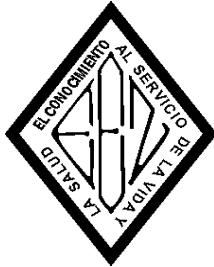


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A



LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO



CLAVE 8723

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A
USUARIA ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE MOVIMIENTO POR ARTRITIS
REUMATOIDE.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GABRIELA CAMARENA RÍOS

NO. DE CUENTA

409511815

ASESORA: L.E.O. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS

ZAMORA, MICHOACÁN, MÉXICO OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

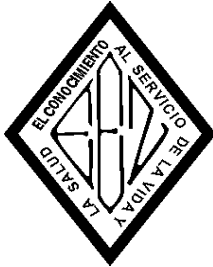
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A



LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO



CLAVE 8723

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A
USUARIA ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE MOVIMIENTO POR ARTRITIS
REUMATOIDE.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GABRIELA CAMARENA RÍOS

NO. DE CUENTA

409511815

ASESORA: L.E.O. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS

ZAMORA, MICHOACÁN, MÉXICO OCTUBRE 2013

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de titulación le agradezco principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones; gracias por tu apoyo, tus consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles. Por darme mis valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir mis objetivos.

A mi amado esposo que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional, ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mi hija, quien me demuestra que vale la pena vivir así como intentar mejorar cada día y por la satisfacción que me genera el recordar

el compromiso que tengo para con ella de avanzar para poderle ayudar a salir adelante.

Debo agradecer de manera sincera a mi asesora de este Proceso Atención Enfermería; por aceptarme para realizar este trabajo bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo del proyecto, sino también en mi formación como profesional. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este proyecto.

A la institución, por ser parte esencial de este logro, el cual les comparto, ya que ustedes también lo trabajaron junto conmigo, también agradezco por ser una institución que se esfuerza por egresar enfermeros y enfermeras con conocimientos, calidad y calidez.

DEDICATORIA

A DIOS:

Por permitirme culminar con éxito el esfuerzo de todos estos años de estudio. Para Él mi agradecimiento infinito.

A MI MÁDRE, LETICIA RIOS:

Por haberme apoyado incondicionalmente durante el transcurso de mi carrera incasablemente; sin ti no hubiera sido fácil el logro de este objetivo culminado.

A MI ESPOSO, SAIL CÁRDENAS GONZÁLEZ:

Por ser una persona excepcional, quien me ha brindado su apoyo incondicional y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por tu amor, paciencia y comprensión.

A MI HIJA, LYLA CÁRDENAS CAMARENA:

Por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, quien es mi fuente de inspiración y la razón que me impulsa a salir adelante día a día. Por prestarme el tiempo que le pertenecía, para poder realizarme profesionalmente.

A MIS HERMANAS, CLAUDIA Y ALEJANDRA:

Por su ayuda y apoyo incondicional que me brindaron en los momentos que más lo necesité, mis sinceros agradecimientos.

A MIS AMIGAS:

Que de una u otra forma me ayudaron y participaron para que lograra el presente éxito profesional. Gracias por sus palabras de aliento y fe en mí.

ÍNDICE

AGRADECIMIRNTO	I
DEDICATORIA	II
1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	
3.1. Objetivo General	15
3.2. Objetivo Específico	15
4. METODOLOGÍA	16
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE	
ENFERMERÍA	18
5.1.1. Alta Edad Media	19
5.1.2. Baja Edad Media	20
5.1.3. Mundo Moderno	22
5.2. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	
5.2.1. Definición de Enfermería	23
5.2.2. Definición de Proceso Enfermero	23
5.2.3. Características del Proceso Enfermero	24
5.3. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	
5.3.1. Valoración	26
5.3.2. Diagnóstico	28
5.3.3. Planeación	30

5.3.4.	Ejecución	32
5.3.5.	Evaluación	34
5.4.	DISCIPLINA EN ENFERMERÍA	35
5.5.	PARADIGMA EN ENFERMERÍA	
5.5.1.	Paradigma de la Categorización	37
5.5.2.	Paradigma de la Integración	39
5.5.3.	Paradigma de la Transformación	41
5.6.	TEORÍA VIRGINIA HENDERSON	
5.6.1.	Biografía Virginia Henderson	43
5.6.2.	Conceptos según Virginia Henderson	46
5.6.3.	Necesidades Básica	47
5.6.4.	Principales Supuestos	48
5.7.	ARTRITIS REUMATOIDE	
5.7.1.	Articulaciones	50
5.7.2.	Clasificación de las articulaciones	50
5.7.3.	Definición de Artritis Reumatoide	57
5.7.4.	Clasificación Funcional Artritis Reumatoide	58
5.7.5.	Manifestaciones Clínicas	58
5.7.6.	Diagnóstico	60
5.7.7.	Tratamiento	61
6.	APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	
6.1.	HISTORIA CLÍNICA	63
6.1.1.	Valoración Aparatos y Sistemas	66
6.2.	VALORACIÓN	68

6.2.1. Cuadro de Datos Significativos	75
6.2.2. Jerarquización de Necesidades Afectadas	80
6.3. DIAGNÓSTICOS	81
6.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	85
6.5. EVALUACIÓN GENERAL	101
7. SUGERENCIAS	102
8. CONCLUSIÓN	103
9. BIBLIOGRAFÍA	105
10. ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

La etiología de la Artritis Reumatoide (AR) se desconoce aunque parece haber factores genéticos, infecciosos, ambientales y hormonales que están involucrados en mecanismos relacionados y complejos.

Se sabe que algunas características psicológicas de la enfermedad como la percepción de desamparo, la falta de capacidad para enfrentarse a esta, el autocuidado insuficiente, tienen un papel importante como pronósticos de discapacidad y mal estado general de salud; así mismo, la frustración derivada de la pérdida de funciones físicas, la incapacidad laboral, las dificultades para el desempeño de las actividades diarias, los problemas de movilidad, la falta de vitalidad, las restricciones en la esfera de las relaciones sociales, la dependencia de otras personas y la depresión. (Álvarez, 2004, pág. 56)

La progresión de la enfermedad Artritis reumatoide va produciendo una degeneración de los cartílagos y un debilitamiento en los tendones, lo cual produce fuertes dolores y una reducción progresiva de la movilidad. (Álvarez Nemegeyi & Nuño Gutiérrez, 2005, pág. 12)

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud, en los enfermos crónicos consiste en la sensación de bienestar y satisfacción vital que

puede ser expresada por las personas, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad. Por consiguiente es un factor determinante en la salud de una persona. (Álvarez Nemegeyi & Nuño Gutiérrez, 2005, pág. 12)

Evidentemente no sólo es el paciente quien padece las consecuencias de esta enfermedad crónica, sino también su familia, pues por ser ésta un sistema, el cambio en uno de sus integrantes, modifica su dinámica interna. Una de las modificaciones más significativas es la dependencia del paciente hacia los otros miembros de la familia; algo similar ocurre en el ámbito social más amplio, ya que después del diagnóstico, estas personas presentan ciertas dificultades para mantener las relaciones interpersonales ya establecidas, incluso suelen aislarse del grupo social al que pertenecían. (Álvarez Nemegeyi & Nuño Gutiérrez, 2005, pág. 12)

El inicio de la Artritis Reumatoide es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida, de forma que el 80% de todos los pacientes desarrolla la enfermedad entre los 35 y 50 años de edad. Quienes padecen esta enfermedad deben someterse a tratamientos médicos que implican cambios significativos en la rutina diaria, dieta y ejercicio físico, de acuerdo con el grado de discapacidad; el paciente se ve obligado a reevaluar y reacomodar parcial o totalmente su cotidianidad, lo que puede afectar severamente a su calidad de vida. (Goronzy & Wegand, 2000, pág. 232)

El presente Proceso Atención de Enfermería consta de tres capítulos.

El primer capítulo comprendido por la metodología de la investigación con la que se realizó el presente trabajo, los temas que lo conforman son dedicatoria, agradecimiento, introducción, justificación, objetivos y tipo y diseño del estudio.

El segundo capítulo está constituido por el marco teórico, es aquí donde nos enfocamos para darle sustento a nuestro proceso enfermero, es la base para realizar un trabajo científico con bases teóricas, este capítulo lo conforman; antecedentes históricos en enfermería, proceso atención de enfermería, etapas del proceso atención enfermería, disciplina enfermera, paradigmas en enfermería, teoría de Virginia Henderson, Artritis Reumatoide.

Por último y no menos importante el tercer capítulo que habla de la aplicación del proceso enfermero y del que hacer en enfermería para poder brindar un cuidado de calidad y calidez al usuario, familia y/o comunidad, en el presente capítulo se desglosan las etapas del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) realizadas a la usuaria y terminamos con las conclusiones y sugerencias.

2. JUSTIFICACIÓN

En México, las enfermedades reumáticas ocupan el primer lugar como causa de incapacidad permanente por enfermedad general. Según los datos de la INEGI respecto a la población de 1995 en México existe una población de 92 millones y se calcula que deben existir entre 270,000 a 900,000 pacientes con artritis reumatoide y alrededor de 6,000,000 de personas con enfermedad articular degenerativa. (Instituto de investigaciones médico biológicas, 2009, pág. 5)

Demográficamente, la Artritis Reumatoide es la forma más común de los tipos de artritis y afecta aproximadamente 0.5 a 1% de la población mundial, con un impacto económico comparable en el de la enfermedad coronaria. La enfermedad puede ocurrir a cualquier edad; sin embargo, la prevalencia aumenta con la edad y es aproximadamente unas 2.5 veces mayor en mujeres que en hombres.

La artritis reumatoide puede presentarse en cualquier edad y predomina en la mujer con una proporción de tres a uno (3:1). (Instituto de investigaciones médico biológicas, 2009, pág. 6)

En quienes logran un resultado terapéutico, provoca incapacidad muscular esquelética progresiva importante, ya que puede disminuir al menos en 5 años la expectativa de vida y la calidad de la misma al

provocar que el individuo pase los últimos 10 ó 15 años de su vida en silla de ruedas.

El impacto de la enfermedad no solo se limita a lo económico y laboral, sino que la AR también tiene efectos importantes sobre las actividades de la vida diaria y sobre el estado de ánimo de los que la padecen. (Vinaccia, Cadena, & Fernando, 2000, pág. 103)

La percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor es persistente, causa depresión y ansiedad en los pacientes y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del paciente crónico. Como la etiología, por lo general no es fácil de explicar, o es desconocida, el enfermo cataloga su problema como grave, sin solución y todo ello lo hace caer en desesperanza.

Considerando su frecuencia, su cronicidad y el significativo impacto individual y social que tiene, es una prioridad sanitaria establecer un plan de diagnóstico y tratamiento estandarizado de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, lo que permitirá utilizar el uso de los recursos y deberá minimizar el impacto personal y social de la enfermedad. (Medina Rodríguez, 2004, pág. 39)

La Artritis Reumatoide (AR) es una de esas enfermedades que las personas, aun sin tener una idea clara de su naturaleza teme desde siempre. Sus manifestaciones son variadas y produce grados diversos de

molestias y limitaciones. La AR en general es simétrica y a veces remitente. Sin embargo, si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas. (Pérez Márquez & Sánchez Santander, 2011, pág. 28)

3. OBJETIVOS

3.1. *Objetivo General*

Contribuir en la búsqueda de mejores condiciones de salud de la usuaria con alteraciones en la necesidad movimiento y autocuidado, mediante la atención holística e integral proporcionada mediante el proceso enfermero y la valoración de las 14 necesidades.

3.2. *Objetivos Específicos*

- Realizar una valoración integral en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, para apreciar factores que estén interviniendo en el estado de salud de la usuaria en todos los aspectos (biológicos, psicológicos, social y espiritual).
- Establecer la atención y calidad de cuidados otorgados al usuario, mediante la correcta detección de necesidades afectadas en la etapa de diagnósticos.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y contribuir para mejorar y/o restablecer la salud mediante la aplicación de planes de cuidados individualizados.

4. METODOLOGÍA

El presente Proceso Atención de Enfermería se basa en una investigación de tipo histórica, por lo que busca reconstruir el pasado de una manera más objetiva y exacta, para recolectar, evaluar, verificar y sintetizar evidencias, que nos permita obtener conclusiones validas, este proceso se lleva a cabo principalmente mediante la recopilación de los antecedentes de la usuaria.

El trabajo también es de tipo documental, debido a que se basa en un proceso sistémico de recopilación de información, en el cual recurrimos a las fuentes de información y a todos aquellos documentos que existen sobre el tema de estudio.

De acuerdo a la intervención en el fenómeno es observacional el cual presta atención al usuario para poder analizarlo como se desarrolla de manera natural; este proceso se realizó en el periodo, febrero a mayo del 2013 bajo la observación directa del usuario.

De acuerdo a la interpretación del fenómeno es descriptivo, ya que se narra el comportamiento del usuario respecto a las intervenciones de enfermería realizadas, mediante el análisis directo de los hechos; sigue de manera estricta un orden secuencial para la explicación correcta de las intervenciones de enfermería.

De acuerdo a la ubicación en el tiempo es retrospectiva, se obtiene la información sobre las condiciones y factores, que en el pasado influyeron en el objeto de estudio.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN ENFERMERÍA

Las primeras cuidadoras fueron mujeres, quienes iniciaron con el fin de realizar un trabajo social. Destacaron como unas de las más importantes:

- ❖ Diaconisas: Mujeres de buena cuna y elevada posición social, pertenecientes a las familias más distinguidas, también ejercían funciones de auxilio en los hogares más necesitados. Las primeras diaconisas que se conocieron fueron Febe y Olimpia.
- Viudas: Era un grupo de mujeres dedicado a la asistencia de los enfermos y a los pobres. Más tarde desempeñaron un papel importante en la creación de hospitales.
- Vírgenes: Un grupo de mujeres dedicado a las labores eclesiales y ejercicios religiosos, más que a tareas relacionadas con las prácticas de la caridad y el cuidado entre los necesitados.
- ❖ Matronas: Este grupo apareció cuando el cristianismo se infiltró entre las clases dominantes romanas. Siendo la matrona la mujer rica que atendía a los enfermos y a los pobres. Influyeron de forma decisiva en el progreso de la atención al enfermo: Marcela, Fabiola y Paula. (Henández Conesa, 2000, pág. 126)

5.1.1. Alta Edad Media

La alta edad media comprende aproximadamente la primera mitad del periodo medieval hasta inicio del siglo XI y se caracterizó por un retroceso en todas las órdenes, la ciencia y la cultura se estancaron. El comercio y la industria desaparecieron. Las guerras, las grandes epidemias y los desastres naturales, se aunaron para imponer el caos que hizo volver atrás la humanidad, sumergido en la etapa más oscura de la historia.

En el feudalismo, el gobierno proporcionaba a los hombres, hogar, alimento y protección física para sus familias.

Cuidadores de la época: Fundamentalmente fueron dos grupos que se pueden considerar cuidadores de las personas enfermas, las mujeres feudales y los monjes ya de manera más organizada.

La mujer feudal: A su cargo el cuidado de los enfermos de la hacienda, practicaban primeros auxilios y tenían un amplio conocimiento de los remedios caseros para todo tipo de enfermedades. La curación empírica recaía casi por completo en sus manos, pues el número de médicos era pequeño.

Monjes: Con el paso del tiempo, el cuidado de los enfermos se convirtió en función y deber primordial de la comunidad monástica. Los conocimientos se quedaron exclusivamente en la clase religiosa.

En lo referente al cuidado, estos monjes utilizaban algunos procedimientos como cubrir al enfermo, colocar ladrillos calientes en el vientre, frotar los pies con sal y vinagre. En realidad, los monjes practicaban una mezcla de cuidados médicos y enfermeros, sin hacer distinción entre ambos. (Garcia & Martínez, 2007, pág. 7)

5.1.2. Baja Edad Media

Se realizaron progresos sorprendentes en las artes, la escritura, arquitectura y medicina. La redistribución de la población y el crecimiento de las ciudades determinaron que los cuidadores salieran de las instituciones y volvieran de nuevo a los domicilios. Las personas atraídas por los cuidados seguían niveles intelectuales y sociales elevados.

Las cruzadas favorecieron la organización de los hospitales en las rutas de las expediciones y permitieron sistematizar la actuación de los cuidadores o las personas dedicadas a socorrer a los heridos.

Fueron un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las hermandades militares. En su servicio al prójimo, combinaban los atributos de la religión, la caballería, el militarismo y la caridad.

La influencia de las órdenes militares en la enfermería ha sido decisiva, de ellas se ha heredado:

- La idea sobre la importancia de los uniformes.
- La organización de los servicios de enfermería de manera jerarquizada.
- En la manera de establecer la administración.

En consecuencia se fundaron organizaciones de tres tipos:

- Órdenes Militares.
- Órdenes Religiosas.
- Órdenes Seglares. (García & Martínez, 2007, pág. 8)

5.1.3. *Mundo Moderno*

El aspecto más relevante, es el alto grado de división del trabajo respecto a los cuidados que se prestaban. Los cuidados estuvieron en manos de religiosas y religiosos que imprimieron un carácter bien definido a la asistencia de enfermería, que debía realizarse con caridad.

Para estas órdenes el sentido principal de la prestación del cuidado no solo fue ayudar, consolar y servir al prójimo. Fundamentalmente los cuidados a los enfermeros fueron de respiración y mantenimiento de la vida en la asistencia en las casas- cunas. (Martínez & Chamorron, 2011, pág. 136)

5.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.2.1. Definición de Enfermería

Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales”. La enfermería es la principal responsable de diagnosticar y tratar la respuesta de un paciente. (Alfaro, 2007, pág. 5)

Es un arte por que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional.

La enfermería es una ciencia por tener actividad investigadora, y cualidades como son: conocimientos propios, empleo del método científico durante y para el ejercicio de la profesión, paradigma, principios, leyes y teorías.

5.2.2. Definición de Proceso Atención de Enfermería

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de los objetivos de forma eficiente. (Atkinson, 2000, pág. 6)

El Proceso Atención de Enfermería consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento de la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermera desde el principio de la profesión, con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y por ende, adquirido mayor claridad y comprensión. (Alfaro, 2007)

5.2.3. Características del Proceso Enfermero

- Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del usuario. Por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Es sistemático, por estar conformado de cinco etapas (valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación) que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.
- Es humanista, por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe de fraccionar.
- Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valorar los recursos, el desempeño del usuario y de la misma enfermera.

- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.
(Rodríguez, pág. 55)

El proceso de atención de enfermería se divide en 5 etapas:

1.- Valoración.

2.- Diagnostico.

3.- Planeación.

4.- Ejecución.

5.- Evaluación.

5.3. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

5.3.1. Valoración

Es el paso inicial del Proceso Atención de Enfermería como un componente inseparable de cada uno de los demás pasos del proceso. Es un proceso sistemático y dinámico por medio del cual la enfermera interactúa y nos permite estimar el estado de salud del paciente, familiares y comunidad.

Son tres los pasos que deben realizar en la etapa de valoración:

1. **Recolección de la información:** da inicio con el primer encuentro con el paciente, es indispensable aprovechar cada momento con el paciente y su familia para la recolección de los datos.

Es indispensable contar con un instrumento de recolección de la información, para guiar una metodología específica durante la valoración. La recolección de los datos del usuario puede ser general o específica (focalizada).

2. **Validación de la información:** una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones errónea, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada.

Para la validación de los datos es necesario; revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar los datos subjetivos y objetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación, interpretación de la información y la priorización de las necesidades.

3. Registro de la información: Es el último paso de la etapa de valoración, y consiste en informar y registrar los datos que se tuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son:

Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo, facilitar la presentación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, forman un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria cuando se lleva a cabo el registro de la información, sobre todo si se

tratan de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud.

Con respecto al registro de los datos, este varía de un centro laboral a otro por el saber cómo y qué anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional. (Alfaro, 2007, pág. 7)

5.3.2. Diagnóstico

Segundo paso del proceso, es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el paciente, después, se realiza un diagnóstico enfermero.

Es una forma de tomar decisiones que la enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente a problemas de salud reales o potenciales.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en: Reales, riesgo y salud o mejora.

- Reales. describen la respuesta actual de una persona, familia y comunidad, apoyándose en la existencias de características definitorias, además de tener factores de riesgo.

- Riesgo. describen respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia y comunidad vulnerables, no existentes en características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo.
- Salud: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Problema interdependiente:

Se clasifican en reales y de riesgo; cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Hay que tener presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológica y que deben redactarse con terminología médica. (Garcia M. , 2004, pág. 31)

5.3.3. Planeación

En esta fase la enfermera desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorar en las áreas problemáticas, analiza los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia. El plan se desarrolla con el objeto de individualizar la atención de enfermería para el paciente con el fin de hacerlo realista en el hospital o el entorno de atención.

Pasos para realizar la planeación:

1. Establecer prioridades: se realiza identificando problemas de salud, en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.
2. Elaborar objetivos: Ayudan a medir el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados.

Permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, los objetivos deben de reunir las siguientes características:

- a) Centrarse en dar solución al problema y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.

- b) Estar dirigido al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados, también pueden referirse a una parte del organismo o a una función.
3. Determinar acciones de enfermería: las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente o conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o del riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero.

Se emplea el pensamiento crítico, para analizar las situaciones problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

4. Documentar el plan de cuidados: el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Los planes de cuidado pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, en caso de que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que

la enfermera realice anotaciones particulares del usuario. (Rodríguez, 2000, pág. 57)

5.3.4. Ejecución

Esta etapa consiste en la validación y escritura del plan, suministro y documentación de la atención y continuación de la colecta de datos.

La enfermera que da la validación revisa el plan en cuatro áreas principales:

1. Seguridad.
2. Idoneidad.
3. Eficacia.
4. Atención de enfermería individualizada.

Los pasos de la ejecución son los siguientes:

- Preparación
- Intervención
- Documentación

- Preparación

- Las acciones están de acuerdo con las características del usuario, las necesidades afectadas y priorizadas.
- Estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades apropiados para la realización de los cuidados.

- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar las actividades de enfermería relacionadas a solucionar el problema.

- Reunir material y equipo necesario.

- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario.

- Intervención

-Se inicia la prestación de los cuidados de enfermería para conseguir los objetivos.

-La educación del usuario, familia o comunidad.

-La comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

-Considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución para lograr su participación e independencia.

-Es indispensable la revaloración para estar seguro de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas.

- Documentación

-Mantener informado a otros profesionales de la salud sobre datos del usuario.

-Cuidados proporcionados y las respuestas del usuario.

-Respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera. (Rodriguez, 2000, pág. 58)

5.3.5. Evaluación

Es continua durante el suministro de la atención, a medida que las enfermeras avanzan hacia los objetivos intermedios, hasta el mejoramiento de la salud. Es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar variables que están afectando, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado. (Rodriguez, 2000, pág. 60)

5.4. DISCIPLINA EN ENFERMERÍA

La enfermería en la actualidad y en nuestro país lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología y por estar cada día más inmersos en el mundo científico. (Atkinson, 2000, pág. 4)

A principios de siglo XX no era ni una disciplina académica ni una profesión. Sin embargo, los logros del siglo pasado, han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. (Atkinson, 2000, pág. 4)

Los términos en enfermería, cuidado, disciplina y profesión enfermera, están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las enfermeras hacen en la práctica diaria. (Martínez & Chamorron, 2011, pág. 136)

La enfermería es considerada una profesión que está constituida a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez, está aportando conocimientos a la ciencia.

Lo que caracteriza una disciplina es el objeto de su intervención y el sujeto a quien va dirigida la intervención. El cuidado es el objeto de la enfermería.

La disciplina en enfermería implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas. La disciplina tiene tres

Características:

1. Posen un cuerpo de conocimientos sistémicos, relacionados entre sí, que dan un significado al objeto de la disciplina.
2. Utiliza en su actividad el método científico.
3. Organizan los conocimientos con lenguaje científico. (Martínez & Chamorron, 2011, pág. 136)

5.5. PARAGIGMA DE ENFERMERÍA

Las corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo han sido llamadas “paradigmas”.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Se trata de los paradigmas de categorización, integración y transformación. (Kerouac, 2005, pág. 1)

5.5.1. Paradigma de la Categorización

En este paradigma los fenómenos son divisibles, en categorías, clases o grupos definidos considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal o responsable de la enfermedad. (Kerouac, 2005, pág. 3)

Este paradigma ha inspirado a dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación en la salud pública y una orientación centrada en la enfermedad.

Orientación hacia la salud pública (siglo XIII-XIX).

Se caracterizo por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

Florence Nightingale; se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en el hospital, “cuidados basados no solo en la compasión, sino también en la observación, la experiencia, conocimiento de la higiene pública y nutrición”.

- Persona: se considera según su componente físico, intelectual, emocional y espiritual así como su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente.
- Entorno: es válido tanto para la recuperación de la salud, como para la prevención de la enfermedad.
- Salud: es la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos, toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud.
- Cuidado: es a la vez una ciencia y un arte, por lo que requiere una formación formal.

Orientación hacia la enfermedad (siglo XIX).

A finales del siglo XIX, en este periodo marcado por la expansión del control de las infecciones, la mejora de los métodos antisépticos, aparece también la formulación de los diagnósticos y la asociación de los síntomas.

- Salud: es concebida como la ausencia de enfermedad, el origen de la enfermedad se reduce a un factor único.
- Cuidado: está enfocado hacia los problemas, déficit o incapacidades de las personas, la intervención consiste en eliminar los problemas y déficit y ayudar a los incapacitados.
- Persona: es un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente.
- Entorno: elemento separable de la persona, es hostil al ser humano.

A principios del siglo XX, en Estados Unidos, nacen numerosas escuelas de enfermería; descubriendo que las enfermeras ofrecen una mano de obra joven, disciplinada y “a buen precio”, además disminuyen el tiempo de hospitalización.

5.5.2. Paradigma de la integración

Este paradigma prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona.

Entre 1950 y 1975, en América del norte está marcado por dos hechos importantes:

La evaluación social en este periodo da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina medica.

- Cuidado: va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de las personas teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad.
- Persona: es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes, biológicos psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales.
- Salud: es un ideal que se ha de conseguir y está influenciado por el contexto en el que vive, es posible cuando existe ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.
- Entorno: está constituido por los diversos contextos en los que la persona vive.

Las interacciones entre la persona y el entorno se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

Durante este periodo, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales, para precisar la práctica de los cuidados, guiar la información y la investigación enfermera. (Kerouac, 2005, pág. 8)

5.5.3. Paradigma de la Transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes, se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global, más grande en el mundo que le rodea.

Es la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

Apertura hacia el mundo.

Tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70. Quedó marcada por los siguientes hechos:

Se abren las fronteras; en aspectos culturales, económicos y políticos.

La comunicación se intensifica.

Se abren los mercados económicos.

- Persona: es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.
- Salud: está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- Entorno: compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. (Kerouac, 2005, pág. 12)

5.6. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

5.6.1. Biografía Virginia Henderson

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson estudió en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía. (Marrier Tomey & Raile Alligood, 2011, pág. 98)

Durante la primera guerra mundial, Henderson empezó a interesarse en la enfermería. En 1918, ingresó en la Army School of Nursing y se graduó en 1921. Después aceptó un puesto de enfermera y en 1922 comenzó a dar clases de enfermería en el hospital de Virginia. Cinco años después, entró en la universidad de Columbia, donde se licenció como profesora de enfermería y donde posteriormente realizó una maestría.

En 1930 trabajó impartiendo cursos sobre proceso enfermero analítico y la práctica clínica. Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Desde principios de los años 50, Henderson empezó a colaborar con la universidad de Yale y aprovechó para potenciar la investigación enfermera.

De 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del *Textbook of the Principles and practice of Nursing*, de Berta Harmer publicado en 1939. En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. (Tomey & Alligood, 2008, pág. 99)

Ingresa a la Universidad de Yale en 1953 donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. De 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

Pública en 1966 su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson. En 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia. En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la

profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida. (Tomey & Alligood, 2008, pág. 99)

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que necesita ayuda para conseguir independencia. Henderson puso de relieve el arte de la enfermería e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. (Tomey & Alligood, 2008, pág. 101)

Identificó los siguientes niveles de relaciones enfermera- paciente:

1. Sustituta del paciente.
2. Colaboradora del paciente.
3. Compañera del paciente.

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. Sus conocimientos en estas áreas se basan en las enseñanzas de Stackpole y Thorndike. (Tomey & Alligood, 2008, pág. 105)

5.6.2. Conceptos Según Virginia Henderson

Enfermería

Definió a la enfermería en términos funcionales: “La función específica de la enfermera, es ayudar a la persona sana o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación”.

Salud

No dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba el término salud como sinónimo de independencia, consideraba que esta dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda.

Afirmaba: “Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma “.

Entorno

Utilizó la definición del Webster’s New Collegiate Dictionary, definía el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas, que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona

Consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y la independencia, para tener una muerte tranquila. (Tomey & Alligood, 2008, pág. 108)

5.6.3. Necesidades Básicas de Virginia Henderson

1. Oxigenación
2. Alimentación / Hidratación.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener posición adecuada.
5. Descanso y Sueño.
6. Vestir adecuadamente.
7. Termorregulación.
8. Higiene y protección de la piel.
9. Evitar peligros ambientales.
10. Comunicarse.
11. Religión y creencias.
12. Trabajar y realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprendizaje. (Rodrigo, 2007, pág. 39)

5.6.4. Principales Supuestos

- La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo medico, pero debe colaborar con él cuando este atiende al paciente.
- La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
(Rodrigo, 2007, pág. 40)

Persona:

La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.

El paciente y su familia son una unidad.

Salud:

La salud es la calidad de vida.

La salud es esencial para el funcionamiento humano.

La salud precisa independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que el cuidado enfermero.

Entorno:

Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Henderson afirmó: La independencia es un término relativo, todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza. (Rodrigo, 2007, pág. 42)

Virginia Henderson no pretendía elaborar una teoría enfermera definitiva. Desarrolló un concepto o definición personal para especificar la función única que ella creía que la enfermera desempeñaba.

Deduzco que la definición de Henderson puede considerarse una gran teoría o una filosofía según el paradigma de desarrollo de una teoría enfermera. Su concepto es descriptivo y fácil de leer, ya que utiliza un lenguaje corriente. Sus definiciones de enfermería y sus enumeraciones de las 14 necesidades básicas de enfermería pretenden explicar la totalidad de la conducta enfermera. No tenía ninguna intención de desarrollar una teoría, por tanto, Henderson no desarrolla las afirmaciones teóricas interrelacionadas o las definiciones operacionales necesarias para demostrar la teoría. (Marrier Tomey & Raile Alligood, 2011, pág. 103)

5.7. ARTRITIS REUMATOIDE

5.7.1. Articulaciones

Los huesos son demasiado rígidos para curvarse sin sufrir daño. Afortunadamente, el tejido conectivo flexible forma articulaciones que mantienen los huesos mientras permiten, en la mayoría de los casos, cierto grado de movimiento. Una articulación es un punto de contacto entre dos huesos, entre hueso y cartílago o entre hueso y diente. (Tortora & Derrickson, 2006, pág. 262)

5.7.2. Clasificación de las Articulaciones

Las articulaciones se clasifican por su estructura y por su función.

La clasificación estructural de las articulaciones se basa en dos criterios:

- 1) Presencia o ausencia de un espacio entre los huesos que se articulan entre sí, llamado cavidad sinovial.
- 2) El tipo de tejido conectivo que mantiene los huesos juntos.

Estructuralmente las articulaciones se clasifican en:

- a) Articulaciones fibrosas.
- b) Articulaciones cartilaginosas.
- c) Articulaciones sinoviales. (Tortora & Derrickson, 2006, pág. 262)

La clasificación funcional de las articulaciones se relaciona con la calidad de movimiento que permiten.

Se clasifican en:

- Sinartrosis: una articulación inmóvil.
- Anfiartrosis: una articulación de movimiento limitado.
- Diartrosis: una articulación de gran movimiento, estas son articulaciones sinoviales. (Tortora & Derrickson, 2006)

Articulaciones fibrosas

No hay cavidad sinovial y los huesos se mantienen unidos por tejido conectivo fibroso que es rico en fibras colágenas, permiten muy poco o ningún movimiento. Los tres tipos de articulaciones fibrosas son:

- Suturas: está compuesta por una delgada capa de tejido conectivo fibroso denso, ya que es una sutura inmóvil se clasifica funcionalmente como sinartrosis.

- Sindesmosis: hay una distancia mayor entre los huesos que se articulan y más tejido conectivo fibroso, ya que esta permite un leve movimiento funcionalmente se clasifica como anfiartrosis.
- Gonfosis: es una articulación en la cual una clavija en forma de cono encaja en una cavidad, funcionalmente se clasifican como sinartrosis.

Articulaciones cartilagosas

No presentan una cavidad sinovial y permiten poco o ningún movimiento. Aquí los huesos que se articulan están estrechamente conectados, ya sea por cartílago hialino o por fibrocartílago. Las articulaciones cartilagosas son:

- Sincondrosis: en esta articulación el material de conexión es el cartílago hialino. Desde el punto de vista funcional es sinartrosis.
- Sínfisis: los extremos de los huesos articulares están recubiertos por cartílago hialino, pero un disco ancho y plano de fibrocartílago conecta los huesos. (Tortora & Derrickson, 2006, pág. 263)
- ***Articulaciones sinoviales***

La característica diferencial de una articulación sinovial es la presencia de un espacio llamado cavidad sinovial entre los huesos que se articulan.

Debido a que la cavidad sinovial le permite a la articulación se mas móvil.

Los huesos en las articulaciones sinoviales están cubiertos por una capa de cartílago hialino llamado cartílago articular, este cartílago reduce la fricción entre los huesos en la articulación durante el movimiento y ayuda a absorber los golpes.

En forma de manga rodea la articulación sinovial, encierra la cavidad sinovial y une los huesos que forma la articulación. La capa fibrosa permite una cantidad considerable de movimientos en la articulación, mientras que su gran fuerza de tensión ayuda a evitar a que los huesos se luxen, la resistencia de estos haces de fibra, llamados ligamentos, es uno de los principales factores mecánicos que mantienen juntos los huesos en una articulación sinovial.

Líquido sinovial

La membrana sinovial secreta liquido sinovial, un liquido viscoso, cristalino o amarillo pálido que tiene una consistencia y apariencia a la clara de huevo crudo. Está compuesto por ácido hialuronico secretado por células de tipo fibroblásticas en la membrana sinovial y por liquido intersticial filtrado del plasma. Su función es la de disminuir la fricción lubricando la articulación, absorbiendo los golpes, cediéndoles oxígeno y nutrientes y retirando el dióxido de carbono y desechos metabólicos de los condrocitos en el cartílago articular. También contiene células

fagocíticas que remueven los microbios y los restos que resultan del desgaste normal de la articulación.

Cuando se inmoviliza una articulación sinovial durante un tiempo, el líquido se vuelve muy viscoso, y a medida que el movimiento se incrementa, el líquido se torna menos viscoso. (Tortora & Derrickson, 2006, pág. 264)

Tipo de movimientos en las articulaciones sinoviales

Los movimientos de las articulaciones sinoviales se agrupan en cuatro grandes categorías:

- **Deslizamiento:** es un movimiento simple en el cual las superficies relativamente planas de los huesos se mueven hacia delante y hacia atrás y de lado a lado, una respecto a la otra.
- **Movimientos angulares:** hay un incremento o disminución del ángulo entre los huesos de la articulación. Los movimientos más importantes son, flexión, extensión, extensión lateral, hiperextensión, abducción, aducción y circunducción.
- **Rotación:** un hueso gira alrededor de su eje longitudinal. Un ejemplo es dar vuelta la cabeza de lado a lado a nivel de la articulación atlantoaxial.
- **Movimientos especiales:** se producen solo en ciertas articulaciones. Estos incluyen la elevación, la depresión, la

proyección o protracción, la retracción, la inversión, la eversión, la dorsiflexión, flexión plantar, la supinación, la pronación y la oposición.

Tipos de articulaciones sinoviales

Las articulaciones sinoviales se dividen en seis categorías según el tipo de movimiento:

- **Articulación plana:** permiten principalmente los movimientos de deslizamiento. Estas articulaciones se consideran no axiales porque el movimiento que permiten no se produce alrededor de un eje o a lo largo de un plano.
- **Articulación en bisagra:** la superficie convexa de un hueso encaja en la superficie cóncava de otro hueso. Producen movimientos angulares, de abrir y cerrar como los de una bisagra de una puerta. Las articulaciones en bisagra son mono axiales, porque el movimiento que permiten es siempre alrededor de un solo eje.
- **Articulación en pivote:** la superficie redondeada o puntiaguda de un hueso articula con un anillo formado en parte por otro hueso y en parte por un ligamento.
- **Articulación condílea:** la superficie oval convexa que se proyecta de un hueso encaja en una depresión oval de otro hueso.

- Articulación en silla de montar: la superficie articular de un hueso tiene forma de silla y la superficie articular de otro hueso encaja en esta silla. Es una articulación condílea modificada, en la cual el movimiento es un poco más libre., estas articulaciones son biaxiales, por lo que permite la flexión, la extensión, la abducción, la aducción y la circunducción.
- Articulación esferoidea: tiene una superficie en forma de esfera de un hueso que encaja en una depresión en forma de copa de otro hueso. Estas articulaciones son multiaxiales por que permiten movimientos alrededor de tres ejes además de en todas las direcciones intermedias. (Tortora & Derrickson, 2006, pág. 273)

La reumatología es la parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades del aparato locomotor integrado por, articulaciones, músculos y huesos. La enfermedad reumática se caracteriza por la presencia de dolor y rigidez en las articulaciones o alrededor de las mismas, que cursa con limitación del movimiento. Con el tiempo, se instaura una importancia funcional frente a las actividades de la vida diaria. (Chita, 2005, pág. 253)

5.7.3. Definición de Artritis Reumatoide

La artritis reumatoide es una afectación sistémica de predominio articular, con inflamación de varias articulaciones, con tendencia a la simetría localizada en pequeñas articulaciones, de causa desconocida. (Beeson, 1997, pág. 319)

El tejido sinovial se adhiere a los bordes del cartílago hialino y se transforma en un tejido de granulación o pannus, que destruye y reemplaza progresivamente el cartílago. Si existen grandes destrucciones epifisarias, los segmentos óseos pierden su alineación normal y se producen desviaciones y luxaciones. (Farreras & Rozman, 2001, pág. 997)

La invasión y destrucción del hueso subcondral y la destrucción del cartílago están mediadas por enzimas provenientes de las células fagocíticas de la membrana y el líquido sinovial. El proceso inflamatorio debilita la cápsula articular y los ligamentos de soporte. La inflamación persistente de las vainas tendinosas causa debilidad o rotura de los tendones.

Fuera de la articulación la artritis reumatoide causa: nódulos subcutáneos de histología característica que consiste en un centro necrótico que contiene sustancia fibroadenoide, rodeada por células epitelioides y una zona periférica constituida por tejido inflamatorio.

Su prevalencia en la población general es de 1-2% y es más frecuente en mujeres con una tasa de 3:1. Suele iniciarse entre los 20 y 40 años, aunque puede comenzar en cualquier edad. (Harrison, 2003, pág. 2756)

5.7.4. Clasificación Funcional de Artritis Reumatoide

Grado I: capacidad Funcional completa. Se pueden realizar las actividades de la vida diaria sin problemas.

Grado II: la capacidad funcional es adecuada para realizar actividades de la vida diaria, pero existe una limitación del movimiento en una o más articulaciones.

Grado III: capacidad funcional adecuada para realizar pocas o ninguna de las actividades de auto cuidado.

Grado IV: completa incapacidad, paciente encamado o silla de ruedas, escaso o nulo auto cuidado. (Macbryd & Blacklow, 1973, pág. 227)

5.7.5. Manifestaciones Clínicas

El cuadro clínico Inicialmente se presenta con dolor y rigidez vagamente localizados; el dolor es el síntoma dominante, mientras que la rigidez es más generalizada; alcanza su máxima expresión después de periodos de inactividad física. La rigidez matutina es una peculiaridad casi invariable. (Macbryd & Blacklow, 1973, pág. 230)

Otras manifestaciones son:

- I. El inicio es insidioso o agudo.
- II. Síntomas articulares:
 1. Articulaciones dolorosas, rojas, tumefactas, calientes, rigidez.
 2. Disminución de la movilidad articular.
 3. Afección de articulaciones pequeñas.
 - a) En la presentación inicial, se afectan manos, muñecas, rodillas, pies y tobillos.
 - b) A medida que avanza, afecta codos, hombros, rodillas, caderas, tobillos y mandíbula.
 4. Deformación bilateral simétrica y desplazamiento de las articulaciones proximales.
 5. Rigidez matutina, en particular en las manos y pies.
 6. Tejidos articulares calientes y esponjosos a la palpación.
- III. Síntomas extra articulares.
 1. Nódulos subcutáneos e indoloros sobre las líneas óseas, que afectan al 25% de las personas con artritis reumatoide.
 2. Pérdida de peso.
 3. Anemia.
 4. Febrícula crónica.
 5. Leucocitosis ligera.
 6. Disminución de la elasticidad y fuerzas musculares.
 7. Fatiga.
 8. Malestar.

9. Neuropatía.
10. Linfadenopatía.
11. Esplenomegalia.
12. Vasculitis. (Macbryd & Blacklow, 1973, pág. 235)

5.7.6. Diagnóstico

1. El diagnóstico médico se establece cuando se cumple con cinco de los criterios de la American Collage of Rheumatology y los síntomas durante seis semanas o más. (Fonseca, 2005, pág. 285)
 - Rigidez matutina que mejora en el transcurso del día.
 - Dolor o hipersensibilidad cuando menos en una articulación.
 - Tumefacción de una articulación.
 - Tumefacción de dos articulaciones.
 - Tumefacción articular simétrica.
 - Presencia de nódulos subcutáneos.
 - Alteraciones radiológicas típicas de la artritis reumatoide.
 - Prueba de factor reumatoide positiva.
 - Alteraciones histológicas características en la membrana sinovial.
 - Cambios histológicos característicos de los nódulos subcutáneos.
2. Pruebas diagnósticas de apoyo.
 - Hematocrito disminuido.
 - Cuenta de leucocitos aumentada.

- Proteína C reactiva aumentada.
- Índice de sedimentación de los eritrocitos elevada.
- Radiografía de la articulación afectada. (Fonseca, 2005, pág. 287)

5.7.7. Tratamiento

El tratamiento se basa en la disminución del dolor, la mejora de la función y la prevención de las secuelas.

Los fármacos de primera línea son los AINE, los de segunda línea son las sales de oro: sulfasalazina y metotrexato, si estos medicamentos no son efectivos, se utilizan glucocorticoides.

Distinguimos la fase aguda de la fase crónica, ya que el tratamiento es distinto:

- *Fase aguda:* se aplica frío durante 5-10 minutos con un paño que proteja la piel, realización de ejercicios isométricos (cuadríceps y glúteos) para luchar con la atrofia muscular.
- *Fase avanzada:* se inicia con movilización pasiva de las articulaciones afectadas con un suave masaje, se realizan ejercicios isotónicos de recorrido articular no doloroso, ejercicios cervicales, de manos, tobillos. Aplicar calor para aliviar el dolor durante unos 15-20 minutos.

- Descanso sistémico: depende de la presencia y gravedad de la inflamación. Cuando se presenta inflamación leve dos horas de descanso, el aumento de actividad física debe hacerse gradual.
- Descanso articular: la relajación, el estiramiento de cadera y músculos de la rodilla.
- Hidroterapia.
- Terapia física y ocupacional.
- Factores educacionales y emocionales. (Fonseca, 2005, pág. 301)

6. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

6.1. HISTORIA CLÍNICA

Identificación del Paciente

Fecha de captura: 7 Febrero del 2013

Nombre: C.C.R.

Edad: 29 años.

Domicilio: Valle central #21 Fraccionamiento Hacienda del Valle,
Colonia Linda Vista.

Ocupación: Cajera.

Motivo de Consulta

La usuaria CCR acude por presentar intenso dolor en las articulaciones que se encuentran afectadas ya que esto le trae como consecuencias: Deterioro de la movilidad física y limitaciones en el autocuidado.

Padecimiento Actual

La usuaria refiere tener alteraciones en diferentes partes de su cuerpo a consecuencia de la artritis reumatoide con 11 años de evolución, por lo cual se observa deformidad en brazos, rodilla, manos y pies. Le interesa recibir ayuda para mejorar su estado de salud (física, psicológica y emocional).

Antecedentes Heredo Familiares

Madre: 51 años de edad antecedentes de importancia: Presencia de varices y gonartrosis sin enfermedades crónico degenerativas. Padre: 56 años de edad sin presencia de enfermedades crónicas. Abuelos Maternos con Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial, Infarto agudo al miocardio. Tía paterna con artritis reumatoide.

Antecedentes Personales no Patológicos

En lo que respecta a su alimentación realiza tres comidas al día siendo estas deficientes en cantidad y calidad: carne 4/7, pescado 1/7, pollo1/7, futas 2/7, verduras1/7, ingiere agua 1/2 litro de agua al día, y entre comidas ingiere comida chatarra.

Baño y cambio de ropa cada tercer día, cepillado de dientes deficientes y dos veces al día, niega toxicomanías, refiere que le gusta leer y ver la televisión, refiere tomar diclofenaco para aliviar el dolor que sufre en las articulaciones.

De religión católica, casada, madre de una niña de 11 años, habita en casa propia la cual cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, cuenta con seguridad médica pero refiere no acudir por falta de tiempo, no cuenta con esquema de vacunación completo.

Antecedentes Personales Patológicos

No presenta alergias conocidas a alimentos o medicamentos, refiere que no le han realizado procedimientos ni intervenciones quirúrgicas; no ha recibido transfusiones sanguíneas, no ha sufrido de fracturas o traumatismos.

Antecedentes Gineco- Obstétricos

Menarca a los 15 años de edad, con una duración de 8 días con sangrado abundante los primeros tres días y se presenta cada 28 días, sin presencia de leucorrea, Gesta: 1, Parto: 1, Cesárea: 0, Aborto: 0, siendo un embarazo de término, presentando amenaza de aborto a las 8 semanas de gestación, refiere haber utilizado DIU(Dispositivo Intrauterino) durante 5 años, actualmente no utiliza ningún método anticonceptivo debido a que desea embarazarse pero no lo ha logrado. Se ha realizado solo un Papanicolaou sin saber el resultado de este, no realiza exploración mamaria con frecuencia.

6.1.1. Valoración por Aparatos y Sistemas

Sistema Respiratorio

Sin compromiso, mucosas hidratadas, piel con buena coloración y flexibilidad, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, ruidos respiratorios normales sin alteraciones.

Sistema Cardiovascular

Frecuencia cardíaca de 76 latidos por minuto sin alteraciones o variaciones, cavidad torácica sin anormalidades, presencia de varices en la extremidades inferiores, refiere sentir pesadez en las piernas.

Sistema Digestivo

Cavidad oral en estado deficiente debido a masticación lenta y dolorosa, fracturas dentales, cavidad hidratada y con buena coloración, evacuando cada tercer día siendo las heces dolorosas y de aspecto sólido, café, ingesta de líquidos deficientes, realizando caso omiso a la necesidad de evacuar.

Sistema Genitourinario

Sin alteraciones o malformaciones aparentes, micciones poco frecuentes y en escasa cantidad, de aspecto amarillo oscuro y ligero olor fétido.

Sistema Músculo-Esquelético

Pérdida del tono y la fuerza muscular, deformación ósea debido a patología crónica degenerativa presentando dolor a la palpación y a la movilización, edema en extremidades superiores e inferiores, respecto a las articulaciones pérdida y limitación de la movilidad (flexión y extensión).

Sistema Nervioso

Sin alteraciones, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión, memoria reciente y tardía sin alteraciones.

Sistema Tegumentario

Se encuentra con dificultad para adaptarse al clima frío esto, por presentar dolor en las articulaciones más afectadas, se observa íntegra la piel, sin lesiones aparentes, en lo que respecta al estado de las uñas de los pies presenta micosis en 9 uñas, con presencia de edema en miembros inferiores.

6.2. VALORACIÓN POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.- Oxigenación

La usuaria se observa sin dificultad respiratoria, a la auscultación, sin estertores y sibilancias, refiere no fumar y solo tomar en ocasiones especiales y eventos familiares, piel y tegumentos bien hidratados, su hogar cuenta con buena ventilación y todos los servicios intradomiciliarios, se logran observar en las extremidades inferiores varices, que refiere que iniciaron después de que se embarazó, en las extremidades superiores e inferiores presencia de edema.

Signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales:

T/A: 120/70 mmHg.

FC: 76 latidos por minuto.

FR: 20 respiraciones por minuto.

2.- Nutrición e Hidratación

La usuaria suele hacer 3 comidas diarias siendo estas deficientes en cantidad y calidad, ingiere ½ litro de agua al día y bebe gran cantidad de refresco, come verdura 2/7, carne 4/7 (carne roja, pollo y muy poco pescado), refiere tener masticación lenta debido al dolor, malos hábitos alimenticios ya que entre comidas ingiere alimento chatarra, no es alérgica a ningún medicamento y/o alimento, su piel se observa bien hidratada, su cavidad oral se encuentra en deficiente estado, posee fracturas de tres piezas dentales así como presencia de caries, buena implantación de cabello, presencia de caspa y apariencia reseco.

Peso: 65 Kg.

Talla: 1.70 m.

3.- Eliminación.-

Refiere evacuar una vez cada tercer día o en ocasiones pasan de dos a tres días; la consistencia de las heces suelen ser duras, de color café oscuro y presenta dolor al evacuar, micción 3 veces al día en poca cantidad, de color amarillo claro a oscuro, presenta un ligero mal olor. Se puede observar que su transpiración es normal y no tiene un olor desagradable. Su abdomen se siente blando y no refiere dolor a la palpación. En lo que respecta a su ciclo menstrual, presenta un ritmo de 8/28 días, con sangrado abundante los tres primeros días, sin presentar dolor menstrual, menarca a los 15 años.

4.- Moverse y mantener una buena postura

La usuaria mantiene posturas inadecuadas ya que presenta deformidad en falanges, codos, rodillas y tobillos, refiere dolor a la movilización con exacerbaciones por la mañana, dificultad a la movilización y al realizar actividades básicas de auto cuidado (peinarse, vestirse, abotonar ropa), así como incapacidad para vestirse, arrodillarse, estirarse, correr, tomar y alcanzar objetos, levantar peso y agacharse, refiere que al estar durante mucho tiempo en reposo y querer empezar a realizar actividades, presenta dolor de fuerte intensidad, pérdida de la fuerza muscular así como de la flexibilidad.

5.- Descanso y sueño

Refiere dormir 9 horas durante la noche sin dificultad para conciliar el sueño pero al despertar, se siente cansada y con ganas de seguir durmiendo por lo cual presenta descanso suficiente en cantidad pero deficiente en calidad, su habitación se encuentra en condiciones para descansar, no utiliza ninguna ayuda para poder dormir, la usuaria no tiene establecido un horario al dormir, realiza siesta durante la tarde cuando regresa del trabajo, el cual tiene una duración de 15-30 minutos.

6.- Uso de prendas de vestir adecuadas

Su forma de vestir es de acuerdo a la edad, condición económica y de acuerdo a la temporada y clima del año, refiere vestirse como a ella le gusta, pero en lo que respecta al calzado no usa siempre el que ella

prefiere ya que por su patología de base ha sufrido deformidades y cierto calzado le lastima, pero aun así ella en ocasiones insiste en utilizarlo aunque esto le ocasione lesiones. La usuaria presenta dificultad para vestirse, por lo cual recibe ayuda.

7.- Termorregulación

Mantiene una temperatura estable y en valores normales (36.5°C). Refiere adaptarse más fácilmente a la temporada de calor y costarle un poco de trabajo los climas fríos ya que por su enfermedad sufre de mucho dolor en temporadas frías, no tiene problemas de transpiración, su piel se encuentra en buen estado e hidratada.

8.- Higiene y protección de la piel

Realiza baño cada tercer día, su lavado de dientes lo hace de 1ª 2 veces al día sin tener una técnica de cepillado dental adecuado, no tiene una técnica de lavado de manos antes y después de ingerir los alimentos. Su cambio de ropa es diario y el de su cama, cada 8 días. El aspecto de su cabello presenta resequedad y caspa; en lo que respecta a la higiene de sus pies, en 9 dedos presenta micosis, olor y sudoración intensa,, en especial con calzado sintético.

9.- Evitar peligros

Menciona saber las medidas de evitar peligros en el hogar y en el trabajo pero muestra limitación en la protección, al estar en una situación estresante no sabe cómo reaccionar, refiere tener dificultad para controlar sus emociones, su familia es estable, su casa es propia la cual habita con su esposo e hija, no cuenta con esquema de vacunación completo, la usuaria tiene como patología de base artritis reumatoide no lleva un tratamiento médico debido a la falta de tiempo, ya que su trabajo la absorbe demasiado, no acude a las consultas con el especialista, conoce las consecuencias que le puede traer su padecimiento, pero no hace actividades para prevenir y mejorar su estado de salud.

10.- Comunicarse

La usuaria refiere tener dificultad para socializar ya que menciona que no le gusta y no le interesa, en lo que respecta a la expresión de sus sentimientos comenta que habla sin pensar y sin saber a quién va a lastimar, lo cual le causa un poco de conflictos, por otra parte, tiende a subestimarse mucho con las demás personas por su patología de base, en lo que respecta a su familia tratan de entenderla así como de ayudarla y darle consejos, los cuales ella no los percibe de igual forma que los demás miembros de su familia. En el trabajo, se vive un ambiente

pesado debido a la mala comunicación que hay entre compañeros y esto le llega a causar estrés.

11.- Vivir según sus creencias y valores

De religión católica, acude al templo solo en días conmemorativos, en su hogar tiene imágenes y objetos religiosos, su religión no le causa problema alguno, tiene valores que aprendió en su familia como el respeto y la honestidad.

La usuaria se encuentra en negación e ira con Dios, le cuestiona “porque yo y no otra persona” respecto a su enfermedad, esta le trae consigo muchas limitaciones en su vida cotidiana y al presentarlas refiere sentirse muy triste por su situación, por lo cual le cuesta trabajo aceptarse tal cual es ella y por este motivo no sentirse del todo satisfecha con su vida.

12.- Trabajar y realizarse

El grado de escolaridad de la usuaria es de preparatoria completa, refiere que le hubiera gustado seguir estudiando, por lo cual se siente insatisfecha, actualmente trabaja de cajera en una librería, recibiendo un sueldo mínimo que dice es insuficiente para cubrir las necesidades de su familia; le gustaría tener un trabajo con una remuneración mejor, comenta que si no fuera necesario trabajar, le agradecería quedarse en casa.

13.- Jugar y participar en actividades recreativas

La usuaria no realiza ningún tipo de deporte aunque refiere que sí le gustaría practicar el voleibol pero debido a falta de tiempo por su trabajo y principalmente por su patología, se lo impide de ser así sufriría mucho dolor, como consecuencia tiene limitación para las actividades recreativas por tener dificultad a la movilización, cuenta que le gusta leer y cuando tiene tiempo en su trabajo, comienza a leer un poco.

14.- Aprendizaje

Su grado de estudio es de preparatoria completa, no presenta dificultad para escribir o leer. Tiene iniciativa para seguir aprendiendo, solo que le falta el recurso económico; refiere que le hubiera gustado ser educadora.

6.2.1. Cuadro de Datos Significativos

2.- Nutrición e hidratación

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Alimentación deficiente en cantidad y calidad.▪ Cavidad oral en deficiente estado.▪ Fracturas de tres piezas dentales.▪ Caries.▪ ½ litro de agua al día.	Parcialmente Dependiente.

3.- Eliminación

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
Evacuaciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Evacua una vez cada tercer día.▪ Heces suele ser duras y café oscuras.▪ Dolor al evacuar. Micción: <ul style="list-style-type: none">▪ Micción 3 veces al día.▪ Aspecto de clara a oscura.	Parcialmente Dependiente.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Olor fétido. ▪ Cantidad escasa. ▪ Transpiración normal. ▪ Sangrado abundante. 	
--	--

4.- Moverse y mantener una buena postura

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posturas inadecuadas. ▪ Deformidad en falanges, codos, rodillas y tobillos. ▪ Dolor a la movilización con exacerbación por la mañana. ▪ Dificultad a la movilización y al realizar actividades básicas de auto cuidado (peinarse, vestirse, abotonar). ▪ Edema en extremidades inferiores y superiores. 	Parcialmente Dependiente.

5.- Descanso y sueño

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Refiere dormir 9 horas durante la noche.▪ Al despertar, se siente cansada y con ganas de seguir durmiendo.▪ Descanso suficiente en cantidad pero deficiente en calidad.	Parcialmente Dependiente.

6.- Uso de prendas de vestir adecuadas

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dificultad para vestirse.▪ Calzado le lastima y es incómodo.	Parcialmente Dependiente.

7.- Termorregulación

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor en temporadas frías.	Parcialmente Dependiente.

8.- Higiene y protección de la piel.-

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ No tiene una técnica de lavado de manos antes y después de ingerir los alimentos.▪ Cepillado de dientes deficiente.▪ Micosis en 9 dedos de los pies olor y sudoración intensa.	Parcialmente Dependiente.

9.- Evitar peligros

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Presenta limitación en la protección.▪ No sigue tratamiento médico.▪ Dificultad para controlar sus emociones.	Parcialmente Dependiente.

10.- Comunicarse.-

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dificultad para socializar.▪ Baja auto estima.	Parcialmente Dependiente.

11.- Vivir según sus creencias y valores

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Negación e ira hacia Dios por su patología.▪ Regateo ante la situación.	Parcialmente Dependiente.

12.- Trabajar y realizarse.

<i>Datos Significativos</i>	<i>Condición del Paciente</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Preparatoria completa.▪ Ocupación: cajera.▪ Insatisfacción por no poder seguir estudiando.	Parcialmente Dependiente.

**6.2.2 Jerarquización de las Necesidades Afectadas Virginia
Henderson**

Necesidades Virginia Henderson	Jerarquización de las Necesidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxigenación 2. Nutrición / Hidratación. 3. Eliminar. 4. Moverse y mantener posición adecuada. 5. Descanso y Sueño. 6. Usar prendas de vestir adecuadas. 7. Termorregulación. 8. Higiene y protección de la piel. 9. Evitar peligros ambientales. 10. Comunicarse. 11. Vivir según creencias y valores. 12. Trabajar y realizarse. 13. Participar en actividades recreativas. 14. Aprendizaje. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Moverse y mantener posición adecuada. 14. Aprendizaje. 6. Usar prendas de vestir adecuadas. 11. Vivir según creencias y valores. 2. Nutrición / Hidratación.

6.3. DIAGNÓSTICOS

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 2: Actividad /ejercicio.

- ***Deterioro de la movilidad física (00085)***

Relacionado con intolerancia a la actividad física manifestado por dificultad para girarse, cambios de la marcha, limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas, inestabilidad postural, enlentecimiento de los movimientos. (NANDA, 2009-2011, pág. 127)

Necesidad moverse y mantener una postura adecuada

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

- ***Dolor crónico (00133)***

Relacionado con Incapacidad física crónica manifestado por alteraciones de la capacidad para seguir con las actividades previas, informes codificados, mascara facial, temor a nuevas lesiones, irritabilidad informe verbales de dolor. (NANDA, 2009-2011, pág. 350)

Necesidad moverse y mantener una postura adecuada

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

Clase 2: Confort ambiental.

Clase 3: Confort social.

- ***Disconfort (00214)***

Relacionado con temor, síntomas asociados con la enfermedad manifestado por irritabilidad, informes de falta de satisfacción, inquietud, efectos colaterales del tratamiento. (NANDA, 2009-2011, pág. 348)

Necesidad moverse y mantener una postura adecuada

Dominio 11: Seguridad/ protección.

Clase 2: Lesión física.

- ***Riesgo de caídas (00185)***

Relacionado con artritis, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, dificultad en la marcha, deterioro de la movilidad física, enfermedad crónica. (NANDA, 2009-2011, pág. 306)

Necesidad de Aprendizaje

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la Salud.

- ***Mantenimiento ineficaz de la propia salud (00099)***

Relacionado con disminución de las habilidades motoras finas y gruesas manifestado por falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas, falta de expresión de interés, incapacidad para asumir la responsabilidad. (NANDA, 2009-2011, pág. 69)

Necesidad usar prendas de vestir adecuadas

Dominio 4: Actividad /reposo.

Clase 5: Autocuidado.

- ***Déficit de autocuidado: vestido (00109)***

Relacionado con deterioro musculo esquelético, dolor, debilidad manifestada por incapacidad para ponerse la ropa en la parte interior del cuerpo, coger la ropa, ponerse la ropa en la parte superior, quitarse la ropa, abrocharse la ropa. (NANDA, 2009-2011, pág. 154)

Necesidad de vivir según sus valores y creencias

Dominio 6: Autopercepción.

Clase 1: Autoconcepto.

- ***Desesperanza (00124)***

Relacionado con deterioro del estado fisiológico, pérdida de la fe de un poder espiritual manifestado disminución de las emociones, falta de iniciativa, falta de implicación en los cuidados, pasividad, pesimismo. (NANDA, 2009-2011, pág. 182)

Necesidad de nutrición e hidratación

Dominio 3: Eliminación e Intercambio.

Clase 2: Función Gastrointestinal.

- ***Riesgo de estreñimiento (00015)***

Relacionado con negación habitual de la urgencia para defecar, uso inadecuado del inodoro, hábitos de defecación irregular, actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibra, malos hábitos alimenticios. (NANDA, 2009-2011, pág. 102)

6.4. PLANEACIÓN, EJECUSIÓN Y EVALUACIÓN

- **Deterioro de la movilidad física (00085)** Relacionado con intolerancia a la actividad física manifestado por dificultad para girarse, cambios de la marchas, limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas, inestabilidad postural, enlentecimiento de los movimientos.

Objetivo General. La usuaria mejorará la capacidad de realizar el movimiento independiente e intencionado.

Objetivo Específico. La usuaria incrementará al máximo la capacidad funcional mediante el manejo rehabilitatorio para mejorar la calidad de vida.

<i>Intervención: Manejo rehabilitatorio.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Realización de rehabilitación física: Ejercicios isométricos. Ejercicios	Los ejercicios isométricos aumentan la fuerza muscular y por lo tanto ayudan a mantener las estabilidad articular. (Ackley & Ladwig,	Se ha mejorado notablemente en la realización de los ejercicios de rehabilitación, debido a que puede movilizar

isotónicos.	2005, pág. 227)	con mayor facilidad las articulaciones.
Enseñar a los miembros de la familia a trabajar junto con la usuaria en las actividades de la vida diaria.	El establecer independencia tanto como sea posible en el usuario ayuda a mantener las habilidades de la movilidad. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 923)	Los familiares lograron ayudar a la usuaria, a independizarse en la realización de las actividades de la vida cotidiana y eliminaron la codependencia.
Permitir al usuario y a la familia involucrarse en el manejo del cuidado.	El control por parte del usuario y su familia respeta su autonomía y favorece el afrontamiento efectivo. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 924)	Los integrantes de la familia comprendieron lo importante y beneficioso de su implicación en el tratamiento.
Se equilibrará el descanso y la actividad.	El reposo tiene un efecto reductor de estrés y tensión, restablece la energía corporal e incrementa la sensación de bienestar. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 666)	Se estableció un horario de reposo – actividad, por consiguiente se elimino el dolor en articulaciones de mayor movilidad.

<p>Programación de actividades con terapeuta.</p>	<p>El enfoque multidisciplinario apoya la total valoración de las necesidades y planificación de las intervenciones. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 924)</p>	<p>La usuaria asiste periódicamente (2 meses) con el terapeuta para reforzar la terapia y ella siga trabajado en casa, para posteriormente espaciar las citas a dos veces por año.</p>
<p>La usuaria realizará actividad física cotidianamente.</p>	<p>El ejercicio es una actividad física destinada a condicionar al cuerpo, mejorar la salud o bien se puede usar como medida terapéutica. (POTTER & PERRY, 2003, pág. 552)</p>	<p>La usuaria logro realizar caminata de forma cotidiana, incrementando gradualmente la resistencia y el tiempo.</p>

- ***Dolor crónico (00133)*** Relacionado con Incapacidad física crónica manifestado por alteraciones de la capacidad para seguir con las actividades previas, informes codificados, máscara facial, temor a nuevas lesiones, irritabilidad, informes verbales de dolor.

Objetivo General. La usuaria disminuirá la intensidad del dolor mediante la enseñanza de técnicas para reducir la aparición de este.

Objetivo Específico. La usuaria desarrollará una combinación de habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras para controlar el dolor.

<i>Intervención: Manejo del Dolor.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Se fomentará la autonomía y la sensación de control.	El enseñar a la usuaria al estar pendiente de su estado de salud y prevenir que se descontrolen, mejora su capacidad de autocontrol. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 588)	La usuaria adquirió habilidades de independencia y autonomía sobre los cuidados relacionados con la patología como tratamiento farmacológico y rehabilitación.

Orientación sobre la importancia del tratamiento médico y las citas de seguimiento médico.	La aceptabilidad de la enfermedad favorece al cumplimiento del tratamiento médico. (POTTER & PERRY, 2003, pág. 488)	La usuaria retomó las citas con su médico familiar, cada de que este las considero necesarias y con médico especialista cada que fue necesario canalizarla.
--	---	---

- ***Mantenimiento ineficaz de la propia salud (00099)***

Relacionado con disminución de las habilidades motoras finas y gruesas manifestado por falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas, falta de expresión de interés, incapacidad para asumir la responsabilidad.

Objetivo General. La usuaria comprenderá la importancia de mantener un estado de salud en las mejores condiciones posibles.

Objetivo Específico. La usuaria identificará conductas y métodos para poder recuperar y mantener el estado de salud en las mejores condiciones.

<i>Intervención: Educación sanitaria e identificación de riesgos.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Proveer de ayudas para facilitar el cumplimiento del plan de cuidados.	Las actitudes de la enfermera hacia la salud y a enfermedad deben de tener en cuenta a la persona en su conjunto, así como al entorno, para individualizar los cuidados enfermeros y aumentar el estado de salud futuro. (POTTER & PERRY, 2003, pág. 488)	Se incremento la sensación de seguridad en la usuaria mediante la resolución de dudas en el tratamiento rehabilitatorio.

- **Disconfort (00214)** Relacionado con temor, síntomas asociados con la enfermedad manifestado por irritabilidad, informes de falta de satisfacción, inquietud, efectos colaterales del tratamiento.

Objetivo General. La usuaria mostrara una mejoría en la capacidad para realizar la movilidad fisca y en la disminución del dolor.

Objetivo Específico. La usuaria conocerá sobre medidas que le ayuden aliviar las molestias que se presenten durante la etapa aguda de la artritis reumatoide.

<i>Intervención: Prevención de secuelas.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Terapia térmica.	El calor dilata los vasos sanguíneos, incrementando el flujo sanguíneo local, favoreciendo la relajación muscular, disminuyendo el dolor. (Saunders, 2000, pág. 788)	Se disminuyo la sensación y percepción del dolor, esto se valoro mediante la escala (escala de caras del dolor, escala visual análoga), observación e

<p>Aplicación de crioterapia.</p>	<p>El frío constriñe los vasos sanguíneos periféricos y reduce la liberación local de sustancias productoras del dolor. (Saunders, 2000, pág. 789)</p>	<p>informe verbal.</p>
<p>Proveer de técnicas de relajación (musicoterapia, televisión, juegos).</p>	<p>Estas técnicas ayudan a distraer temporalmente al usuario de la sensación de discomfort. (Kozier, Erb, & Bufalino, 1994, pág. 192)</p>	<p>La usuaria consiguió realizar actividades que le ayudaban a relajarse y desestresarse y mejoro la sensación de confort.</p>
<p>Proporcionar masajes simples.</p>	<p>Los masajes ayudan a reducir la ansiedad y el discomfort, promueve la relajación y el sueño. (Rosales Barrera & Reyes Gómez, 2004, pág. 138)</p>	<p>Los familiares cooperaron en la realización de esta terapia, cuando fuera necesaria su realización, para la mejora del estado de ánimo de la usuaria.</p>

- **Riesgo de caídas (00185)** Relacionado con artritis, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, dificultad en la marcha, deterioro de la movilidad física, enfermedad crónica.

Objetivo General. La usuaria reducirá el riesgo de sufrir algún accidente asociado a su disminución en las capacidades de movilización.

Objetivo Específico. La usuaria incrementará los conocimientos acerca de las limitaciones y los riesgos que tienen consigo las secuelas de la artritis reumatoide.

<i>Intervención: Orientación prevención de caídas.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Orientación sobre la patología y sus consecuencias.	El aprendizaje es mejor cuando los usuarios están motivados y atentos a los puntos más importantes que hay que aprender. (POTTER & PERRY, 2003, pág. 489)	La usuaria comprende y toma conciencia de la magnitud de su patología y de no cumplir con el tratamiento, las consecuencias y limitaciones de esta.
Capacitación para prevenir y/o	La correcta alineación corporal reduce la tensión	La usuaria y los integrantes de su

evitar accidentes (buena iluminación).	ejercida sobre las estructuras musculoesqueléticas, mantiene el tono muscular y contribuye a sostener el equilibrio. (POTTER & PERRY, Fundamentos de Enfermería, 2003, pág. 552)	familia comprendieron la importancia de en su hogar mantener todas sus áreas bien iluminadas y evitar tener cosas en el suelo que obstruyan en camino.
Recomendar al usuario utilizar zapato firme para deambular y con buena tracción.	Los zapatos firmes brindan al usuario un mejor equilibrio y le protegen de la inestabilidad de las superficies irregulares. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 350)	La usuaria captó la importancia de seleccionar un zapato cómodo, esto para evitar y disminuir el riesgo de caídas.

- **Déficit de autocuidado: vestido (00109)** Relacionado con deterioro musculo esquelético, dolor, debilidad manifestada por incapacidad para ponerse la ropa en la parte interior del cuerpo, coger la ropa, ponerse la ropa en la parte superior, quitarse la ropa, abrocharse la ropa.

Objetivo General. Restablecer al máximo la capacidad de autocuidado e independencia en el paciente.

Objetivo Específico. La usuaria mejorará la capacidad para realizar actividades de vestido y arreglo personal.

<i>Intervención: Apoyo para mejorar la habilidad auto-cuidado.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Eliminar barreras ambientales y factores humanos que puedan influir en la realización del vestido.	Reducir las barreras, mejora la capacidad del usuario para mejorar la función. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 310)	Se apartaron todas aquellas barreras ambientales existentes en su habitación y en el baño, esto con el fin de darle mayor espacio a la usuaria.

<p>Escoger prendas cómodas y una talla más grande.</p>	<p>La simplificación del vestuario facilita que las personas con alteraciones de la movilidad se vistan. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 311)</p>	<p>La usuaria asimilo que el usar prendas ajustadas como pantalones y blusas de licra disminuye su capacidad de independencia al vestirse.</p>
<p>Animar al usuario a vestirse utilizando una secuencia.</p>	<p>Una rutina proporciona un sentido de normalidad y aumenta la motivación para realizar el auto cuidado. (POTTER & PERRY, Fundamentos de Enfermería, 2003, pág. 1516)</p>	<p>La usuaria tomo agilidad para vestirse, mediante la realización de una rutina.</p>

- **Desesperanza (00124)** Relacionado con deterioro del estado fisiológico, pérdida de la fe de un poder espiritual manifestado por disminución de las emociones, falta de iniciativa, falta de implicación en los cuidados, pasividad, pesimismo.

Objetivo General. La usuaria será capaz de expresar los sentimientos de una manera positiva.

Objetivo Específico. La paciente movilizará su energía de forma positiva para un mayor beneficio.

<i>Intervención: Apoyo emocional.</i>		
<i>Actividad</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Eliminación</i>
Escucha activa.	La presencia física y la escucha activa inspiran la confianza y seguridad del paciente. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 536)	Se logro que la usuaria hable sobre sí misma, sus problemas, también se observo más animada y responsable de su proceso de cambio
Implicar a la familia y a los	Las relaciones de cuidado significativas	La usuaria se sintió comprendida,

allegados en el cuidado.	aumentan la esperanza. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 535)	entendida y muy querida al ver a su familia interesado por mejorar su estado de salud.
Orientar a la familia para que demuestren interés y amor a la usuaria.	Las relaciones en las que se demuestra interés tienen una influencia positiva en la presencia de esperanza. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 534)	Los miembros de la familia lograron despojarse de la vergüenza para demostrarle cariño, interés y amor a la usuaria.

- **Riesgo de estreñimiento (00015)** Relacionado con negación habitual de la urgencia para defecar, uso inadecuado del inodoro, hábitos de defecación irregular, actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibra, malos hábitos alimenticios.

Objetivo General. La usuaria reducirá el riesgo de sufrir alteraciones en la defecación.

Objetivo Específico. La usuaria identificará medidas que previenen o tratan el estreñimiento.

<i>Intervención: Manejo Intestinal.</i>		
<i>Actividades</i>	<i>Fundamentación Científica</i>	<i>Evaluación</i>
Aconsejar ingesta de fibras así como de verduras, frutas y legumbres.	Una ingesta diaria de 25-30 gramos de fibra incrementa la frecuencia de las deposiciones en pacientes con estreñimiento. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 629)	Se orienta a la usuaria sobre una alimentación correcta. Mejora su alimentación disminuyendo la ingesta de comida chatarra, aumentando la ingesta de fibra.
Capacitar sobre la necesidad de consumir de 5 a 9 raciones de fruta y verdura al día.	Si el usuario consume una dieta sana con suficiente verdura, fruta, fibra y grano integral evitara el estreñimiento de manera natural. (POTTER & PERRY, Fundamentos de Enfermería, 2003, pág. 464)	La usuaria aumenta la cantidad de ingesta de frutas y verduras ricas en fibra, mejora el hábito intestinal.
Informar sobre la importancia	El incremento de la ingesta de líquidos y el	La usuaria aprendió y comprendió que una ingesta inadecuado de

de la ingesta de líquidos de 1.5 a 2 litros de manera gradual.	mantenimiento de la ingesta de fibra aumenta el número de las deposiciones. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 629)	agua altera dramáticamente la manera de aprovechar los alimentos.
--	---	---

6.5. EVALUACIÓN

En lo que respecta a la aplicación del proceso enfermero a la usuaria con patología de artritis reumatoide, los objetivos planteados en este se cumplieron y culminaron en un 90%, en el cual me quedo muy satisfecha por la labor realizada con la usuaria.

Se logró integrar e involucrar a los miembros de la familia en el tratamiento y rehabilitación de la usuaria, para poder trabajar en conjunto usuaria-familia y poder favorecer al núcleo familiar.

Por otra parte, la usuaria mejoró en su seguridad y autoestima, refiriendo sentirse mejor en su situación emocional; se siente comprendida y escuchada por su familia.

En lo que respecta a la necesidad de movilidad que aun se encuentra afectada, se redujo el nivel de limitación, con ayuda de la rehabilitación física y la constancia en la realización de la terapia, la usuaria aún sigue en rehabilitación ya que es algo importante y pilar para su mejoría en su salud y que no debe abandonar.

La usuaria refiere sentirse satisfecha con los avances que se presentaron gracias a las actividades implementadas por enfermería, ya que logró mejorar las habilidades de movimiento, traslación y por último y no menos importante las actividades de autocuidado en la vida diaria.

7. SUGERENCIAS

Mediante las actividades del proceso enfermero crear conciencia en las personas para que se interesen en mejorar o conservar su estado de salud, mediante las acciones que emprende el personal de enfermería.

Seguir trabajando en la elaboración y aplicación del proceso enfermero para poder ser capaz de identificar factores de riesgo en los usuarios, familia y comunidad todo esto con el fin de trabajar en la prevención de las enfermedades.

Seguir impulsando en la Institución Educativa la aplicación del Proceso Atención de Enfermería como una opción de titulación, debido a que es indispensable en el personal.

Establecer reglas, para facilitar la prestación de libros a las personas que se encuentren en el proceso de titulación, esto ayudaría demasiado a reducir los tiempos en la estructuración del marco teórico.

8. CONCLUSIÓN

Durante la elaboración del presente proceso enfermero, me he dado cuenta que su aplicación nos ayuda a realizar una valoración muy completa sobre las necesidades humanas y fisiológicas más afectadas de nuestro usuario, y así mismo implementar intervenciones de enfermería que le ayuden a recuperar o mantener un estado óptimo de salud.

Al utilizar el proceso enfermero, me di cuenta de la importancia que tiene en el área de enfermería ya que me permite organizar los cuidados y ver al individuo de una manera holística, basado en las necesidades de Virginia Henderson y jerarquizando las necesidades para establecer los diagnósticos y el plan de cuidados.

El proceso enfermero valora el cuerpo, la mente y el espíritu ya que pretende potenciar al máximo la capacidad de la persona para realizar actividades que para ellas son importantes en su vida cotidiana. Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, mediante la realización y el desarrollo un plan eficaz y eficiente. Durante su aplicación evita que se pierda de vista el factor humano.

Como comentario final, me queda una gran satisfacción, el poder haber ayudado a una persona, con los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación profesional y con una herramienta fundamental

como lo es el Proceso Enfermero que se encuentra en constante evolución y perfeccionamiento, todo esto para la superación de mi profesión “enfermería” y demostrar que las actividades de enfermería son indispensable para ayudar a las personas a mejor en varios ámbitos de la salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, B., & Ladwig, G. (2005). *Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados*. (7° ed.). Barcelona, España: ELSEVIER, Mosby.
- Alfaro, R. (2007). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración* (5° ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.
- Álvarez Nemegyei, J., & Nuño Gutiérrez, B. (2005). Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Medica IMSS*, 4(43), 287-292.
- Álvarez, B. (2004). *El libro de la Artritis Reumatoide*. México, D.F.: Diaz de Santos.
- Atkinson, M. (2000). *Proceso Atención Enfermería* (5° ed.). New York: Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Beeson, P. (1997). *Tratado de Medicina Interna* (14° ed.). Barcelona, España: Interamericana.
- Chita, I. (2005). *Cuidados Enfermeros*. Barcelona, España: Interamericana.
- Farreras, & Rozman. (2001). *Medicina Interna* (15° ed., Vol. 1). México, D.F.: ELSEVIER.
- Fonseca, G. (2005). *Manual de medicina rehabilitación calidad de vida mas alla de la enfermedad* (2° ed.). Bogota, Colombia: Manual Moderno.

- Garcia, C., & Martínez, M. L. (2007). *Historia de la enfermería, Evolución histórica del cuidado*. España: ELSEVIER.
- Garcia, M. (2004). *El proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson* (2° ed.). México, D.F: El progreso.
- Goronzy, & Wegand. (2000). *Artritis Reumatoide: Epidemiología, Patología y patogenia*. México, D.F.: Intersistemicas.
- Harrison, P. (2003). *Principios de Medicina Interna* (10° ed., Vol. 2). Barcelona, España: Mc Graw Hill.
- Henández Conesa, J. (2000). *Historia de la enfermería un analisis historico de los cuidados de enfermería*. Barcelona ,España: Interamericana, McGraw-Hill.
- Instituto de investigaciones médico biológicas*. (Septiembre de 2009). Recuperado el 12 de Marzo de 2013, de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ma_Rosario_Zuniga_J.pdf
- Kerouac, S. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: MASSON.
- Kozier, Erb, & Bufalino. (1994). *Fundmentos de enfermería*. Mexico, D.F.: Mc Graw- Hill.
- Macbryd, & Blacklow. (1973). *Signos y Sintomas Fisiopatologia Aplicada e Interpretación Clinica* (Interamericana ed.). México, D.F.: Interamericana.
- Marrier Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería* (7° ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.

- Martínez, M. L., & Chamorron, E. (2011). *Historia de Enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero* (2° ed.). España: ELSEVIER.
- Medina Rodríguez, F. (2004). Reumatismo y artritis reumatoide. *Revista mexicana de seguridad social*, 55, 33-39.
- NANDA, I. (2009-2011). *Diagnosticosenfermeros, definición y clasificación*. Madrid: ELSEVIER.
- Pérez Márquez, R., & Sánchez Santander, Y. (Junio de 2011). CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. Veracruz, México.
- POTTER, & PERRY. (2003). *Fundamentos de Enfermería* (5° ed., Vol. 1). Barcelona, España: Harcourt, OCEANO.
- POTTER, & PERRY. (2003). *Fundamentos de Enfermería* (5° ed., Vol. 2). Barcelona, España: Harcourt, OCEANO.
- POTTER, & PERRY. (2003). *Fundamentos de Enfermería* (5° ed., Vol. 3). Barcelona, España: Harcourt, OCEANO.
- Rodrigo, M. (2007). *De la teoría a la practica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (3° ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.
- Rodriguez, B. (2000). *Proceso Enfermero Aplicación Actual* (2° ed.). México, D.F: ELSEVIER.
- Rosales Barrera, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de Enfermería* (3° ed.). México, D.F.: Manual Mderno.
- Saunders, L. (2000). *Cuidados de enfermería*. México, D.F.: Mc Graw Hill.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2008). *Modelos y teorías en enfermería* (6° ed.). Barcelona, España: ELSEVIER, Mosby.

Tortora, & Derrickson. (2006). *Principios de anatomía y Fisiología* (11° ed.). México, D.F.: Panamericana.

Vinaccia, S., Cadena, J., & Fernando, J. (2000). Relación entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Internacional Journal of clinical and health psychology*, 4(001), 103.

10. ANEXO

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación.

Nombre: _____ edad: _____ peso: _____ talla _____

Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ ocupación: _____

Fecha de admisión: _____ hora: _____ procedencia: _____

Fuente de información: _____

Fiabilidad (1-4) miembro de la familia/ persona significativa:

Valoración de las necesidades humanas

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E
HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

a) Oxigenación

Subjetivo

Disnea debido a: _____ tos productiva/seca: _____ Dolor asociado
con la respiración: _____ fumador: _____ desde cuando fuma/

cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional:_____

Objetivo

Registro de signos vitales y características:_____ tos productiva/ seca:_____ estado de conciencia:_____ coloración de piel/ lechos ungueales/ peribucal:_____ circulación del retorno venoso:_____ otros:_____

b) Nutrición e Hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo):_____ número de comidas diarias:_____ trastornos digestivos:_____ intolerancia alimentaria/ alergias: _____ problemas de la masticación y deglución: _____ patrón de ejercicio: _____

Objetivo

Turgencia de la piel:_____ membranas mucosas hidratadas/ secas: _____ características de uñas / cabello: _____ funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____ aspecto de los dientes y encías: _____ heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

_____ otros:

c) Eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina
y: _____
menstruación: _____ historia de hemorragias/
enfermedades renales: _____
otros: _____ uso de
laxantes: _____ hemorroides: _____ dolor al defecar/
menstruar / orinar: _____ cómo influyen las emociones
en sus patrones de
eliminación: _____

Objetivo

Abdomen/ características: _____ ruidos
intestinales: _____ palpación de la vejiga urinaria:
_____ otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo

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

Objetivo

Características de la piel: _____
transpiración: _____ condiciones del entorno físico:
_____ otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: _____ actividades en el tiempo libre:
_____ hábitos de descanso: _____ hábitos de
trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema muscular esquelético / fuerza:
_____ capacidad
muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____
posturas: _____ ayuda para la deambulaci3n: _____ dolor
con el movimiento: _____ presencia de temblores:
_____ estado de conciencia:
_____ estado emocional: _____ otros:

b) Descanso y sue1o

Subjetivo

Horario de descanso: _____ horario de sue1o: _____ horas de
descanso: _____ horas de sue1o: _____ siestas: _____
ayudas: _____ ¿Padece insomnio?
_____ ¿A qu3 considera que se
deba? _____ ¿Se siente descansado al
levantarse?: _____

Objetivo

Estado mental: ansiedad / estrés/ lenguaje: _____ ojeras:
_____ atención: _____ bostezos: _____ concentración:
_____ apatía: _____ cefaleas: _____ respuestas a estímulos:
_____ otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:
_____ ¿Su autoestima es determinante
en su modo de vestir?: _____ ¿Sus creencias
le impiden vestir como a usted le gustaría?: _____
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo

Vestirse de acuerdo a su edad: _____ capacidad psicomotora para
vestirse y desvestirse: _____ vestido incompleto:
_____ sucio: _____ inadecuado: _____
otros: _____

d) Higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia del aseo: _____ momento preferido para el baño:
_____ ¿Cuántas veces se lava los dientes al día?:
_____ aseo de manos antes y después de comer:
_____ después de eliminar: _____ ¿Tiene
creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

Objetivos

Aspecto general: _____ olor corporal: _____ halitosis:
_____ estado de cuero cabelludo: _____ lesiones dérmicas,
¿qué tipo?: _____ otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?: _____ cómo
reacciona ante una situación de urgencia: _____ ¿Conoce las
medidas de prevención de accidentes? _____ en el hogar:
_____ en el trabajo: _____ ¿Realiza controles
periódicos de salud recomendados? _____ ¿Cómo
canaliza las situaciones de tensión en su vida?:

Objetivo

Deformidades congénitas: _____ condiciones del ambiente
del hogar: _____ trabajo:
_____ otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR
SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y
REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES
RECREATIVAS DE APRENDIZAJE.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil: _____ años de relación: _____ Vive
con: _____ preocupaciones/ estrés: _____
familiares: _____ otras personas que pueden ayudar:
_____ rol en la estructura social: _____ comunica sus
problemas debido a la enfermedad/
estado: _____ ¿cuánto
tiempo pasa sola?: _____ Frecuencia de los diferentes
contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo

Habla claro: _____ confusa: _____ dificultad en la visión: _____ audición: _____ comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras personas significativas: _____ otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: _____ ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____ principales valores en su familia: _____ principales valores personales: _____ ¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____ ¿permite el contacto físico?: _____ ¿tiene algún objeto indicativo de determinado valores o creencias?: _____ otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ tipo de trabajo: _____ riesgos:
_____ cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____ ¿Está
satisfecho con su trabajo?___ ¿su remuneración le permite cubrir sus
necesidades básicas y/o las de su familia?:
_____ ¿está satisfecho con el rol familiar
que juega?: _____

Objetivo

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/
irritable/ quieto/ eufórico: _____ otros:

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:
_____ ¿las situaciones de estrés influyen en
la satisfacción de sus necesidades?:_____ ¿existen recursos en su
comunidad para la recreación?:_____ ¿ha participado en alguna
actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular: _____ ¿rechaza las actividades recreativas?: _____ su estado de ánimo es apático/ aburrido/ participativo/: _____ otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: _____ problemas de aprendizaje: _____ limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____ preferencias leer/ escribir: _____ ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____ ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: _____ ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____ otros: _____

Objetivo

Estado del sistema nervioso: _____ órganos de los sentidos: _____ estado emocional/ ansiedad/ dolor: _____ memoria reciente: _____ memoria remota: _____ otras manifestaciones: _____

ESCALA VALORACIÓN DEL DOLOR

Escala de rostros de dolor



0

Muy contento;
sin dolor

2

Siente sólo un
poquito de
dolor

4

Siente un poco
más de dolor

6

Siente aún
más dolor

8

Siente mucho
dolor

10

El dolor es el
peor que
puede
imaginarse
(no tiene que
estar
llorando para
sentir
este dolor tan
fuerte)

FISIOTERAPIA

ejercicio 1



ejercicio 2



ejercicio 3



ejercicio 4



ESTIRAMIENTO 1

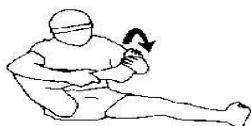


ESTIRAMIENTO 2



ESTIRAMIENTO 3

EJERCICIO FISIOTERAPIA



10 veces
en cada dirección



20 segundos
cada pierna



15 segundos
cada brazo



5 veces
en cada dirección



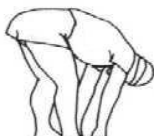
10 segundos
cada lado



20 segundos



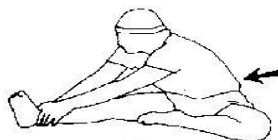
30 segundos



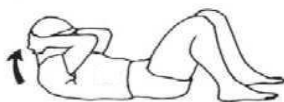
20 segundos



30 segundos



30 segundos



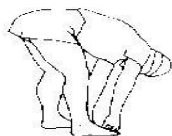
3 veces
5 segundos cada una



25 segundos
cada lado



30 segundos



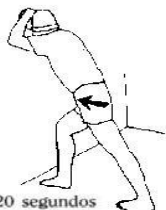
20 segundos
cada pierna



20 segundos
cada pierna



20 segundos
cada pierna



20 segundos
cada pierna

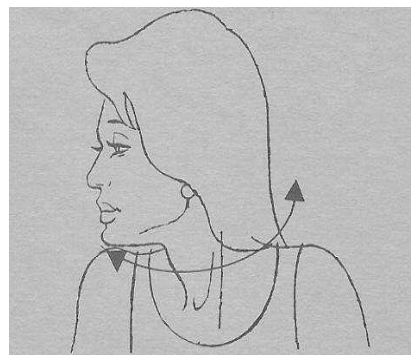
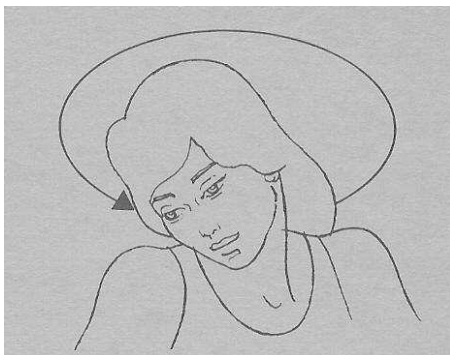
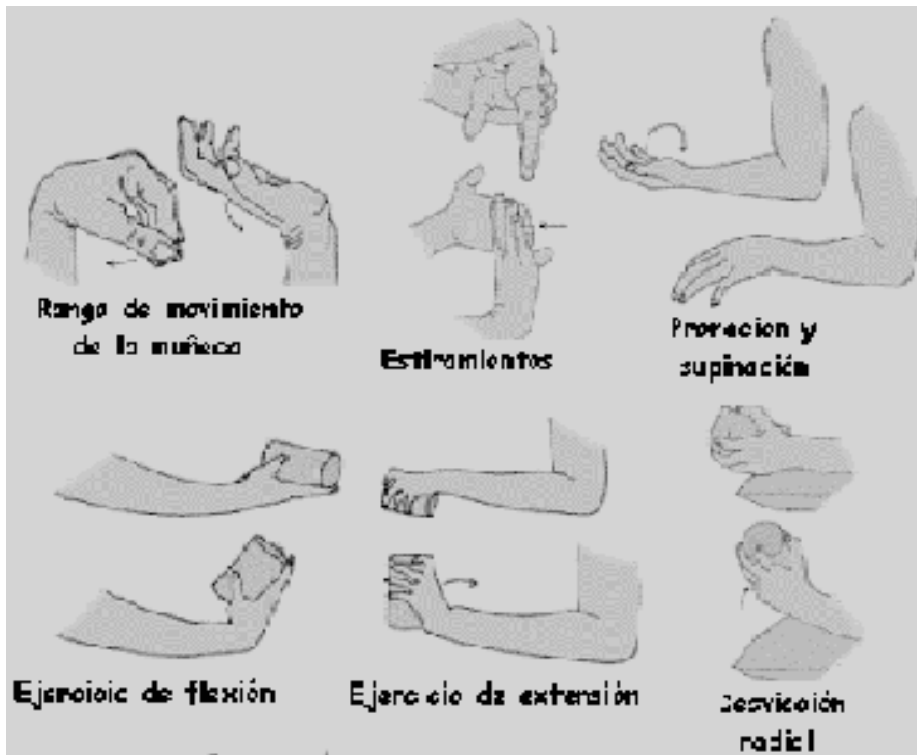


30 segundos

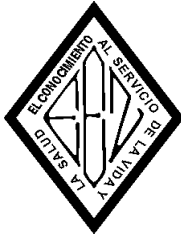


20 segundos
cada pierna

EJERCICIOS FISIOTERAPIA



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.



**INCORPORADA A
LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8723**



La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza impresión del trabajo de titulación a la C. **GABRIELA CAMARENA RÍOS.**

NO. DE CUENTA: 409511815

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A USUARIA
ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
MOVIMIENTO POR ARTRITIS REUMATOIDE.**

Se extiende la presente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convenga, en la ciudad de Zamora, Michoacán el 19 de Septiembre del 2013.

ATENTAMENTE

LEO Ignacia Escalera Mora

Directora