran los leucocitos y otras células del cuerpo. La interleucina regula las respuestas inmunitarias.

Interferon gamma: también llamado interferón inmunitario o de tipo II, es un tipo de citocina producida por linfocitos T CD4, cuya función más importante es la activación de los macrófagos.

Líquido sinovial: líquido espeso que se encuentra en las articulaciones. Amortigua los extremos de los huesos y reduce la fricción cuando las articulaciones se mueven.

Cininas: sistema definido de proteínas sanguíneas de importancia en las inflamaciones, el control de la presión sanguínea, la coagulación y el dolor.

Fibrina:

Proteína de la sangre que participa en el proceso de la coagulación sanguínea.

Fibrinólisis: consiste en la degradación de las redes de fibrina formadas en el proceso de coagulación sanguínea, evitando la formación de trombos.

Fibroblastos: Célula del tejido conjuntivo que elabora y segrega proteínas de colágeno.

Angiogénesis: proceso fisiológico que consiste en la formación de vasos sanguíneos nuevos a partir de los vasos preexistentes formados en la etapa temprana del proceso embriológico.

Osteoclastos: célula grande con múltiples núcleos que pueden identificarse por separado, necesarios para la reparación de los huesos.

Prostaglandinas: conjunto de sustancias de carácter lipídico, afectan y actúan sobre diferentes sistemas del organismo, incluyendo el sistema nervioso, el músculo liso, la sangre y el sistema reproductor; juegan un papel importante en regular diversas funciones como la presión sanguínea, la coagulación de la sangre, la respuesta inflamatoria alérgica y la actividad del aparato digestivo.

Polimorfonucleares: hace referencia a los leucocitos neutrófilos y a todos los leucocitos granulocitos del sistema inmunitario.

Enzimas lisosómicas: son capaces de digerir bacterias y otras sustancias que entran en la célula por fagocitosis, u otros procesos de endocitosis.

PGE2: es una hormona que se administra por vía oral o se introduce a través de la vagina para preparar y estimular el cuello uterino y provocar el trabajo de parto.

Conectivopatía: enfermedades autoinmunitarias no específicas de órgano.

Articulación diartrodial: es un tipo de articulación móvil que a diferencia de las otras articulaciones tipo diartrosis, cada hueso posee una superficie articular plana.

Fusiforme: De forma de huso. Músculo fusiforme.

Hipertrofia sinovial: puede producir un síndrome compresivo del nervio mediano, presentando parestesias nocturnas dolorosas, y evolucionando a veces hacia una atrofia de la eminencia tenar.

Subluxaciones: se produce cuando un hueso se desplaza o se sale parcialmente del lugar.

Deformidad de boutonniere: también llamada como deformidad en ojal la articulación media del dedo se incurva hacia dentro (hacia la palma) en una posición fija y la articulación más externa del dedo se incurva excesivamente hacia fuera (alejándose de la palma).

Artrosis: enfermedad reumática que lesiona el cartílago articular produciendo dolor, rigidez e incapacidad funcional.

Pronosupinación: movimiento de rotación del antebrazo en torno al eje longitudinal. Se da en dos articulaciones de tipo enartrosis

Erosiones: descomposición o degradación de las capas externas de la piel

Hallux valgus: desviación del dedo gordo del pie hacia el resto de los dedos del pie por la prominencia de la cabeza del primer metatarsiano y la angulación inadecuada de la articulación, llegando a provocar la superposición del primer y segundo dedo.

Sinovitis:

Inflamación de la membrana sinovial de una articulación, de un tendón o de una bolsa sinovial.

Glenohumeral: enfermedad degenerativa de la articulación entre la cabeza humeral y la cavidad glenoidea del omóplato.

Evaginación: Protuberancia o saliente hueco de un conducto o cavidad orgánicos.

Quiste de Baker: Quiste lleno de líquido ubicado detrás de la rodilla, suelen producirse por trastornos en la articulación de la rodilla, que provocan que la rodilla produzca líquido lubricante en exceso.

Remeda: Imitar algo, hacerlo semejante a otra cosa.

Tromboflebitis: Inflamación de las venas con formación de trombos.

Articulación atloaxoidea: es una articulación formada entre el atlas y el axis englobada dentro de las articulaciones craneovertebrales

Luxacion: separación de dos extremos de los huesos en el lugar donde se encuentran en una articulación

Vaina tendinosa: o vaina sinovial es una estructura anatómica en forma de tubo, formada por tejido conjuntivo

Pericarditis: Inflamación aguda o crónica del pericardio.

Endocarditis: Inflamación aguda o crónica del endocardio.

Gangrena:

Muerte de los tejidos por falta de riego sanguíneo, generalmente a causa de una herida seguida de infección y putrefacción.

LDH: es un tipo de proteína conocida como enzima. La LDH cumple una función importante en la producción de energía por el cuerpo.

Síndrome de Caplan: es una inflamación y cicatrización de los pulmones. Se presenta en personas con artritis reumatoide que han inhalado polvo, como el de carbón o sílice.

Parénquima pulmonar: tejido encargado del intercambio gaseoso.

Neumoconiosis:

Género de enfermedades crónicas producidas por la infiltración en el aparato respiratorio del polvo de diversas sustancias minerales, como el carbón, sílice, hierro y calcio

Neumonitis intersticial: Conjunto de enfermedades que provocan la formación gradual de cicatrices en el tejido del pulmón.

Polineuropatía: disfunción simultánea de nervios periféricos en todo el cuerpo.

Radiolucencia: transparencia o escasa capacidad de atenuación a los rayos X

Osteopenia: pérdida de masa ósea.

Artropatías: enfermedad de las articulaciones.

PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

VSG: es un análisis de sangre que puede revelar actividad inflamatoria en el organismo.

Proteinograma: es el método de análisis con mayor sensibilidad clínica para la detección de una gammapatía monoclonal.

Luxación atlantoaxoidea: es una desalineación de la primera y segunda vértebras cervicales que puede ocurrir sólo al flexionar el cuello.

Vasculitis necrosante: se caracteriza por la existencia de una necrosis fibrinoide de la pared de los vasos sanguíneos.

Síndrome de Felty: trastorno que incluye la artritis reumatoidea, edema del bazo, disminución del conteo de glóbulos blancos e infecciones recurrentes.

Amiloidosis secundaria: es un trastorno por el cual se acumulan proteínas anormales en tejidos y órganos.

latrogenia: daño ocasionado por el profesional de la salud a pacientes, familias u otras personas, de manera no intencional

Insidiosamente: palabras o acción que envuelven mala intención.

Densitometría ósea: prueba de diagnóstico por imágenes que mide el calcio y otros minerales en los huesos.

Estrógenos:

Hormona segregada principalmente por el ovario y que induce la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos, como el desarrollo de las mamas o la primera menstruación.

Hueso cortical: Es un hueso duro y compacto que forma la envoltura exterior del esqueleto.

Hueso trabecular: o poroso, se encuentra en el interior del tejido óseo. Es esponjoso y menos denso que el cortical.

Hiperparatiroidismo: Exceso de la hormona fabricada por las cuatro pequeñas glándulas ubicadas en el cuello (glándulas paratiroides). Puede ser ocasionado por el agrandamiento de una glándula o como resultado de otra enfermedad.

Siliente: silencioso

IGG4: enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD) es un trastorno inmunitario poco frecuente que suele afectar a múltiples tejidos y órganos.

Candidiasis bucal: Infección en la que el hongo *Candida albicans* se acumula en la boca, causa lesiones blanquecinas en la lengua o la parte interna de las mejillas.

Ciclosporina: es un fármaco inmunosupresor ampliamente usado en el trasplante de órganos entre dos personas con el objeto de reducir la actividad del sistema inmunitario del paciente y el riesgo de rechazo del órgano.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.
2. de Rodriguez LM. De la Teoría de Enfermería a la Práctica. De la Teoría de Enfermería a la práctica: experiencia con proyectos de gestión del cuidado. 2016;
3. Enfermera JWD. CLARIFICANDO LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERÍA COMO FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. 2016;1,2.
4. Reyes E. Fundamentos de Enfermería. 2da Ed. México DF; El manual moderno 2015.
5. Popper C. Teórico 1 Profesión [Internet]. 2011 Apr. Available from: <https://es.slideshare.net/ceciliasp/terico-1-profesin>
6. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev Cienc Salud. 2015;13(3):481-491. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12
7. Acevedo-Figueroa L, Álvarez-Aguirre A. Fenomenología: filosofía comprensiva e interpretativa para el cuidado de enfermería. SANUS [Internet]. 2019;(7):68–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.36789/sanus.vi7.102>
8. José Rolando Sánchez Rodríguez I, Cecilia Aguayo Cuevas, Luz Galdames Cabrera. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. 2017.
9. Laura Antonella Apolo Guamán. Licenciada en Enfermería. Técnico Docente para la Educación Superior. Universidad Técnica. EL CUIDADO EJE FUNDAMENTAL DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA. 2019.
10. Velasco R. Filosofía y práctica de enfermería. México DF, El Manual Moderno. 2016
11. Carlos María Romeo Casabona CDMC. Enciclopedia de bioderecho y bioética [Internet]. Available from: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/142>
12. Vesga Gualdrón LM. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. Rev Cuid [Internet]. 2012;3(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.40>
13. Martha Raile Alligood, RhD, RN ANEF, ELSEVIER. Modelos y teorías en Enfermería. 2018.
14. Ann Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima edición.

15. de Enfermería: 1. 1. Marco Conceptual. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [cited 2023 Mar 5].
16. Sbardella A. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales. National geographic [Internet]. 2019 May 12 [cited 2023 Feb 4]; Available from: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florence-nightingale-heroína-hospitales_14173
17. C. Ydalsys Naranjo Hernández, Dr.C. José Alejandro Concepción Pacheco, Lic. Miriam Rodríguez Larreynaga. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem.
18. Chozas JMV. Patrones Funcionales-Modelo de Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [cited 2023 Feb 4].
19. Cristina Hernández Martín MFM. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. Curso 2015- 2016.
20. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020.
21. Unam FI. DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO. 2021.
22. Segob DO de la F. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013.
23. Cndh MN. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. 2012.
24. José Carlos Bellido Vallejo, Ángeles Ríos Ángeles, Serafín Fernández Salazar. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.
25. Cristina Hernández Martín MFM. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. Curso 2015- 2016.
26. González Sara, S.H.*, Moreno Pérez, N.E. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. 2011.
27. Reina G. NC. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. c 2010.
28. La práctica asistencial enfermera LA del MC en, De una forma racional es el MCCP de AEEMP a. las EPC, sistemática. L y. El Proceso de Atención de Enfermería [Internet]. Org.ar. [cited 2023 Mar 6].
29. José Carlos Bellido Vallejo, Ángeles Ríos Ángeles, Serafín Fernández Salazar. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.
30. Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento y vejez. 2018.
31. <file:///C:/Users/OFFICE%20MAX/Documents/diana%20todo/estadisticas%20vejez.pdf>
32. GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.

33. GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.
34. Lozano JA. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. *Offarm* [Internet]. 2001 [cited 2023 Feb 7];20(8):94–101.
35. GPC. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 195-08.

IX. ANEXOS

Anexo 1.

Mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica en el grupo de 15 a 64 años, 2020

ORDEN	CAUSA	DEFUNCIONES	*TASA
1	COVID-19 Virus identificado	70806	725.21
2	COVID-19 Virus no identificado	25960	265.89
3	Tuberculosis	486	4.98
4	Enfermedad por VIH	247	2.53
5	Influenza	177	1.81
6	Enfermedad transmitida por vector	171	1.75
7	Intoxicación por monóxido de carbono	103	1.05
8	Muertes por temperaturas extremas	54	0.55
9	Contacto traumático por abejas	47	0.48
10	Intoxicación por plaguicidas	46	0.47

Fuente: Dirección general de epidemiología/Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones

Anexo 2

Mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica en el grupo de 65 y más años, 2020

ORDEN	CAUSA	DEFUNCIONES	*TASA
1	COVID-19 Virus identificado	75 661	88.9
2	COVID-19 Virus no identificado	27 298	32.10
3	Enfermedad por VIH	4 269	5.0
4	Tuberculosis	1 360	1.6
5	Influenza	276	0.3
6	Enfermedades transmitidas por vector	231	0.3
7	Intoxicación por monóxido de carbono	214	0.3
8	Muertes por temperaturas extremas	114	0.1
9	Intoxicación por plaguicidas	112	0.1
10	Contacto traumático con abejas	54	0.1

Fuente: Dirección general de epidemiología/Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones

ANEXO 3.

NÚMERO	PADECIMIENTOS	CASOS
1	Infecciones respiratorias agudas	391 218
2	Infección de vías urinarias	197 051
3	Infecciones intestinales por otros organismos y mal definida	115 902
4	Covid-19	109 197
5	Hipertensión arterial	66 369
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	36 413
7	Diabetes mellitus no insulino dependiente	58 984
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	42 453
9	Obesidad	31 706
10	Conjuntivitis	27 920
11	Insuficiencia venosa periférica	20 375
12	Otitis media aguda	18 195
13	Hiperplasia prostática	16 922
14	Vulvovaginitis	13 309
15	Neumonías y bronconeumonías	11 336
16	Depresión	9 539
17	Influenza	9 350
18	Intoxicación por picadura de alacrán	9 354
19	Enfermedad isquémica del corazón	6 863
20	Enfermedad cerebrovascular	5 360

Fuente: SIUVE/DGE/Secretaría de Salud Estados Unidos Mexicanos 2021.