

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

**METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADA A UN
CASO CLÍNICO DE PSORIASIS EN BASE AL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

PROCESO DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E. CARLOTA TORRES MARTÍNEZ

ASESORA:

L.E.Q. BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA

MORELIA MICHOACÁN, FEBRERO 2006.

DIRECTIVOS

L. E .Q: JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

L .E .O: MARTHA MARÍN LAREDO
SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

L.E.Q. BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA
PRESIDENTE

L.E.O. ELVIRA ROMERO VENCES
VOCAL 1

Dr. HERMILO JUAN ORTEGA HERNÁNDEZ
VOCAL 2

Dr. JOSÉ CARMEN LEDESMA MORALES
SUPLENTE

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por darme la vida y la oportunidad de llegar hasta donde estoy, darme fuerza y entereza para lograr la meta que me propuse.

A MI MADRE:

Por su esfuerzo y sacrificio económico que me brindó durante toda mi carrera.

A MI ESPOSO:

Por el apoyo que me está proporcionando.

A MI ASESORA:

Por la paciencia y disponibilidad que siempre me brindó.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios y a mis hijos que son la fuerza que me impulsa a seguir adelante profesionalmente.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	I
I. JUSTIFICACION.....	01
II. OBJETIVOS.....	02
III. METODOLOGIA.....	03
IV. MARCO TEORICO.....	04
4.1 PROCESO ENFERMERO.....	05
4.2 ETAPAS DEL PROCESO.....	09
I. VALORACION.....	09
II. DIAGNOSTICO.....	14
III. PLANEACION.....	22
IV. EJECUCION.....	31
V. EVALUACION.....	37
4.3 VIRGINIA HENDERSON.....	39
4.4 PATOLOGIA.....	49
V. CASO CLINICO.....	65
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO.....	68
a. VALORACION	
b. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	
c. PLAN DE INTERVENCION	
d. EJECUCION	
e. EVALUACION	
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	86
a. DEL CASO CLINICO	
b. DEL PROCESO	
VIII. ANEXOS.....	87
a. HOJA DE VALORACION	
b. GLOSARIO DE TERMINOS	
IX. BIBLIOGRAFIA.....	100

INTRODUCCIÓN

La presente Metodología de Intervención de Enfermería es una herramienta de suma importancia con la cual podemos brindar una atención específica y de calidad al individuo, a la familia y a la comunidad, ya sea en el aspecto preventivo, de rehabilitación y atención a la enfermedad presente.

Este Proceso analiza un caso clínico de Psoriasis, enfermedad de la piel, de la cual se desconoce la causa principal. Es crónica, constituida por placas eritematoescamosas en diferentes partes del cuerpo; rara vez pone en peligro la vida, sin embargo, no se le resta importancia, ya que el impacto emocional que sufre el enfermo psoriático es muy fuerte.

En este Proceso se utilizó el modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas vitales. Se aplicaron las cinco etapas del Proceso: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, previa investigación bibliográfica y por Internet, del tema a tratar. Finalmente se presentan Conclusiones y Sugerencias del Proceso Enfermero y Caso clínico, Bibliografía y Anexos.

I. JUSTIFICACIÓN

La Psoriasis es una enfermedad incurable de la piel, que sufre el paciente en silencio por miedo al rechazo o ignorancia. El brote de lesiones no respeta lugar presentándose en lugares visibles.¹

Es crónica y recurrente, ya que una de las causas investigadas desencadenantes de la enfermedad son los factores psicológicos, de ahí la importancia de la aplicación del Proceso Enfermero a un hombre joven con “psoriasis”.

Mediante la aplicación del Proceso de Enfermería, la enfermera tiene la oportunidad de trabajar con el usuario de manera integral a fin de disminuir el estrés y conducir sus acciones a evitar agravamiento.

Esta enfermedad tiene ocurrencia universal.

Su frecuencia en la población mundial oscila entre el 0.1 y el 6 %.

Población Europea – 2%

Población Norteamericana – 1 al 2%

Población Cubana – 1 al 2%

Se encuentra por igual en ambos sexos, es mas frecuente en la raza blanca que en la negra y mongoloide.

El promedio de edad de presentación es a los 27 años, pero puede aparecer a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez.

Más del 70% de los afectados por Psoriasis confiesan que la enfermedad que padecen repercute negativamente en su trabajo, en su actividad escolar y en sus relaciones interpersonales, afirman haberse sentido excluidos socialmente.²

¹ ZIVKOVIC D. Psoriasis A. Dermatología enigma 192

² <http://www.diariomed.com/edición/noticia/02458612453.html>

II. OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso Enfermero a un usuario con Psoriasis, a fin de identificar más a fondo su problema y buscar estrategias de acción para brindarle atención de calidad.

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar la Valoración de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson
- ✓ Formular Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente.
- ✓ Implementar acciones para reducir o aliviar las condiciones identificadas por el Diagnóstico de Enfermería.

III. METODOLOGÍA

El presente trabajo fue realizado tomando en cuenta el Modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades fundamentales para la vida del ser humano; las cuales son de suma importancia para la identificación de problemas de salud.

Tomando en cuenta las 5 etapas del Proceso, las cuales son:

- 1.- Valoración
- 2.- Diagnóstico
- 3.- Planeación
- 4.- Ejecución
- 5.- Evaluación

IV. MARCO TEÓRICO

REFERENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El término Proceso de Enfermería fue introducido por 1ª vez por Lydia Hall en 1955.

Durante finales de los años 50's y principios de los 60's Dorothy Jhonson 1959, Ida Orlando 1961 y Ernestina Widenbach 1963 introdujeron un modelo de Proceso de Enfermería que constaba de 3 pasos. En 1966 Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el Proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos que el Método científico. En 1967 Louis Knowles presentó un modelo de Proceso que llamo "las 5 D": Descubrir, investigar, decidir, hacer, distinguir.

El profesorado de la Universidad Católica de América, dividió el Proceso de Enfermería en 4 fases.

- 1.- Valoración.
- 2.- Planificación.
- 3.- Interpretación.
- 4.- Actuación y Evaluación.

En 1969 Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un Proceso de 4 pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer pasó.

En 1973 Krisitine Gebbie y Mary Ann Lavin, Louis. En la escuela de Enfermería, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de Enfermería.

En 1975 Gebbie, Lavin y otros educadores de Enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo de Proceso de cinco pasos de forma habitual.

En 1973 la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) publicó los Standard de la práctica de Enfermería, en los que se describe el modelo del Proceso de Enfermería de 5 pasos. En 1998 se documentó mayor compromiso de la ANA con el modelo de 5 pasos, lo cuál convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la Enfermería profesional.

En 1982 se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional para incluir el Proceso de Enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de Enfermería.

En 1996 Potter y Perry dijeron: El Proceso de Enfermería continúa siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados hospitales.³

³ Proceso de enfermería Antología Eneo pág. 37

METODOLOGIA DE ENFERMERÍA

Definición de la Organización Mundial de la Salud:

El Proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos.

Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se puedan cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería, incluye también la planificación para cubrir éstas necesidades, la administración de cuidados y la evaluación de los resultados.

La enfermera en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija prioridades, identifica cuidados que se van a proporcionar y moviliza recursos.

La enfermera proporciona cuidados directa e indirectamente, evalúa resultados, realiza modificaciones en intervenciones de Enfermería, de este modo la Enfermería se convierte en un Proceso dinámico que se presta a adaptación y mejoría.

Entre las características claves del Proceso se incluye también la inspiración, la creatividad y la productividad.

La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito de Proceso de Enfermería.

Las enfermeras tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basándose en aplicación de buenos conocimientos y habilidades a las diferentes situaciones de cuidados. (Hinchliff, Susan M. 1993).⁴

PROCESO ENFERMERO

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos de forma eficiente.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO:

Es un método: Serie de pasos mentales a seguir por la enfermería, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Es sistemático: Esta conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

- Valoración.
- Diagnostico.
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación.

Es humanista: Considera al hombre como un ser holístico (total e integrado), que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado: 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 valora los recursos (Capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

⁴ Proceso de enfermería Antología. Eneo

Es flexible: Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo: Requiere de la Intervención humano-humano, con el o los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.⁵

⁵ Proceso de enfermería Antología. Eneo

ETAPAS DEL PROCESO

Consta de 5 etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1.- VALORACIÓN.

Esta etapa da inicio al Proceso de enfermería, es la fase inicial. Nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia, comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas, fisiopatológicas; así como los recursos (capacidades), con los que se cuentan.

Se considera el pilar del Proceso de Enfermería por que de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas.

A lo largo de su trabajo la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los clientes.

Tipos de información que debe recoger:

La información que ha de buscar la enfermera en su recogida son datos significativos, capaces de permitir la identificación de los problemas específicos del cliente y de orientar las siguientes etapas del Proceso.

La información recogida debe ser:

- ✓ Datos objetivos: observados por la enfermera en la persona que cuida.
- ✓ Datos subjetivos: facilitados por la persona a cuidar y que no se pueden ser observables ni medibles.

Estos datos pueden tener informaciones pasadas y actuales.

Información relativa al propio cliente, a su vida, hábitos, entorno y medio ambiente.

Todas las informaciones recogidas pueden agruparse en dos grandes categorías:

✓ Datos estables:

Son pocos susceptibles de modificarse. Entre ellos se encuentra la información de carácter general (nombre, sexo, estado civil, etc.).

Ciertas características individuales (raza, idioma, religión, cultura, nivel de educación, ocupación). En esta categoría figuran también los gustos, hábitos (preferencia de alimentos, ritmo de vida, ocio, etc.). Ciertos acontecimientos biográficos que pueden estar vinculados a su estado de salud (enfermedades anteriores, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.), incluso; aquí se puede incluir determinados elementos físicos o de reacción que son propios del individuo (grupo sanguíneo, RH., déficit sensorial, alergias, uso de prótesis, etc.). También, la identificación de sus redes de apoyo (familia, amigos, etc.).

A estos hay que añadir también el conocimiento de los detalles de la situación que ha conducido al cliente al hospital o al servicio de consulta.

✓ Datos variables:

Otros datos relativos al cliente, están en constante evolución y exigen una reevaluación continua por parte por parte de la enfermera.

Estos datos variables están relacionados por ejemplo con el nivel de ansiedad, de estrés y sufrimiento del cliente, con sus funciones fisiológicas de respiración, alimentación, eliminación, etc.

Pueden también estar relacionados con su tensión arterial, su temperatura o su reacción a la enfermedad o al tratamiento.

Puede también tratarse del estado de una llaga o incluso de una reacción secundaria a un medicamento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Primaria o directa: es la información que el cliente da.
- Secundaria o indirecta: Es la historia clínica actual o anterior del cliente.
- Familia y entorno del cliente.
- Intercambio de información con los demás miembros de salud.
- Libros, artículos y obras referidos al tema.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

OBSERVACIÓN: se define como la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, detalles del mundo exterior.

En los cuidados de enfermería la observación consiste en considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con él, como una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor.

La observación es el elemento base utilizado por la enfermería en todos y cada uno de los medios de información.

La observación pasa a nosotros antes que nada a través de los sentidos que son los que nos ponen en contacto con el mundo exterior, y la enfermería los usa en su trabajo con el cliente.

La vista: Nos aporta multitud de información en relación con las características físicas de una persona (su fisonomía, su mirada, su comportamiento, etc.).

Nos informa sobre determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha, o un problema de salud (un rostro triste que denota sufrimiento, agitación o abatimiento, erupciones en la piel y edemas, ictericia, etc.).

El oído: A través de éste sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el cliente (latidos del corazón, emisión de gases, escalofríos, etc.), o provocados por el ruido de una caída o agitación.

El tacto: También éste sentido es importante, desempeña un papel esencial en la exploración o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles, endurecimiento, grosor de una masa, textura de la piel, color de los miembros, etc.

El olfato: Permite detectar olores que revelan el grado de la limpieza del cliente o determinados Procesos patológicos como infecciones de una úlcera que produce un olor nauseabundo o el aliento dulzón de un diabético en un momento de elevación de la tasa de azúcar (acidosis).

ENTREVISTA: Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud, el objetivo de éste encuentro es recoger información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y en las distintas manifestaciones de dependencia.

CONDICIONES DE LA ENTREVISTA:

- Escoger el momento oportuno
- Organizar su trabajo
- Permitir al cliente expresarse
- Respetar la intimidad del cliente
- Establecer una comunicación clara y eficaz.

FASES DE LA ENTREVISTA:

- Preparación del material, lugar, momento, intimidad, confort.
- Introducción: Es el momento en que se pone en marcha la entrevista, se presenta, explica sus funciones, lo que pretende.

- Desarrollo o cuerpo de la entrevista: Consta de una sucesión de preguntas y respuestas, escucha y observa al cliente los elementos recogidos, en ésta fase permiten trazar el perfil de la persona en relación a las 14 necesidades fundamentales.
- Conclusión: Finaliza la entrevista, dar gracias, en caso de una nueva entrevista, decirle.⁶

⁶ Proceso de Enfermería Antología. Eneo

2.- DIAGNÓSTICO

Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia o comunidad.

Un diagnóstico de Enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente que pueden ser modificados para Intervención de la Enfermera.

Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.

La responsabilidad de la Enfermería es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas y problemas relacionados con la salud, y a los efectos de éstos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

El diagnóstico es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente. El diagnóstico es una respuesta a un problema actual o potencial del cliente al que las enfermeras están capacitadas y jurídicamente legitimadas para cuidar.

La primera etapa que hay que cubrir para establecer un diagnóstico de cuidados consiste en descubrir el problema de dependencia del cliente.

✓ Problema de dependencia:

Es un cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental que puede ser de orden Bio- Psico-Social, cultural, espiritual; que se manifiesta a través de signos observables.

Identificación de las fuentes de dificultad o factores etiológicos:

Otra etapa que hay que superar para establecer un diagnóstico de cuidados consiste en determinar las causas del problema de dependencia, es decir, las fuentes de dificultad.

Una fuente de dificultad: Es un impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales, en consecuencia; es el origen del problema de dependencia del cliente, se trata del factor etiológico de la causa del problema. Puede estar relacionado con factores de orden físico, psicológico, sociológico, espiritual o con un déficit de conocimientos.

Utilización de matices de precisión:

Cuando al enfermera se plantea establecer un diagnóstico de enfermería descubre que los problemas de cuidados y sus causas presentan matices y grados diferentes.

Por ello Jones y Jacob explicaron el problema de cuidados, expresado en forma de diagnóstico, debe ser formulado con sus distintas matizaciones, que precisan su eventualidad, su presencia, su intensidad y su duración.

Estos matices se expresan con términos como:

Actual, potencial, posibles, ligeros, moderados, intensos, agudos, progresivo y crónico.

Fuentes de dificultad denominadas posibles:

Cuando la complejidad de un fenómeno no permite afirmar con certeza, cuál es la fuente de dificultad o la discreción de la persona nos dificulta la identificación de la causa, ésta fuente de dificultad debe ser calificada como posible.

Realidad o eventualidad de los problemas de dependencia y de sus fuentes de dificultad:

Las fuentes de dificultad ejercen sobre la dependencia de la persona una influencia que puede variar, según se puedan decir que están presentes de forma real o solo potencialmente, de ahí que sobre un problema podamos decir que “está presente” o que es posible que aparezca como dice Glover Mayers, un problema puede ser actual o provocar manifestaciones visibles de dependencia en la persona (ejemplo: una úlcera bajo los senos debido a la falta de higiene), o puede ser solo un problema potencial.

FACTORES CONTRIBUYENTES O ETIOLÓGICOS SECUNDARIOS

Ocurre a veces que tras identificar la fuente de dificultad principal de un problema, la enfermera se da cuenta por el análisis de datos recogidos que éste elemento no actúa en solitario, hay otros factores que complican la influencia de la fuente primaria de dificultad, se trata de los factores contribuyentes que pueden denominarse también factores etiológicos secundarios.

Ejemplo: en una persona que padece estreñimiento a causa de colon irritable, la insuficiencia de ejercicio físico, de hidratación o una dieta pobre en fibra constituyen factores contributivos.

ORIENTACIÓN DE DIAGNÓSTICOS HACIA INTERVENCIONES AUTÓNOMAS O DE COLABORACIÓN:

La formulación del diagnóstico se hace, a partir de todo un conjunto de informaciones recogidas por la enfermera y de las cuales ha extraído por deducción o por inducción una explicación del problema y de su causa.

Los diagnósticos formulados de esta manera orientan el trabajo de la enfermera y dan a sus intervenciones objetivos precisos.

Dirigen su actividad en su papel de profesional autónomo y en sus funciones de colaboración con el médico.

DIAGNÓSTICO DE CUIDADOS SIN FUENTE DE DIFICULTAD O CAUSA:

Al formular un diagnóstico de Enfermería puede ocurrir que resulte imposible descubrir una fuente clara de dificultad o que los factores etiológicos probables sean excesivamente numerosos (ejemplo, la inestabilidad metabólica en personas cuya diabetes está mal equilibrada). En esta situación la enfermera debe escribir en el diagnóstico el problema de cuidados sin indicar las posibles fuentes de dificultad, evitándose así inútiles acrobacias teóricas.

AMBIGÜEDAD ENTRE LA FUENTE DE DIFICULTAD Y EL PROBLEMA DE DEPENDENCIA:

Cuando se desea establecer un diagnóstico de cuidados se da uno cuenta de la ambigüedad de ciertos conceptos clave.

En la práctica uno se da cuenta de que ciertos elementos pueden ser contemplados a la vez como problema de dependencia o como fuentes de dificultad, según el punto de vista. El dolor por ejemplo puede ser considerado como un problema de dependencia en si mismo y por consiguiente ser objeto de un diagnóstico de Enfermería con distintos factores etiológicos (dolores debido a la artritis, dolores postoperatorios, etc.). Por otra parte puede ser tratado como fuente de dificultad como el miedo, ansiedad, estrés, duelo que en sí pueden ser tratados como problema de dependencia o fuente de dificultad.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES ENTRE LOS PROBLEMAS DE DEPENDENCIA Y ORDENAMIENTO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Un problema de salud provoca con frecuencia múltiples problemas de dependencia en la persona. La enfermera debe establecer prioridades entre los problemas a los que va a dedicar su atención.

Criterios por orden de importancia en sentido decreciente.

Cada situación puede presentar modificaciones.

La enfermera debe preocuparse prioritariamente de:

1.- De la satisfacción de una necesidad que pone en peligro el estado de homeostasia del cliente, por ejemplo: una insuficiencia respiratoria grave o una incapacidad de alimentarse o de hidratarse que entrañe el riesgo de generar un desequilibrio serio.

2.- De la necesidad cuya insatisfacción entraña para el cliente un gasto importante de energía. Es el caso de un cliente con una gran ansiedad.

3.- De la insatisfacción que puede comprometer seriamente la seguridad del cliente, por ejemplo: una manifestación de ansiedad o agitación, un déficit sensorial o la confusión.

4.- De la necesidad cuya insatisfacción es profunda y que genera un nivel importante de dependencia, por ejemplo: el cliente débil o inconsciente que es incapaz de volver solo a su cama.

5.- De la insatisfacción de una necesidad que repercute en otras, por ejemplo: la incapacidad para moverse que tiene un cliente, puede tener repercusiones en su estado respiratorio, en su incapacidad para alimentarse o eliminar solo, en su peristaltismo intestinal, en su incapacidad para desplazarse, etc.

6.- De una necesidad cuya insatisfacción daña el confort, por ejemplo: una postura con mal alineamiento corporal, el estar acostado en una superficie rugosa, permanecer sobre una sábana sucia.

7.- De la necesidad cuya insatisfacción puede repercutir en la percepción personal del cliente como su dignidad como ser humano, por ejemplo: un tipo de comunicación enfermera-cliente, que no asegure el respeto a la persona o a su comprensión del entorno.

8.- De la necesidad cuya satisfacción es importante a los ojos del cliente y que lo motiva en su acción. Siempre es más fácil trabajar partiendo de lo que la persona tiene dentro de su corazón. Esto permite emplear su propia energía al servicio del plan de tratamiento.

Para establecer un orden en los diagnósticos de Enfermería es necesario considerar, ante todo, en que medida la necesidad insatisfecha daña la homeostasia del cliente o su seguridad y medir el grado de dependencia que genera en los diferentes niveles, no hay que olvidar determinadas necesidades superiores (aprender, reafirmar la personalidad, recrearse) que nos parecen con frecuencia menos urgentes, pueden presentarse y manifestarse en carácter de urgencia.

DIAGNÓSTICO DE CUIDADOS Y PREVENCIÓN

Los diagnósticos de cuidados se formulan con frecuencia en función de problemas actuales; sin embargo las dificultades potenciales deberían ser consideradas, si realmente se quieren planificar intervenciones para la prevención y evitar complicaciones, así como disminuir posibles secuelas.

La identificación de un problema potencial puede permitir igualmente a la enfermera actuar de forma adecuada en el momento oportuno, por ejemplo: estar en continua vigilancia ante la posible aparición de ideas suicidas en un depresivo.

DIAGNÓSTICO DE CUIDADOS Y DIAGNÓSTICO MÉDICO

El *diagnóstico médico* se refiere habitualmente a una afectación específica.

El *diagnóstico de Enfermería* contempla la respuesta del cliente a este estado.

El diagnóstico de cuidados, habitualmente es más global que el diagnóstico médico y también más descriptivo.

Un mismo diagnóstico de Enfermería puede ser aplicable a distintos tipos de afecciones, por ejemplo: para un problema respiratorio puede ser el mismo que en el caso de una infección o una alergia.

Por el contrario para un diagnóstico médico la enfermera deberá formular varios diagnósticos, ya que el cliente puede experimentar otras dificultades relacionadas con el.

El diagnóstico médico está orientado hacia la identificación de un Proceso, con el fin de determinar su tratamiento.

El diagnóstico de Enfermería se centra ante todo en la respuesta del cliente a este Proceso en la forma en la que él vive, esta situación y en los factores que dañan la satisfacción de algunas de sus necesidades ante la presencia de dicho Proceso.

El diagnóstico de Enfermería ha de conducir a la planificación de intervenciones autónomas. El diagnóstico médico lleva sobre todo a la ejecución de intervenciones prescritas.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

✓ **REALES:**

Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado con la presencia de las características principales (signos y síntomas).

✓ **DE RIESGO Y ALTO RIESGO:**

Es un juicio clínico de que un individuo familia o comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación real o parecida. Estado o situación que todavía no existe.

✓ **POSIBLE:**

Los diagnósticos de Enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechado cuya confirmación necesita nuevos datos (problemas que pueden existir pero que necesitan datos adicionales para ser confirmados o descartados).

Ejemplo: Posible trastorno del autoconcepto relacionado con una pérdida reciente de las responsabilidades del rol, secundaria de una exacerbación de esclerosis múltiple.

✓ **DE SALUD O BIENESTAR:**

Es un juicio clínico respecto a una persona, familia, comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel alto.

Para que una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar deben cumplir 2 requisitos:

- Deseos de conseguir un nivel superior de bienestar.
- Estado o función actual eficaz.

Los diagnósticos de Enfermería de bienestar se escriben como enunciados de una parte, conteniendo solo la etiqueta.

Empiezan por “potencial de favorecer” y a continuación se expresa el grado superior de bienestar que la persona o grupo desean.

Ejemplo: potencial para favorecer los Procesos familiares.⁷

3.- PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del Proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.⁸

Planificar cuidados significa “establecer un plan de acción” programar sus etapas medios que se van a utilizar, precauciones que debe tener.

⁷ Diagnostico de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica. J. Carpenito pág. 7 a 10

⁸ Proceso de Enfermería pág. 73

Esta planificación debe determinar el objetivo que se persigue, es decir, los objetivos de los cuidados.

Esta etapa también es llamada “Plan de Intervención” ó “Plan de cuidados”.

PASOS DE LA PLANEACIÓN

- Establecer prioridades
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de Enfermería.
- Documentar el plan de cuidados

Esta etapa esta compuesta de dos elementos:

- 1.- Objetivos de cuidados
- 2.- El plan de Intervención de Enfermería.⁹

3.1.- OBJETIVOS DE CUIDADOS

El primer paso en la planificación de los cuidados esta constituido por los objetivos.

Su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el Proceso de cuidados.

A partir de las conclusiones aportadas por el diagnostico de Enfermería, la enfermera elige en este momento la orientación que va a seguir; decide el cambio que va a provocar en el cliente para que pueda resolver sus problemas de dependencia.

Es por tanto el momento en que decide dar una orientación determinada a su acción, pero para poder llegar a una meta, es muy importante tener muy claro a donde se quiere llegar, como dice Mager “Si usted no sabe a donde va, posiblemente no llegará a ningún lado”.

⁹ Proceso de Enfermería. Antología. Pág. 129.

Antes de decidir las intervenciones que se van a ejecutar, es esencial que la enfermera determine a donde quiere llegar, es decir, que elabore unos objetivos de cuidados.

DEFINICION:

Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. Se trata de una Intervención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

El objetivo de cuidados tiene como punto de mira al comportamiento la actitud o la acción del propio al cliente.

CARACTERÍSTICAS:

El objetivo de cuidados debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al cliente. Debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción. Para que así sea tiene que evitar cualquier tipo de formulaciones imprecisas o vagas.

Expresar objetivos de forma específica en función del comportamiento del cliente o de la meta y grado de implicación que se espera de él.

Los objetivos deben ser igualmente realistas y observables:

- 1.- Especificidad o pertenencia a un solo sujeto (a veces puede aplicarse a un grupo o selectividad).
- 2.- Meta o acción esperada de la persona.
- 3.- Implicación o nivel de compromiso personal del cliente (ejemplo, debe actuar solo o con ayuda).

4.- Realismo. Un objetivo debe tener en cuenta la capacidad de la persona desde el punto de vista físico, intelectual y afectivo, para que sea aplicable, debe ser realista desde el punto de vista de la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarlo a conseguirlo.

5.- Observable. Un objetivo debe orientarse hacia comportamientos o acciones objetivamente apreciables, que en determinados casos, deben ser incluso mensurables.

COMPONENTES:

Las características enunciadas anteriormente indican cómo ha de ser la composición de un objetivo. Llevan a la enfermera a incluir en los objetivos que se marca determinadas precisiones esenciales.

a).- Sujeto Único: Para que un objetivo sea específico debe orientarse hacia un solo sujeto cada vez, es decir, hacia el mismo cliente en algunos casos es el esposo, en otros la familia o una colectividad.

b).- Verbo activo o pasivo: Generalmente la formulación de un objetivo ha de utilizar un verbo en voz activa que exprese de ser posible un solo comportamiento cada vez (ejemplo: levantarse, comer, hacer, flexiones de rodilla).

Cuando varias acciones se realizan al mismo tiempo se unen a un solo objetivo (el cliente se levantará y dará algunos pasos por la habitación).

Puede darse el caso de un problema potencial que se desea prevenir. En este caso el cliente no siempre puede manifestar el mismo grado de implicación, entonces el objetivo adquiere un grado más pasivo.

ELEMENTOS DESCRIPTIVOS DE LA ACCION

El objetivo debe generalmente expresar “de que forma se realiza la acción del cliente”.

¿Con o sin asistencia? ¿Con que medios? Ejemplo: el cliente caminará con ayuda.

CRITERIOS DE OBSERVACION

El objetivo debe expresar criterios precisos de observación, es decir debe terminar en que momento y “en que medida debe realizarse la acción”.

Ejemplo: el cliente caminara con ayuda, tres veces al día, durante cinco minutos.

El contexto no siempre se presenta al mismo grado de precisiones, ya que el objetivo depende de distintos elementos de la naturaleza cualitativa o descriptiva.

UN OBJETIVO: Debe, en la medida de lo posible, permitir responder a cinco preguntas:

- ¿Quién?
- ¿Cómo?
- ¿Cuándo?
- ¿En que medida?
- ¿Qué hace?

CAMPOS A LOS QUE PUEDEN PERTENECER LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS

a).- De naturaleza psicomotriz: cuando lo que esta implicado es el movimiento (rotaciones de espalda, girarse con ayuda, pronunciar consonantes).

b).- De naturaleza cognitiva: Cuando se refiere al conocimiento.

c).- De naturaleza afectiva: Cuando están interesadas, las emociones y los sentimientos (expresar su inquietud frente al estado en que se encuentra, aceptar el tratamiento).

OBJETIVOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO:

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene que ser necesariamente el mismo para todos. Algunos de ellos se podrán conseguir a corto plazo en horas o en pocos días.

a).- Objetivo a corto plazo: El cliente debe ejecutar con cierta premura y que dentro de unos días tendrá que ser evaluado y probablemente modificado.

b).- Objetivo a mediano plazo: Ejemplo. Dentro de una semana el paciente será capaz de caminar sin ayuda determinada distancia.

c).- Objetivo a largo plazo: Ejemplo: el paciente, aumentara progresivamente la movilidad de sus dedos para que tenga capacidad de movimiento dentro de un mes.

OBJETIVOS CONSTANTES

Son los que deben mantenerse constantemente en el plan de cuidados porque las intervenciones que originan tienen que proseguir sin descanso durante largo tiempo.

DETERMINACIÓN DEL MOMENTO DE LA EVALUACION

Para facilitar la evaluación es conveniente en algunos casos mencionar el momento en que se ha de evaluar cada objetivo enunciado.

Ejemplo:

Un objetivo que se propone aumentar la autonomía del cliente para sus cuidados de higiene se puede añadir "evaluar dentro de 3 días". En otros casos se puede evaluar cada hora, en plazo más largo.

Aquí finaliza el 1er paso de la etapa de planificación.

3.2.- PLAN DE INTERVENCIÓN

Segundo paso de la planificación.

Otro componente de la planificación de cuidados la constituyen las intervenciones. La elección de las intervenciones, esta etapa del Proceso de la planificación de cuidados, permite traducir esta intención en acciones precisas susceptibles de realizar.

DEFINICIÓN

La elección de las intervenciones permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el cliente y para corregir su problema de dependencia.

Las intervenciones constituyen las acciones que realiza ella para conseguir el bienestar del cliente o su mejoría. Engloba acciones que ella hace ejecutar al cliente. A estas acciones se añaden intervenciones de comunicación, de relación, de ayuda y enseñanza.

El plan de Intervención relacionado con una persona permite a la enfermera juzgar la urgencia de sus necesidades y la importancia de sus problemas de dependencia. Le permite hacer una comparación con la situación de los demás clientes, establecer prioridades para cada uno de ellos, decidir cuáles son las prioridades que debe respetar.

PLAN DE INTERVENCIÓN Y COMUNICACIÓN

Es muy importante que sea posible establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales: Médicos, enfermeras u otros terapeutas. Debe existir una fuente de información que los ponga al corriente de los cuidados del curso, de cada cliente; esto se realiza a través del Plan de Intervención. Todo el equipo de salud puede encontrar informaciones útiles para esclarecer el problema del cliente y una orientación común para la acción.

PLAN DE INTERVENCIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La mayor utilidad del plan de Intervención consiste, sin duda alguna, en facilitar un seguimiento de los cuidados entre las distintas enfermeras y equipos de trabajo (turnos de día, tarde y noche). De esta forma se asegura una línea constante de orientaciones, en este caso el plan de Intervención se convierte en el instrumento por excelencia de la continuidad de los cuidados.

PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE LA FAMILIA

El objetivo de los cuidados dentro del marco conceptual de las necesidades fundamentales, consiste en conducir al cliente a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de éstas necesidades.

Es esencial que se haga colaborar al cliente en la preparación de su plan de Intervención y en la elaboración de establecimiento de prioridades. La situación del enfermo no siempre nos lo permitirá, pero cuando su nivel de comprensión y

su fuerza física son favorables, la enfermera puede comunicar más fácilmente determinados objetivos al cliente.

Después de la preparación del plan de Intervención la enfermera puede consultarlo con el cliente y explicar la importancia primordial de ciertos objetivos.

La enfermera puede preguntar al cliente que puntos mejoraría o cuales le parecen importantes para trabajar sobre ellos. Debe ella informar al cliente sobre las acciones y solicitar su consentimiento.

Si hay algún peligro de inquietar al cliente o se cree que va a reaccionar de forma negativa, es mejor abstenerse. Esto se puede aplicar a la familia y a personas próximas al cliente que sea conveniente integrarlas en la planificación de intervenciones o incluso que participen en los propios cuidados, (es el caso de un niño o de un paciente en forma terminal o del cliente convaleciente que debe continuar con el tratamiento en casa).

INTERVENCIONES Y ROL DE SUPLENCIA

ROL DE SUPLENCIA:

La enfermera suple lo que el cliente no puede hacer por si mismo para satisfacer sus necesidades y corregir su problema de salud.

INTERVENCIONES:

Se orientarán a aumentar y completar lo que el cliente puede realizar por si mismo y en determinados casos, a suplir aquello que él no puede hacer por si mismo.

Por tanto sus acciones tienen como objeto esencial conservar un grado óptimo de independencia en la persona.

CARACTERISICAS DE LAS INTERVENCIONES

✓ Creatividad:

La enfermera que procede a la planificación de cuidados ha de ser imaginativa.

Debe pensar en intervenciones originales que respondan a las necesidades específicas del cliente; tomando en cuenta en primer lugar las necesidades fisiológicas.

Las intervenciones deberán ser innovadoras y con auténtico esfuerzo de creatividad.

✓ Personalización:

Las intervenciones deben ser personalizadas, de acuerdo con las necesidades de la persona su edad, cultura, gravedad de su problema.

✓ Ser mensurables:

Las intervenciones deben ser evaluables. Es importante que sean enunciadas de forma precisa y que vayan acompañadas de elementos observables y si es posible, mensurables:

- Deben indicar hora, momento del día (mañana, tarde o noche), en que intervalo, continuidad y duración (vigilar continuamente).
- Describir la forma en que se lleva a cabo la acción.
- Deben indicar las precauciones que se han de tomar y consecuencias que se deben prever.
- En algunos indicar la calidad de relación que se debe establecer.

CONOCIMIENTOS DE APOYO EN LA PLANIFICACION DE LAS INTERVENCIONES

Para conseguir planificar intervenciones apropiadas, la enfermera debe apoyarse en todos los conocimientos de las ciencias básicas en que se fundamentan las enseñanzas de Enfermería.¹⁰

¹⁰ Proceso de Enfermería. Antología. Eneo

4.- EJECUCIÓN

La etapa de Ejecución es la aplicación real de las intervenciones de Enfermería, derivada de las prescripciones establecidas en el plan de cuidados.

Participación en el momento de la realización del plan de Intervención:

- El cliente lleva a cabo acciones planificadas para él.
- Enfermera: supervisa esas acciones.
- Equipo de cuidados: Asegura la complementariedad de actividades profesionales.
- La familia: colabora en los cuidados

EJECUCIÓN DE CUIDADOS Y ORIENTACIÓN HACIA LA INDEPENDENCIA

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Pero según la condición del cliente. El estado de dependencia puede ser variable.

Antes de ejecutar cuidados hay que evaluar que puede hacer el cliente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible.

ENFERMERA-CLIENTE

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el cliente. Es el momento de excelencia para establecer una relación significativa con él.

Durante los cuidados o tratamiento, la enfermera está en una situación privilegiada. Existe un intercambio con el enfermo. Si ella lo desea estos contactos con el cliente pueden ser pretexto para una relación calurosa.

COMUNICACIÓN FUNCIONAL

En el curso de su trabajo junto al cliente, la persona que cuida debe comunicarse con él en múltiples circunstancias (durante todo el Proceso).

Esta comunicación debe ser clara, eficaz y expresiva, es lo que da un clima de satisfacción.

RELACIÓN DE AYUDA

Las diversas situaciones que experimenta el ser humano en el curso de su vida llevan a unos hacia regresión y a otros a un crecimiento.

Un problema de salud, con todas las dificultades que lo rodean, constituye un periodo de crisis, determinante para el individuo ya que su desarrollo depende, en cierta medida de lo que él haga frente a este problema o de lo que se hace por él para ayudarlo. En estos momentos la persona más indicada para prestar ayuda es, sin duda alguna, la enfermera.

Esta forma de relación susceptible de ayudar a la persona en el Proceso de su evolución personal y desarrollo es la relación de ayuda o la comunicación terapéutica. Consiste en establecer un clima de confianza, de aceptación, de respeto, y de comprensión. No aconsejar sino iluminarle y apoyarle en sus dificultades, aportarle el suficiente calor y comprensión para que él mismo pueda encontrar dentro de sí, fuerzas para volver a tomar las riendas de su propia vida.

REACCIONES DEL CLIENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

1.- Ansiedad: Sentimiento de incomodidad y de tensión que experimenta la persona frente a la vida.

Se presenta en forma aguda ante el dolor, miedo, inquietud, etc.

Sus manifestaciones físicas son importantes, pueden ir desde una modificación ligera del pulso, de la respiración, de la tensión arterial, hasta una elevación muy significativa de los signos vitales o pérdida de control de sí mismo.

2.- Estrés: Se manifiesta física y psicológicamente.

Psicológicamente: Se produce como una respuesta a un “desequilibrio entre las exigencias a las que debe hacer frente el individuo y su capacidad para responder a ellas”.

La enfermera ayuda a encontrar respuestas adaptativas, darle apoyo frente a su ansiedad al miedo, al fracaso o a la depresión que el estrés desencadena.

Físicamente: El estrés puede ser la causa de que determinadas necesidades fisiológicas como el hambre, la sed, el frío o la falta de confort, queden sin satisfacer.

3.- El dolor: se trata de una sensación penosa percibida en uno o varios puntos del organismo.

Se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, acompañada de destrucción tisular verdadera o posible.

Viene acompañado de reacciones psicológicas como ansiedad y depresión, cólera; de preocupaciones sociológicas como inquietud por el futuro de la familia e incluso de interrogantes de carácter religioso o filosófico que pueden aumentar su intensidad.

El dolor se clasifica en dos categorías:

Dolor agudo.- que con frecuencia desempeña una función de alarma y protección.

Dolor crónico.- que persiste más allá del intervalo habitual necesario para la curación de una enfermedad.

El rol de la enfermera frente a esta dificultad del cliente consiste en administrar los medicamentos y los cuidados que pueden calmar el mal físico.

4.- Soledad: es un estado en que la persona se encuentra sola consigo misma.

Los parientes y amigos de los enfermos se olvidan con demasiada frecuencia de ellos, hay bastantes clientes que no tienen familia. Las personas de edad avanzada, enfermos crónicos y clientes de unidades psiquiátricas experimentan con frecuencia la soledad, incluso el aislamiento.

Es verdad que ciertos momentos de “intimidad consigo mismo” son beneficiosos para el ser humano, le permiten identificarse mejor como persona, llegar a una conciencia más clara de sí mismo y desarrollar sus características propias de autonomía.

Debería existir un equilibrio entre el grado de intimidad de que tiene necesidad el cliente para conservar su dignidad y las relaciones sociales que necesita para su expansión.

La soledad frecuente y prolongada de las persona enfermas conduce con frecuencia y de forma casi inexorable a un deterioro mental y afectivo.

El rol de la enfermera junto a estas personas desamparadas consiste, en cierta manera, en reemplazar por medio de su relación de ayuda a las personas significativas que no están presentes.

5.- La inmovilidad o disminución de la actividad normal: Puede ser muy difícil de aceptar y tolerar por una persona. Este estado conduce según su gravedad, a

cierto grado de dependencia que, además de múltiples repercusiones físicas, pueden afectar a la percepción de la propia imagen y de la estima de si mismo. Esta situación difícil puede incluso alterar las percepciones sensoriales del cliente que a consecuencia de insuficiencia de estímulos que recibe, puede llegar a modificar su humor, su apreciación del tiempo y su calidad de vida.

La persona que se encuentra inmovilizada esta expuesta igualmente a dificultades psicológicas, que la enfermera debe tratar de disminuir por medio de cuidados apropiados a través de la estimulación de una presencia afectuosa.

6.- La alienación: Dentro de los servicios de salud el cliente se siente con frecuencia perdido y alienado ante una cierta deshumanización. La enfermera con su calidez, calidad en los cuidados e informaciones puede reducir este sentimiento.

7.- Sentimiento de impotencia: Se encuentra este sentimiento en el cliente que vive una situación crítica, o en el que tiene que aceptar una enfermedad o limitación y en enfermos en fase terminal.

El rol de la enfermera es asistir en su etapa de crecimiento.

8.- Modificación del esquema corporal: Es un conjunto de representaciones psicológicas y sociológicas integrados por la persona en el curso de su desarrollo. Se trata de una imagen ideal del paciente.

Una modificación de su imagen produce un impacto en su forma de verse y de aceptarse (cambios como adelgazamiento, obesidad, menopausia, envejecimiento).

El rol de la enfermera es mostrar respeto, comprensión y apoyo.

9.- La pérdida: Situación difícil, puede ser de:

- Orden material (dinero, bien o un empleo).

- Orden físico (modificación corporal, pérdida de un ser querido).
- Orden psicosocial (pérdida de un rol, estatus social).

Situaciones frecuentes en el ámbito de Enfermería.

10.- El duelo: Cualquier pérdida importante especialmente si se trata de un ser querido, genera una reacción denominada duelo.

El rol de la enfermera es dar apoyo y comprensión para ayudar a adaptarse a su aflicción y hacer frente con más ánimo su realidad.

11.- Muerte: El rol de la enfermera junto a una persona en fase terminal es soportar juntos, caminar uno al lado del otro. Transmitir respeto y comprensión.

ELEMENTOS DE INTERVENCION

Ante estas dificultades la enfermera cuenta con muchos medios para actuar. Debe aplicar tratamientos y cuidados para aliviar al enfermo, aportarle confort y bienestar, usar técnicas de relajación y visualización.

COMUNICACIÓN PEDAGOGICA.

La ejecución constituye el momento para informar al enfermo sobre su estado de salud, tratamiento, hábitos, etc.

La enseñanza puede ser de forma informal o más estructurada.

5.- EVALUACIÓN

Ultima etapa del Proceso. Permite conocer los resultados del plan de intervenciones de Enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y estado de salud de la persona.

Consiste en emitir un juicio. Es una condición absoluta de la calidad de cuidados.

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN

Se realiza regularmente aunque los intervalos pueden ser diferentes. Generalmente es el objetivo el que indica el ritmo con que debe hacerse la evaluación. Ejemplo, si contiene la expresión de aquí a mañana, mañana es cuando se examina. Se examina en los plazos fijados.

ASPECTOS A EVALUAR

- resultados obtenidos, cambios observados
- satisfacción del cliente:

Resultados obtenidos:

Primer elemento de la evaluación, por los cuidados de Enfermería. La evaluación de los resultados es en cierto modo la recogida de datos más limitada que toca ciertos aspectos del problema de salud del cliente, para los que se habían planificado determinadas intervenciones. Esta etapa cierra la marcha del Proceso de cuidados.

La satisfacción del cliente:

La satisfacción del cliente es el segundo elemento que hay que considerar en la evaluación de los cuidados.

Se trata de un aspecto importante al que sin embargo, hay que hacer una reserva el enfermo no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos

cuidados; por ignorancia puede sentirse satisfecho o puede darse el caso contrario.

Es importante conocer su apreciación y discutirla con él.

SEGUIMIENTO DEL PROCESO

La evaluación no estaría completa sin nuevas revisiones periódicas de las distintas etapas el Proceso, ya que éste debe ser el funcionamiento habitual de la enfermera.

Esto es necesario cuando la situación de los cuidados parece estancarse y cuando las intervenciones no consiguen los resultados perseguidos.

FORMA DE EVALUAR

La evaluación se lleva acabo por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del cliente a los cuidados de Enfermería. Todas las preguntas se formulan a partir de un punto de referencia que es el objetivo de los cuidados.

DIFERENCIA ENTRE EVALUACIÓN DEL PROCESO Y LA EVALUACION DE LOS CUIDADOS

- La evaluación de cuidados: es mucho más amplia, abarca toda la planificación del conjunto de cuidados. Es decir, la calidad, técnica y la relación manifestada a lo largo de su ejecución, capacidad para trabajar en equipo, etc.

- El Proceso: Constituye un elemento para proceder a la evaluación. La enfermera que domina el Proceso esta ya en posesión de la reflexión, rigor científico, preocupación por el cliente para aplicar cuidados de Enfermería de calidad.¹¹

¹¹ Proceso de Enfermería. Antología. Eneo

C. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

ANTECEDENTES PERSONALES DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial desarrollo su interés por la Enfermería.

En 1918 ingresó en la escuela de Enfermería de la armada de Washington. Se graduó en 1921, inició su trabajo como enfermera visitadora y como docente de Enfermería. En la universidad impartió cursos sobre el Proceso analítico y práctica clínica de 1930 a 1948.

Tiempo después, trabaja como enfermera en rehabilitación, fue en esta época donde tomó conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros.

Elaboró un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Ela considera su trabajo como una definición más que una teoría describe su Interpretación como la síntesis de muchas influencias positivas y negativas.¹²

Henderson ha publicado muchos trabajos y sigue siendo citada en las publicaciones actuales de Enfermería. Su énfasis en la importancia de la independencia e interdependencia de la Enfermería con otras disciplinas para atender la salud ha sido muy conocida.¹³ Es sin duda una iniciadora en las formas

¹² TOMEY, Ann Marriner, Modelos y Teorías de Enfermería.

¹³ KOZIER B, (G. Erb. K, Blais, J.M. Wilkinson) Fundamentos de Enfermería Conceptos Proceso y Práctica.

del pensamiento científico de la Enfermería al plantear la necesidad de clarificar la práctica de Enfermería.¹⁴

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

La filosofía de Virginia Henderson se ha clasificado en el grupo de la Enfermería humanística por que considera a la profesión como un arte y como una ciencia. Incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de Enfermería ya que siempre consideró importante mantener un equilibrio fisiológico.

Consideró que la asistencia de Enfermería está constituida por 14 componentes, que identifican 14 necesidades del ser humano, desde las fisiológicas hasta las psicosociales. La Enfermería se debe basar en las necesidades de la humanidad, pero debe comprobar la interpretación del paciente sobre éstas, ya que puede actuar basándose en una idea equivocada con respecto a tales necesidades.

Más que una teoría, el trabajo de henderson se considera una filosofía ya que toma una postura personal para visualizar las circunstancias.¹⁵

ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORIA

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “Los cuidados enfermeros” esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8a a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la

¹⁴ Desarrollo Científico de Enfermería. Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC) incluida en el anuario bibliográfico de investigación en salud. Vol. 9 N° 4

¹⁵ TOMEY, Op. Cit

11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-realización.

DEFINICIÓN DE ENFERMERA DE VIRGINIA HENDERSON

Definió Enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de Enfermería.¹⁶

TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de Enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, vejez, niñez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente. Se ubica esta teoría en la categoría de Enfermería humanística como arte y ciencia.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de Enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas.

La función de la enfermera es atender al sano o al enfermo o ayudar a una muerte tranquila, en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla.

¹⁶ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2htm>

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de Enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.¹⁷

FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a elaborar su propia definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Bertha Hamer. El segundo factor fue su participación como integrante del comité de la conferencia Regional en 1946 y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de investigación de la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) sobre la función de Enfermería en 1955.

NECESIDADES FUNDAMENTALES BÁSICAS

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades básicas fundamentales que tienen todos los seres humanos que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

¹⁷ <http://www.rincondelvago.com/cuidadosdeEnfermeriavirginiahenderson.html.37k>

- 1.- Necesidad de respirar normalmente.
- 2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.
- 3.- Necesidad de eliminar por todas las vías.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener la debida postura.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.
- 6.- Necesidad de seleccionar la ropa adecuada y vestirse adecuadamente.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales.
- 8.- Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel.
- 9.- Necesidad de evitar peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones.
- 11.- Necesidad de practicar su religión.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de recrearse.
- 14.- Necesidad de aprender.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. Las 14 necesidades son comunes a todo ser humano, las 7 primeras son biológicas y las restantes psicosociales.

Henderson considera a la persona como un ser bio-psico-social cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Al paciente lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia o la muerte pacífica.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están relacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona.

FACTORES QUE MODIFICAN LAS NECESIDADES

Permanentes:

Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física, personalidad.

Variables:

Estados patológicos:

- ✓ Trastornos de líquidos y electrolitos.
- ✓ Falta de oxígeno.
- ✓ Conmoción o inconciencia (colapso y las hemorragias). Desmayos, coma, delirios.
- ✓ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ✓ Estados agudos de fiebre debidos a toda causa.
- ✓ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- ✓ Una enfermedad transmisible.
- ✓ Estado pre-operatorio.
- ✓ Estado post-operatorio.
- ✓ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- ✓ Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.¹⁸

¹⁸ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2htm>

SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera-paciente:

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que éste desea, sino además lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud.

Se establecen 3 niveles en la relación enfermera-paciente y estos son:

1.- La enfermera como sustituta: éste se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

2.- La enfermera como ayuda: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

3.- la enfermera como compañera: Supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera-médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera-equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.¹⁹

CUIDADOS BASICOS

Son las actividades que realizan las enfermeras para suplir o ayudar a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de Enfermería elaborado en función de las necesidades detectadas en el paciente y son integrales o individuales.

En la planificación de cuidados ratificadas por el paciente (qué él entienda y esté conciente y dispuesto a cumplir los cuidados).²⁰

PRINCIPAL INFLUENCIA

Consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de Enfermería en base a las 14 necesidades.

CONCEPTOS BASICOS DEL METAPARADIGMA:

- Persona:

¹⁹ <http://www.rincondelvago.com/cuidadosdeenfermeriavirginiahenderson.htm.37K>

²⁰ <http://www.rincondelvago.com/cuidadosdeenfermeriavirginiahenderson.htm.37K>

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

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

Todas las condiciones externas que influyen en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano.

- Salud:

Es el mayor grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.

- Necesidades:

Es el objeto de los cuidados de Enfermería que son integrales (bio-psicosocial) y son individualizados.²¹

²¹ <http://www.Terra.es/personal/duenas/teorias2htm>

MÉTODO LÓGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría.

Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

NIVELES DE EDUCACION

Virginia Henderson decía que la educación en Enfermería debe ser universitaria y desarrollada hasta el máximo nivel académico.

Ella organiza la educación en 3 niveles:

✓ Primer nivel:

Enfocado a conocer las necesidades fundamentales, la planificación de los cuidados y la función de Enfermería.

✓ Segundo nivel:

Ya se accede a los estaos patológicos y permanentes. Se aprende a planificar cuidados para satisfacer necesidades y se tienen conocimientos científicos, biológicos, físicos, sociales y de comportamiento.

✓ Tercer nivel:

La formación debe estar centrada en el paciente y en la familia.²²

PSORIASIS

²² <http://www.rincondelvago.com/cuidadosdeenfermeriavirginiahenderson.htm.37K>

1.- La palabra Psoriasis derivada del griego etimológicamente significa:

Psor: prurito

lasis- estado

Es una dermatosis inflamatoria crónica, frecuente, no contagiosa, caracterizada por placas bien delimitadas de coloración rosada a salmón, cubierta por escamas poco adherentes de color típicamente plateado.²³

2.- La Psoriasis no es una enfermedad contagiosa, es decir, transmisible por contacto, ya que no hay ninguna evidencia de una causa infecciosa. En algunos casos hay predisposición hereditaria o genética, como lo demuestra la concordancia (coincidencia) entre hermanos sobre todo gemelos.

Es caracterizada por la aparición de lesiones en parches de color rojo con descamación blanquecina, que pueden presentar dolor o comezón. Su localización mas frecuente es en rodillas, codos y cuero cabelludo, pero puede comprometer cualquier otra parte, incluso uñas.²⁴

3.- Es una enfermedad que afecta al Proceso de renovación de la piel. Las células de la piel se forman demasiado rápido y las células anormales se acumulan formando escamas blancas sobre manchas rojizas. Estas escamas están conformadas por células muertas y las placas están conformadas por un engrosamiento de la piel que en contraste con la piel normal se reproduce con gran rapidez. En condiciones normales la piel se renueva cada 28 días en tanto que en el paciente con Psoriasis, el fenómeno acontece cada 3 o 4 días.²⁵

FACTORES ETIOLOGICOS

²³<http://bvs.sid.q/revistas/med/vol40-2-01med07201.hlm.falabellar,escobarce.giraldo>

²⁴<http://mxsearch.yahoo.com/search?p=psoriasis>

²⁵<http://www.paginamedica.com>

La causa específica no se conoce todavía, pero existen factores desencadenantes:

- Son aquellos estímulos suficientemente fuertes como para producir cambios inflamatorios que pueden evidenciar clínicamente en forma de las placas de psoriasis.

Factores como:

a).- Traumatismos físicos.

b).- Infecciones bacterianas y víricas

- ✓ infecciones de vías respiratorias altas
- ✓ Amigdalitis claramente relacionada con los brotes de psoriasis gutata en la infancia.
- ✓ Infección por el virus del VIH (SIDA) relacionada con la psoriasis severa.

c).- Medicaciones, los más frecuentes son:

- ✓ Antimaláricos, tópicos, etc.
- ✓ El litio.
- ✓ Corticoides tópicos.

d).- Exposición solar excesiva.

e).- Estrés psicosocial:

El estrés psicosocial se considera importante en el inicio y la exacerbación de la psoriasis en cerca de 40 a 80% de los casos.

Existen varios estudios de estrés emocional que demuestran que los pacientes con psoriasis experimentan mayor tensión, presentan niveles mas elevados de adrenalina urinaria y menores concentraciones de cortisol plasmático que los pacientes con control de psoriasis.

Estos hallazgos sugieren que los pacientes con esta enfermedad perciben las situaciones (moderadas o intensas) con más estrés que los individuos sanos.

Sufren recaídas mas frecuentes experimentan mayores niveles de tensión emocional durante sus actividades cotidianas.²⁶

f).- factores climatológicos:

- ✓ El invierno es la estación del año que exacerba la enfermedad.
- ✓ El clima cálido favorece la colonización por hongos y bacterias de las placas.

g).- Factor genético:

Este se sustenta en la tendencia de la enfermedad de transmitirse de forma hereditaria. Es frecuente el desarrollo de la enfermedad entre varios miembros de la familia y más si están afectos ambos progenitores.

h).- Factor inmune:

Diversos tratamientos inmunosupresores han hecho tener visión, demostrándose el papel de la activación de los linfocitos T en el desarrollo de ésta enfermedad.²⁷

CUADRO CLÍNICO

Los principales síntomas mostrados por las personas que padecen esta enfermedad son:

- Área rosada o roja en la piel cubierta de manchas blancas escamosas.
- Picor y dolor en el área con manchas.
- Al principio las manchas son pequeñas, luego se extienden cubriendo áreas mayores de la piel.²⁸

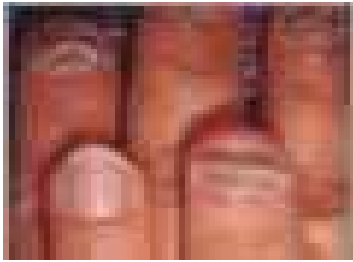
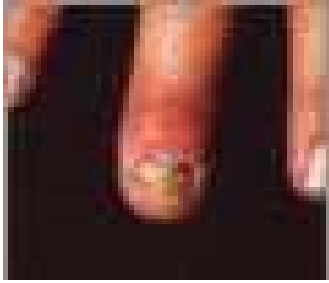
²⁶ Harrison, Medicina Interna. Estrés y manifestaciones clínicas Mc- Graw Hill Interamericana. Pág.31-32

²⁷ <http://www.paginamedica.com>

²⁸ <http://mx.search.yahoo.com/search?p=psoriasis>

- La dermatosis es bilateral con tendencia a la simetría; predomina en piel cabelluda, codos, rodillas, espalda (región sacra), extremidades (piernas y brazos).
- En algunos enfermos afecta la cicatriz umbilical, palmas, plantas, genitales y pliegues de flexión.
- En ocasiones las lesiones son localizadas pero también pueden ser generalizadas.
- En la piel cabelluda tiende a presentarse hasta el límite de implantación.
- Las lesiones pequeñas predominan en la niñez.
- En las lesiones palmoplantares y generalizadas puede haber fisuras, pústulas e incapacidad para los movimientos.
- Puede afectar las uñas en un alto porcentaje; se observan erosiones puntiformes (signo del dedal), hiperqueratosis subungueal, onicólisis, leuconiquial.
- La evolución es crónica con brotes; puede desaparecer espontáneamente o empeorar, pero rara vez pone en peligro la vida.
- La forma en gota es la de mejor pronóstico al remitir las lesiones no dejan cicatriz pero pueden dejar hiper o hipopigmentadas las zonas donde se presentan. En general es asintomático, pero puede haber prurito después de una exposición a la luz solar o en lesiones de piel cabelluda.
- El paciente puede observar que ciertas circunstancias agravan las lesiones como cortaduras, quemaduras, picaduras de insectos o ciertos medicamentos o infecciones.
- El estrés, obesidad y otras enfermedades pueden agravar las lesiones de la psoriasis.²⁹

²⁹Dermatología atlas. Diagnostico y tratamiento autor Roberto Arenas 480,483.



CLASIFICACIÓN

I.- Del adulto

A.- Por la localización

- ✓ de la piel cabelluda
- ✓ facial
- ✓ Palmoplantar
- ✓ Ungueal
- ✓ De pliegues (invertida)
- ✓ De glande y prepucio
- ✓ Laríngea y ocular
- ✓ Bucolingual
- ✓ Generalizada aguda

B.- Por la morfología

- ✓ Gotas
- ✓ Placas
- ✓ Anular
- ✓ Girata
- ✓ Numular
- ✓ Ostracea
- ✓ Circinada
- ✓ Pustulosa

II.- Infantil:

- ✓ De la piel cabelluda
- ✓ Del área del pañal
- ✓ De uñas
- ✓ Pustulosa

- ✓ En gotas
- ✓ Folicular
- ✓ Eritrodermica
- ✓ Universal³⁰

PATRONES CLÍNICOS DE PSORIASIS (CLASIFICACIÓN)

1.- PSORIASIS EN PLACAS O PSORIASIS VULGAR

Es la forma mas frecuente de la enfermedad. Se caracteriza por placas eritematosas, bien delimitadas cubiertas e una escama plateada que al descamarla presenta el signo de Auspitz, afectando predominantemente a los codos, rodillas, cuero cabelludo, región retroauricular, región lumbar y ombligo. Las lesiones se desarrollan de forma lenta, iniciándose como pápulas asintomáticas con marcada formación de escamas y tendencia a agruparse para formar placas. En un grupo menor de pacientes se caracteriza por placas de psoriasis de curso crónico que afectan predominantemente a los pliegues afectándose mayormente el pliegue inguinal, anal, axilar y cara lateral del cuello denominándose psoriasis invertida.

³⁰Dermatología Atlas Diagnostico y tratamiento Roberto Arenas Pág. 481.



2.- PSORIASIS EN GOTA

Este patrón de presentación se caracteriza por afectar predominantemente a niños y adolescentes y consiste en la aparición brusca de múltiples pequeñas lesiones (0.5-1.5cm) papulares cubiertas de una escama plateada.

Suele asociarse a cuadros infecciosos estreptocócicos de vías respiratorias altas a pesar de haberse establecido un tratamiento antibiótico correcto. La psoriasis en gota suele presentar un buen pronóstico.

3.- PSORIASIS ERITRODERMICA

Representa una forma generalizada de la enfermedad en la cual existe afectación de toda la superficie cutánea incluyendo la cara, manos, pies, uñas tronco y extremidades.

La psoriasis eritrodérmica suele aparecer en pacientes con psoriasis de difícil control que en el curso de su evolución desarrollan de forma generalizada eritema, edema, y descamación, es característica la afectación de la cara con desarrollo de ectropión. Los pacientes eritrodérmicos suelen tener afectación sistemática con

fiebre, escalofríos, mal estado general y afectación nutricional con hipoalbuminemia, ferropenia y desarrollo de edemas.

4.-PSORIASIS PUSTULOSA

Es una forma menos frecuente de psoriasis en la que se puede observar la presencia de múltiples pústulas de 2-5mm de tamaño sobre una base eritematosa. El cultivo de estas pústulas siempre es estéril. Acompañada de fiebre y leucocitosis. La psoriasis pustulosa puede ser localizada o generalizada. Las formas generalizadas pueden cursar con afectación sistemática y suelen observarse en el curso de psoriasis crónica.

La forma exantemática generalizada suele presentarse en pacientes sin historial de psoriasis y como respuesta a una medicación.

La forma palmo plantar es la más localizada, frecuente y puede ser hallazgo aislado de la enfermedad.

Cuando la Psoriasis pustulosa afecta únicamente a dedos se conoce como acrodermatitis continua de hallopeau.

5.- PSORIASIS GUTATA

Se desarrollan súbitamente numerosas lesiones papulares pequeñas con escamas de una a tres semanas después de una faringitis estreptocócica.

6.- PSORIASIS INVETIDA

Se desarrollan placas en áreas intertriginosas que carecen de las escamas por la humedad y la maceración.

7.- PSORIASIS UNGUEAL

Las lesiones ungueales son frecuentes en los pacientes afectos de psoriasis y suelen verse en mas del 25-30% de los enfermos, pueden observarse incluso como hallazgo aislado. Existen 3 cambios importantes en las lesiones y consisten en:

- 1.- Pitting ungueal: presencia de depresiones puntiformes en la lamina ungueal.
- 2.- Maculas Amarillentas: En la porción distal de la uña; despegamiento del tercio distal de la uña.
- 3.- onicodistrofia: Resultado de la psoriasis de la matriz ungueal, se caracteriza por la presencia de abundante material queratósico en la uña.

8.- PSORIASIS DE MUCOSAS

Puede observarse la afectación de la mucosa del glande en forma de placas eritematosas, bien delimitadas sin observarse la presencia de escamas. La afectación de la mucosa oral es más infrecuente y también se caracteriza por el desarrollo de placas eritematosas en el dorso de la lengua que a menudo adoptan aspectos geográficos.³¹

EPIDEMIOLOGÍA

No se encontraron datos epidemiológicos ni estadísticos a nivel municipal y estatal, en instituciones de salud.

Se encontró un dato de defunciones hospitalarias del 2003 en el INEGI tomado como enfermedades de la piel.

³¹<http://www.paginamedica.com>

En cuanto a defunción se registró un solo caso y enfermedades de la piel 539 casos.

Esta enfermedad tiene ocurrencia universal. Su frecuencia en la población mundial oscila entre el 0.1 y el 6 %.

Población Europea – 2%

Población Norteamericana – 1 al 2%

Población Cubana – 1 al 2%

Se encuentra por igual en ambos sexos, es mas frecuente en la raza blanca que en la negra y mongoloide.

El promedio de edad de su presentación es a los 27 años, pero puede aparecer a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez.

Más del 70% de los afectados por psoriasis confiesan que la enfermedad que padecen repercute negativamente en su trabajo, en su actividad escolar y en sus relaciones interpersonales afirmaban haberse sentido excluidos socialmente.³²

DIAGNÓSTICO

El Diagnostico se establece fundamentalmente con base en la observación de las lesiones de la piel y en algunos casos, de las uñas y de las articulaciones.

Es factible que en algunos casos el médico especialista, (el dermatólogo), recurra a una biopsia o toma de una muestra de la piel para observación del hepatólogo como confirmación del diagnóstico y exclusión de otras posibilidades.³³

TRATAMIENTO

Como medidas generales se recomienda una explicación amplia, psicoterapia de apoyo y en caso necesario, sedantes y antidepresores.

³² Fuente: INEGI

³³ <http://mx.search.yahoo.com/search?p=psoriasis>

En Psoriasis eritrodérmica y pustular, reposo y hospitalización y tratamiento de infecciones.

Muchos pacientes mejoran con exposición a la luz solar.

Algunos tratamientos son:

Corticoides Tópicos:

Tienen actividad anti-inflamatoria, antimicótico, y vasoconstrictora. Aunque útiles pero tiene la desventaja de que al suspenderlos inducen rebote de las lesiones y la automedicación y abuso por parte de los enfermos (crea dependencia), por tal se prefiere evitar su uso.

Alquitrán de Ulla:

Es de los más antiguos y eficaces. Usado en concentraciones del 3% al 5% en crema o vaselina aplicado en las lesiones por la noche debido a su efecto fotosensibilizante.

El alquitrán de ulla puro es usado para plantas o palmas y para piel cabelluda el shampoo.

El alquitrán de Ulla con radicación ultravioleta posterior es una útil modalidad en el tratamiento. Su desventaja es cierta irritación y el manchado de piel y ropa (su puede desmanchar con aceite mineral).

Antralina:

En México existe en forma de ungüento a concentraciones de 0.4% y 2% empleada en 2 formas por contacto corto y contacto prolongado.

- Contacto corto.- El medicamento se aplica sobre las lesiones después de unos minutos, se limpia con aceite. Debe comenzarse con la concentración al 0.4% y en periodos no mayores de 15 minutos que irán aumentando progresivamente 5 minutos por semana. Si no muestra irritación severa al llegar a los 30 minutos, se cambia a la concentración del 2% regresando a solo 15 minutos de contacto

- Contacto prolongado.- Usarlo si no hay muestra de irritación, aplicar dejando toda la noche nuevamente iniciando con la concentración mas baja.

Desventaja:

Causa efectos de irritación muy acentuada.³⁴

Análogos de la Vitamina "D": (calcitriol)

Tacalcitol calciprotieno, calcitriol.- De gran utilidad, representan una alternativa a los derivados de cortisona. Aplicados 2 veces al día.

Desventajas:

Irritación moderada en pliegues y cara al usar más de 100gramos por semana existe riesgo de producir hipocalcemia y calsinosis renal.

Retinoides:

Grupo de medicamentos relacionados con la vitamina "A", empleado por vía oral (acetrin). No recomendado por su efecto secundario agresivo, sequedad cutánea, queilitis, teratogenesis ya que se acumula en el tejido graso e hígado. Contraindicado en el embarazo hasta 2 años después del tratamiento. De utilidad eficaz en la Psoriasis pustulosa y eritrodermica a dosis de 0.5mg/Kg./día.

Metotrexate:

Antimetabolito ha demostrado eficacia en tratamiento de psoriasis. Tiene efectos tóxicos que requieren control médico (defectos congénitos, daño hepático), dosis única semanal o repartida en 3 tomas.

Ciclosporina:

Inmunomodulador, útil de acción rápida, a dosis de 2.5-5mg/kg/día.

³⁴ Arenas Roberto; Dermatología atlas. Diagnóstico y tratamiento. Pág. 483.

Desventaja:

Al suspenderse el tratamiento regresa la Psoriasis. A su estado original y causa lesiones renales.

Fototerapia:

Empleando radiación ultravioleta B. Útil en enfermos con lesiones superficiales y con placas delgadas.

Vaselina salicilada:

Queratolítico al 3-6% durante el día.

Fotoquimioterapia (PUVA):

Administración de una psoraleno y la posterior exposición a radiación ultravioleta. Útil para casos moderados o severos.

Desventajas:

Náuseas, vómito, mareo, cefalea, riesgo de quemadura, favorece el desarrollo de cataratas por depósito del psoraleno en el cristalino y cáncer de la piel.³⁵

Margarita tropical, Nuevo medicamento 2002:

Remedio tradicional indio, inhibe el crecimiento de ciertas células de la piel que en estos pacientes está en exceso, además posee efecto anti-inflamatorio muy beneficioso

Esta siendo investigado en el Colegio de Londres su nombre científico (vermonia Anthelmíntica) se halló una sustancia en su semilla llamada vernodanol.

El uso del aceite de pescado:

Esta mostrando resultados alentadores según reportan estudios realizados en Alemania, Japón, Buenos Aires, Argentina, Australia, los cuales carecen de reacciones adversas o desagradables.

³⁵<http://www.paginamedica.com>

Coriodemina:

En Cuba se viene trabajando con ésta sustancia llamada coriodemina, la cual inhibe el desarrollo del brote psoriático regulando la velocidad de producción de las células epidérmicas o queratinocitos, se presenta de forma de jalea hidrosoluble aplicada directo al sitio de lesión.

Se ha usado por un periodo de dos años con un 78% de efectividad sin reacciones secundarias.

Electromagnetismo:

En el centro Nacional de Electromagnetismo se está trabajando con un equipo estimulador local eléctrico con el que se trata las zonas dañadas con gran efectividad, sin secuelas solo se puede tratar en formas clínicas localizadas.³⁶

PRONÓSTICO

Suele ser crónica y puede mantenerse de por vida con exacerbaciones y remisiones.

COMPLICACIONES

- Dermatitis por contacto (exceematización), impétigo secundario.
- Eritrodermia: Se caracteriza por afección de la piel con prurito intenso, fiebre de 39 a 40°C y afección del estado general. Puede presentarse en forma espontánea o provocada por sustancias tóxicas como aceite de cade, glucocorticoides locales o sistémicos.

³⁶ <http://bvs.sid.cu/revistas/med./vo/40-2-01>

- Poliartritis crónica: Con afección principalmente interfalángicas de manos y pies; hay dolor y flogosis, se acompaña de psoriasis ungueal en 80%, anquilosis, rigidez y deformidad permanente.
- infecciones secundarias que pueden diseminarse y hacerse sistémicas.
- Envejecimiento precoz de la piel.
- Cáncer de piel y cataratas.

CUIDADOS O PREVENCIONES

- Control del estrés.
- Evitar las quemaduras o exposición solar excesiva.
- Tener cuidado con ciertos medicamentos.
- Utilizar el baño de manera corta.
- Limitar la natación.
- Evitar el rascado y roce de ropa.
- Uso del medicamento según indicaciones.
- Una dieta balanceada.
- Reposo adecuado.
- Ejercicio regular.
- Empleo de jabones, shampoos o limpiadores de la piel que contengan alquitrán o ácido salicílico.
- Realizar prácticas de la relajación y manejo del estrés (yoga y meditación).
- Seguir al pie de la letra las indicaciones del médico.
- Para retirar las escamas humidézcalas con agua tibia y retirar con suavidad el tejido que se suelte.
- Mantener las lesiones humectadas con Vaselina.
- Exposición breve al sol.³⁷

³⁷ <http://www.paginamedica.com>

V.- CASO CLINICO

Masculino de 29 años de edad, casado, originario de Morelia, Michoacán, de nacionalidad mexicana, talla de 1.65cm.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre de 62 años con Diagnostico medico de gota desde hace 7 años, sin ningún otro antecedente de enfermedad. Abuela materna fallecida a los 27 años de edad por anemia y ulcera gástrica. Abuelo materno alcohólico, padre sin antecedentes de enfermedad. Abuelo paterno diabético, hipertenso, reumático y con Parkinson, son 8 hermanos de los cuales sólo 2 presentan problemas de psoriasis, él y su hermana de 35 años con migraña y presencia eventual de psoriasis solo en cuero cabelludo las cuales desaparecen sin tratamiento. No presta importancia al problema ni ha acudido al médico.

Peso actual de 64kg. Habiendo cursado únicamente la secundaria.

Casa habitación de material, techo y piso de cemento, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios básicos.

Vive con su esposa e hijos, cuentan con habitaciones separadas con sus la de sus hijos. Vive en casa rentada Nivel socioeconómico medio bajo.

Consume todo tipo de alimentos; carne, verduras, fruta, actualmente se esta viendo modificada su alimentación por la presencia de familiares teniendo una ingesta de carne de 4 veces por semana (por influencia de familiares).

Desayuno: 8:00 A.M.

- Un vaso con leche y 1 pieza de pan.

Almuerzo: 11:00 A.M.

- Una torta con variado alimento o quesadillas con queso guisado y verduras, con un refresco.

Comida: 2: 30

- Guisado variado con uno y medio o dos refrescos

Merienda:

- Un vaso con leche mas una pieza de pan.

Realiza baño y cambio de ropa diario cepillado de dientes de 3 veces al día. Refiere tener secreciones nasales con estornudos por las mañanas. Solo en temporadas de frío. No ha acudido al medico por este motivo.

No toma bebidas alcohólicas, no fuma sin conocimiento de tener alguna alergia, no intervenciones quirúrgicas.

PADECIMIENTO ACTUAL:

A la exploración física presenta placas de Psoriasis en cabeza, piernas, codos, refiere haber iniciado con la enfermedad desde la edad de 8 años sin motivo aparente. Describe que las lesiones inician con un pequeño grano formando poco a poco placas grandes las cuales se unen formando células muertas que el se desprende sin precaución ocasionando salida de sangre, presenta comezón en las lesiones.

Refiere que hace 10 años presentó lesiones grandes en todo el cuerpo sobre todo en la espalda formándosele grietas dolorosas que le supuraban “ secreciones sanguinolentas”, acudió con un médico especialista el cual le dio tratamiento, (solo recuerda algunos medicamentos como el alquitrán de ulla: pomada y shampoo). Otras pomadas tópicas no recuerda nombre.

TRATAMIENTO ACTUAL:

Acudió a consulta con el especialista el cual le dio tratamiento.

Pomada compuesta por:

- Ácido salicílico 4gr.
- Betametazona 20 gr.
- Petrolato blanco sólido 100gr.
- Acetonido de fluocinolona, 20 gr. (Ungüento), aplicada cada 12 horas.
- Solución para cuero cabelludo compuesta por:

- Ácido salicílico 6gr.
- Agua destilada 300ml.
- Solución de Lavanda 10ml, aplicada por las noches con un algodón solo en lesiones.

Dx. Médico: Psoriasis

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1 VALORACION POR NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación.

Frecuencia respiratoria de 24x', presión arterial de 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 85x'.

Refiere tener salida de secreciones nasales con estornudos por las mañanas. Solo en temporadas de frío. Ignora la causa ya que no ha acudido al médico por ese motivo.

No toma, no fuma.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación.

Talla de 1.65 cm.

Peso de 64 kg.

A su alimentación integra todo tipo de alimentos carne, verduras, frutas. Actualmente se modificó su alimentación (influencia de familiares recién llegados) teniendo una ingesta de carne de 4 veces por semana.

Su ingesta normal de carne es de 2 a 3 veces por semana. Realiza 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, comida, merienda).

Refiera consumir menos de un litro de agua al día, acostumbra el consumo de refresco oscuro (2 a 3 al día).

Menú actual:

Lunes

Desayuno: 8:00 A.M.

- Un vaso con leche y 1 pieza de pan.

Almuerzo: 11:00

- una torta con salchicha, queso de puerco, verdura
- un refresco

Comida: 2: 30

Una pieza chuleta de puerco con frijoles y arroz.

Merienda:

- Un vaso con leche mas una pieza de pan.

Martes

Desayuno: 8:00 a.m.

- un baso con leche mas una pieza de pan

Almuerzo: 11:00 a.m.

- Una torta de carnitas
- Un refresco

Comida: 2:30

- 2 piezas de bistec encebollado con frijoles y salsa
- 2 vasos de refresco

Merienda:

- Un vaso con leche y una pieza de pan

Miércoles

Desayuno: 8:00 a.m.

- Un vaso con leche mas una pieza de pan

Almuerzo: 11:00 a.m.

- Una torta de guisado
- Un refresco

Comida: 2: 30

- Caldo de pollo con verdura

Merienda:

- Un vaso con leche mas una pieza de pan.

Jueves

Desayuno: 8:00a.m.

- un vaso con leche y una pieza de pan

Almuerzo: 11:00a.m.

- Una torta con salchicha con queso amarillo y verdura 1 1/2 refresco.

Comida: 2:30 p.m.

- Bistec asado con arroz
- Un refresco

Merienda:

- Un vaso con leche y una pieza de pan.

Viernes

Desayuno 8:30 a.m.

- Un vaso con leche y una pieza de pan

Almuerzo: 11:00 a.m.

- 3 quesadillas con queso, jamón y verdura
- 2 refrescos

Comida: 2:30 p.m.

- Pechuga de pollo con ensalada de verduras
- 1 refresco

Merienda:

- Un vaso con leche mas una pieza de pan

3.- Necesidad de eliminación.

A la eliminación intestinal refiere evacuaciones de una vez al día, de consistencia dura, realiza esfuerzo para evacuar.

Frecuencia urinaria de 2 a 3 veces al día, de color amarillo oscuro con mal olor, sin haber presentado hasta el momento molestias urinarias.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

A la observación se encuentra tranquilo.

Refiere que ocasionalmente siente su cuello rígido, ha notado que eso sucede cuando esta nervioso, lo cual es por causas económicas del hogar. Esporádicamente juega fútbol por falta de tiempo.

5.- Necesidad de descanso y sueño.

Refiere de 6 a 7 horas de sueño ininterrumpido por la noche, ocasionalmente duerme 15 minutos por la tarde. Tiene dificultad para dormir temprano por la noche por estar pensando en problemas familiares (cónyuge) que en este momento tiene. Por las mañanas tiene dificultad para despertar y durante el día anda somnoliento y malhumorado, no acostumbra leer. Ni el uso de fármacos para dormir.

6.- Necesidad de vestirse adecuadamente.

Sin limitaciones físicas, ni alergias a ningún tipo tejidos, brinda importancia a su arreglo personal.

Por lo general durante el día anda sucio de sus ropas debido al tipo de trabajo que tiene. Su ropa de vestir no es adecuada a la estación del tiempo; debido a la

enfermedad que tiene siempre usa ropa que cubra sus extremidades ya que le avergüenza que vean sus lesiones; las temporadas de calor le son molestar por el sudor y el tener que usar ese tipo de ropa.

7.- Necesidad de termorregulación.

Temperatura corporal normal (36.4°C), sin problemas de termorregulación.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.

A la observación presenta aspecto limpio. Menciona higiene dental de 3 veces al día, baño diario. Presencia de lesiones “psoriaticas” en piernas, codos, cabeza.

Describe que se desprende las células muertas que se le forman ocasionando sangrado ya que lo hace sin ninguna precaución.

El medico no le ha dado información de cómo desprenderlas, ocasionalmente siente comezón.

9.- Necesidad de evitar peligros.

Manifiesta quedarse con sueño por las mañanas al levantarse.

10.- Necesidad de comunicarse y sexualidad.

De expresión callada. Padre de 2 hijos; las personas más significativas para él son su esposa e hijos. Principal confidente su esposa. Las personas con las que se relaciona diariamente son con compañeros de trabajo, hermanos y amigos.

La mayor parte del día se encuentra fuera de su hogar.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores.

Lo más importante para él son su esposa e hijos. No pertenece a ninguna religión, solo dice que cree en dios, no cree en imágenes.

La persona autorizada a tomar decisiones en su ausencia es su esposa.

12.- Necesidad de trabajar y de realizarse.

Refiere que ser el sostén económico de su hogar, y que su estado de salud le impide realizar algunas actividades que le agradan como jugar fútbol, nadar, usar ropa de moda y descubierta en temporadas de calor.

Refiere sentirse insatisfecha debido a no contar con una profesión (carrera profesional).

No tuvo oportunidad de estudiar debido a carencias económicas del hogar materno.

Solo tiene estudios de secundaria terminada.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Forma parte de un grupo musical, eso le gusta, distrae y siente que lo relaja.

Le gustaría participar en actividades deportivas (fútbol) pero no tiene tiempo y lo limita su enfermedad.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Le gustaría conocer más sobre su enfermedad.

6.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Eliminación

Diagnóstico: Potencial

RIESGO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS RELACIONADA CON, CONSUMO DE 3 REFRESCOS AL DÍA Y FRECUENCIA URINARIA DE 2 A 3 VECES AL DÍA DE COLOR AMARILLO OSCURO CON MAL OLOR.

Objetivo:

El usuario se mantendrá libre de infección mediante la modificación en el hábito del consumo de refresco, de manera gradual; a la vez lograra incluir a su dieta diaria el consumo de líquidos.

Planeación:

- Informar a la persona sobre los riesgos de adquirir una infección de vías urinarias (causas y síntomas) y lo perjudicial que es el consumo de refresco.
- Darle a conocer las ventajas de agregar a su dieta diaria abundantes líquidos.

Fundamentación científica:

- El consumo de refresco es perjudicial debido al contenido de sustancias químicas facilitando una orina concentrada.
- Una adecuada hidratación impide que se produzca una orina concentrada.
- La retención de la orina contribuye a la proliferación bacteriana. Las bacterias pueden alcanzar el riñón a través de los uréteres (infección ascendente).
- Las infecciones y la diuresis escasa contribuyen a la formación de cálculos en el tracto urinario.

Ejecución:

20/abril/2005

- Por medio de pláticas formales se dieron a conocer los daños que causa el consumo de refresco.

- Se explicaron las ventajas de la ingesta diaria de 2 litros de líquidos al día.
- Se dio a conocer las diferentes formas de agregar líquidos a su dieta (en alimentación y aguas preparadas).
- En participación con su familia se vigiló la ingesta de líquidos.³⁸

Evaluación:

01/junio/2005

El objetivo se logro ya que el paciente ha logrado eliminar el consumo diario de refresco sustituyéndolo por otros líquidos (jugos, aguas preparadas, con fruta).

En el lapso de 2 semanas se logro totalmente el objetivo.

³⁸ Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones en la práctica clínica. Lynda Juall Carpenito
pág. 327-330.

Necesidad: eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: real

ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON APORTE INSUFICIENTE DE LIQUIDOS, MANIFESTADO POR HECES DE CONSISTENCIA DURA, ESFUERZO AL EVACUAR Y UNA DEFECACIÓN AL DÍA.

Objetivo:

La persona recuperará su hábito intestinal normal (heces blandas sin esfuerzo 2-3 diarias) integrando paulatinamente líquidos a su dieta diaria hasta lograr ingerir 2 litros (8-10 vasos) al día.

Planeación:

- Informar a la persona y su familia por medio de una plática sobre la importancia de agregar a su dieta diaria abundantes líquidos (2 lts. Al día)
- Revisar conjuntamente la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos (frutas, verduras, hortalizas, cereales etc.) de acuerdo a sus preferencias y posibilidad económica.
- Orientar sobre la importancia de respetar el reflejo de defecación al presentarse.
- Informar a la persona sobre una correcta colocación al evacuar.
- Conjuntamente con la familia vigilar que la persona cumpla con el plan propuesto.

Fundamentación científica:

- Al obtener conocimiento pleno sobre el problema, facilitará la aceptación de la dieta.
- Una ingesta suficiente de líquidos con mínimo de 2 litros al día es necesaria para conservar un patrón de eliminación normal y fomentar una adecuada consistencia de las heces, favoreciendo el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento.
- Si la persona está bien colocada, utiliza los músculos abdominales y la fuerza de la gravedad para facilitar la defecación (con la cadera y las rodillas flexionadas)

apoyando los pies en un taburete a fin de adoptar una posición cercana a semicuclillas).

- La vigilancia conjunta ayudara a la obtención de mejores resultados.

Ejecución:

20/abril/2005

- Por medio de pláticas formales se dio a conocer la importancia de la ingesta de abundantes líquidos y alimentos ricos en residuos (frutas, verduras, hortalizas y cereales) a la persona y su familia.

- Se ayudo en la preparación de aguas de sabor de acuerdo a sus preferencias de frutas.

- Se midió la ingesta de líquidos.

- En participación con la familia se vigiló que la persona consumiera líquidos.

- Se le explica la posición semicuclillas para una mejor evacuación intestinal.³⁹

Evaluación:

01/junio/2005

- Durante semanas se estuvo trabajando sobre este objetivo lográndose a las 4 semanas la ingesta de 2 litros (8-10 vasos) de agua al día.

- Se logro la disminución del estreñimiento ya que las heces son blandas y sin dolor.

³⁹ Carpenito Op. Cit. 327-330.

Necesidad: dormir y reposar

Diagnóstico de Enfermería: real

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO RELACIONADO CON PROBLEMAS FAMILIARES (CONYUGALES-ESTRÉS) MANIFESTADO POR SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA.

Objetivo:

La persona logrará recuperar su patrón de sueño habitual.

Planeación:

- Se orientará a la persona sobre la importancia de establecer estrategias para solucionar su problema familiar.
- Se explicara la importancia de realizar sus horas completas de sueño y consecuencias que contraería la privación del sueño.
- Se explicara la importancia de realizar sus horas completas de sueño y consecuencias que contraería la privación del mismo.
- Se orientara sobre medidas adecuadas para inducir el sueño (masajes, ropa limpia, leche caliente, lectura).
- Se orientara sobre la importancia de establecer o buscar estrategias para solucionar su problema familiar para evitar la repercusión en su salud.

Fundamentación científica:

- La privación o alteración del sueño provoca ciclos incompletos (ciclos completos 70-100min), alteración de funciones corporales cognitiva (memoria, concentración, juicio), de la percepción, menor control emocional, irritabilidad desorientación, etc.
- Las medidas para inducir el sueño garantizan la conciliación del mismo.

- Un ambiente tranquilo, ropa limpia, masaje proporciona bienestar y tranquilidad.
- La leche caliente contiene L -Triptofano que es un inductor del sueño.
- La solución de su problema familiar ayudara a la obtención de la tranquilidad emocional.

- Los individuos con estrés o depresión manifiestan despertares frecuentes por la noche obteniendo sueño incompleto.⁴⁰

Ejecución:

16/abril/2005

- Se explicó la importancia de tener sus horas completas de sueño y consecuencias de la privación del mismo.
- Se aconsejó sobre medidas para lograr un sueño rápido y de acuerdo con sus gustos se eligieron revistas para leer antes de dormir.
- De acuerdo con la persona y con sus actividades se establecieron 8 horas diarias para dormir y 15 minutos de siesta por la tarde.
- Se recomendó tener plena disposición para solucionar su problema conyugal, para evitar repercusiones en su salud.

2/oct/2005

- Se aconsejó a la persona para solicitar ayuda profesional en la solución de su problema familiar (canalizándolo a una institución de salud a recibir terapia).
- Se recomendó la toma de un vaso con leche caliente.

Evaluación:

24/octubre/2005

- La persona adoptó las medidas dadas a conocer para conciliar el sueño logrando eficacia sobre todo con la lectura.
- Admitió establecer 8 horas diarias para dormir llevándolas a cabo con la participación de la familia. Los 15 minutos de siesta por la tarde no los realiza.
- Su problema familiar fue solucionado en esos momentos.
- Ante una nueva visita se detectan problemas familiares y fueron canalizados a una institución de salud para superarlo.
- Ante las sesiones de terapia recibida la persona está tomando las situaciones familiares con una expectativa mejor.

⁴⁰Luis Rodrigo M^a. Teresa 146 Diagnósticos enfermeros.

Necesidad: evitar peligros

Diagnóstico: real

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL RELACIONADO CON, LESIONES CUTÁNEAS EN CABEZA, PIERNAS, CODOS, MANIFESTADO POR TEMOR AL RECHAZO, OCULTAMIENTO A EXPOSICIÓN EXCESIVA DE SU CUERPO Y SENTIMIENTOS DE DESEPERANZA.

Objetivo:

La persona identificará los recursos personales y familiares de que dispone a fin de poner en práctica las estrategias de adaptación identificadas.

Plan:

- Animar a la persona a expresar sus sentimientos que piensa o ve de su propia persona.
- Orientar y dar apoyo en las fases de identificación del problema, aceptación y adaptación, buscando conjuntamente estrategias que favorezcan el cambio.
- Aclarar cualquier idea equivocada que la persona tenga sobre sí misma y los cuidados.
- En participación con el paciente y la familia buscar alternativas de acuerdo con los recursos económicos con que cuentan.

Fundamentación científica:

- El hecho de expresar los sentimientos y percepciones favorece la conciencia que el cliente tiene de sí mismo y ayuda a la enfermera a planificar intervenciones eficaces.
- La orientación y el apoyo emocional favorece la aceptación y adaptación dando importancia a la búsqueda de estrategias.
- La aclaración de ideas equivocadas garantiza un mejor manejo de sí mismo y de los cuidados.

- La participación en la búsqueda de alternativas del paciente y de la familia favorece una adaptación positiva al cambio.⁴¹

Ejecución:

08/abril/2005

- Se animó a la persona a expresar sus sentimientos (sobre sí mismo) y temores.
- Se dio orientación y apoyo en las fases de identificación, aceptación y adaptación.
- Se ayudó a aclarar cualquier idea equívoca que la persona tenía.
- Se oriento a la familia sobre la importancia del apoyo emocional y ayuda en la adaptación.
- En participación con el paciente y la familia se eligieron ropas cómodas.
- Se explica la ventaja del uso de ropa de trabajo limpia (evitando infecciones de la piel).

Evaluación:

08/mayo/2005

- El sentimiento de temor al rechazo, no disminuyó en gran medida podría decirse que de un 100% disminuyó un 40%.
- El uso de ropa nueva, cómoda constituyó una alternativa importante en temporada de calor sobre todo.
- La orientación en el cambio frecuente de ropa limpia en el trabajo resultó para el cliente una mejor comodidad y confianza en evitar infecciones de la piel (su cambio de ropa es cada 3 días, anteriormente era cada 2 a 3 semanas).
- La familia del paciente tiene interés en apoyarlo y proporcionar ropa limpia.

⁴¹ Carpenito Lynda Juall. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones en la práctica clínica. pág. 165.

Necesidad: higiene y protección de la piel

Problema interdependiente

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON SU ENFERMEDAD (PSORIASIS) MANIFESTADO POR LESIONES EN CABEZA, CODOS Y PIERNAS.

Objetivo:

La persona identificará los factores contribuyentes a sus lesiones a fin de que adopte correctamente las medidas de control y manejo de las mismas.

Plan:

- Informar a la persona sobre su enfermedad a través de una exposición formal.
- Explicar los factores predisponentes para la aparición de las lesiones y la forma de controlarlas.
- Dar a conocer el manejo adecuado de las lesiones (lubricar la lesión antes de desprender las células muertas).
- Informar la importancia de acudir regularmente al control medico.
- Explicar la importancia de no abandonar su tratamiento.

Fundamentación Científica:

- Una amplia información sobre su enfermedad facilitara un mejor manejo de ella.
- La identificación de problemas contribuye al logro de controlarlos y evitarlos.
- El manejo adecuado de las lesiones disminuye el riesgo de infección y ayuda a un menor tiempo de remisión.
- Dará importancia al control y tratamiento médico.⁴²

Ejecución:

06/abril/2005

⁴² Carpenito. Op. Cit.

- Se dio información a la persona sobre su enfermedad mediante el uso de láminas e ilustraciones.
- Conoció los factores predisponentes para la aparición de lesiones.
- Se le enseñó la técnica para el desprendimiento de las células muertas (lubricación previa).
- Se explico la importancia de mantenerse en control medico y continuo tratamiento.

Tratamiento Actual:

Acudió a consulta con el especialista el cual le dio tratamiento.

Pomada compuesta por:

- Ácido salicílico 4gr.
- Betametazona 20 gr.
- Petrolato blanco sólido 100gr.
- Acetonido de fluocinolona, 20 gr. (Ungüento), aplicada cada 12 horas.
- Solución para cuero cabelludo compuesta por:
 - Ácido salicílico 6gr.
 - Agua destilada 300ml.
 - Solución de Lavanda 10ml, aplicada por las noches con un algodón solo en lesiones.

Evaluación:

03/junio/2005

- La persona tiene conocimiento completo sobre su enfermedad.
- Realiza desprendimiento cuidadoso de las células muertas formadas en las placas psoriaticas.
- Con ayuda de su familia evita situaciones estresantes.
- Realiza humectación constante y uso indicado del tratamiento.
- Las lesiones de cabeza y codos han desaparecido y las de las piernas han disminuido en el lapso de 8 semanas.

Necesidad: aprender

Diagnóstico: real

DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA FALTA DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA ENFERMEDAD (PSORIASIS) MANIFESTADO VERBALMENTE

Objetivo:

La persona adquirirá los conocimientos y/o habilidades necesarias para manejar su salud.

Plan:

- Identificar el grado de conocimiento de su enfermedad
- Proporcionar información completa a la familia y al paciente sobre su enfermedad haciendo hincapié en la importancia de la prevención por medio de material escrito e imágenes.
- Dar a conocer la técnica de desprendimiento de teclas psoriáticas.
- Orientar sobre la importancia de mantenerse en control médico y continuo tratamiento.
- Proporcionar material escrito para consultar.
- Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo emocional

Fundamentación Científica:

- Ayuda a la enfermera a detectar el grado de conocimiento que tiene el paciente.
- El tener conocimiento sobre su enfermedad ayuda a que la persona realice un mejor manejo de ella y desechar dudas erróneas.
- El conocimiento de la técnica correcta de desprendimiento de células muertas disminuyen el riesgo de lesión e infección de la piel.

- El tener presente que el control médico el básico en el tratamiento y mantenimiento libre de placas, despertará su interés.
- Contar con material escrito le ayuda a consultarlo en caso de duda u olvido sobre algún punto de su enfermedad.
- el asesoramiento a la familia sobre la importancia del apoyo, fomenta el interés a involucrarse positivamente y así obtener mejores resultados.⁴³

Ejecución:

06/abril/2005

- Se identificó el grado de conocimiento sobre su enfermedad.
- Se proporcionó información completa al paciente y a su familia sobre la enfermedad utilizando material escrito e imágenes del padecimiento.
- Se dio a conocer la técnica correcta del desprendimiento de células muertas con su previa lubricación.
- Se explicó la importancia de mantenerse en control médico y continuo tratamiento.
- Se proporcionó material escrito para consultar en caso de duda u olvido.
- Se orientó a la familia sobre la importancia del apoyo emocional básico para el paciente.

Evaluación:

03/junio/2005

La persona tiene conocimiento sobre su enfermedad aplicándolos a su vida diaria, logró disipar algunas dudas erróneas que tenía (que tal vez lo había contagiado personas u otros medios: tierra, basura, falta de higiene y cuidados en su niñez).

Realiza desprendimiento cuidadoso de células muertas formadas en las placas psoriaticas con su previa lubricación.

Realiza humectación constante y uso indicado del tratamiento.

Las lesiones de cabeza y codos han desaparecido y las de las piernas solo han disminuido en el lapso de 8 semanas.

⁴³ Carpenito, Ibit. 269

La familia se integra en algunas actividades (lubricación de placas y evitarle situaciones estresantes en lo posible, aplicación de medicamento).

VIII.- CONCLUSIONES

En lo personal este caso clínico de psoriasis ha sido de mucha importancia ya que me dio el conocimiento necesario para brindar atención específica y de calidad al usuario mediante la realización de estrategias planeadas a una persona muy significativa para mí, lo cual me llena de satisfacción.

SUGERENCIAS

La aplicación del Proceso Enfermero dentro del área hospitalaria y extrahospitalaria sirve como herramienta importante para la detección de problemas de salud y aplicación de cuidados específicos; por lo tanto, debería ser tomado con mayor importancia en las instituciones de salud por el personal inmerso en el área asistencial.

XII.- ANEXOS

1.- VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Familiar/ persona para contactar _____ Teléfono _____

T/A _____ FC. _____ T°C _____ FR. _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____

Edemas: si _____ no _____ descripción/ localización _____

Lesiones: si _____ no _____ descripción/ localización _____

Prurito: si _____ no _____ descripción/ localización _____

Sentidos corporales:

vista _____ oído _____ olfato _____

Gusto _____ tacto _____

Enfermedades graves/ operaciones:

si _____ no _____ cuales _____

Secuelas: si _____ no _____ especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ Cafetismo _____ Uso de sustancias tóxicas _____

Diabetes _____ HTA _____ Alergias _____ especificar _____

II.- VALORACION POR NECESIDADES

1.- NECESIDADES DE OXIGENACION

Respiración: Frecuencia _____ /min.

Calidad: normal___superficial___rápida___otros_____

Ruidos a la auscultación: si___no___ descripción/ localización_____

Tos: si___no___ Secreciones: si___no___ Dolor al respirar: si___no___

Tabaco: si___no___ Lo deajo especificar: Fecha_____

Consumo: < de 1 paquete al día___ 1-2 paquetes al día_____

< de 2 paquetes al día_____

Otras drogas: si___no___ Tipo_____ Uso_____

¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si___no___ ¿De que tipo?_____ T.A._____ F.C._____ Pulso: fuerte___débil___regular_____

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Peso___ Talla_____

Ingesta habitual:

desayuno_____

Comida_____

Merienda_____ Cena_____

Dieta especial: si___no___ Tipo de dieta_____

Ingesta de líquidos: < de 1 litro/ día___ 1-2 litros/ día___ > de 2 litros/ día_____

Intolerancia a alimentos: si___no___

¿Cuáles?_____

Apetito: normal___disminuido___aumentado___náuseas___vómito_____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si___no___ Kg. Ganados/ perdidos_____

Problemas de:

Masticación: si___no___ Usa prótesis dental: si___no___

Deglución: si___no___ Sólidos___ Líquidos___ ambos_____

Tipo digestión: si___no___

gases___ardor___pesadez___dolores___otros_____

Prótesis dental: si___no___ superior___ inferior_____

¿La piel esta hidratada? (Cuándo se pellizca, ¿la marca dura un rato?)

si ___ no _____

¿Come entre comidas?: rara vez ___ con frecuencia ___ con mucha frecuencia ___

¿Necesita ayuda?: preparar la comida ___ comer ___ trocear los alimentos _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia: _____

Estreñimiento ___ diarrea ___ incontinencia _____

colostomía: si ___ no ___ tipo _____ auto cuidado:

si ___ no _____

Problemas de: hemorroides ___ sangrado ___ heces

negras ___ otros _____

Uso de laxantes o rutinas: si ___ no ___ ayudas

empleadas _____

Urinaria:

Frecuencia _____

Disuria ___ nicturia ___ retencion ___ incontinencia ___ pañal ___

Color: amarillo claro ___ amarillo oscuro ___ naranja ___ rojo _____

¿ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si ___ no ___ ¿Cuál?

_____ sonda vesical ___ fecha de último sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea. si ___ no ___ Sudoración profusa: si ___ no _____

Menstruación: Regular ___ irregular ___ abundante ___ dolorosa _____

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes?

si ___ no _____

¿tiene molestias (fuera de la menstruación)? si ___ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial:

adecuado ___ alerta ___ inexpresivo ___ hostil ___ inadecuado _____

Comportamiento motor inhibido: inhibición ___ agitación ___ temblores ___
rigidez ___ incoordinación ___ inquietud ___ tic _____

Postura: erecto ___ decaído _____

Modo de andar: normal ___ acelerado ___ tambaleante ___ lento _____

Limitaciones físicas: temporales ___ permanentes ___ ¿Cuáles? _____

Aparatos de ayuda:

ninguno ___ bastón ___ muletas ___ andador ___ otros _____

Vértigo: si ___ no ___ ¿siente dolor o rigidez articular? si ___ no _____

¿Hace ejercicio? si ___ no ___ tipo _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿practica algún deporte? si ___ no _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas de sueño: _____

Al inicio ___ interrumpido ___ (no de veces _____) despertar temprano ___

Sueño excesivo ___ pesadillas ___ (tipo _____)

Sensación _____ después _____ de _____ dormir:

descansado ___ cansado ___ confuso ___ otros _____

Factores que afectan el sueño: _____

Ayudas para favorecer el sueño: lectura ___ baño ___ fármacos ___ otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? si ___ no ___ con
limitaciones _____

Alergias a determinados tejidos: si ___ no ___ ¿Cuáles?

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca___ bastante___ mucha_____

¿su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si___ no___

Otro dato de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Temperatura corporal: normal___ hipotermia___ hipertermia___ T_____

Sudoración cutánea: si___ no___ ¿están fríos sus pies y/o manos?
si___ no_____

¿si fuese necesario seria capaz de medirse usted mismo la T? si___ no___

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño___ ducha___ frecuencia_____

Cepillado de dientes: si___ no___ frecuencia_____

Autónomo. si___ no___ necesita ayuda: si___ no___
especificar_____

Descuidado en: Cabello___ dientes___ uñas___ su piel es: seca___
grasa_____

¿ha notado alguna lesión? (úlceras, eccema) descríbalo_____

Sus cabellos son: secos___ grasos___ se rompen con facilidad_____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? si___ no_____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento___ confuso___ Apático___ Hipervigilante___ Distráido___

Fluctuante_____

No responde a estímulos___ solo sigue instrucciones_____

Orientación Espacio- Tiempo- Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año)

Especificar_____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala)

Especificar _____

Personas: (reconoce persona significativas)

Especificar _____

Alteraciones perceptivas: auditivas ____ tipo _____ visuales ____

tipo _____ Táctiles ____ tipo _____ olfativas ____ tipo _____

Localización de la percepción: interna ____ externa _____

Auto descripción de si mismo:

Alegre ____ triste ____ confiada ____ desconfiada ____ tímida ____ inquieta ____

Sobre la valoración de logros ____ exageración de errores ____ infravaloración ____

Auto evaluación general y competencia personal: positiva ____ negativa ____

Sentimientos respecto a ello: Inferioridad ____ Superioridad ____ tristeza ____

Culpabilidad ____ Inutilidad ____ Impotencia ____ Ansiedad ____ Miedo ____

Rabia ____

Depresión _____ Otros _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si ____ no ____ ¿Cuáles? _____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o para
otros _____

Especificar _____

Precauciones: mas vigilancia ____ poner barandillas ____ contención mecánica ____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente y organizado ____ distorsionado _____

Descripción de la alteración _____

Curso del pensamiento:

Inhibido ____ acelerado ____ perseverante ____ incoherencia ____ desorganizado ____

Formas de expresión:

Claro _____ organizado _____ coherente _____ confuso _____ de
sorganizado _____ incoherente _____ Tartamudeos _____ autista _____

Humor:

Deprimido ___ eufórico ___ ansioso ___ triste ___ fluctuante ___ apático ___ otros ___

Lenguaje: Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: Abundante _____ escaso _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive: Sólo ___ acompañado ___ lugar que ocupa en la familia. Rol _____

Personas más significativas _____

Principal confidente _____

Personas con las que se relaciona diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ satisfactoria _____ indiferente _____

Tiempo que pasa solo y por que _____

Sexualidad: ultima regla _____ Anticoncepción: si ___ no _____
método _____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si ___ no ___ motivos:

No. De embarazos _____ realiza auto examen: si _____ no _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

¿Qué es lo mas importante para usted en la vida? _____

Religión: católica romana _____ protestante _____ judía _____ otra _____

Desea realizar practicas religiosas: si ___ no ___ visita del capellán: si ___
no _____

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____

Si la respuesta es si, explíquese _____

Problemas laborales: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ Tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: si _____ no _____ resolución de problemas: si _____ no _____

Grado de incapacitación:

Personal _____ atribuida _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si _____ no _____

¿Cuáles? _____

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?

2.-GLOSARIO DE TERMINOS:

ANSIEDAD: Temor o agitación se refiere a cierto grado de inquietud, malestar, ansiedad y tensión.

ABATIMIENTO: Estado en el que las fuerzas físicas y morales disminuyen considerablemente.

ADHERENTE: Unión anormal de dos formaciones anatómicas que normalmente están separadas.

ASINTOMATICA: Se refiere a la ausencia de síntomas.

ANEMIA: Literalmente se refiere a la falta de sangre, clínicamente es la disminución de las cifras normales de la concentración de hemoglobina del número de eritrocitos.

ADINAMIA: Es el estado en que la persona presenta decaimiento o cansancio físico.

ALQUITRÁN: Es una mezcla orgánica viscosa y oscura producida por destilación de carbón, madera o material vegetal.

ACRODERMATITIS: Se refiere a dermatitis de las extremidades, es decir es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por inflamación inicial seguida de fases de atrofia y esclerosis.

BIOPSIA: Es la extracción de una pequeña pieza de tejido vivo de determinado órgano para estudiar mediante el microscópico, confirmar o establecer un diagnóstico.

CRÓNICO: Se refiere a un estado de enfermedad prolongado por mucho tiempo.

CONCORDANCIA: Es la presentación del mismo rasgo genético (gemelos).

CORTISOL PLASMÁTICO: Es una hormona adrenocortical glucocorticoide fisiológica producida por la corteza suprarrenal.

CALCINOSIS RENAL: Es el estado caracterizado por el depósito de sales de calcio en el tejido subcutáneo, en este caso en el riñón.

DERMATOSIS: Se le llama a cualquier Proceso de la piel, especialmente si no asocia inflamación.

ERITRODERMIA: Afección cutánea caracterizada por enrojecimiento o eritema.

ERITRODERMIA ESCAMOSA: Es la erupción de grupo de pápulas escamosas.

ECTROPIÓN: Es el borde hacia afuera de una parte del párpado inferior de lo cual resulta una falta de protección y resecaamiento de la conjuntiva vulvar.

ESTREÑIMIENTO: Dificultad para el paso de las heces o paso incompleto o frecuente de heces compactas.

ESTRÉS: Es cualquier factor emocional físico, social, económico o de otro tipo.

ERUPCIÓN: Se refiere al enrojecimiento de la piel (lesión cutánea, mácula, pápula o pústula).

ERITEMA: Enrojecimiento en manchas de la piel producido por congestión de los capilares.

EXANTEMÁTICA: Enfermedad eruptiva

EXACERBACIÓN: Es el aumento o la exageración de la gravedad de un síntoma.

FERROPENIA: Es la carencia de hierro en el organismo

FENÓMENO DE KOEBNER: Es la aparición de lesiones de soriasis en puntos traumatizados.

FOTOTERAPIA: Es el tratamiento de las enfermedades por la acción de la luz natural o artificial.

FOTODERMATOSIS: Dermatitis producida por la exposición de la luz.

FISURAS: Es la hendidura o surco en la superficie de un órgano.

FOTOSENSIBILIZANTE: Es la sensibilización de una sustancia u organismo a la influencia de la luz.

FOTOQUIMIOTERAPIA: Quimioterapia en la que el efecto del fármaco administrado se ve potenciado por la exposición del paciente a la luz.

HIPOALBUMINEMIA: Es la ausencia de albúmina en la sangre.

HIPOCALEMIA: Es el bajo contenido de potasio en la sangre.

HIPOCALCEMIA: Es la reducción de la tasa de calcio en la sangre.

IMPÉTIGO: Infección estreptocócica, estafilocócica o mixta de la piel que comienza con un eritema focal y progresa a vesículas pruriginosas, erosiones y costras.

LEUCOPENIA: Es la reducción del número de leucocitos en la sangre por debajo de 5000

LEUCOCITOSIS: Es el aumento en el número de leucocitos.

LINFOCITO: Célula sanguínea mononucleada que tiene el papel fundamental en la respuesta inmunológica.

LESIÓN: Daño o alteración que sufren los tejidos

LINFOCITOS T (Timodependiente): Intervienen fundamentalmente en la inmunidad.

LEUCONQUIA: Es la decoloración total o parcial de las uñas.

MORFOLOGÍA: Es el estudio de la forma física y del tamaño de una muestra, planta o animal.

MACERACIÓN: es el reblandamiento y fragmentación de la piel por la exposición prolongada de la humedad.

MONOCIGÓTICO: Es el desarrollo de un óvulo o cigoto fertilizado como en el caso de gemelos idénticos.

ONICÓLISIS: Se le llama al desprendimiento de las uñas por alteraciones tróficas.

ONICODISTROFIA: Trastorno caracterizado por la coloración anormal o malformación de una uña.

ONICOMICOSIS: Cualquier infección micótica de las uñas.

PICOR: Comezón

PÚSTULA: Pequeña elevación cutánea llena de pus.

PITIN UNGELA: Presencia de depresiones puntiformes en la lamina ungueal.

PLACA: Placa plana o con frecuencia prominente en la piel.

POLIARTRITIS: Inflamación que afecta a una o más articulaciones.

QUEILITIS: Trastorno de los labios caracterizado por agrietamiento e inflamación de la piel.

QUERATOSIS: Enfermedad de la piel con hiperplasia y engrosamiento del epitelio.

RETROAURICULAR: Es la región situada tras la oreja.

SUFRIMIENTO: Estado emocional o físico de dolor o malestar.

TERATOGENICO: Desarrollo de defectos físicos en el embrión.

TEJIDO EPITELIAL: Capa única o estratificada de células juntas.

TEORÍA: Es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos, estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.⁴⁴

⁴⁴ Proceso de atención de Enfermería Aplicación de teorías, guías y modelos. Janeth W. Griffith. Paula J. Christensen M. Moderno Pág. 6

BIBLIOGRAFIA

- [1]. KOZIER B, (G. Erb. K, Blais, J.M. Wilkinson) Fundamentos de Enfermería Conceptos Proceso y Práctica.
- [2]. Desarrollo Científico de Enfermería. Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC) incluida en el anuario bibliográfico de investigación en salud. Vol. 9 N° 4
- [3]. <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2htm>
- [4]. <http://www.rincondelvago.com/cuidadosdeEnfermeriavirginiahenders on.html.37k>
- [5]. <http://www.rincondelvago.com/cuidadosdeenfermeriavirginiahenderso n.htm.37K>
- [6]. <http://bvs.sid.q/revistas/med/vol40-2-01med07201.hlm.falabellar,escobarce.giraldo>
- [7]. <http://mxsearch.yahoo.com/search?p=psoriasis>
- [8]. <http://www.paginamedica.com>
- [9]. Harrison, Medicina Interna. Estrés y manifestaciones clínicas McGraw Hill Interamericana.
- [10]. <http://www.paginamedica.com>
- [11]. <http://mx.search.yahoo.com/search?p=psoriasis>
- [12]. Roberto Arenas , Dermatología Atlas Diagnostico y tratamiento
- [13]. <http://bvs.sid.cu/revistas/med./vo/40-2-01>
- [14]. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones en la práctica clínica. Lynda Juall Cardenito.

- [15]. Luis Rodrigo M^a. Teresa 146 Diagnósticos enfermeros.
- [16]. Carpenito Lynda Juall. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones en la práctica clínica. Proceso de atención de Enfermería Aplicación de teorías, guías y modelos. Janeth W. Griffith. Paula J. Christensen M. Moderno Pág. 6