



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERIA

***METODOLOGIA DE INTERVENCION EN ENFERMERÍA,
APLICADO A UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO DE
OBESIDAD Y HISTERECTOMIA ABDOMINAL.***

Para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

GARCIA SALGADO ANA JANETTE

DIRIGIDO POR:

L. E . ROBERTO ARENAS

Morelia, Mich. a Septiembre 2006



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

*Metodología de Intervención en Enfermería , Aplicado a un Paciente con
Diagnóstico Médico Obesidad mas Histerectomía abdominal.*

Que para obtener el titulo de
Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

ANA JANETTE GARCÍA SALGADO

DIRIGIDO POR:

C. M. Roberto Martínez Arenas

SINODALES:

C. M . Roberto Martines Arenas
Presidente

Firma

L. E. Q. Elizabeth Flores Damián
Vocal 1

Firma

Lic. Maria Isabel Valenzuela Villegas
Vocal 2

Firma

Morelia Michoacán., a septiembre del 2006



DIRECTIVOS

M .E . JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L. E. D MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

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



DEDICATORIA

A mi madre, a pesar de realizar la labor
Madre, padre y amiga, también tuviste tiempo
para apoyarme en mí desarrollo académico,
económica y moral. Porque siempre me enseñaste
hacer tenaz y segura, sin ti no sería lo que hoy
e logrado.

A mi padre, a un que no estuviste conmigo
como hubiera deseado, siempre sentí el enorme
Apoyo, y espero que donde quiera que te encuentres
sepas que eres parte en este logro, porque aunque no
fuiste un ejemplo como padre si lo fuiste como trabajador
siempre buscando crecer.

A mis hermanos, porque fueron un gran apoyo
para salir adelante, siempre tolerando mis cambios
de humor.

A Eduardo, porque me recordaste lo importante
que es alcanzar las metas, por tu paciencia y tus
desvelos y desmañanadas junto a mi.



AGRADECIMIENTOS

A mi madre y hermanos

Ustedes que fueron el mayor impulso para lograr lo que hoy soy, por todo el apoyo en la carrera gracia.

A Eduardo

Por todo el camino y apoyo que me brindaste.

A todas mis amigas y compañeras

A todas y todos mis amigos que me enseñaron a no desistir a pesar a lo difícil del camino, a Lines, Alicia, Julia, Lili, Vero, Mane, Chano, Loyda, Alfredo, Lucia, Nena, Marina, Mayra, Guille, Luz, Leliz, Ale, Perita. Gracias por todo su apoyo.



INDICE

Índice	Página
I.- Introducción	7
II.- Justificación	9
III.- Objetivos	11
IV.-Metodología	12
V.- Marco Teórico Conceptual	13
5.1. Proceso Enfermero	14
5.2. Virginia Henderson	45
5.3. Obesidad	50
5-4. Histerectomía	59
VI. Desarrollo de Metodología	62
6.1 Resumen de caso clínico	62
6.2 Clasificación por necesidades	65
6.3 Valoración de las necesidades	68
6.4 Formulación de diagnóstico y problema	71
6.5 Plan de intervención, ejecución y evaluación	73
VII.-Conclusiones	81
VIII.-Sugerencias	83
IX.-GLOSARIO DE TERMINOS	84
X.- Referencias Bibliográficas	86
XI.-Bibliografías	88
XI.-Apéndices y anexos	89



I. INTRODUCCIÓN

La enfermería en la actualización y en nuestro país que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidas de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología y por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requieren de una redefinición que deje en claro lo que es la enfermería como profesión.

El proceso de enfermería procede de un encuentro entre dos o más personas, en donde ambos poseen los elementos del proceso de cuidados. Es una interacción entre dos interlocutores sociales como componentes diferentes y complementarios dirigidos a encontrar su realización a partir de sus capacidades y de recursos de cada uno en su entorno.

El ser humano vive bajo determinadas circunstancias materiales de existencia; el proceso salud enfermedades natural, pero histórico que surge y se desarrolla en un determinado organismo, el cual se encuentra condicionado por diversas situaciones y se relaciona con la naturaleza de diferentes maneras.

En el organismo actúan fuerzas internas y externas que tienden a altear sus funciones y conducen al desarrollo de la enfermedad. El ser vivo lucha contra el medio físico y social, pero no puede separarse de él. Dicho medio influye para que el cuerpo humano se desencadenen procesos internos que condicionan la presencia de situaciones patológicas.

El cuerpo humano no paraliza sino que genera defensas, mecanismos de supervivencia, de adaptación, y ante daños a la salud procesos que tienden a la alteraciones de las funciones vitales del organismo, por lo consiguiente hacia el restablecimiento de la salud.

La enfermedad empieza a manifestarse en el organismo, pero su detección dependerá de factores objetivos y subjetivos, puesto que son los órganos no reaccionan exactamente igual ante la misma enfermedad, debido a que no existen dos seres que tengan exactamente las mismas características biopsicosociales.

Los impulsos del organismo se encuentran condicionados en mayor o menor medida por medios físicos y sociales, ya que si se carece de las condiciones adecuadas de vida (nutrición, ambiente no contaminado, acceso oportuno a los servicios médicos, etc), el restablecimiento de la salud es un proceso más lento y puede dejar secuelas. El hombre no puede dejar de luchar contra la enfermedad, pero esa lucha será más consiente si conoce sus causas y los mecanismos por los que surge y se desarrolla.



Debido a los malos hábitos dietéticos, la frecuencia de pacientes con sobre peso aumenta cada día, trayendo consigo un importante número de complicaciones asociadas a esta enfermedad, una vejez y muerte prematura. También hay efectos negativos de índole social y psicológico. Las personas con sobre peso a menudo son objeto de burlas y esto con lleva a problemas emocionales no expresados fácilmente por lo cual sufren. (1)

La disfunción del músculo del útero y la obesidad puede afectar negativamente al estilo de vida, al igual que la presencia de la hernia abdominal al igual que afecta al estado nutricional. El personal de enfermería puede detectar los factores de riesgo e informar al paciente sobre posibles problemas relacionados con estos trastornos, como es el caso de la Miomatosis que en menos de 1% de las mujeres que lo padecen presentan degeneración de sarcomatoso, lo que significa que se convierten en tumores malignos, mientras que las hernias abdominales pueden ser más frecuentes en el embarazo o en casos de obesidad. (2)

De acuerdo con lo expuesto aquí la salud y la enfermedad son hechos naturales que se encuentran condicionados sociohistóricamente, es decir, por situaciones presentes en una sociedad históricamente determinada cuyas características esenciales están dadas por la forma en que se produce, es decir, por modo de producción predominante.

La información obtenida fue tomada directamente del paciente a fin de explicar las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de salud que presenta. El caso clínico se fundamenta con la descripción del proceso de atención de enfermería y con la filosofía de Virginia Henderson, las acciones se refuerzan en el marco teórico lo que permite dar una atención más integral y de mejor calidad.

El presente proceso de atención de enfermería esta estructurado con los siguientes apartados : introducción donde se proporciona una información general del contenido del estudio , justificación en la cual se presenta un panorama general sobre Miomatosis e hernia de pared, los objetivos que tienen como finalidad la aplicación de la metodología de intervención de enfermería; en la metodología se describe el proceso que siguió para lograr los objetivos planteados, así mismo en el marco teórico se consideran los antecedentes sobre la Miomatosis e hernia de pared y la obesidad y sus complicaciones, se describe el proceso de enfermería y la filosofía de Virginia Henderson, se presenta un resumen del caso clínico, la metodología desarrollada; finalmente se incluyen sugerencias, conclusión, el glosario de términos en el cual se menciona una lista de autores que se consultaron para simplificar la estructuración de este proceso y por último se incluyeron los anexos.



II. JUSTIFICACIÓN

La atención de enfermería requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados, es decir especificar a que tipo de conocimientos ha recurrido, que tecnología a utilizado y cuales son sus creencias y valores sobre los que se basa la presentación sobre los cuidados de enfermería. El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando éste atiende al paciente. La enfermera puede diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere.

Como colaboradores, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico, existen unas necesidades básicas pero éstas pueden variar según la patología y según las características como la edad, el carácter, el estado de anímico, la clase social o el nivel cultural y las capacidades físicas e intelectuales.

Uno de los objetivos de enfermería debe ser mantener la rutina diaria del paciente "tan normal como sea posible". La promoción de la salud es otro objetivo importante de la enfermera.

Aproximadamente el 20% de las mujeres sufren de Miomatosis Uterina antes de la menopausia, dando como resultado el aumento de la cantidad de sangre menstrual, aumento de los ciclos y dolor con los periodos menstruales.

La obesidad es una de las enfermedades que más a queja a las mujeres por el sedentarismo, la alta ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, y las hernias de pared suelen presentarse por la debilidad de los músculos abdominales y la obesidad es un factor principal para su desarrollo

La obesidad esta relacionada con los siguientes aspectos y consecuencias:

El 15% de la población dedica más de 2 horas diarias a ver la televisión, y coincide con el porcentaje que posee un Índice de Masa Corporal mayor.

El 82% considera que está peor vista socialmente una mujer obesa que un hombre en la misma situación.

Un 65% opina que una persona delgada lo tiene más fácil a la hora de encontrar un trabajo que una persona con exceso de peso.



Un 72%, tanto hombres como mujeres, cree que el exceso de peso es un impedimento a la hora de encontrar pareja sentimental.

Tan importante para controlar la obesidad. De la población en general nos encontramos con un 16% que no realiza ningún tipo de actividad, ni habitual ni esporádica.

De todos los que desean perder peso, cerca del 40% lo hace motivado por cuestiones estéticas y no de salud.

La obesidad es un grave problema de salud pública que afecta a más de 30 millones de mujeres en México.

El 24 por ciento de las mujeres que tiene problemas de sobrepeso sufre de trastornos psicológicos. (3)

Por tanto es indispensable que a temprana edad se eduque sobre la alimentación y prevención de anomalías ginecológicas y la realización de actividades físicas para evitar sedentarismo; básicamente los hábitos alimenticios que son indispensables para la calidad de vida y así evitar en nuestro organismo un desequilibrio , ya sea por parte de los padres , medios de comunicación y en el área de la salud reciban una buena orientación sana y consiente de lo que son estos problemas; el presente proceso se realiza con la finalidad de conocer más profundamente sobre esta patología y estar en posibilidades de colaborar con el equipo de salud; contando con conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos y también para analizar la importancia de que el personal de enfermería le brinde una mejor atención al paciente, basándose en la teoría de Virginia Henderson, identifico las necesidades esenciales y así poder proporcionar una mejor atención; por lo que surge la necesidad de dar a conocer este caso clínico aplicando el Proceso Atención Enfermería.



III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar la metodología de enfermería, fundamentada en la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson, en un mujer de 40 años de edad con Obesidad y posoperada de Histerectomía Abdominal de tal manera que cubra las respuestas humanas reales o potenciales y así estructurar un trabajo académico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar un plan de cuidados aplicando la metodología de intervenciones de enfermería en base a las necesidades detectadas para fortalecer la recuperación del usuario y la relacion enfermera paciente.
- Identificar las principales necesidades reales y potenciales del usuario y modificar los hábitos perjudiciales para la salud.
- Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en la licenciatura de enfermería.
- Lograr el restablecimiento y rehabilitación de las necesidades alteradas en el usuario en el menor tiempo posible.
- Presentar el trabajo académico fundamentado en una metodología de enfermería, para ser merecedor del titulo de licenciado de enfermería.



IV. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el proceso de enfermería se emplearon las cinco etapas que son valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación empleando para la valoración las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Este se realizó en el mes de julio en Morelia Michoacán, en la Clínica FEMEDI, y se dio seguimiento por un tres meses, tiempo en el cual se lograron obtener resultados en el estado de salud de la persona, para la valoración se utilizó un instrumento basado en las necesidades de Virginia Henderson. Se tuvieron en cuenta los criterios diagnóstico que establece la N.A.N.D.A. (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), si los datos encontrados no resultaban acordes a estos criterios se elaboraron los diagnósticos bajo el formato PEES(problema, etiología, signos y síntomas) tomando en cuenta los factores relacionados o la naturaleza del problema (falta del conocimiento; fuerza o voluntad) , la planeación se realizó jerarquizando los diagnósticos según las necesidades encontradas, diseñando objetivos e intervenciones, ejecución y evaluación.



V. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

MARCOTEORICO

El marco teórico esta estructurado por 3 apartados fundamentales que son:

1. El proceso de atención de enfermería. Así como las etapas de este.
2. La filosofía de Virginia Henderson, sus principales conceptos y supuestos.
3. La obesidad, donde se destaca la historia natural de la enfermedad así como las repercusiones de ésta en el individuo.

PROCESO DE ENFERMERÍA.

Antecedentes históricos

El desarrollo de la teoría tuvo su momento en los años 60's y ha progresado marcadamente desde entonces con la ayuda de muchas enfermeras teóricas y la participación de las enfermeras en las conferencias de la teoría y en la investigación para clasificar o hacer válidas dichas teorías.

“El termino proceso de Enfermeria “fue introducido por primera vez por Lidia may en 1966 Virginia Henderson identificó las acciones de enfermeria básicas como funciones independientes y afirmo que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. En 1969 Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combina la valoración de la salud y el diagnostico en el primer paso. En 1973, la A.N.A (Asociación Americana de Enfermeras) publicó los estándares en la práctica de enfermería, en los que describe el proceso de enfermería en cinco pasos. La definición dada por la OMS (1977) declara “El proceso de Enfermería es un termino que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambas. Implica pormenorizar el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente, cliente, familia o comunidad.

El proceso de enfermería a evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión may (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto, Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenvach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual, en 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describía un proceso de cuatro fases: Valoración, Planificación, Ejecución y Evolución, a mediados de los 70' Bloch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnostica, dando lugar a un proceso de cinco fases. (4)

Desde ese momento el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería, la ASOCIATION NURSING AMERICAN (ANA)



utilizó. El proceso de Enfermería para el desarrollo de las pautas de asistencia, el proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería, también a sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la practica de la enfermería. (5)

El método es lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización. La teoría es una hipótesis ya verificada, un conjunto de hipótesis relacionadas de manera lógica, cuyas función principal consiste en aplicar su contenido.

El modelo es una representación simplificada de la teoría, algunos eventos, estructuras o sistemas complejos. Un modelo conceptual marca una dirección única y especifica para las cuatro funciones principales de la enfermería: asistencia, educación administración e investigación.

El principal objetivo de la teoría es general conocimientos en un campo determinado, pero no se puede dejar a un lado el método a seguir en lo asistencial, lo educativo, administrativo y de investigación. Se considera que Florencia Naghthingale como la primera enfermera teórica sus principales aportaciones se referían a la enfermería, la humanización de la atención y apoyo al cliente. Virginia Henderson se apoyó mucho en los postulados de Florence Naghthingale e incorporo a su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planto los criterios acerca del entorno, la salud personal y los cuidados.(6)

Enfermería.- Es “la ciencia” y el arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las “respuestas humanas” del “individuo familia y comunidad de procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales”; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuesta fisiopatológicas.(7)

Considerando la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce componentes de los cuidados de enfermería y así mismo los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

DEFINICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar de la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.



Así en muchos países es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas. Se componen de 5 etapas o elementos secuenciales e Inter. Relacionados conocidos como: Valoración de las necesidades, Diagnostico de Enfermería, planificación y ejecución de los cuidados y Evaluación, se presenta desde la orientación teórica del modelo de Virginia Henderson y metodología del método científico con una visión integra que permite que la actuación de enfermería se vista como un proceso de construcción del conocimiento. (8)

SUS CARACTERISTICAS SON LAS SIGUIENTES:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que facilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de los problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar 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** porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes. (9)



El proceso enfermero se utiliza para determinar las necesidades las necesidades de salud y planificar los cuidados enfermero para los clientes. Se utiliza como base para adquirir y emplear la información sobre los clientes para ayudarles a recuperar, mantener o promover la salud. Dependiendo del diagnóstico enfermero, los conocimientos de una serie de disciplinas se pueden emplear en el proceso enfermero para ayudar a los clientes a resolver sus problemas de salud concretos. (10)

Es un sistema de planificación en ejecución de los cuidados de enfermería, compuestos de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método el PAE configura un número de pasos sucesivos que relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

ETAPAS

VALORACION

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

Objetivo

Obtener datos con exactitud sobre el estado de salud del paciente, los cuales deberán ser confirmados, organizados antes de identificar los diagnósticos de enfermería.

Requisitos esenciales

- Conocimientos: para efectuar una recolección completa y exacta de los datos exige poseer conocimientos de ciencias básicas, humanas, del comportamiento y las propias de la disciplina, a fin de analizar los datos para poder establecer los diagnósticos de enfermería, y determinar las intervenciones.
- Capacidades técnicas, habilidades en la utilización de técnicas tales como la toma de signos, somatometría, entre otros, así como el manejo de equipo, destreza para realizar técnicas específicas para la exploración.
- Capacidades interpersonales: son esenciales ya se trata de un proceso interactivo entre enfermera y familia, las capacidades de comunicación verbal y no verbal deben desarrollarse para que faciliten las relaciones positivas.



Tipos de valoración.

1. **valoración inicial o básica:** Se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud. Esta información también es llamada datos de referencia, es indispensable ya que es el punto de partida, por lo tanto debe ser una valoración sistemática, planificada y completa, sobre los aspectos del estado de salud del paciente recolectados a través de una guía estructurada, para este efecto se diseñó una historia de enfermería, con el marco referencial de patrones funcionales; conformado primeramente por el interrogatorio y posteriormente la exploración física. Este instrumento por ser completo se considera extenso, por la profundidad por la que se valora el patrón, puesto que cada paciente es diferente, de modo que refleja al individuo de una manera holística, la implementación de la historia de la enfermería, se hace aproximadamente en dos horas ideal para que el alumno lo utilice con usuarios ambulatorios en consultorios de enfermería para adquirir experiencia y habilidad. Para pacientes hospitalizados se diseñó otro formato de valoración en el cual se combina el interrogatorio y la exploración física. En el trabajo de enfermería comunitario también es indispensable ver a la familia como la unidad de análisis, para este fin se estructuró una valoración familiar con marco de referencia antes citado, de esta manera no se particulariza en sus integrantes, que cuando se les detectan problemas reales o de riesgo entonces se verán de manera individual.
2. **valoración continua o vocalizada:** se realiza para reunir información detallada sobre un aspecto o problema. Por lo cual se formulan las siguientes preguntas:
 - ¿Qué evidencias se disponen para decir que existe un problema? Comparándolas con los datos de referencia del paciente.
 - ¿Qué factores están contribuyendo al problema?
 - ¿Qué siente la persona sobre o prevención del problema?

Este tipo de valoración se puede realizar con preguntas cortas y las más relevantes de cada patrón.

3.-**valoración de urgencia o rápida:** se valoran los patrones identificando los disfuncionales que ponen en peligro la vida del paciente. Actividad – ejercicio, cognitivo – perceptual. Para realizarla, se diseña una guía para que el alumno perceptual, y nutricional metabólico. Se realizan en cinco minutos y es ideal para la entrega y recepción de turno, o bien se puede implementar en el lapso de la toma de los signos vitales, posteriormente se pueden valorar el resto de los patrones con preguntas cortas y concisas para recabar la información que conlleve a una valoración completa.



Valoración como proceso

La valoración significa un ciclo consistente reflexivo durante la cual es importante registrar y comunicar los datos obtenidos, consta de tres etapas:

- a) Organización de datos.
- b) Obtención de información.
- c) Interpretación, validación.

Se considera que primero hay que tener claro como se va a organizar los datos, por lo tanto hay que seleccionar el marco de referencia para su obtención.()

MARCO DE REFERENCIA O ESTRUCTURA PARA VALORAR

Hay varios modelos o esquemas para organizar los datos obtenidos de valoración de una manera sistemática, éstos pueden variar de acuerdo a la normatividad de la institución, o al estado de salud del paciente, o bien contar con un marco de referencia basado en las teorías o modelos de enfermería, como : 8 requisitos universales de autocuidado de Orem; las 14 necesidades Henderson; las cuatro modos de adaptación del modelo Roy, con la jerarquía de necesidades propuesta por A. Maslow, o bien en los modelos empíricos o experimentales : once patrones funcionales de Gordon, el método taxonómico NANDA de patrones de respuesta humana, entre otros.

Al elegir un marco de referencia o estructura que oriente la recogida de datos, se debe tener cuidado de no interrumpir la lógica del proceso entre la valoración y el DdE, y no reducir el proceso de nivel biológico, sin que incluya las otras esferas del ser humano: la social, la psicológica, cabe preguntarse ¿cual seria el más adecuado, útil que condujera a identificar los problemas que tratan las enfermeras? Tomando en cuenta el preservar, mantener y fomentar la integridad de la persona, así como atender a sus respuesta dentro de la dinámica salud – enfermedad, constituye el campo de acción específico de la enfermería. En este sentido actual se presentan las siguientes corrientes.

1.- PATRONES FUNCIONALES DE SALUD PROPUESTAS POR GORDON, inicial mente fue este el marco de clasificación de los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en 1975. Elaboro un esquema con 11 patrones, Gordon emplea la palabra patrón para referirse a una secuencia de comportamientos.

2.-PATRONES DE RESPUESTA HUMANA. 1982 los propuso Sor Callista Roy a la NANDA como resultado de investigaciones,(inicialmente se llamó patrones de interacción) que representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno. En 1986 se sustituyó la denominación de patrones de hombre unitario por más comprensible de **patrones de respuesta humana**, los cuales fueron clasificados en nueve categorías no se poseen características de



prioridad o importancia, representan la manifestaciones de la interacciones de las personas y su entorno.

En 1998 se modifica de acuerdo a la estructura de taxonomía II para la organización de los diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA en el año 2000, y los nueve patrones se cambian por 13 dominios.

La facultad de Enfermería de la UASLP igual que otras instituciones formadas de recursos humanos de Enfermería en la república mexicana, utilizan como estructura para la valoración y el diagnóstico los patrones funcionales, porque son más comprensibles y facilitan la organización de los datos. A continuación se dará una breve descripción de dichos patrones funcionales y de los patrones de respuesta humana.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD: Gordon (1996), propuso, áreas estructurales para la valoración de enfermería, con el anónimo de definir un lenguaje común, conceptuales, pudieran valorar y diagnosticar fundamentados en:

- La teoría de las necesidades humanas de Maslow, que conjunto alas aportaciones de otros psicólogos humanistas en el terreno de la terapia centrada en el cliente(Rogers 1974), ha inspirado el trabajo de enfermeras teóricas permitiendo que se fuera diferenciado la actividad enfermera, del tradicional modelo biomédico y definiendo nuevos espacios de acción para las enfermeras.
- El esquema conceptual, definiendo por Gordon, representa un marco construido a partir de planteamientos humanistas, pero además supone un desarrollo operativo adaptado a las exigencias actuales de la práctica de enfermería.
- Como concepción filosófica proporciona un punto de referencia funcional que favorece la actuación profesional e implica la comprensión de la naturaleza humana desde fundamentos estructurales, incluye por lo tanto una visión integral de los procesos vitales que afectan a la salud.
- Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones que contribuyen a mejorar:

La salud.

La calidad de vida

Logro de potenciales

- El término patrón está definido como una configuración de comportamientos que corren de forma secuencial en el transcurso del tiempo.



- Las áreas de los patrones de salud proporcionan un formato de valoración estándar para una base de datos con interdependencia de la edad, el nivel de cuidados o el problema médico.
- Los patrones están interrelacionados, son interactivos, ningún patrón puede ser entendido de forma aislada.

CARACTERISTICAS

INTEGRAL: Contempla la integridad del ser humano en sus patrones biopsicosociales.

GLOBALIZADOR: concibe a la persona desde una perspectiva total.

PERSONAL: se orienta hacia los patrones funcionales como unidades de estudio e identifica patrones disfuncionales.

OPERATIVO: Determina, clasifica y organiza los datos, que oriente la información requerida para poder trabajar con la estructura de categorías diagnósticas de enfermería.

ENFOQUE FUNCIONAL

- **Salud** definida dentro del contexto de patrones, es el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familia o comunidades desarrollar su potencial al completo.
- Los órganos y sistemas están en un nivel más bajo de complejidad que los patrones funcionales de salud, los cuales representan el funcionamiento humano integral.
- **Patrón de salud** es una manifestación del todo, cada patrón es una expresión biopsicosocial – espiritual.

Ventajas de los patrones funcionales:

- No deben ser continuamente aprendidos, su aplicación se extiende al igual que el conocimiento clínico, se acumula dentro del ámbito enfermero.
- Conduce directamente al diagnóstico enfermero.
- Consigue una aproximación holística a la valoración funcional humana, en cualquier :

Marco conceptual.

Grupo de edad.

En todos los puntos del proceso salud –enfermedad.



- Guían la recogida de información de la vida del cliente, familia o comunidad y su experiencia de sucesos y problemas relacionados con salud y su manejo.

PATRONES DE RESPUESTA HUMANA

Los patrones de respuesta humana son un método que permita a la enfermera valorar al paciente, ya que refleja la totalidad de la persona en su relación con el ambiente. Esquema centra a la persona como unidad.

Las respuestas humanas son todas aquellas reacciones de los individuos o grupos ante asuntos relacionados con la salud, que incumben a la enfermera, Iyer (1997) requiere que la enfermera se centra en dos tipos de respuestas 1). **Respuestas de restablecimiento de salud**; son las acciones del individuo y grupos ante problemas reales de salud y las necesidades de autocuidado ,2). **Respuesta de apoyo a la salud**, corresponden a la preparación que tienen los individuos por posibles problemas de salud, como el control y la información en poblaciones o comunidades de riesgo donde surgen necesidades educativas, desarrollo de técnicas, actitudes orientadas hacia la salud.

CARACTERISTICAS

- Las respuestas humanas son de naturaleza dinámica, y cambian conforme progresa el paciente, la familia o ambos, entre la salud y la enfermedad.
- En enfermedades agudas o crónicas habitualmente se presentan una o más respuestas humanas.
- Difieren y varían en su naturaleza debido a la individualidad de cada persona.
- La respuesta al problema de salud, real o posible, será un reflejo de la interacción del individuo con el ambiente.

La NANDA en la décima cuarta conferencia bianual de abril de 2000 aprobó la nueva taxonómica.

Diagnostico de Enfermería.

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería



proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera. (11)

Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, este lenguaje común intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales del cuidado de la salud, mejora la continuidad de los servicios y presenta un cuerpo organizando de ciencia clínica en enfermería.(12)

El análisis e interpretación de datos en el proceso de cuidados nos permite formular los diagnósticos de Enfermería, es aquí donde adquiere "sentido" la formulación de objetivos, la planificación de las intervenciones adecuadas para la ejecución.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz.

En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).



El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.

DEFINICION

En marzo de 1990 en la novena conferencia de la NANDA, se aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería.

Análisis de los componentes del diagnóstico

Juicio clínico: es el acto de intelecto de emitir una apreciación, significa que no es una observación si no una interpretación, análisis y una conclusión a partir de la valoración del estado de salud de una persona.

Respuestas: son comportamientos observados o informados afirmaciones verbales de los dúos, familia o comunidad a problemas o situaciones de vida que se describen como centro del juicio. Incluyen la forma en que una persona, reacciona ante una situación o significado personal que se le da a los acontecimientos. Estas respuestas pueden ser, fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales. (Biopsicosociales - espirituales).

Problemas de salud reales o potenciales: se refieren las condiciones que son la base de las respuestas humanas que se observan, y están etiquetadas con conceptos diagnósticos.

Problema real: desviación existe de salud.

Problema potencial o estado de alto riesgo: cuando están presentes una serie de factores de riesgo.

Proceso vital: indica patrones funcionales de salud. Acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de la persona (crecer, madurar, envejecer, tener hijos, cambios ambientales, pérdidas).

Ventajas del DdE:

Hace visible la actuación de la enfermera profesional, mediante la utilización de un lenguaje, adapta un vocabulario común aceptado y comprendido, además facilita la comunicación entre los miembros de los equipos de cuidados.

Centra los cuidados en los aspectos de enfermería. El DdE orienta a la enfermera hacia intervenciones autónomas e independientes.



Identificar los problemas de la persona, ya que se basa en los datos obtenidos de la valoración.

Proporciona la base para las intervenciones de enfermería debido a que:

Permite prevenir el resultado de las acciones, da al trabajo de la enfermera un carácter más científico, ya que sin una planeación precisa el trabajo de la enfermera es aleatorio y carece de rigor, el DdE es uno de los conceptos fundamentales del proceso de cuidados, permite identificar el problema y establecer un plan de cuidados precisos. La planificación se convierte entonces en el producto de una verdadera estrategia de resolución a problemas de carácter científico. Formarier (1994), citado por Phaneuf (1999) señala que los cuidados de enfermería invitan a entrar en un proceso intelectual, ya que los conceptos, instrumentos de pensamiento nos permiten dar un sentido a los actos.

Acentúa la importancia de rol de la enfermera. Durante algún tiempo el trabajo de la enfermera se relegaba al rango de las tareas secundarias, se asociaba al trabajo meramente manual, con el advenimiento del proceso de cuidados y del DdE, son ya capaces de identificar con precisión los problemas del usuario en los que pueden intervenir de manera autónoma, la naturaleza exacta del problema y las intervenciones, se convierten en un referencia legal valiosa.

Facilita la coordinación de trabajo con el equipo de cuidados, el DdE circunscribe el problema, permite fijar objetivos que orientan la elección de las actuaciones y asegura mayor coherencia.

Enfatiza la prevención: el DdE orienta al profesional hacia la prevención, el hecho de analizar factores de riesgo, refuerza el aspecto preventivo.

Contribuye a investigar líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los DdE.
- Comprobar la eficacia de las diversas intervenciones propuesta ante mismo DdE.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de los nuevos diagnósticos.

Además, la inclusión de DdE en la **Docencia** en los planes, permite:



- Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.
- Disponer de un lenguaje compartido, lo cual facilita la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

En la **gestión**, ayuda a determinar tiempos requeridos por la carga de trabajo y contribuye a:

- Facilita la organización y sistematización de los cuidados.
- Una mejor distribución de recursos humanos y materiales.
- Favorecer definición de puestos.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Luis, M. T. (1998) amplía los beneficios del uso de los DdE, porque:

- **Constituye una base sólida** para la conceptualización y la respuesta en práctica del rol independiente de la profesión.
- **Permite establecer el costo** de los cuidados de enfermería.

La participación de la persona cuidada en el proceso diagnóstico permite:

- Respetar a la persona en lo que se refiere a su capacidad para participar en las decisiones que conciernen.
- Motivarla para colaborar en su cuidado.
- Evitar enjuiciar un problema partiendo de los propios valores de la enfermera y sus percepciones.

Factores que influyen en el proceso diagnóstico:

- **Capacidad de valorar:** que no se tenga suficientes datos para conducirse al diagnóstico y no se pueda establecer la relación casual.
- **Habilidades conceptuales:** se refiere a la memoria (almacenamiento de conocimiento de conocimientos ha adquirido durante la formación y la experiencia), a la organización lógica de los datos y a los razonamientos inductivos y deductivos.
- Un razonamiento inductivo se lleva a cabo a partir de elementos específicos, propios de una persona y termina en una conclusión. El deductivo es a la inversa.
- **Apertura a la experiencia del otro**



TIPOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMEROS.

REAL.

Representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante características definitorias principales identificables. Designa un problema real de salud del sujeto, indica claramente una respuesta que constituye un detrimento para la salud y cuáles son las necesidades de cambio de la persona.

Alfaro (1999) recomienda el enunciar un diagnóstico real de enfermería real de enfermería seguir el formato **PES**. Cuando se tiene destreza en el proceso diagnóstico seguir utilizando esta formulación es una redundancia, ya que las características definitorias del diagnóstico se encuentran registradas en la valoración de enfermería, por tanto, la formulación del diagnóstico será **problema + relacionado con (R/C)** etiología.

Alto riesgo

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Permite que antes que se produzca un problema se puede tomar medidas para prevenir su aparición. La detección de un diagnóstico de riesgo de dos partes: **problema y los factores de riesgo P+FR**. El conector relacionado con R/C **no se usa** dado que **no existe** evidencia de características definitorias.

Posible

Son enunciados que describen el problema sospechado para el cual se necesitan datos adicionales; los datos del paciente no muestran suficiente información que ayude a acotar el problema y lo único que se detecta son algunos signos y síntomas anormales.

Ej. Posible afrontamiento individual inefectivo, se continúan recogiendo datos para clarificación el problema. Se anota el posible problema y la causa que se sospecha si se conoce.

Ej. Posible alteración de los patrones de sexualidad, R/C, miedo a transmitir el virus del herpes.

Diagnóstico de salud o de bienestar:

De la definición de diagnóstico de la NANDA se utiliza el término **problemas de salud**, que no se puede limitar al DdE a problemas reales o potenciales (prevención, tratamientos), es demasiado restrictivo. Las enfermeras también tratan con usuarios que buscan aumentar su crecimiento personal en áreas



Para que una persona o grupo tengan un diagnóstico de salud o bienestar deben estar presentes dos hechos:

1. Deseo de nivel mayor de bienestar.
2. Estado o función actuales eficaces.

La capacidad para hacer este tipo de diagnóstico de salud se fundamenta en reconocer a los clientes sanos que desean lograr un funcionamiento en un área específica. Analiza los aspectos positivos que ha conseguido el sujeto en el cuidado de salud, en muchas ocasiones cuando se valoran los hábitos de vida de un sujeto, tiende a buscar los aspectos negativos que puedan influir en la salud, pero también es muy importante conocer los hábitos saludables. La enfermera tiene que potenciar y desarrollar este tipo de diagnóstico dado que la concepción actual de salud se dirige cada vez más hacia el fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Gordon señala que al parecer hay dos tipos diferentes de diagnóstico de salud o bienestar.

1. es la descripción normativa del estado de salud, ejem. "lactancia efectivo", en este aparentemente no es necesaria ninguna intervención.
2. especificación de un potencial de desarrollo o de un deseo de desarrollo, lo que indica una petición o una necesidad de ayuda hacia un alto grado de bienestar.

Ejem. "Afrontamiento familiar potencial en desarrollo", "deseo de crecimiento parental".

Una característica importante de los diagnósticos de enfermería de salud o bienestar, es que los factores relacionados son multicausales y, por lo tanto de difícil manejo, cada individuo tiene un comportamiento ante la salud completamente diferente, ya que depende de:

- valores individuales,
- mecanismos de respuesta aprendidos frente a eventos vitales,
- apoyo social,

Es por esto que algunos tienen los mismos factores relacionados y no es necesario su formulación escrita.

Componentes del proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico se refiere a la serie de operaciones cognitivas, para que mediante el procesamiento de datos sean obtenidos en la valoración. Este proceso comprende los siguientes pasos:



1. clasificación de los datos: (Análisis). Según indicadores o categorías que se utilicen de acuerdo al marco de referencia, en este caso es con patrones funcionales, dicha clasificación comienza durante la recolección de datos.

Cuando se comienza a clasificar los datos es útil plantearse las siguientes preguntas:

- a) ¿Qué datos son importantes?
- b) ¿Qué datos pueden agruparse?
- c) ¿se a reunido suficientes datos?

3. Agrupación de la información

Es la segunda fase del proceso diagnóstico, consiste en reconocer datos que determinan la existencia de un problema estos surgen de la comparación de los datos obtenidos con el patrón normal o habitual del individuo, también orienta a obtener datos complementarios.

Los indicios y deducciones desarrolladas a partir de la base de conocimientos científicos y la experiencia de enfermería, ayudan al profesional o interpretar los datos, y a buscar datos complementarios.

Es conveniente formularse las siguientes preguntas.

- a) ¿Qué datos están relacionados?
- b) ¿Se necesitan datos adicionales?
- c) ¿Qué deducciones se pueden hacer con esos datos?

3. Elección de la etiqueta diagnóstica o nominación del grupo de datos

Esta dependerá del conocimiento que se tenga del listado diagnóstico y características definitorias de las etiquetas. Para facilitar esta fase y con fines de enseñanza se elaboró el listado de diagnósticos agrupados por patrones y que se valora en cada uno de ellos.

Iyer también menciona que el proceso diagnóstico exige de habilidades de razonamiento crítico, ya que se analizan, clasifican y agrupan indicios significativos de los datos obtenidos en la valoración, además se interpretan y validan, todo este proceso da como resultado el diagnóstico de enfermería.

Problemas interdependientes

Se refiere aquellos problemas o situaciones clínicas en cuyas prescripciones y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud normalmente médicos; de esta situación surge el problema clínico de enfermería



Tipos de problemas interdependientes

Reales: al identificar un problema que requiere tratamiento por un profesional de la salud, la actuación de enfermería se orienta a la aplicación del tratamiento preescrito y la búsqueda de signos y síntomas que indiquen agravamiento del problema. La manera de registrar este tipo de problema interdependiente será con la utilización de las siglas "PI" delante de la formulación del problema.

Potenciales: formulan una posible complicación que se puede producir en la evaluación del estado de salud del individuo y que la enfermera no está autorizada legalmente para tratar. La actuación de la enfermera estará encaminada a la búsqueda de signos y síntomas que identifiquen la aparición de un problema. La formula de registrar este tipo de problema será mediante las siglas "PC" (complicación potencial).

DIAGNÓSTICO DE CUIDADOS Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.- El diagnóstico médicos se refiere habitualmente a una afectación específica, mientras que 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.

En la siguiente tabla se muestran las diferencias entre un diagnóstico de enfermería y un diagnóstico médico.

DIAGNÓSTICO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICO MÉDICO
<ol style="list-style-type: none">1. Tiene en cuenta el estado del cliente que vive un problema de dependencia y su reacción frente a su estado.2. Se expresa de forma inespecífica y puede ser válido para varios problemas diferentes de salud.3. Tiene en cuenta diferentes grados en la reacción del cliente.4. Tienen en cuenta las fuentes de dificultad o factores etiológicos y los factores <<contribuyentes>> que causan el problema de salud o permiten su prolongación.5. orienta a la enfermera hacia intervenciones autónomas.	<ol style="list-style-type: none">1. Tiene en cuenta el problema de salud en si mismo, y describe su proceso.2. Describe una afección particular (diabetes) o un grupo de síntomas que están relacionados (síndrome) y constituyen una entidad clínica reconocible.3. Su formación no tiene nunca en cuenta estos factores.4. Su formulación no implica generalmente los factores etiológicos.5. orientas al facultativo hacia el tratamiento médico y a la enfermera hacia intervenciones preescritas.



Un criterio importante que hay que considerar al establecer un diagnóstico de enfermería es que debe formular un objetivo claro y preciso para los cuidados, de los que en cierto modo se convierte en principio organizador. Por eso su formulación debe expresarse utilizando conceptos precisos y concisos, que sean significativos para la enfermera. El diagnóstico médico lleva, sobre todo, a la ejecución de intervenciones prescritas. (13)

Planeación

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planificación de los cuidados es el punto que desembocan las etapas presentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Definición

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del individuo enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermero.

Proceso de planeación. Este proceso incluye.

1.- Establecimiento de un orden de prioridad entre los diagnósticos de enfermería: cuando se ha emitido más de un diagnóstico de enfermería, se debe establecer un orden de prioridad ente ellos, se intenta precisar los problemas más urgentes. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción.

Además menciona que el orden de prioridad se establece en función de la importancia que la enfermera le atribuye a los problemas a partir de sus conocimientos científicos: a estos se le llama **importancia objetiva** y en función de la importancia que la persona da a sus dificultades y a su bienestar le llama **importancia subjetiva**.

La importancia objetiva se otorga en función de:

- valores profesionales.
- conocimientos científicos.



- Observaciones.
- Experiencia.

La importancia subjetiva se otorga en función de.

- Los sentimientos de la persona.
- El autoconocimiento.
- Su percepción.
- Experiencia personal.

Lefebvre además menciona que para que determinar el grado de gravedad de un problema de cuidados de enfermería se utiliza los criterios de prioridad basados en los **valores profesionales**. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción, como sigue:

1. protección a la vida.
2. prevención y alivio al sufrimiento.
3. prevención y corrección de las disfunciones.
4. búsqueda del bienestar.

Para cada diagnóstica de enfermería se pregunta si se trata de una amenaza a la vida, de un sufrimiento, de una distribución o de una búsqueda de bienestar, las respuestas indican a la enfermera el lugar de cada diagnóstico en un proceso continuo de malestar/bienestar.

Las prioridades asignadas no permanecen inmutables, si no que van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y los tratamientos, también es necesario tomar en cuenta medidas de lo posible las preferencias del paciente, además de diversos factores como:

- valores y creencias del paciente con relación a la salud.
- Prioridades del paciente: hacer participar al paciente en la asignación de prioridades y en la planificación de la asistencia.
- Recursos o disposición de la enfermera y el paciente: se refiere a recursos humanos, materiales y financieros, también los recursos del paciente como los económicos, afrontamiento.
- Urgencia del problema de salud.
- Plan de tratamiento médico.

2.- .Formulación de objetivos.

La enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico y resolver el problema especificado. Una vez que se han priorizado los problemas, se deben definir los objetivos de acuerdo a cada problema.

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el



problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

Los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los cuidados esperados.
- Medir la eficacia de los cuidados

Lo que pretende con los objetivos es establecer qué se requiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto, existe dos tipos de objetivos:

- a) **Objetivo de enfermería o criterio del proceso:** estos dirigen las actuaciones de enfermería hacia grandes áreas para ayudar del paciente a encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos, buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación, conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si fuera completamente para el cambio, bien por una disminución de recursos propios, o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería en relación al tiempo se describen:

- a. Corto plazo.** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.
- b. Mediano plazo.** Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para recoger los logros del paciente y mantener la motivación.
- c. Largo plazo.** Son los resultados que requiere un tiempo largo. Son dos tipos: uno, abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro. Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.



- b) **Objetivo del paciente o criterios de resultado.** Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseada, es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambios biológicos, cognoscitivos, sociales y espirituales.

Fines de los objetivos/criterio de resultado

1. orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán modificaciones deseadas en el paciente.
2. proporcionar un plazo para las actividades planificadas.
3. servir como criterio para evaluar los progresos del paciente.
4. permitir al paciente y a la enfermera determinar cuándo se ha resuelto el problema y motivar a ambos e infundir un sentimiento de logro.

Objetivos representativos de los tres dominios:

DOMINIO AFECTIVO: Resultados esperados asociados con cambios de actitud, sentimientos, valores. Hacen hincapié en lo sentimental, una emoción.

DOMINIO COGNITIVO: Resultados esperados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales, se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, precisan actividad de carácter intelectual.

DOMINIO PSICOMOTOR: Resultados esperados con el desarrollo de habilidades psicomotoras, se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación muscular.

3.-Selección de estrategias o intervenciones son actividades de enfermería que están relacionadas con un Diagnostico enfermero específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causas) del Diagnostico enfermero que es la segunda parte del enunciado.

Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera, toda actividad o comportamiento que adopta o trata de desarrollar en la persona, en el marco de sus funciones profesionales, buscando bienestar de la persona cuidada. Phaneuf (1999).

Desde el punto de vista funcional la enfermera planifica actuaciones para:

- promoción de la salud.
- Prevenir la enfermedad.



- Restablecer la salud.
- Rehabilitar.
- Favorecer una muerte digna.

Características de las intervenciones

1. coherentes con el plan.
2. deben basarse en principios científicos de cuidados de enfermería.
3. individualizadas, plantificadas para una persona en particular.
4. formarse de manera concisa simple y correcta.
5. armonizar con el diagnóstico de enfermería y el objetivo.
6. deben responder a las preguntas ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿quién?.
7. buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
8. ser creativa.
9. favorecer la participación de la persona, la ayuda y van acompañadas de un componente de enseñanza.
10. proporcionar un medio seguro y terapéutico.
11. comprenderán la utilización de los recursos apropiados-

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

4.-Desarrollo de los planes de cuidado de enfermería: es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados de un cliente como todo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los objetivos marcados.

Finalidad



1. diferencias las responsabilidades de la enfermera de los otros miembros del equipo de enfermería o de salud.
2. orientar la atención de enfermería, mediante la determinación de acciones conducentes a prevenir, paliar o resolver problemas de salud detectados.
3. proporcionar pautas para la evaluación de los cuidados, ya que sirven de registro de las actividades realizadas.

Objetivos de planes escritos

1. **Ofrecer directrices** para planes de cuidados individualizados, se organizan de acuerdo a necesidades particulares.
2. **Facilitar la continuidad** de los ciudadanos plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones del personal de enfermería de diferentes turnos.
3. **Orientar sobre qué debe quedar documentados**, indica específicamente qué observaciones realizar, qué acciones dar a la familia.
4. **Orientar para designar al personal** que va atender al paciente.

Base para estimar el pago de los servicios, sobre todo para los ciudadanos domiciliarios del paciente. El que se presente un plan y en este se estime el monto del pago hará que se valore más lo que se realiza

Tipos de planes

Individualizados. Estos se realizan para cada situación de un paciente en particular, se basan en la valoración detallada del paciente o grupo específico, los planes de cuidados individualizados pueden usarse como fuente de información para realizar planes de cuidados estandarizados y para la investigación clínica de enfermería.

Estandarizados. Se trata de protocolos de cuidados adecuados para los pacientes que presentan los problemas habituales o previsibles asociados a un diagnóstico enfermero o a un problema de salud. Describen los cuidados de enfermería para un grupo de pacientes, no individualizados y se refieren a cuidados alcanzables. Una de sus ventajas es que son realizados por expertos, se apoyan en consultas bibliográficas y ofrecen garantía de calidad.

Informatizados. Estos se realizan mediante equipo informático; se pueden generar planes individualizados y estandarizado de acuerdo a los programas de cómputo, la enfermera elige el apropiado para el paciente de acuerdo a la situación, lo puede leer en la pantalla de la computadora o imprimir una copia.



Utilidad de los planes de cuidados

Tomas Vidal (1996) menciona la utilidad de los planes de cuidados:

- **En la actividad clínica**, obligada al planteamiento sobre la fundamentación científica de las intervenciones de enfermería.
- **Legal**, estos instrumentos son una norma de calidad en los que quedan explícitos los problemas que trata enfermería en una situación su responsabilidad en cada uno de ellos, y la forma de evaluar los resultados.
- **Trabajos en equipo**, contribuyen a la mejora de la comunicación y facilita que otros profesionales conozcan la aportación de enfermería al cuidado a la salud.
- **En la formación**, el uso de planes estandarizados contribuyen a que los alumnos clarifiquen su rol profesional, y en la práctica clínica su elaboración y revisión periódica pueden considerarse una actividad de formación continua.
- **Para la investigación**, informan aspectos de la persona susceptibles de investigar, que constituyen una fuente valiosa para este fin.
- **De gestión**, son instrumentos de gestión, ya que para esto implica identificar las situaciones en las que intervienen las enfermeras, los problemas que tratan y las actividades que realizan, son útiles para la gestión en el cálculo de plantillas, presupuestos necesarios, así como en la asignación de pacientes, y de igual manera para diseñar programas de formación continua y de adaptación al personal de nuevo ingreso.

Formato para los planes de cuidados

Estos van a variar de acuerdo a la institución. Pero deben de contener ciertos elementos comunes que son:

Diagnostico de enfermería.
Los objetivos de resultado.
Intervenciones de enfermería.
Evaluación.

Se organiza en columnas, para los estudiantes se les piden incluya una columna más de fundamentación de las intervenciones, para la alumna se apropie de éstas, hay que orientarla para que el formato lo realicen frente al paciente, o sea en el ámbito de práctica; que no lo haga en su casa porque de este modo no quedo plasmado lo real que debe orientar el cuidado que proporcionará, si no que queda plasmado el ideal y que cuando lo entrega el paciente en ocasiones ya que fue dando de alta.



5. Documentación o registro

Consiste en registrar organizados los diagnósticos de enfermería, los resultados esperado, intervenciones las cuales deben registrar: fecha, verbo de acción (explicar al paciente, colocar vendaje, enseñar) área de contenido, el dónde y el qué (colocar el vendaje en los miembros inferiores), tiempo, o con frecuencia debe producirse la acción, final mente la firma.

La anterior se puede resumir en los elementos de la anotación eficaz:

- Asignación temporal.
- Permanencia (tinta).
- Exactitud.
- Propiedad.
- Completa
- Abreviatura.
- Símbolos y terminología comúnmente aceptados.
- Brevedad.
- Legalidad.
- Secuencia.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

EJECUCIÓN.

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

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

Para poner en práctica el plan, hay que tomar en cuenta las intervenciones han de ser éticas y seguras.



La ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.

El profesional de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria como hospitales, domicilios, centros de enfermos crónicos, escuelas, etc. Kozier (1999) señala que para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente se requiere de:

Habilidades cognitivas, para la solución de problemas. Toma decisiones, para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo, el uso de estas habilidades es crucial para proporcionar un cuidado de enfermería seguro.

Habilidades interpersonales entendidas estas como los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras, incluyen actividades verbales, son necesarias para todas las intervenciones de enfermería.

Habilidades técnicas. Son habilidades “manuales” o psicomotoras, para la manipulación de un equipo, de equipo, de material, para colocar un vendaje, para movilizar un paciente, para este tipo de habilidades se requiere: conocimiento y destreza manual.

Para Iyer (1997) la ejecución de enfermería tiene tres etapas:

1.- Preparación. Consiste en:

- a) Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse de que compatibles con el plan de cuidados.
- b) Analizar los conocimientos y habilidades necesarias.
- c) Reconocer las complicaciones potenciales.
- d) Proporcionar los recursos necesarios.
- e) Proporcionar un entorno adecuado y seguro.
- f)

2.- Intervención de enfermería. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones interdependientes e interdependientes. Las intervenciones necesarias para cubrir las necesidades físicas y emocionales del usuario, las cuales son numerosas y variadas, dependientes de los problemas individuales específicos.

La ejecución de las cualidades de enfermería se ajustan:

- a) Refuerzo de las cualidades. se debe completar al usuario como ser completo, con problemas y relaciones con los demás.
- b) Ayuda a las actividades de la vida diaria. Durante la realización de estas actividades, tiene la oportunidad de llevar a cabo otros aspectos del proceso cuidados.
- c) Supervisión del trabajo de otros profesionales de enfermería. Como coordinador del equipo, el profesional de enfermería es legalmente responsable de la prestación de los cuidados.
- d) Comunicación con otros miembros del equipo de salud.



- e) Educación. El proceso de enseñanza- aprendizaje para el usuario incluye: adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta.
- f) Presentación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.
- g) Patrones de respuesta humana.

Razonamiento crítico y ejecución

El razonamiento crítico es una parte integrante de la ejecución. El profesional de enfermería que utiliza este tipo de razonamiento para ejecutar los cuidados está constantemente anticipado a problemas, revisando el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario y resolviendo problemas para superar obstáculos.

3.- Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

Generalmente los registros proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, anotaciones incompletas a confusas dificultan la continuidad de los cuidados.

Desarrollar formas eficaces, exactas para registrar es un reto continuo tanto para las enfermeras para las instituciones de salud, las cuales buscan métodos de registro que ahorren tiempo y ayuden a las enfermeras a mantener unas anotaciones reales y relevantes, que sirvan para los objetivos antes mencionados.

EVALUACIÓN

Es una etapa compleja porque en ella intervienen juicios de valor acerca de la relación enfermera-paciente, la satisfacción en el cuidado y el seguimiento del proceso mismo, sin embargo es de suma importancia cuando la situación de los cuidados parece estancarse y cuando el plan no consigue los resultados esperados. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. 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 el estado de salud de la persona, es además una condición de la calidad de los cuidados.



La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

Propósito de la evaluación

En relación con el proceso de enfermería, la evolución tiene como propósito fundamental determinar el progreso de la personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud: los pacientes y las enfermeras por lo tanto la finalidad de evaluación es:

- Verificar la consecución de los objetivos.
- Tratar de averiguar la que podría mejorar.
- Rectificar el curso de acción.
- Asegurar unos cuidados de calidad.

Evaluación de resultados: la evaluación de resultados se refiere, por tanto, a la comparación entre el resultado real de la situación del paciente después de las intervenciones de enfermería y el resultado esperado planeado en término de objetivo. La evaluación de resultados la realiza la enfermera, conjuntamente con el paciente, para verificar primordialmente la eficacia de sus acciones.

Los elementos de evaluación:

- La consecución del objetivo o los resultados obtenidos.
- El conjunto del proceso seguido.
- La satisfacción de la persona.

¿Cómo evaluar?

La enfermera procede a la evaluación observación observando el comportamiento de la persona, ve si tiene buen apetito, si duerme bien, charla con ella y consulta la historia clínica.

Las fuentes de evolución:

- La observación del comportamiento.
- La entrevista con la persona.
- La consulta de la historia clínica.



¿Cómo evaluar?

Ya se ha mencionado que los enunciados de los objetivos incluyen un plazo para las evaluaciones, este plazo no siempre significa que se haya alcanzado el objetivo en este momento; puede significar que este momento se considera adecuado para emitir un juicio sobre la situación.

Secuencia para realizar la evaluación de los resultados

- 1) Obtener datos que se reúne mediante la observación y la entrevista directamente con el paciente.
- 2) Comparar; una vez obtenidos los datos, se establece la comparación entre el resultado esperado – objetivo y el resultado real- situación del problema del paciente.
- 3) Elaborar un juicio o una conclusión con el fin de finalizar el plan o de iniciar el proceso de retroalimentación, si los resultados y reales – no coinciden.

1. Obtención de datos

Los datos se obtienen por:

- Entrevista del paciente: la entrevista puede realizarse mientras se administran los cuidados, para obtener información sobre las preocupaciones, el estado físico o emocional y las conocimientos que el paciente tiene sobre su situación.
- Observación directa: implica la utilización de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación para obtener datos relativos al estado del paciente.
- Repaso de los documentos: la revisión de los registros médicos del paciente resuelta útil a la hora de obtener la información sobre el estado de salud del paciente.

2. Comparación de los datos con resultados

Después de obtener los datos, la enfermera compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención. Dx. De enfermería: deterioro de la integridad cutánea relacionado con una prolongación, no hay signos de úlceras cutáneas en las prominencias óseas. Y para evaluar este resultado particular atención al sacro, codos, caderas y talones.

3. Juicios sobre el proceso

Después de obtener los datos sobre estado de salud del paciente y comparar los datos con resultados, la enfermera emite un juicio sobre el logro del resultado por parte del paciente. Existen dos posibles respuestas:



Se ha logrado el resultado

- Se ha resuelto el diagnóstico de enfermería. En caso de lograrse el resultado, el Dx. De enfermería identificada una respuesta humana que se ha resuelto y que ya no es actual. Dx. de enfermería, se revisa el plan de atención. Se tacha el Dx. De enfermería, los resultados y las intervenciones, o haciendo una señal en otra columna con la fecha de resolución.

No sea logrado el resultado

- El patrón de salud continúa disfuncional o bien la respuesta humana no es apropiada. Cuando no se logran los resultados, lo primero que hace la enfermera es revisar la respuesta humana para determinar si describe con exactitud el estado del paciente. el proceso se realiza comparando las características que lo definen, asociadas al diagnóstico, con los síntomas del paciente. si el diagnóstico no es pertinente para los problemas del paciente, se utilizan las técnicas de valoración para reunir más datos.

Fernández Ferrín (1993) menciona varios tipos de resultados posibles, para lo cual se toma en cuenta los objetivos que en este caso serían los indicadores de las respuestas esperadas y pueden ser:

- **Resultados positivos:** cuando se ha logrado el objetivo.
- **Resultados negativos:** los resultados no coinciden, la persona no ha logrado el objetivo, se recomienda iniciar el proceso de retroalimentación.
- **Resultados anticipados:** son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades planificadas.
- **Resultados inesperados:** son resultados negativos que surgen como consecuencia de que ha aparecido un nuevo problema o complicación potencial.

Razonamiento crítico y evaluación

Está claro que la evaluación no puede tener lugar sin razonamiento crítico. El proceso de realización de juicios se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada. Cuando usted ordena los datos y determina que otros hechos necesita para evaluar el progreso del cliente, utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica.

Evaluación y calidad de los cuidados

La garantía de calidad supone el control sistemático de la calidad y tomar las medidas necesarias para mejorar la asistencia. La mejora de la calidad, que se desarrolla a partir de la garantía de la calidad, se centra más en la mejora del



sistema en el que se presenta la asistencia. Por ejemplo: el control de la garantía de la calidad puede evaluar cómo sigue el profesional de enfermería la política de poder la fecha en el sistema de tubos intravenosos.

Los esfuerzos para mejorar la calidad se pueden centrar en el sistema de almacenar material y líquidos intravenosos en la unidad enfermería para asegurarse de que el material está fácilmente accesible cuando es necesario. En resumen, la garantía de calidad se centra en su rendimiento, mientras que la mejoría de calidad se centra en el rendimiento del sistema.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. En resumen, la evaluación se lleva a cabo 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. (11)

INPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además proporciona la base para el control y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presenta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. (13)

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1.897 en Kansas City, Missouri.

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. (14)



En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome 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. Elabora 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. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's College revisó la 4ª edición del **“Textbook of de Principles and Practice of Nursings”** de Bertha Harmer, edición editada en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto **“Nursing Studies Index”** auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto **“Basic Principles of Nursing Care”** fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960.

Su libro **“The Nature of Nursing”** se publicó en 1966 y en él define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1991, añadiendo al título, **“Reflexiones 25 años después”**. En 1978 publica la 6ª edición de **“The Principles and Practice of Nursing”**. En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer **“Christiane Reimann Award”**. En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Hederson defiende a la enfermería en términos generales como: “la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este se realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude hacer independiente. (15)



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

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

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o mantener la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica las 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 necesidades primeras estén relacionadas con la fisiología de la 8 a la 9 relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la propia estima, la 11 relacionada con la pertenencia y desde la 12 a la 14 relacionadas con la auto-realización.(15)

LAS NESECIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON SON:

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, 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. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE



La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

3. NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS ORGANISMO

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O "SENSACIONES"

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.



11. NECESIDAD DE EJERCER CULTO A DIOS, ACORDE CON LA RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. (16)

LA ENFERMERA TIENE UNA FUNCIÓN DOCENTE

Hay unas afirmaciones teóricas como:

ENFERMERA PACIENTE

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

“Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”.

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

ENFERMERA MÉDICO

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.



La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

Enfermera sustituto

Enfermera como ayuda

Enfermera compañera

En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaz de idear junto con ella su propio plan de cuidados.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben de satisfacerse dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando ésta sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su 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 elaboración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

DEFINICIÓN DE HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BASICOS DEL META PARADIGMA DE ENFERMERÍA:

- **Persona:**

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

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

- **Entorno:**

Incluye relación con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de prever cuidados.



- **Enfermería:**

La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios.

- **Salud:**

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

Considera a la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce componentes de los cuidados de enfermería y así mismo los individuos se mantendrán sanos so poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. (14)



5.1 OBESIDAD

La obesidad es un exceso de grasa corporal que por lo general, y no siempre, se ve acompañada por un incremento del peso del cuerpo.

Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 25 unidades.

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud. (17)

La obesidad es uno de los trastornos más comunes en la práctica médica y se encuentra entre los más frustrantes y difíciles de tratar. Se ha logrado poco progreso en el tratamiento, aunque se ha producido cambios importantes en la comprensión sobre sus causas y sus implicaciones para la salud.

La importancia sanitaria de la obesidad radica en su gran asociación con enfermedades tan importantes como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, el síndrome de apnea del sueño y algunos tipos de cáncer.

Además, la obesidad en la sociedad actual tiene unas repercusiones emocionales, psicológicas y relaciones muy negativas, sobre todo para la mujer. El aspecto físico es casi la única moneda de cambio en esta sociedad, y el modelo estético impuesto penaliza cualquier grado de sobre peso o incluso de estructura corporal mínimamente generosa. Esta esclavitud de la mujer del siglo XXI está causando enormes sufrimientos, gastos innecesarios y un número no cuantificado de trastornos psicológicos, nutricionales y de la conducta alimentaria secundarios a dietas incontroladas.

Con excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20 por ciento o más el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/altura, son consideradas obesas. La obesidad puede ser clasificada como leve (del 20 al 40 % de sobrepeso), moderada (del 41 al 100 por cien de sobrepeso) o grave (más del cien por cien de sobrepeso). La obesidad es grave en solamente el 0,5 por ciento de las personas obesas.

Sin embargo no existe una definición satisfactoria para esta enfermedad, tampoco una proporción de peso a talla donde podamos definir que las enfermedades y complicaciones asociadas que limitan y acortan la vida. (18)



Obesidad, Trastorno Psicológico y Deterioro de la Calidad de Vida de la Mujer.

La obesidad es un grave problema de salud pública que afecta a más de 30 millones de mujeres en México.

El 24 por ciento de las mujeres que tiene problemas de sobrepeso sufre de trastornos psicológicos.

México DF; 28 de Septiembre de 2004.- La obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública en México ya que su padecimiento desencadena graves enfermedades mortales como los problemas cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus tipo 2, principales causas de muerte en nuestro país, afirma la Lic. en Nutrición Araceli Suverza, Coordinadora de la Clínica de Nutrición de la Universidad Iberoamericana en México.

Por su parte, la Dra. Mirella Márquez, especialista en Psiquiatría y Miembro del Comité de Depresión de la SSA, comenta que esta grave enfermedad no sólo afecta físicamente al paciente, sino también “deteriora seriamente su calidad de vida y su dinamismo social”.

La especialista señala que la población femenina con obesidad es la más afectada en este sentido, ya que la obesidad se presenta como una de las principales causas de origen de diversos trastornos psicológicos en la mujer.

“De acuerdo a los resultados revelados en la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003, la obesidad ocasiona, tan sólo en la Ciudad de México, el 24 por ciento de los casos de depresión mayor en las mujeres, enfermedad que en total padecen más de 10 millones de mexicanos” afirma la Dra. Márquez.

Hoy día son 300 millones de personas los que padecen de sobrepeso en todo el mundo, de los cuales, el 60 por ciento son mujeres; es por ello que son quienes, por consecuencia, se enfrentan a otras complicaciones como son trastornos psicológicos, trastornos afectivos, ansiedad y adicción a sustancias.

Cabe mencionar que las mujeres entre los 45 y 49 años de edad son las más afectadas por la obesidad al registrar un 42.7% de padecimiento, porcentaje que combinado con los trastornos psicológicos reduce notablemente su esperanza de vida.

Por otra parte, el 14.1% de las jóvenes entre los 20 y 24 años sufren también de esta enfermedad, problema que les afecta directamente en su vida normal al verse expuestas frecuentemente al rechazo y a la marginación de su pareja.

“Al manifestar depresión el paciente obeso sufre de pensamientos negativos y minusvalía que indirectamente dificultan su tratamiento ante la falta de ánimo y la



inactividad física; por lo que el paciente es incapaz de luchar contra su sobrepeso”, señala la especialista en Psiquiatría.

Es importante señalar que -con mucha frecuencia- el origen de la obesidad puede encontrarse en trastornos emocionales, situaciones de intranquilidad, de angustia o frustraciones repetidas; sin embargo, la misma obesidad tiende a enfrentar a los pacientes a complicadas situaciones emocionales como la vergüenza física.

Así mismo, debemos de tener en cuenta que la obesidad combinada con problemas como la diabetes mellitus tipo dos, tercera causa de muerte en nuestro país, provoca el 33% de los casos de depresión y el 45% de casos de ansiedad.

“El rechazo social y de pareja, así como el rompimiento de su dinamismo, obliga a las mujeres a ir en busca del estereotipo femenino desde el punto de vista estético, lo que las orilla a consumir sustancias y medicamentos para adelgazar no validados que producen efectos secundarios graves”, asegura la Lic. en Nutrición Araceli Suverza.

Por su parte, la especialista en Psiquiatría señala que los medicamentos llamados “milagrosos” provocan frustración repetitiva, ansiedad y baja estima en el paciente ante la falta de cumplimiento de las expectativas, lo que aumenta los riesgos de salud.

“Desde el punto de vista psiquiátrico concienciamos al paciente de que la obesidad no es un problema estético sino un problema de salud que debe ser atendido de forma adecuada por un especialista que recurre a fármacos autorizados por los organismos de salud para su tratamiento” comenta la Dra. Márquez.

“El buen funcionamiento del metabolismo y el control de la obesidad en el paciente consiste en el cambio en los patrones de educación alimenticia (reducción de grasas en los alimentos y el consumo de fibras y proteínas) y el aumento de la actividad física; combinando lo anterior con el uso de medicamentos autorizados como Orlistat que inhibe la lipasa gastrointestinal permitiendo no absorber el 30% de la grasa que se consume”, finalizó la Lic. en Nutrición Araceli Suverza.(19)

ETIOLOGIA

Hasta hace poco, se consideraba que la obesidad era el resultado directo de un estilo de vida sedentario además de la ingestión crónica de exceso de calorías. Aunque indudablemente estos factores son principal causa de algunos casos, en la actualidad hay evidencia de fuertes influencias genéticas en el desarrollo de la obesidad. Los niños adoptados muestran una relación cercana entre su índice de masa corporal y el de sus progenitores biológicos; no se encuentra tal relación entre los niños y sus padres adoptivos. Estudios realizados en gemelos también demuestran influencia genéticas sustanciales en el IMC con poca influencia del



ambiente de la infancia. Hasta 40 – 70% de la obesidad puede explicarse por influencias genéticas.

En la actualidad se ha establecido determinantes genéticos de algún tipo de obesidad. Se ha identificado cinco genes que afectan el control del apetito en los ratones. Las mutaciones de cada gen producen como resultado obesidad y cada uno tiene homólogo humano. Uno codifica para una señal expresa el tejido adiposo, leptina, y otro para el receptor de leptina en el encéfalo. Los otros tres afectan vías encefálicas más allá del receptor; se han identificado múltiples genes idoneos para la obesidad humana. Sin embargo, se ha encontrado solo una cifra reducida de humanos con mutaciones de gen similares. La mayor parte de la obesidad humana se desarrolla indudablemente por interacciones de genes múltiples, factores ambientales y conducta. (18)

FISIOPATOLOGÍA

La obesidad es una enfermedad crónica compleja, que se desarrolla por una interacción de causas genéticas y adquiridas. La comprensión actual sobre cómo y por qué se desarrolla la obesidad es incompleta, pero comprende factores sociales, comportamentales, culturales, fisiológicos, metabólicos, moleculares y celulares que afectan a tres tipos principales de procesos, a su vez, que están muy interrelacionados.

1. Regularización del comportamiento alimentario (regulación del apetito y la saciedad): el inicio y la finalización de la ingestión no esta ligado obligatoriamente a necesidades energéticas. El estado y la actividad de las reservas energéticas en el tejido adiposo se comunica al sistema nervioso central mediante diferentes señales y esta información condiciona en gran medida el comportamiento alimentario, la eficiencia de las transformaciones energéticas y los diversos aspectos de la integración hormonal del metabolismo.
2. Adipogénesis: proceso de formación de los adipositos que almacenan la grasa.
3. Eficiencia energética o termogénesis reguladora: procesos bioquímicos que regulan el grado de aprovechamiento de la energía de los alimentos.

CAUSAS

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza. Los factores genéticos y ambientales influyen en el peso del cuerpo, pero su interactuación para determinar el peso de una persona no está todavía aclarada. Pueden muchos los factores que causan la obesidad.



Factores genéticos: Investigaciones recientes sugieren que, por término medio, la influencia genética contribuye en un 33 por ciento aproximadamente al peso del cuerpo, pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular.

Factores socioeconómicos: Estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales.

Factores psicológicos: Los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales.

Factores relativos al desarrollo: Un aumento del tamaño o del número de células adiposas, o ambos, se suma a la cantidad de grasas almacenadas en el cuerpo. Las personas obesas, en particular las que han desarrollado la obesidad durante la infancia, pueden tener una cantidad de células grasas hasta cinco veces mayor que las personas de peso normal. Debido a que no se puede reducir el número de células, se puede perder peso solamente disminuyendo la cantidad de grasa en cada célula.

Actividad física: La actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas de las sociedades opulentas. En algunas, los Estados Unidos, por ejemplo, la obesidad es hoy dos veces más frecuente que en el año 1900, aun cuando el término medio de calorías consumidas diariamente ha disminuido un 10 por ciento. Las personas sedentarias necesitan menos calorías. El aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero puede que no ocurra lo mismo en las personas obesas.

Hormonas: Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad, como son el síndrome de Cushing, insuficiencia suprarrenal, diabetes, etc.

Lesión del cerebro: Sólo en muy pocos casos, una lesión del cerebro, especialmente del hipotálamo, puede dar como resultado obesidad.

Fármacos: Ciertos fármacos utilizados frecuentemente causan aumento de peso, como la prednisona (un corticosteroide) y muchos antidepresivos, así como



también muchos otros fármacos que se utilizan para curar los trastornos psiquiátricos.(20)

Psicopatología: El ser humano come aunque no tenga hambre. Hay fuerzas internas que la llevan a comer y que no dependen necesariamente de necesidades metabólicas o energéticamente:

1. Una de ellas es la costumbre de comer a ciertas horas, aunque no tenga hambre (son las dos de la tarde y es hora de comer).
2. Otro mecanismo es el apetito-placer que le lleva a comer ciertos alimentos que le apetecen más o en situaciones especiales (bodas, cumpleaños, navidad, etc.). en muchas oportunidades come automáticamente, sin darse cuenta de lo que come o por qué lo come. Finalmente, una motivación muy frecuente es cuando la acción de comer adquiere un valor y un sentido de gratificación emocional totalmente independiente de las necesidades calóricas.
3. Emociones diferentes le llevan a comer, aunque no tenga apetito e incluso en contra del raciocinio. Muchas veces que no debería comer, pero lo hace por que está ansioso, aburrido, deprimido, frustrado, enojado o tenso. Inconscientemente la acción de comer gratifica y parece aliviar distintos estados disfóricos. Esta función “no nutricional” del comer en relación con estados emocionales tiene mucho que ver con la obesidad. El aumento de comida debido a estrés se aplica a un 80% de la población. ¿Por qué algunos individuos, generalmente delgados, comen menos cuando están estresados, mientras que otros tienden a comer más en las mismas circunstancias? ¿por qué ciertas personas se gratifican con la comida y otras pierden el apetito para sobre llevar el estrés? ¿cuales son los circuitos nerviosos y los medidores químicos de estos dos componentes diferentes? Entender estas variables en el mecanismo alimentario permitirá comprender mejor las raíces de la obesidad.
4. La industria alimentaria ha inventado mucho dinero en investigar textura, colores, sabores, empaquetado y promoción destinados a un alto consumo. Parece poco probable que todos estos esfuerzos no hayan contribuido a la obesidad, aunque son difíciles de cuantificar.
5. Este comportamiento humano esta relacionado con la publicidad, que ofrece constantemente comidas y bebidas con mensajes de alegría y felicidad. De esta manera se socializa de forma subliminal el comer o el beber con estados de ánimos positivo y cuando se presenta una gratificación en forma de comidas y bebidas.

La misma posibilidad que facilita tanto la obesidad sobre valora la delgadez como elemento atractivo personal y discrimina la obesidad. Así, se crea un círculo vicioso por el cual la persona obesa se siente aislada y discriminada, lo que disminuye a su interacción social, aumenta su ostracismo y frustraciones, lo que a su vez incrementa su alimentación por emociones. Uno termina más aislado y más obeso en una sociedad que exige la delgadez para la aceptación. (21)



DIÁGNOSTICO

Aunque la obesidad sea evidente, su extensión se determina midiendo la estatura y el peso. A menudo, estas mediciones se expresan como índice de masa corporal, el peso (en kilogramos) dividido por el cuadrado de la estatura (en metros). Un valor superior a 27 indica una obesidad leve, mientras que un valor igual o mayor a 30 indica la necesidad de un tratamiento.

Paradójicamente, las mujeres que tienen obesidad de la parte inferior del cuerpo, la cual tiene un riesgo mucho menor de desarrollar problemas de salud, buscan tratamiento para la obesidad en una proporción ocho veces mayor que los varones.

La obesidad no tratada tiende a agravarse, pero los efectos a largo plazo del tratamiento son decepcionantes. Aunque se han realizado progresos considerables para ayudar a las personas a disminuir de peso, por lo general el peso se recupera en el término de 3 años.

La preocupación acerca de que la recuperación del peso, denominada ciclo del peso, provoque determinados problemas de salud es infundada, de modo que dicha preocupación no debe impedir a las personas obesas intentar disminuir su peso.

Bases para el diagnostico

- Exceso de tejido adiposo que produce un índice de masa corporal > 30 kg/m².
- Obesidad de la parte superior del cuerpo (abdomen y flancos) de mayor consecuencia sobre la salud que la obesidad de la parte inferior del cuerpo (regiones glúteos y muslos).
- Relacionada con múltiples trastornos metabólicos y estructurales.(18)

TRATAMIENTO

Para perder peso, las personas obesas deben consumir menos calorías que las que gastan. Los métodos utilizados para conseguir este objetivo se pueden clasificar en tres grupos: autoayuda, en el que las personas, solas o en grupos con intereses comunes, usan información proveniente de libros u otras fuentes; programas no clínicos suministrados por consejeros que no son licenciados sanitarios; y programas clínicos suministrados por especialistas sanitarios.



La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico. Los programas acreditados enseñan cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios que aumenten el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas, vegetales, pan y pasta) y que disminuyan el consumo de grasas. Para los levemente obesos, se recomienda sólo una modesta restricción de calorías y de grasas.

Para los moderadamente obesos que desean perder peso más rápidamente, se han desarrollado programas con regímenes con un bajo contenido calórico, de 800 calorías diarias o incluso menos. Estas dietas son seguras cuando cuentan con una supervisión médica. Sin embargo, ha declinado el entusiasmo por ellas porque son caras y las personas tienden a recuperar peso al abandonar el régimen.

De un modo creciente, los médicos han comenzado a prescribir fármacos para perder peso. Generalmente, estos fármacos reducen el peso en un 10 por ciento aproximadamente en el término de 6 meses y mantienen dicha reducción mientras se sigue tomando el fármaco. Cuando el fármaco se interrumpe, se recupera rápidamente el peso.

Las múltiples complicaciones de la obesidad grave (más del cien por cien de sobrepeso) hacen muy necesario el tratamiento médico y, en muchos casos, la cirugía aparece como la opción más eficaz.

La cirugía se aplica en estos casos para reducir el tamaño del estómago, de modo que disminuya la cantidad de alimento que se puede ingerir de una vez; este procedimiento quirúrgico puede producir pérdidas de peso muy notables, que alcanzan habitualmente la mitad del exceso de peso de la persona, por lo general de 36 a 68 Kg.

La pérdida de peso es rápida al inicio, luego disminuye gradualmente durante dos años, hasta alcanzar un nivel que, con frecuencia, se mantiene. La pérdida de peso generalmente alivia las complicaciones y mejora el humor de la persona, su autoestima, la imagen del cuerpo, el nivel de actividad y la capacidad para trabajar y relacionarse con otras personas.

La cirugía se reserva para los casos de obesidad grave y se lleva a cabo sólo dentro de determinados programas que se especializan en este tipo de cirugía y que han demostrado suficiente seguridad y eficacia.

Dentro de estos programas, la cirugía es por lo general bien tolerada. Menos del 10 por ciento de estos pacientes de alto riesgo desarrolla complicaciones; el 1 por ciento o menos fallecen. Mantenga en mente el comportamiento progresivo de la obesidad, mientras más rápido la persona llegue a un rango de peso aceptable recibirá el mejor tratamiento de sobrepeso BMI de 25 a 29. Para una persona con



este tratamiento se recomienda un cambio de dieta así como también actividades físicas.

Dependiendo de la rutina de ejercicios y la altura una mujer debe tratar una dieta de 1200 a 1600 y un hombre de 1500 a 1800 calorías por día, dependiendo de las diferencias individuales. (21)

APOYO PSICOLOGICO

El individuo obeso sufre, por el hecho de serlo, y más aún si se trata de una mujer, una discriminación y marginación notables que pueden producirle trastornos psicológicos e índole depresiva y/o ansiosa, que deben ser diagnosticados y convenientemente tratados para evitar un mayor grado de sufrimiento y la génesis de círculos viciosos en relación con el estado de ánimo y la comida.

Sin embargo, con mucha frecuencia se plantean trastornos o conflictos intrapsíquicos que subyacen en individuos obesos y que son la causa de hiperfagia, compulsiones alimentarias, por ejemplo, tendencia al picoteo, deben ser abordados de forma decidida en tratamiento integral de la obesidad.

Por ello, la psicoterapia (cuyo concepto abarca cualquier modalidad de tratamiento de los trastornos psíquicos mediante la ayuda de la psicología y la comunicación verbal entre paciente y terapeuta) o las terapias del comportamiento (o cognitivas) constituyen una pieza a veces fundamental en la terapia integral del individuo obeso. La inclusión de psicólogos y/o psiquiatras en los equipos de tratamiento de la obesidad deberá contemplarse en la sanidad española.

DIETA

La dieta, entre los factores ambientales o de estilo de vida, pueden considerarse como fundamental, por su importancia, su ritmo cotidiano y sus implicaciones culturales, psicológicas y de salud general. Pero la correcta conceptualización del término dieta es fundamental. Nadie con mínimo sentido crítico sostendría un tratamiento hipocalórico estándar o clásico.

Ninguna dieta con pretensiones de ser mantenida a largo plazo puede basarse en menús prefijados que no tengan en cuenta gustos, posibilidades, etc. Tampoco será eficaz un tratamiento dietético basado en ecuaciones termodinámicas rígidas que no tengan en cuenta los mecanismos adaptativos.

Así pues, la dieta en el tratamiento de la obesidad debería ser un alimento estructurado pero abierto, que contemple: a) reducir el aporte energético absoluto de un individuo; b) atenuar el rendimiento calórico de los alimentos aportados, y c) corregir las anomalías del patrón alimentario.



El objetivo fundamental de la dieta de un obeso es la disminución de la grasa, pero no hay que olvidar otros posibles objetivos secundarios muy importantes, que conviene plantear desde el comienzo de la tabla.

De ellos el objetivo secundario más importante es el mantenimiento del peso perdido. Es responsabilidad absoluta del facultativo situar y plantear su prescripción con el objetivo fijado prioritariamente en la efectividad a medio y largo plazo, estableciendo terapéuticas que se puedan mantener. Las décadas presentes han mostrado numerosos ejemplos de mala práctica al respecto. (18)

5.2. HISTERECTOMIA

Es la extirpación del útero a través de una incisión en la pared abdominal.

HISTORIA

La historia de la histerectomía ha sido reseñada por diversos autores, entre ellos Leonardo, Mmathieu, Henritin, Noble y Canfrani.

La histerectomía vaginal fue realizada muchos siglos antes de intentar la histerectomía abdominal. En el siglo V. a. C., época de Hipócrates, ya es posible encontrar algunas referencias relacionadas con la histerectomía. Se dice que sorano de Efeso amputó un útero gangrenoso por vía vaginal en el siglo II d. C. un italiano, Jacobo Berengrario de Capri, efectuó una histerectomía vaginal en 1517 d. C. y otra en una época ulterior, desarrollando la técnica desarrollada por su padre. Todas estas histerectomías tempranas fueron vaginales y en general indicadas por un prolapso o inversión uterina.

Los primeros intentos de histerectomía abdominal por lo general se realizaron con casos en los cuales leiomiomas uterinos fueron erróneamente diagnosticados. En 1825 Langenbeck intentó por primera vez extirpar el útero a través de una incisión abdominal, esta operación fue realizada por un cáncer cervical avanzado, la paciente falleció horas después.

Herat fue el primero en ligar las arterias uterinas, una idea novedosa en ese momento que luego fue olvidada durante casi 50 años a pesar de que las hemorragias continuaban representando una complicación operatoria y postoperatoria frecuente y a menudo fatal.

Se contribuye a Walter Burtham, de Lowell, Massachussets, la primera histerectomía abdominal exitosa, para la extirpación de leiomiomas uterinos el 26 de junio de 1883. (23)



INDICACIONES.- las indicaciones de la histerectomía la constituyen las afecciones benignas del útero u su vecindad.

- a) **Adenimiosis.-** un cuadro de dismenorrea, dolor uterino a la palpación, menorragia y a aumento del tamaño del útero por lo general simétrico. Según la severidad de los síntomas la histerectomía puede estar indicada después del fracaso de modalidades terapéuticas más conservadoras.
- b) **Prolapso vaginal.-** descenso del útero y prolapso útero sintomático. Este operación sólo se encuentra indicada cuando los síntomas son lo bastante severos como para justificar el riesgo si las medidas conservadoras, como los ejercicios de Kegel o la administración de estrógenos vaginales, no logran mejorar el cuadro.
- c) **Miomas.-** es difícil dar reglas ya que la decisión depende de diversos factores, como la edad de la enferma, estado general, naturaleza de los síntomas, tamaño y localización de los tumores, razones personales de la enferma, deseos de tener descendencia. Está indicada la operación en caso de grandes miomas iguales o mayores a un embarazo de 3 a 4 meses, tumores de crecimiento rápido, especialmente en la posmenopáusica, degeneración de un mioma, síntomas de compresión o dismenorrea, así como la s hemorragias recidivantes que provocan anemia. Otras indicaciones aunque raras con torsión del pedículo, necrosis o infección.
- d) **Problemas obstétricos.-** la hemorragia posparto incontrolable, la ruptura uterina, la inversión uterina y los embarazos intersticiales o cervicales representan catástrofes obstétricas que pueden requerir de histerectomía abdominal a fin de controlar una hemorragia potencialmente mortal.
- e) **Enfermedades no neoplásicas de trompas de Falopio y ovarios.-** si durante una operación por una patología primaria de trompas de Falopio u ovarios es evidente que la paciente tendrá una irreversible extirpación también el útero. La excepción a la regla está dada por las mujeres jóvenes que podrían desear intentar embarazo mediante la nuevas técnicas de reproducción.
- f) **Enfermedad inflamatoria pélvica.-** en pacientes con ruptura de absceso tubo-ovárico o en pacientes con síntomas significativos de EPIC.



- g) **Endometriosis.**-la endometriosis pélvica extensa refractaria a la hormonoterapia puede requerir una intervención quirúrgica. Las mujeres con intenciones de concebir deben ser tratadas con cirugía conservadora, incluida la extirpación de todos los focos endometriosis visibles y palpables.
- h) **Embarazo ectópico.**-ciertos casos pueden requerir una histerotomía en embarazos cervicales, intersticiales o abdominales en los que no es posible extirpar la placenta.
- i) **Enfermedades neoplásicas.**-NIC. La histerectomía se recomienda algunas veces para pacientes que no desean o no pueden concebir y en aquellas en que la displasia severa o carcinoma in situ es extenso y no puede ser abarcado con una conización.

CaCu invasor en fases temprana. La HTA con vaginectomía parcial puede ser la operación indicada en cada caso de invasión temprana a no más 3 mm de profundidad.

Hiperplasia adenomatosa endometrial, adenocarcinoma endometrial y sarcoma de útero entre otras. (24)



VI. DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

6.1. CASO CLÍNICO

Laura Julieta es una mujer de 41 años de edad, de tez clara complexión robusta, nació en México D.F, el 25 de junio de 1966, es arquitecto ejerce desde hace 14 años laborando para varias empresas o en concursos, por lo que no tiene un trabajo estable. Es soltera, católica, habita en una casa de concreto cuenta con varias recamaras, baño y todos los servicios, padece de trastornos intestinales estreñimiento, insomnio. Su alimentación consiste en una alta cantidad de cereales, harina y lácteos, consume muy pocos vegetales, y agua solo toma 1 litro al día, no realiza ninguna actividad recreativa, ni física. Es una persona higiénica pero áspera en su vestimenta y de carácter melancólico.

Desde hace tres años a presentado afecciones de órganos gástro intestinales en pesando por peritonitis, se le hizo LAPE, no encontrando motivo para molestias y se le realizo solo limpieza.

Hace 2 años refiere empezó a tener dolor pélvico, le sugirieron quitarle la matriz, al estarla operando vieron un quiste de pus en la zona de la cirugia previa se Salieron sin realizar cirugia.

Después en marzo del 2006 le solicitaron un ultrasonido y encontraron Miomatosis Uterina o un quiste o colecciones líquidas del fondo del saco. Además a estado creciendo un tumor que catalogaron como hernia de fosa íleaca derecha.

Luego con fecha de junio del 2006 se realiza TAC la cual muestra claramente Hernia de pared fosa íleaca derecha con contenido intestinal que requiere de reparación. Siguió su tratamiento con Nemestran y subió a más de 90 kilos, eso por que le contaron que tiene Endometriosis.

Actualmente presenta ciclos con dismenorrea intensa, precedido de flujo café, su peso es de 84 kilos y mide 1,50 cm., no es diabética, ni hipertensa, no a uasado métodos anticonceptivos. Fecha de última regla 06 junio 2007 se realiza último papanicolao hace 5 años.

La revisión muestra 2 cicatrices abdominales una media derecha lugar del orificio herniario y otra media de la LAPE anterior. El útero Miomatosis franco, con poco movimiento, el cerviz colposcopicamente libre de virus o de cáncer. Requiere de Histerectomía sin oferectionia y plastia abdominal.

Ingresa a la clínica el 06 julio de 2007 a realización de proceso de H.T.A y Plastia Abdominal a su ingreso la paciente pesa 84 kilos y mide 150 cm., su presión arterial es de 128 /80, su frecuencia respiratoria es de 20, su frecuencia cardiaca de 82 y su temperatura de 36 grados. No es alérgica a ningún medicamento, tipo de sangre "0 positivo", se canaliza en brazo izquierdo con solución hartman



dextrosa 5 % de 1000, se realiza tricotomía abdominal y púbica, se coloca vendaje compresivo en miembros inferiores. Se pasa a quirófano se realiza incisión media, retirando cicatriz anterior, hasta cavidad abdominal, liberando múltiples adherencias, se despega vejiga urinaria la cual técnicamente se dificulta su disección por fibrosis y adherencias, siendo reparado con Cat Gut 4-0. Se extrae Útero Miotomático, y se procede a extracción de Ovario Izquierdo quístico. Posteriormente se procede a reparación de Hernia con reconstrucción de Saco y colocación de Maya, en un margen de 4 horas en los que sus signos vitales se mantiene estable, se pierde sangre se piden 2 unidades de sangre, hay lección de vejiga por dificultad de cirugía.

Se pasa a su habitación con efectos de anestesia se brindan cuidados para regular temperatura, se auscultan campos pulmonares bien ventilados, pero manifiesta ansiedad y hay necesidad de colocarle oxígeno en puntas nasales a 2 litros. Se mantiene con soluciones permeables, en ayuno, con sonda foley a derivación, cuidados de drenaje. Medicamentos, analgésicos y cuadro de antibióticos. Se realiza transfusión de dos paquetes globulares los cuales se pasan sin presentar ninguna complicación se mantiene estables los signos.

En su primer día de posoperatorio manifiesta dolor tolerable en herida quirúrgica, manteniendo signos vitales T/A: 110/60, F.C: 78 x', Temperatura: 36 c.

A su egreso Laura se mantiene con ligera palidez de tegumentos con dolor tolerable, pero presente, de ambula sin dificultad. Se mantiene con signos vitales son T/A: 110 /70, F.C:70 x', F.R:20 x' y Temperatura: 36.6c°. Se mantiene con drenovac el cual será retirado al tercer día por Medicina Interna, se lleva sonda foley a casa por 15 días.

Después de cuatro días de internamiento y en estado adecuado, se orienta a Laura Julieta y a sus familiares acerca del manejo del drenovac y de sonda foley, así mismo como de los signos de alarma de infección o contaminación de herida se egresa de la clínica hospitalaria. Por lo que se visita en su hogar para continuar el proceso.

Al tercer día de su egreso regresa por que presenta signos de alarma en el sitio de la herida, enrojecimiento, se rompen puntos e empieza a supurar hay presencia de necrosis en el área, así que se le realiza Lavado Quirúrgico en el cual se retira la necrosis y se deja herida expuesta abierta. Se le maneja a la paciente que debe acudir a curación 2 veces al día para revisión.

Laura Julieta es atendida en el transcurso de catorce días posterior a la realización del lavado quirúrgico, en ese lapso de tiempo se le realizaron curaciones dos veces al día, se mostró tranquila e interesada por saber realizar las curaciones, se le dio orientación y se apoyo en las mismas, su cicatrización fue lenta por el problema de obesidad. Se logra recuperación de herida y se aplica antibiótico con Gentamicina intramuscular una vez al día por diez días al quinto día de curación se realiza por ginecólogo la colocación de dos puntos para cerrar parte de la



herida, se orienta a Laura Julieta para la realización de las de las curaciones en casa con apoyo por mi parte, a los ocho días se realiza retiro de puntos y la cicatriz de la herida se granula y se encuentra en perfecto estado.

Laura Julieta presenta sensación de inseguridad para realizar muchas actividades laborales y físicas, debido a su condición posoperatoria y por temor de lastimarse la herida, también sufre de estreñimiento y problemas de insomnio, presenta pérdida 600 gramos de peso.



6.2. CLASIFICACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Los campos pulmonares se escuchan limpios, libres de secreciones, no hay estertores, ni dificultad para respirar. La respiración es normal con una frecuencia respiratoria 20 / min. Y el pulso de 70 latidos/ min.

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

La señorita Laura pesa 83, 400 kilogramos y su talla es 1,50 cm., su alimentación es poco balanceada ya que es alta en carbohidratos, come tres veces al día e incluye leche, cereal, pan, arroz, tortilla, coca cola, queso y guisados con leve grasa. En muy pocas ocasiones consume vegetales (“me gustan los vegetales pero al no cocinar yo mi mamá solo los prepara en ocasiones”), menciona que algunas veces llega a comer picante. Ingiere un litro de agua durante el día, al igual que también ingiere refresco diario. Presento disminución de apetito por dos días después de su egreso de la clínica solamente, no presenta vómito, ni náuseas. No tiene problemas para la masticación, la ingestión, su piel esta hidratada, no acostumbra comer entre comidas y trata de comer siempre en su casa.

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Su eliminación intestinal es una vez al día y la frecuencia urinaria es de 4 veces al día sin ninguna alteración. La sudoración cutánea es profusa. Consistencias de heces duras, no presenta distensión abdominal, “Le cuesta trabajo evacuar”, “hago una vez al día, esto desde hace muchos años”

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Su postura es adecuada, no presenta ningún impedimento físico que le permita moverse libre mente; por el momento la lección de la cirugía le permite su movilidad aun que no realiza ninguna labor pesada por temor a lastimarse; no existe deformidad en miembros inferiores o superiores, no tiene ningún tic nervioso.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Duerme durante periodos de 3 horas diarias, en ocasiones es interrumpido por pesadillas y a veces sin razón aparente, “cuando ya de plano veo que no me puedo dormir, tomo un diazepam”. Refiere dormirse aproximadamente las doce de la noche y “me acuesto tarde y me despierto temprano a un que no me levanto inmediatamente de la cama”.



6.-NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

Es capaz de vestirse y desnudarse sola no tiene ningún impedimento físico. Su vestido es recuerdo a su estado, ropa cómoda, la importancia que le da a su aspecto es poca; solo en ocasiones especiales toma en cuenta su apariencia física.

7.-NECESIDAD DE TEMOREGULACIÓN.

La temperatura es normal. A la toma registro 36.6 C°, sus pies y manos están a la temperatura adecuada, no tiene problemas para mantener su temperatura su temperatura corporal. "Solo una vez padecí de bochorno de calor cuando Salí de la operación".

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Su baño es diario, se cepilla los dientes dos veces al día (hay presencia de caries en sus dientes) no acude al dentista por que no tiene tiempo, su piel es hidratada, cabello es corto porque no le gusta cepillarlo con mucha frecuencia.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Su nivel de conciencia y actitud frente al entorno es de acuerdo a la situación, responde a estímulos que indiquen peligro. Esta orientada en tiempo, lugar, espacio y persona, no presenta ninguna alteración perceptiva, es alegre, melancólica y tímida, sufre constantes periodos depresivos y no es alérgica a ningún medicamento o alimento. "A un no comienzo a trabajar porque no me siento con confianza de desarrollar muchas de las actividades que mi trabajo me pide como agacharme"

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Su lenguaje y pensamiento es coherente y organizado; es clara en su forma de hablar y su estado de ánimo es alegre, se deprimió por la cirugía, actualmente ya se encuentra más tranquila y se siente bien, vive bien con su hermano y su mamá.

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

Para Laura lo más importante es su familia en la vida, es católica, no realiza ninguna práctica religiosa, algunas ocasiones asiste a misa con su familia. Por otro lado también le interesa sentirse bien aunque muchas veces no puede cuidar su alimentación por el ritmo de vida que lleva, también descuida su lado sentimental.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.



El estado de salud que presenta en estos momentos le impide realizarse por el momento, ya que tiene un horario de oficina que no podría cumplir, pero tiene derecho a incapacidad, a demás refiere que su trabajo, es complicado por que tiene que andar subiendo andamios, andarse agachando, andar en el sol y construcciones, aun no se siente con mucha confianza para desempeñarlo. A demás refiere, "En al trabajo no tengo amigos, mis compañeros y yó sólo llevamos relación laborar". "No me interesa pasar tiempo platicando con mis compañeros del trabajo", prefiero ir a ver T.V.

13.-NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Tiene poco tiempo libre para realizarlas, pero manifiesta no tener interés en realizar ninguna en este momento por miedo a lastimarse, aun que comenta "me gustaría realizar Zumba, natación o aiobis", en particular aun que, manifiesta que "prefiero ver T.V. con mi familia".

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Su memoria no está afectada, su inteligencia general es adaptada al momento, no sufre de alteraciones en la memoria, presenta comportamientos indicativos e interés en el aprendizaje ya que pregunta al existir alguna duda en lo que se le cuestiona, escucha con atención, muestra interés en lo que hace, refiere que hasta ahora nunca ha estado varias veces hospitalizada.

**6.3. VALORACION DE LAS NECESIDADES****ORGANIZACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS****CUADRO 1**

NECESIDAD HUMANA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1.- OXIGENACIÓN	F.R. 20 x' T/A: 110/70 F.C: 70 x' Piel con palidez y mucosas con ligera resequeadad. Se sin dificultad para respirar.	“ no tengo problemas para respirar”
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Peso: 84 kilos. Talla: 1,50 cm.	Refiere comer 3 veces al día. Consumo de 2 veces al día cereal, leche y tortilla 1 vez, consume 3 o 4 veces carne a la semana y frutas y verduras en muy pocas ocasiones,”me gustan los vegetales, pero mi mama no los prepara” también toma refresco diario.
3.-ELIMINACIÓN	Deposiciones duras una vez al día y su orina es normal. Presenta sudoración profusa.	Refiere que a aumentado la ingesta de agua, y disminuyo el refresco, admite que toma fibra naturista para defecar en ocasiones. “desde siempre e padecido de estreñimiento “
4.- MOVERSE Y MATENER UNA POSTURA	Mano dominante la izquierda Camina sola, movimientos coordinados, postura recta, sin encorbamientos,	Refiere que “camina poco regularmente me la paso sentada o de pie cuando realizo alguna actividad”, y no realiza ninguna actividad o ejercicio ni ahora ni antes.
5.-DESCANSO Y SUEÑO	Duerme dos laxos de 3 horas diarias Presenta ojeras Presenta cansancio	Sueño interrumpido por incomodidad de su situación, aun que refiere que siempre a manejado ese patrón de sueño el



		cual refiere no saber a que se debe
6.-VESTIRSE ADECUADAMENTE	Una ropa cómoda y limpia.	Es capaz de vestirse y desvestirse por si sola adecuadamente "Mi estado de animo influye en la elección de mi ropa".
7.- TERMORREGULACIÓN	Temperatura de 36.6 C° Presenta sudoración continua cuando realiza alguna actividad pesada	"solo una vez padecí de bochorno de calor cuando Salí de la operación"
8.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Buena coloración de tegumentos, buena hidratación de mucosas.	No presenta ninguna anomalía en la piel ya que hidrata bien su piel.
9.-EVITAR LOS PELIGROS	Orientada de acuerdo a tiempo, lugar y espacio Hipervigilante. Se observa alegre, tímida, también es una persona que no le gusta ser social.	Se describe, Alegre, confiada y también reservada. Depresión en ocasiones por la realización personal y laborar "a un no comienzo a trabajar porque no me siento con confianza de desarrollar muchas de las actividades que mi trabajo me pide como agacharme"
10.- COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD	Pensamiento coherente y organizado Expresión clara Lenguaje claro Ultima regla el 06 de junio del presente año Soltera.	"Mi familia son personas muy significativas en mi vida" Se siente feliz por tener a su familia, aun que se le ve triste, Me realizo cada año el papanicolao.
11.-VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	Se observa que le agrada vivir de acuerdo a sus creencias y valores	Católica asiste cada quince días a misa y reza en ocasiones
12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	Es arquitecta "No desempeño ninguna activada con mis compañeros"	"En al trabajo no tengo amigos, mis compañeros y yo solo llevamos relación laborar". "No me interesa pasar tiempo



		platicando con mis compañeros del trabajo”, prefiero ir a ver T.V. a mi casa y descansar”. “por el momento no desempeño mi trabajo por que no resiento capaz de andar subiendo andamios o agachándome”
13.-JUGAR PRACTICAR ACTIVIDADES RECREATIVAS	Y EN Las horas libres las dedica a ver televisión.	Refiere que tiene interés en natación y aeróbis como actividad física le gusta pasar tiempo con su familia. Me gustaría practicar zumba o airobis, pero tengo temor a un por la cirugía”.
14.-APRENDIZAJE	Se le observa interesada en conocer todo respecto a su enfermedad y en mejorar su estado de salud	Aprende rápido pero solo para ayudarse en el momento, pues pierde interés con respecto a soluciones.

**6.4. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO****ORGANIZACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS Y CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS****CUADRO 2**

NECESIDADES HUMANAS	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E Peso: 84 kilos Talla: 1,50 cm. Ingesta diaria de carbohidratos, Consumo de 2 veces al día cereal, leche y tortilla 1 vez, consume 3 o 4 veces carne a la semana y frutas y verduras en muy pocas ocasiones, “ me gustan los vegetales, pero mi mama no los prepara” también toma refresco diario.	Alteración de la nutrición por exceso relacionado por el consumo de calidad y cantidad inadecuados, manifestado por un peso corporal superior al indicada para su talla
ELIMINACIÓN	Consumo 1000ml de agua al día Defeca una vez al día Orina 4 veces en todo el día Ingiere refresco diario como 500 ml Toma un vaso de fibra naturista por las noches	Estreñimiento crónico relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra además de poca actividad física. Manifestado por “ defeco una vez al día heces duras y realizo esfuerzo para defecar desde hace ya mucho tiempo”
DESCANSO Y SUEÑO	Presento ojeras “me dan pesadillas que interrumpen mi sueño” “me preocupo por mi familia”	Alteración del sueño relacionado con preocupaciones familiares, manifestado por ojeras y verbalizaciones de pesadillas
TRABAJAR REALIZARSE	Y Siempre sale con sus familiares, nunca sola, no sale con sus compañeros del trabajo, ni amigos.” no	Deterioro de la interacción social relacionado por ausencia de personas significativas



	me interesa pasar tiempo platicando con mis compañeros del trabajo, prefiero ir a ver T.V. a mi casa y descansar”.	manifestado por “En al trabajo no tengo amigos, mis compañeros y yo solo llevamos relación laboral”.
JUGAR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Camino “poco, regularmente me la paso sentada, no realizo ningún tipo de ejercicio. “me gustaría practica zumba pero tengo miedo de lesionarme, y también prefiero estar por el momento en casa con mi familia”	Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de conocimiento a desarrollar sus actividades darías



6.5. VALORACIÓN Y EJECUCION

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	
<p>Diagnostico de enfermería: Alteración de la nutrición por exceso relacionado por el consumo de calidad y cantidad inadecuados, manifestado por un peso corporal superior al indicada para su talla</p> <p>Objetivo general: la paciente adecuara la ingesta calórica y nutritiva de acuerdo a sus necesidades metabólicas y expresara el deseo de llevarlas a cabo, así como formar un hábito de alimentación más sano.</p>	<p>Datos generales y significativos. Peso 83, 400 kg talla 1, 50 cm. Ingesta diaria de carbohidratos, Consumo de 2 veces al día cereal, leche y tortilla 1 vez, consume 3 o 4 veces carne a la semana y frutas y verduras en muy pocas ocasiones, “ me gustan los vegetales, pero mi mama no los prepara” también toma refresco diario.</p> <p>Resultados esperado: La paciente lograra bajar de peso consumiendo alimentos nutritivos y de bajo costo.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <p>AYUDA PARA DISMINUIR DE PESO</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Desarrollar un plan de comidas diarias con un adieta equilibrada❖ durante dos semanas con alimentos preferidos para la señora Laura Julieta❖ Planificar un programa de ejercicio con duración de unas dos semanas por una hora diaria teniendo en cuenta las limitaciones y gusto de Laura Julieta. <p>MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Durante una hora en la casa de la señora Laura Julieta se proporcionara información sobre grupos alimenticios con ilustraciones de la pirámide de alimentos en cartulinas tanto a su familia como a ella.❖ En el periodo de dos semanas se ajustara una	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ La actividad física es el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requieren un gasto de energía y que produce beneficios para la salud.❖ Una ingestión adecuada de alimentos consiste en un equilibrio de los nutrientes : esenciales agua, hidratos de carbono, proteínas, grasa, vitaminas y minerales los alimentos presentan grandes diferencias en cuanto a su valor nutritivo, los nutrientes tienen tres funciones principales: proporcionar energía para los procesos corporales y el movimiento proporcionar material estructural para los tejidos corporales y regular el proceso que se producen en el organismo.❖ El mantener un peso sano o ideal requiere un equilibrio entre el



<p>dieta de acuerdo al estilo de vida de Laura Julieta.</p> <p>TERAPIA NUTRICIONAL</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Proporcionar durante dos semanas alimentos que contengan fibra❖ Se realizara junto con la Laura Julieta una lista de alimentos de bajo costo y que pueda consumir durante dos semanas.	<p>consumo de energía y el aporte de nutrientes.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ El contenido nutricional de los alimentos es muy importante cuando se planifica una dieta, las preferencias alimentarias y los hábitos del sujeto con frecuencia son factores importantes que afectan la toma real de alimentos.❖ Las necesidades de los nutrientes son diferentes en los hombres y en las mujeres debido a la composición del cuerpo y las funciones reproductoras.❖ La pirámide de los alimentos consiste en un grafico de ayuda que fue desarrollado como una guía para elegir a diario los alimentos, la cual sugiere que las personas deben tomar una alimentación variada para obtener los nutrientes que necesitan se dividen en cinco grupos: cereales, frutas y verduras, lácteos y carnes, grasas y azúcares.❖ La fibra es un hidrato de carbono complejo que se deriva de las plantas y que no puede ser digerido por el ser humano aunque aporta masa o volumen a la dieta el cual satisface el apetito y facilita el funcionamiento del sistema digestivo.❖ La cantidad, la calidad y la frecuencia de los alimentos por parte de una persona depende de su nivel económico.
<p>Evaluación</p> <p>Después de dos semanas la señorita Laura Julieta logro bajar 400grs y se integra a un grupo de personas que van a caminar en el planetario una hora diaria por las tardes, refiere que se siente satisfecha por la perdida de peso, aun que es mínima, y aprendió junto con su familia los grupos de alimentos que debe consumir ya no solo son nutritivos si no también de bajo costo, su familia también se siente satisfecha y la apoyan cocinando un poco más de vegetales y disminuyendo la ingesta de pan y tortilla en pocas cantidades así como la</p>	



eliminación del refresco de consumo diario, su mamá y en ocasiones también su hermano la acompañan a las caminatas, se siente satisfecha por iniciar una actividad diferente a la rutina y espero que siga asistiendo para que reduzca mas peso y no tenga alteraciones más adelante.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA NECESIDAD DE ELIMINACION	
<p>Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento crónico relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra además de poca actividad física.</p> <p>Objetivo general: La paciente lograra que sus hábitos intestinales se normalicen y que la ingesta de líquidos sea abundante.</p>	<p>Datos generales y significativos. Consume 1000ml de agua al día, defeca una vez al día, orina 4 veces en todo el día, ingiere refresco diario como 500 ml, “ defeco una vez al día” heces duras, “realizo esfuerzo para defecar desde hace mucho tiempo”</p> <p>Resultado esperado: la paciente lograra evacuar sin tanto esfuerzo y el más numero de evacuaciones al día.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <p>MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/ INPACTACION</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Elaborar junto con la familia un plan de alimentación donde se incluyan alimentos ricos en residuo y fibra respetando las preferencias de la paciente.❖ Orientar a la paciente sobre la eficacia de tomar por lo menos dos litros de agua diarios por dos semanas y la disminución del refresco.❖ Discutir los efectos negativos de ignorar repercutidamente el reflejo de defecación cuando se presenta sobre todo en el área del trabajo.❖ Establecer un plan de ejercicios diario moderado y regular respetando la preferencia de la paciente <p>MANEJO INTESTINAL</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizara un plan de ejercicios	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Es necesario la ingesta de suficientes residuos en la dieta para proporcionar volumen fecal, los alimentos como arroz, huevo y carnes magras contienen poco residuo y se desplazan mas lentamente por el tracto intestinal, la alimentación irregular puede alterar la defecación.❖ El nutriente básico mas necesario para el organismo es el agua debido a que todas las células necesitan un aporte continuo de energía lo recomendable es ingerir por lo menos dos litros de agua al día.❖ Las personas deprimidas pueden sufrir una lentificación de la movilidad intestinal que causa estreñimiento.❖ El entrenamiento precoz puede establecer el habito de defecar de forma regular, la actividad estimula es peristaltismo facilitando así el desplazamiento



<p>de acuerdo a la capacidad física de la señora Laura Julieta durante dos semanas.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se observada durante una semana si presenta sonidos intestinales.	<p>del quimo a través del colon.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ La debilidad muscular puede deberse a la falta de ejercicio, inmovilidad o alteración de la función neurológica.
<p>Evaluación</p> <p>La señorita Laura Julieta se logro que consumiera dos litros de agua diario sintiendo gran satisfacción y refiere que al obrar las heces comienzan a resultar un poco mas blandas, al igual que cada tercer día empieza a defecar en 2 ocasiones, a estado consumiendo alimentos ricos en fibra y refiere sentirse un poco mas ligera, durante este tiempo ya que coopero mucho en conjunto con su familia, se siente satisfecha a demás el inicio de la caminata le permite una mejor digestión.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE NEFREMIA NECESIDAD DESCANSO Y SUEÑO	
<p>Diagnóstico de enfermería: Alteración del sueño relacionado con preocupaciones familiares, manifestado por presencia de ojeras y pesadillas.</p> <p>Objetivos general: La paciente lograra mantenerse al margen de preocupaciones familiares y podrá descansar adecuadamente</p>	<p>Datos generales y significativos.</p> <p>Presento ojeras "me dan pesadillas que interrumpen mi sueño" "me preocupo por mi familia" . " No realizo ninguna siesta durante el día, pero si me gusta permanecer mas tiempo en cama después de despertarme"</p> <p>Resultado esperado: La paciente logra satisfacer las necesidades de descansar y dormir tranquila sin la necesidad de ingerir medicamentos.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <p>FOMENTAR EL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Establecer con Laura Julieta un horario estricto por la noche de 7 horas de descanso.❖ Identificar factores externos e internos que interfieran en el sueño.❖ Se ajustara el ambiente de acuerdo a la comodidad de Laura Julieta.❖ Durante una semana se	<p>Fundamentacion científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ El sueño es una necesidad básica, es un proceso universal común a todas las personas, históricamente se considera como un estado de inconciencia, recientemente se considera como un estado de alteración de la conciencia el sueño se caracteriza por una actividad física.❖ El ambiente puede favorecer o dificultar el sueño, todas las



<p>enseñaran técnicas de relajación para que las realice antes de ir a dormir y se duerma sin preocupaciones.</p> <p>TECNICAS DE RELAJACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar a los familiares que la compañía de personas queridas por la paciente puede hacer sentir segura. ❖ Recordar a la paciente no consumir cafeína o estimulantes por la noche 	<p>personas necesitan un ambiente para dormir en el que el ruido sea mínimo, la temperatura de la habitación confortable, la ventilación adecuada y el grado de luz apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La ansiedad y la depresión frecuente mente alteran al sueño, una persona preocupada por problemas personales puede ser incapaz de relajarse lo suficiente, la ansiedad aumenta los niveles de noradrenalina mediante la estimulación del sistema nervioso simpático. ❖ El sueño ejerce efectos fisiológicos sobre el sistema nervioso como sobre estructuras Corporales. ❖ Las bebidas con cafeína actúan como estimulantes del sistema nervioso interfiriendo en el sueño.
--	--

Evaluación

La señorita Laura Julieta en ocasiones se duerme aun tarde como lo acostumbrado, a un refiere despertar en ocasiones por la madrugada, pero que también ya hay noches en las cuales concilia en sueño de corrido sin despertarse, no a tenido que tomar medicamento, sin embargo esta consiente que descansar y dormir diario adecuadamente es muy importante para ella y para su salud pues aprendió que la relajación es una técnica adecuada para conciliar el sueño, como es escuchar música clásica, hacer algunas técnicas como respirar profundamente, haciendo una serie de estiramientos, algunos días refiere leer un poco, a veces un libro y otras alguna revistas de su agrado, también refiere que se relaja con la realización de la caminata y eso la favorece como una técnica, aun muestra ojeras, pero ya no tan marcadas.

<p>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRABAJAR Y REALIZARSE</p>		
<p>Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la interacción social relacionado por ausencia de personas significativas.</p> <p>Objetivo general: la paciente identificara las causas por las cuales no</p>	<p>Datos generales y significativos manifestado “En al trabajo no tengo amigos, mis compañeros y yo solo llevamos relación laborar”.</p> <p>Resultado esperado Resultado</p>	



entabla lasos de amistad.	esperado. La paciente al final de la aplicación de las intervenciones de enfermería lograra tener mejor relación social con sus compañeros de trabajo.
Intervenciones y acciones específicas TERAPIA DE ACTIVIDAD <ul style="list-style-type: none">❖ Fomentar la participar en las actividades sociales a Laura Julieta en el ambiente laborar.❖ Apoyar a Laura Julieta a intentar reanudar las antiguas relaciones, haciendo una lista de las personas con las cuales se ha perdido el contacto.❖ Ayudarle a buscar actividades en las que pueda participar y pueda socializar con otro tipo de personas.❖ Buscar junto con Laura Julieta un club donde pueda asistir a realizar alguna actividad en la cual tenga afinidad con otras personas en algún juego o deporte.	Fundamentaciones científicas de las acciones. <ul style="list-style-type: none">❖ La interacción social del ser humano es la base de toda relación, todo ser humano debe de desarrollarse en conjunto de un grupo en el cual forme parte de su identidad.❖ El ser humano se agrupa a una institución o grupo determinado para interactuar y desarrollarse en conjunto.❖ La interacción con una o más personas ayuda al desarrollo y crecimiento cultural de las personas, así como al crecimiento espiritual y a la autoestima, ya que esto es muestra de la aceptación de los demás.❖ La participación en reuniones o eventos, tanto familiares, como laborales, ayudan a la seguridad de las personas, porque demuestran que son parte de una familia o grupo determinado.
Evaluación La señorita Laura Julieta, realizo una serie de llamadas a antiguas amigas y compañeras, al hacer la lista nos dimos cuenta que el numero de amigas eran lo suficiente para salir y curiosamente también coincidió que muchas eran amigas o compañeras entre sí, después de una serie de llamadas se logro comunicar con la mayoría de sus amigas, aunque también hay quienes ya no radican en Morelia o México por que sus familias o parejas las llevaron a radicar a otros lugares y aunque aun no a salido a pasear con ellas refiere haber platicado y sentirse contenta por saber todos los cambios acerca de su vida, tanto personal como laborar, también refiere que en conjunto con su mamá a conversado con sus nuevas compañeras de su grupo de caminata y espera poder llegar a ser buenas amigas y convivir y esta vez promete que si va a tratar de conservar mas contacto con ellas y no alejarse tanto de las personas que aprecia.	



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA JUGAR PERTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	
<p>Diagnóstico de enfermería: Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de conocimiento a desarrollar sus actividades diarias</p> <p>Objetivo general: La paciente lograra participar de nuevo en actividades recreativas sin temor a lesionarse.</p>	<p>Datos generales y significativos Camino poco, regularmente me la paso sentada, no realizo ningún tipo de ejercicio“regularmente me la paso sentada, no realizo ningún tipo de ejercicio. “ “me gustaría practica zumba o aerobis, pero tengo miedo de lesionarme, y también prefiero estar por el momento en casa con mi familia”</p> <p>Resultado esperado Resultado esperado. La paciente al final de la aplicación de las intervenciones de enfermería lograra sentirse cómoda y participara en actividades recreativas.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas TERAPIA DE ACTIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se integrara a la paciente a un programa de ejercicios cada tercer día en conjunto con su familia.❖ Se dispondrán actividades relajantes durante dos semanas para la paciente alivie su tensión muscular, mediante graficas y ejemplos físicos.❖ Se ayudara a la paciente a adaptarse en el entorno para realizar las actividades deseadas <p>FOMENTO DEL EJERCICIO</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Durante 15 minutos en la casa la paciente se informara los beneficios de realizar algún ejercicio físico.❖ Se orienta sobre los cuidados que debe tener para evitar lesiones durante la práctica de ejercicios.❖ Ayudar al paciente a establecer un programa de ejercicios en sus rutinas por dos semanas.	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ La actividad científica es el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto de energía y que produce beneficios progresivos para la salud.❖ El ejercicio consiste en la relajación de los músculos, la practica regular de los ejercicio físico es esencial para el funcionamiento de gran parte del sistema corporal.❖ El ejercicio aumenta la flexibilidad articular y la amplitud de los movimientos, el ejercicio aumenta la ventilación.❖ El ejercicio produce una sensación de bienestar y aumenta la tolerancia al estrés, también puede aumentar ala autoestima al aminorar la de depresión y mejorar la imagen corporal del paciente, aumenta el grado de energía y favorece el sueño.❖ El ejercicio es una forma de actividad física caracterizada por



<ul style="list-style-type: none">❖ Se ayuda al paciente a establecer metas a corto plazo del programa de ejercicios.	<p>un movimiento corporal planificado estructurado y repetitivo que se realiza para mejorar el funcionamiento del organismo.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Los valores influyen en la elección de una determinada clase de actividad o ejercicio físico, esa preferencia depende del lugar geográfico y de las expectativas del papel cultural.
<p>Evaluación</p> <p>Después de la selección de actividades se planifico la participación en ellas la señorita Laura Julieta eligió participar en un grupo de caminata de el planetario una hora diaria por las tardes, refiere que en cuanto tenga determinado tiempo y baje un poco más buscara la manera de realizar otra actividad, como Zumba y Natación, refiere que por el momento caminar la satisface pese a que le hubiera gustado más otra actividad, pero no quiere iniciar a hacerlo sola y al caminar se siente contenta porque es una actividad que si puede realizar con su mamá.</p>	



VII. CONCLUSIONES

- ❖ Realizar el proceso de atención enfermería fue gratificante para poner en práctica los conocimientos adquiridos. La aplicación de la teoría de Virginia Henderson, permite valorar ampliamente las necesidades humanas a fin de aplicar acciones que favorezcan el bienestar del individuo.

- ❖ Con Laura Julieta se logra los objetivos, en el transcurso del Proceso de Atención de Enfermería actualmente, ya mantiene una dieta, realiza un poco de ejercicio y esta mejorando su patrón de sueño, se siente mejor al obrar, al igual que intenta socializar un poco más con sus compañeros en el trabajo.

- ❖ Por la mejoría que mostró Laura Julieta, su bienestar en todos los aspectos resultó satisfactorio poder realizar el proceso de Atención de Enfermería. Así como lo es para él paciente quién más beneficios obtiene ya que si uno identifica sus necesidades y sabe las intervención y se favorece la recuperación.

- ❖ Al recabar la información de obesidad y histerectomía me permitió darme cuenta de la importancia de esta patología y que se la brinde a los pacientes con este padecimiento una atención preventiva de calidad, que sea humanista y sobre todo que sea integral, ya que esto nos permite estar en una interacción con el paciente y darnos cuenta de todo lo que sucede a nuestro alrededor.

- ❖ Analizando el objetivo del proceso Atención de Enfermería los buenos resultados que se obtengan de un tratamiento que se la brinde a un paciente van a depender mucho de la enfermera, por que si no sabemos enfocar los cuidados que realmente necesita el paciente en todos los sentidos; entonces no sabremos identificar las acciones que debemos de realizar en cada uno de ellos; aún cuando ya exista la patología.



- ❖ El Proceso nos permite una atención al paciente no solo hospitalaria, sino en el domicilio del paciente o comunidad, permite continuar la atención iniciada en el hospital, proporcionando acciones totalmente independiente de las médicas donde la Interrelación con el paciente se desarrolla en un mejor ambiente. Fue aún de mayor satisfacción lograr los objetivos en su domicilio donde dependía totalmente su recuperación de enfermería y el auto cuidado del paciente dándole satisfacción al mismo paciente.

- ❖ Por último concluyo que el Proceso de Atención Enfermero nos permite brindar al paciente una atención integral en las dimensiones física, psicológicas y social, así como espiritual y cultural; además de haber obtenido mi satisfacción como Profesionista ya que el Proceso Enfermero me hizo reflexionar en cada una de sus etapas desde la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación dándome cuenta que mi participación en él ámbito laboral es encaminado no solo a brindar salud y a buscar la mejor manera de que los usuarios salgan adelante en cada uno de sus problemas de salud sabiendo que es un profesional en lo que hace para contribuir al logro de su bienestar.



VIII. SUGERENCIAS

- ❖ El proceso atención enfermería, es un conjunto de pasos lógicos racionales y sistemáticos, que en muchas ocasiones se dificulta la comprensión y su aplicación, se debería implementar como materia en los últimos semestres de la carrera, llevar casos clínicos reales, tomándose como practicas.
- ❖ Promover cursos para conocer las distintas teóricas y sus modelos de enfermería, aplicando en casos clínicos y esto sea instrumento base para mejorar y brindar una atención de mejor calidad al paciente, utilizando la mejor teoría y modelo que a consideración de la enfermera sea el adecuado.
- ❖ Para realizar un diagnostico de enfermería debe cerciorarse que sea existente, es decir sea necesidad del paciente y no nuestra necesidad de brindar asistencia.
- ❖ Que el personal de enfermería siga actualizándose, a fin de que al realizar sus acciones conozca los efectos que causará el paciente y evite tomar una rutina. Sólo así se podrá individualizar la atención ya que cada paciente es diferente y requiere una atención personalizada e integral.
- ❖ Comprometer al paciente a colaborar plenamente en la ejecución de los cuidados planeados por enfermería.
- ❖ Enfatizar la importancia de la enseñanza y aplicación del proceso de atención de enfermería en las aulas de clases y con base en casos clínicos antes de realizar la práctica clínica.



IX GLOSARIO

ADENOCARSINOMA: Tumor maligno compuesto de elementos glandulares, compuestos de elementos epiteliales glandulares y mesenquimatosos.

ADIPOCITO: Célula esférica o poliédrica de gran tamaño, propia del tejido graso, cuya función principal es el almacenamiento de lípidos.

ADIPOSO: El tejido adiposo está compuesto por células grasas (adipositos) que se disponen formando lóbulos .V. también Ácidos Grasos; Grasa Lipoma.

APNÉA: Ausencia de respiración espontánea. Entre los distintos tipos de apnea cardíaca, la apnea periódica del recién nacido, la apnea por deglución, la apnea refleja y la apnea secundaria.

ASEPSIA: 1.- Ausencia de gérmenes. 2.- Asepsia médica: Eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos o los materiales infectados. 3.- Asepsia quirúrgica: protección contra las infecciones quirúrgicas mediante el empleo de una técnica estéril.

DECÚBITO: Posición acostada horizontal, como el decúbito lateral, que consiste en yacer sobre un lado.

DEPRESIÓN: Disminución de la actividad emocional vital. Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación y falta de ánimo explicable por alguna tragedia o pérdida personal. Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responden a una causa real flexible.

DIABETES MELLITUS: Trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de la secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas.

DISPLASIA: Sufijo que significa “desarrollo anormal”.

EMBARAZO INTERTICIAL: Embarazo ectópico. Embarazo anormal donde el huevo se implanta fuera de la cavidad uterina. Entre los distintos tipos figuran el embarazo abdominal y el embarazo tubárico. Denominado también ecciesis.

ENCEFALO: Región del sistema nervioso central contenida en el cráneo. Consta del cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y tronco del encéfalo. Las células especializadas incluidas en su masa de tejido blando convulsionando, gris o blanco, regulan las funciones del sistema nervioso.

HIPERPLASÍA ADENOMATOSIS: Trastorno caracterizado por el aumento de tamaño de las adenoides que producen la obstrucción respiratoria parcial, especialmente en niños.



HIPOTALAMO: Región del encéfalo que constituye el suelo y parte de la pared del tercer ventrículo. Activa, controla e integra el sistema nervioso autónomo periférico, los procesos endocrinos y múltiples funcionales somáticas, como la temperatura corporal, el sueño y el apetito.

KEGEL: Ejercicios de Pubococcígeos.

LEPTINA: Proteína codificada por gen humano no asociado a la obesidad, que aumenta la termogénesis e inhibe el apetito a nivel hipotalámico. Su deficiencia da lugar a obesidad.

ODJETIVO: Relativo a un fenómeno o hallazgo clínico observable y no subjetivo.

PEDICULO: Porción alongada del embrión que se une al corión. Al principio se extiende desde el extremoposterior del embrión, pero posteriormente se desplaza hacia la región medioventral y constituye el cordón umbilical, que se irá alargando. A medida que el embrión se desarrolla y el amnios se expende, el cordón umbilical acaba por incluir el pedículo embrionario y el saco vitelino.

PROLAPSO: Caída, hundimiento o deslizamiento de un órgano desde su posición o localización corporal normal; un tipo de prolapso es el prolapso uterino.

SARCOMA: Neoplasia maligna poco frecuente del tejido blando. Se desarrolla en los tejidos fibroso, graso, muscular, sinovial, vascular o nervioso.

SINDROME DE CUSHING: Trastorno, metabólico resultante de hiperproducción crónica de cortisol por la corteza suprarrenal, o de la administración de dosis elevada de glucocorticoides durante barrías semanas.

SUPRARENAL: Situado por encima del riñón, como la glándula suprarrenal.

TAXONOMÍA: Sistema de clasificación de organismos basados en las reacciones naturales y la asignación de un nombre apropiado a cada uno.

ÚLCERAS: Lesión en forma de cráter, circunscrita, que afecta a piel y mucosas. consecutivas a la necrosis que acompaña a ciertos proceso inflamatorios infecciosos a malignos.



X. REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. www.ssa.gob.mx/investigaciones clínicas en el sistema institucional de la salud.
2. <http://información.issste.gob.mx/wedite/comunicados/boletines/2000/boletin192.html>.
3. <http://www.conava.gob.mx/varios/GRAFICAS%20MENORES%20DE%250%20AÑOS.pd>
4. Proceso de Enfermería. Antología editorial por UNAM. 1er Edición 1997.
5. B dossier, JM. Wilkinson, K. Blas. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y practica. 5 ° edición Vol. 1
6. Gayton may. Tratando de Fisiología Medicina Interna. Vol. II 14 Edición. Graw Hill.
7. Mac Graw Hill. Proceso Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. II 1993.
8. <http://www.Terra.Es/personal/dueñas/pae.htm>.
9. B. dossier, JM Wilkinson, K. Blas. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practicas 5° Edición. Vol. I.
10. Bertha a. Rodríguez. Proceso Enfermero Aplicación Actual. Segunda Ediciones Cuellar. 2000.
11. Rosa Ma. Guadalupe Andrade y Coautores. Manual del Proceso de Cuidado de Enfermería. Primera Edición. San Luis Potosí. 2004.
12. Janet W. Griffth y coautores. Proceso Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías Morelos. 3ra Edición. Editorial Manual Moderno. 1993. P. p. 142-142.
13. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de Enfermería. Madrid Interamericana. 1998.



14. Página realizada por [http://www Terra. es. personal/dueñas.pae.htm](http://www.Terra.es/personal/dueñas.pae.htm).
15. Ann Marriner Toner Martha Raile Olligood. Teorías. Quinta Edición 2003. P. p. 98-108.
16. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
17. Santiago Palacios. Obesidad y Medicina de la Mujer. Editorial Harcour Barcelona España. 2001. P. p. 379-394.
18. Lawrence M. Tierney y coautores. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Edición. 2001 .P .p 1219-1222.
19. http://www.saludalia.com/saludalia/web_saludalia/temas_de_salud/doc/endocrinología/doc/obesidad.htm.
20. Cormillot, Alberto; Fuchs Analía. (2002). Obesidad y dismorfofilia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002.
21. Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psychiatric Association (1994). Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa- versión electrónica- Masson SA-1995.
22. Braguinsky, Jorge y col. (1999). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento - 2° edición - Editorial El Ateneo. Buenos Aires.
23. Dr. Eduardo Núñez y coautores. Ginecología y Obstetricia. Ediciones Cuellar. Hecho en México.2001.P .p 983- 990.



XI BIBLIOGRAFIAS

Diccionario enciclopédico visual. Colombia 1993.

Diccionario Médico, 3er edición salvat.

Diccionario Terminológico de ciencias Médicas. Tercera Edición 1998. Barcelona España.

Marjoy Gordon. Manual de Diagnostico Enfermeros. Décima edición. España.2003. Editorial Elserier. P. p

Mc Graww-Hill Interamericana L. J. Carpenito. Diagnóstico de Enfermería Aplicaciones a la Práctica Clínica. Novena edición.2003.P. p



APENDICES Y ANEXOS



Apéndice 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participante en el desarrollo de la Metodología de Enfermería aplicado a ”,

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en la Metodología de intervención en Enfermería que tiene como finalidad identificar las principales respuestas humanas.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de esta metodología, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán total mente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Sé, pues así se me ha informado no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterada que el responsable de dicha investigación es (Nombre del Enfermero) y no teniendo ningún inconveniente

Acepto participar en la presente investigación

(Nombre del Enfermero)

Testigo

Morelia, Mich. a _____ de _____ 2006



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
ELABORO : ANA JANETTE GARCIA SALGADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Guía de valoración de Enfermería fundamentada en las 14 necesidades básicas de

Virginia Henderson

I.-VALORACIÓN GENERAL

Fecha de

valoración _____

Nombre _____ y apellidos _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____ estado civil _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Religión _____

Domicilio _____

Familia _____ N.Miembros _____ Con _____ quien vive _____

Adicción al tabaco _____ abuso de alcohol _____ drogas _____

T/A _____ F.C _____ F.R _____ Ta _____

Servicios _____ con _____ que _____ cuenta _____ la casa _____

Convive _____ con _____ fauna intradomiciliaria _____

Antecedentes personales _____

Alergias: _____

Antecedentes familiares: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Edad _____ talla _____ peso _____

Pulso: fuerte _____ débil _____ regular _____ irregular _____

Frecuencia respiratoria _____ x'

Calidad: _____ limites normales _____ superficial _____ rápida _____ dificultosa _____ taquipnea _____

hipopnea _____ ruidos a la auscultación _____

Tos: no _____ si _____ describir _____

Cabellos: secos _____ sedoso _____ mixto _____ quebradizos _____

Boca:

Encías: normales _____ lesiones _____ sangrado _____ otros _____

Dientes: normales _____ sucios _____ amarillos _____ caries _____ sarro _____



Lengua:
hidratada _____ seca _____ sucia _____ lesiones _____ otros _____

Aliento: agradable _____ desagradable _____ ¿

Labios: hidratados _____ resecos _____ grietas _____ otros _____

Pupilas: izquierda y derecha: iguales _____ desiguales _____

Reacción a la luz – derecha: si _____ no
Izquierda: si _____ no

Piel:
Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ ictericia _____ otros _____
Temperatura: normal _____ hipertermia _____ hipotermica _____
Edema: no _____ si _____ localización _____
Lesiones: no _____ si _____ localización _____
Hematomas: no _____ si _____ localización _____
Prurito: no _____ si _____ localización _____
Enrojecimiento: no _____ si _____ localización _____
Turgencia: normal _____ escasa _____
Cicatrices: no _____ si _____ localización _____

Sucia _____ limpia _____
Ruidos intestinales: ausentes _____ presentes _____
Dolor a la palpación: no _____ si _____ localización _____
Movimiento, equilibrio y marcha: estable _____ inestable _____
Presión _____ con _____ las _____ manos: _____ derecha:
debilidad _____ fuerte _____ parálisis _____
Izquierda: debilidad _____ fuerte _____ parálisis _____
Uñas: sucias _____ limpias _____
Cianóticas _____ amarillas _____ otro _____
Largas _____ cortas _____

Pies: _____ mal
olor _____ hongos _____ callosidades _____ grietas _____
otros _____
Uñas _____ de _____ loa _____ pies: _____ sucias
_____ largas _____ cortas _____ amarillentas _____ cianóticas _____



ANTECEDENTES

I. Familiares con Obesidad

II. Personales NO Patológicos

-Población: rural _____ suburbana _____ urbana _____

-Tipo de habitación: _____

-Higiene: buena _____ regular _____ mala _____

-Alimentación: buena _____ regular _____ mala _____

-Toxicomanías: alcohol _____ tabaco _____ droga _____ otras _____

-Convivencia con animales: si _____ no _____ especifique _____

III. Personales Patológicos

-Alérgicos _____

-Traumáticos _____

-Quirúrgicos _____

-Infecciosos _____

-Transfusiones _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Fecha del Diagnostico de la obesidad _____

Tiempo de evolución de la obesidad _____

Enfermedades asociadas a la obesidad _____

Tratamiento inicial _____

Inicio de tratamiento medicamentoso _____

Tratamiento actual _____

Apego al tratamiento medico: si _____ no _____

Abandono del tratamiento (especifique causa) _____

Presencia de crisis de depresión por
obesidad _____ fecha _____

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Estilo de vida. _____

Sedentaria _____ Activa _____

Coloración de piel. _____

Normal _____ Palidez _____ Cianótico _____

FR _____ calidad

normal _____ superficial _____ taquipnea _____ hipopnea _____ taquicardi

a _____

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse
(disnea) _____



Tos: Si _____ No _____ características _____ Secreciones:
Si _____ No _____ características _____
Dolor al respirar: Si _____ No _____
Alergias respiratorias: Si _____ No _____ ¿de que
tipo? _____
Tabaco: Si _____ No _____ Edad que empezó a fumar

Consumo actual: < 1 cajetilla al día _____ 1-2 cajetillas al día _____ > 2 cajetillas al
día _____
Toma drogas _____ cuales _____ alcoholismo _____ tiempo

FC _____ /min. FR _____ /min. TA _____
Presenta varices si _____ no _____
Presenta edema si _____ no _____
¿donde? _____

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso _____ talla _____
Numero de comidas habituales _____
Dieta _____ habitual:
desayuno _____ comida _____ merienda _____ cena _____ dieta
especial _____
Se alimenta solo _____ Con
ayuda _____
Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al
día _____

Intolerancia a los alimentos: Si _____ No _____
¿Cuáles? _____

Apetito: Normal _____ Disminuye _____
Aumenta _____
Presenta: Nauseas _____ Vómito _____
Indigestión _____
Fluctuación de peso (últimos meses): si _____ no _____
Kg. Ganados/perdidos _____ ¿Cuántos? _____
Hiperacidez _____ Flatulencias _____
¿Come entre comidas? rara vez _____ con frecuencia _____ con mucha
frecuencia _____
¿Necesita ayuda para? preparar comida _____ comer _____ trocear
comida _____ otra _____ ninguna _____
Problemas de masticación: Si _____ No _____
Usa prótesis dental _____
Ingiera algún suplemento _____
Lengua: Inflamación _____ Úlceras _____
Encías: Edema _____ Hemorragias _____ Dolor _____



Dientes: Sensibilidad al frío ó calor _____ Caries _____
 Labios: grietas _____
 Come entre comidas: Rara vez _____ Con frecuencia _____
 Siempre _____ nunca _____
 La piel esta hidratada. Si _____ No _____ Lengua: Si _____
 No _____
 Labios: Si _____ No _____
 Cambio reciente de peso _____

CUADRO DE ALIMENTOS BÁSICOS E INGESTA A LA SEMANA

Grupo de alimentos básicos	1-3 veces a la semana	3-5 veces a la semana	Mas de 5 veces a la semana
Panes, cereales, arroz, pastas			
Vegetales			
Frutas			
Lácteos			
Carnes, huevo, legumbres			

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Intestinal:

Frecuencia _____ Hra.

Habitual _____ color _____ consistencia _____ estreñimiento _____ diarrea _____
 incontinencia _____

Ostomia: si _____ no _____ tipo _____ autocuidado: si _____ no _____

Problemas de: hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____ otros _____

Uso de laxantes o rutinas: si _____ no _____ ayudas empleadas _____

Vesical:

Frecuencia _____ Hra. Habitual _____ problema de
 frecuencia _____ urgencia _____ disuria _____ nicturia _____ retención _____
 incontinencia _____

pañal _____ olor _____

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



Medios de ayuda _____
¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? si _____ no _____ ¿cual? _____
Piel:
Estado _____ color _____ temperatura _____ turgencia _____
lesiones _____ edema _____ prurito _____ sudoración cutánea: si _____ no _____
sudoración profusa si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión _____ Facial: adecuada _____ alerta _____ inexpresivo _____ hostil _____ inadecuado _____
Comportamiento _____ motor _____ inhibido: inhibición _____ agitación _____ temblores _____ rigidez _____ incoordinación _____
_____ inquietud _____ ties _____
Postura: erecto _____ decaído _____
Modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____
lento _____
Mano dominante: Derecha _____ Izquierda _____ Postura habitual: En cama _____ Sentado _____
De _____ pie _____ Camina _____ Equilibrio _____ y marcha: Estable _____ Inestable _____ Nula _____
Comportamiento _____ motor: inhibido _____ agitación _____ temblores _____ inquietud _____
_____ ties _____
Rigidez _____ articular _____ Deformidades esqueléticas _____ Amputaciones _____
Limitaciones físicas: temporales _____ permanentes _____
¿Cuáles? _____
Aparatos _____ de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andadera _____ otros _____
Vértigo: si _____ no _____ ¿Siente dolor o rigidez articular? si _____ no _____
¿Tiene fuerza, energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria? _____
¿Hace ejercicio? si _____ no _____ tipo _____
¿Cuánto tiempo? _____ ¿Practica algún deporte? si _____ no _____
¿Cuál? _____
¿Qué grado de independencia tiene para el auto cuidado en: alimentación, baño, aseo y acalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general? _____
¿Realiza actividades de ocio? _____
¿Cómo es su presión arterial y su respiración? _____
¿Es portador de escayolas? _____



5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Hora de acostarse por la noche _____
Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____
Concilia bien el sueño _____
Problemas de sueño: al inicio _____ interrumpido _____ No. De veces _____
despierta temprano _____ sueño excesivo _____ pesadillas _____
¿Cuáles? _____

Sensación después de dormir: descansado _____ cansado _____
confuso _____ otros _____
Factores que afectan el sueño: _____
¿Toma alguna sustancia para dormir? _____ ¿Cuál? _____
¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? _____
¿Utiliza alguna técnica para lograrlo? _____
Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ teje _____ otros _____
El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño. _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? si _____ no _____
Con limitaciones _____
Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____
¿Cómo se ve a sí mismo? _____
¿Esta conforme consigo mismo? _____
¿Qué importancia da a su aspecto? poca _____ bastante _____ mucha _____
¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si _____ no _____
¿Se han producido cambios en su cuerpo como los ha asumido? _____
¿Se enfada frecuentemente, o esta aburrido o con miedo? _____
¿Suele estar con ansiedad o depresivo? _____
¿Tiene periodos de desesperanza? _____
Otros datos de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ Ta _____
Sudoración cutánea: si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y/o manos? si _____ no _____
¿Si fuese necesario seria capaz de mirarse usted misma la Ta? 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 _____
Descuido en: cabello _____ dientes _____ uñas _____ Su piel es:
seca _____ grasa _____ hidratada _____
¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, escama)
Describalo _____
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 _____ distraído _____
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 _____
Persona: (reconoce personas significativas) especificar _____
Alteraciones perceptivas:
Auditivas _____ tipo _____
Visuales _____ tipo _____
Táctiles _____ tipo _____
Olfativas _____ tipo _____
Utiliza audífonos o gafas _____
Localización de la percepción: interna _____ externa _____
Auto descripción de si mismo:
Alegre _____ triste _____ confiada _____ tímida _____ inquieta _____ sobre
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 _____
Le es difícil concentrarse. _____
Le es fácil tomar decisiones _____
Alergias a alguna sustancia o medicamento: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____
El estado emocional de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o
para otros _____ especificar _____
Precauciones: más 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 ___ perseverancia ___ incoherencia ___ desorganizado ___

Formas de expresión:

Claro ___ organizado ___ coherente ___ confuso ___ desorganizado ___

incoherente ___ tartamudeo ___ autista _____

Humor:

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

otros _____

Lenguaje:

Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: abundante _____ escasa _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive: sola _____ acompañada _____ lugar que ocupa en la familia, rol. _____

Personas más significativas _____

Principal confidente _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____

Tiempo que pasa sola y porque _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____

¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual? _____

Sexualidad:

¿A que edad fue su primera menstruación? _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Edad de vida sexual activa _____

Secreciones vaginales: si ___ no ___ aspecto _____ ¿son abundantes? si ___ no ___

¿Tiene molestias fuera de la menstruación? si ___ no ___ ¿cuales? _____

¿Cuántos embarazos tubo? _____

¿Cuántos abortos tubo? _____

¿A que edad fue su ultima menstruación? _____

¿Se a realizado el papanicolauo? _____ ¿En que periodos? _____

¿Se a realizado examen de mamas? _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión a la que pertenece _____

¿La religión es importante en su vida? _____

¿Le ayuda cuando surgen dificultades? _____



¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna practica religiosa que desearía realizar? _____

¿Pertenece a algún grupo en su religión o iglesia? _____

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

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general? _____

¿Qué opina de la enfermedad? _____

¿Qué opina de la muerte? _____

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, explique _____

Problemas laborales: si _____ no _____ cuales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ Tiempo dedicado al ocio _____

Grado de incapacitación personal atribuida _____

¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de trafico? _____

¿Pertenece algún grupo social? _____

¿Falto frecuentemente a sus responsabilidades laborales por alteraciones en su salud en los últimos tiempos? _____

¿Depende de su familia o usted de ellos? _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Tiene amigos ¿Cómo se relaciona con ellos? _____

¿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

¿Cómo percibe su estado de salud? ¿Se considera "sano" o "enfermo"? _____

¿Cómo trata a los problemas cuando se presentan? _____

¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis? _____

¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos? _____

¿Existen problemas con el Aprendizaje? _____

¿Existen problemas con el lenguaje? _____



¿Le es difícil concentrarse? _____
¿Cómo considera su capacidad de memoria? buena _____ mala _____ regular _____
Se acuerda con facilidad de las cosas. _____
Muestra interés en el aprendizaje: pregunta _____ escucha _____ tiene interés _____
desinterés _____ propone alternativas _____
Usted ¿Conoce el problema de salud que tiene? _____
Se lo han explicado. _____
A preguntado. _____