

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA APLICADO A UN  
PACIENTE CON OBESIDAD**

Que para obtener el Título de Licenciada en Enfermería,

Presenta:

**P. L. E. JOSEFINA PEREZ GOMEZ**

**ASESORES: L. E. A. ROBERTO MARTINEZ ARENAS**

**L. E. Q. BRENDA MARTINEZ AVILA**

Morelia, Mich. Octubre del 2006



## **DIRECTIVOS**

---

M.C. 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 MORAN  
**SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

# **JURADO**

---

**C.M.C ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS  
PRESIDENTE**

**L.E.Q ELIZABETH FLORES DAMIAN  
VOCAL**

**LIC. MARIA ISABEL VALENZUELA VILLEGAS  
VOCAL**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y hermanos (as) por el apoyo que me han brindado, a mis profesoras y profesores por su disponibilidad y entrega para conmigo, y para entender la importancia de mi carrera profesional que me ha permitido superarme como persona y como profesional. Gracias.

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>I. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>II. OBJETIVO.....</b>	<b>8</b>
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>9</b>
<b>IV. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
4.1. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA.....	11
4.2. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.....	55
4.3. PROBLEMA DE SALUD: OBESIDAD.....	76
<b>V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFEREMERIA.....</b>	<b>82</b>
5.1 CASO CLINICO.....	82
5.2 VALORACIÓN POR NECESIDADES.....	83
5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.....	88
5.4 PLAN DE INTERVENCIÓN CON FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.....	90
5.5 EJECUCIÓN.....	90
5.6 EVALUACIÓN.....	91
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>98</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>101</b>
<b>VIII. GLOSARIO DE TERMINOS.....</b>	<b>103</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>105</b>
9.1 GUIA DE VALORACIÓN.....	106

# INTRODUCCIÓN

La Profesión de Enfermería se ha ido conformando a través de los años por medio de enfermeras que van dejando su legado a través de Modelos y Teorías que fundamentan bases sólidas para distinguirse y marcar el área de enfermería como lo que es: Un Arte y Ciencia; un arte debido a que esta compuesto de habilidades que requieren experiencia y preparación para su ejecución. Es una ciencia porque es necesario que sus practicantes posean conocimientos sistematizados derivados de la observación, estudio e investigación, para lo cual enfermería utiliza el Proceso Atención Enfermería (PAE).

La capacidad del Personal de Enfermería se ve favorecida a través del conocimiento teórico-práctico, ya que es más probable que se tenga el éxito si se desarrollan sistemáticamente las Acciones de Enfermería, y sirven de referencia ante la duda del procedimiento realizado.

El Proceso de Atención Enfermería es precisamente una secuencia lógica de pasos que se basa en el Método Científico.

El Proceso Enfermero fue conceptualizado por Lidia Hall en 1955. En los años sesentas se inició el desarrollo de Teorías y Modelos de Enfermería por primera vez reconocidos; en 1969 Dolores y Doris realizaron el Proceso Atención Enfermería en cuatro pasos, ya para 1973 se publicaron los estándares de la práctica de Enfermería y en 1977 se registra el Proceso Atención Enfermería como documento que avala el quehacer de la misma.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Antología, ENEO , Teorías y Modelos para la Atención en Enfermería, 153

Las terminologías estandarizadas del cuidado fueron desarrolladas para aumentar la calidad de los Cuidados de Enfermería, así como la visibilidad del Cuidado a través de la documentación de información confiable sobre la práctica de Enfermería. La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) introdujo la primera clasificación de Diagnósticos de Enfermería en 1973 y se reconoce en los trabajos de la clasificación de Enfermería. El 1989 la ANA (American Nurses Association) declara a la NANDA como la organización oficial para desarrollar un sistema de clasificación de Diagnósticos de Enfermería.

En 1987, el centro para la clasificación de Enfermería en la Universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification), y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso de la NANDA y otros sistemas diagnósticos. Las traducciones de la NIC y NOC, son respectivamente traducidas a nuestro idioma CIE (Clasificación de las intervenciones de enfermería) y CRE (Clasificación de los resultados de Enfermería).<sup>2</sup>

El presente trabajo consiste en la aplicación del Proceso Enfermero, tomando en consideración el Modelo de Virginia Henderson para su realización, ya que marca catorce necesidades a cubrir en una persona sana, enferma y/o terminal, familia, comunidad o población, y de esta manera se otorga una atención integral.

El Proceso se aplicó a una mujer de 23 años con diagnóstico médico de Obesidad. Se presentan las cinco etapas del Proceso, Conclusiones del caso y de la Metodología de Intervención y algunas Sugerencias.

---

<sup>2</sup> *Ibíd.* 154,155,167  
Proceso de Enfermería, Antología 1997, .36

## **I. JUSTIFICACIÓN**

El Proceso Enfermero, mediante la aplicación las catorce necesidades que marca Virginia Henderson en su Modelo proporciona una visión holística en el área profesional de Enfermería.

La Metodología de Intervención es además, una muestra objetiva de que Enfermería tiene una base sólida en su autonomía profesional tanto para el Libre Ejercicio de la profesión y atención Asistencial, como para la formación, atención en el Primer Nivel y en las labores de Investigación.

Dada la importancia de la Obesidad como enfermedad social que va en considerable aumento en los últimos tiempos, y las repercusiones sobre la salud que se presentan como complicaciones generadoras de otras enfermedades la prevalencia de la obesidad ha aumentado significativamente en países industrializados y en desarrollo.

Se reconoce el alto riesgo que representa la obesidad en la incidencia de varias enfermedades crónicas: hipertensión arterial, enfermedad isquémica coronaria, accidentes cerebro-vasculares, diabetes tipo 2 y ciertas formas de cáncer, que son causa importante de morbilidad y mortalidad en los países del hemisferio occidental. Se justifica la aplicación del Proceso de Enfermería en este caso debido a que este nos permite sistematizar acciones, que son llevadas a cabo por el personal de Enfermería para responder a las necesidades y problemas de salud que presenta el cliente/usuario/paciente.



Estudios epidemiológicos sugieren que las tasas de mortalidad empiezan a elevarse significativamente con pesos mayores del 20% que el deseable, lo cual corresponde a un IMC de 27. Individuos con un IMC de 30 ó más tienen un mayor riesgo de mortalidad. Estos indicadores son mediciones de sobrepeso y solamente estiman la grasa corporal. Un atleta musculoso podría clasificarse con sobrepeso si se utilizan los indicadores anteriores y sin embargo, tener un bajo contenido de grasa.

El sobrepeso y la obesidad como factor de riesgo en la prevención de la mortalidad, constituyen hoy en día un importante reto de salud pública, no sólo en los países industrializados sino también en los países en desarrollo.

El exceso de peso es 7 a 12 veces más frecuente en las mujeres de los grupos de bajos ingresos, en comparación con las clases altas. En los varones, la relación entre la clase social y racial, por un lado, y el exceso de peso por el otro, es menos marcada.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Lexus Editores. Manual de enfermería,. 34

## **II. OBJETIVOS**

### **General**

Aplicar la metodología de Enfermería fundamentada en la filosofía de Virginia Henderson, en una paciente con obesidad, con la finalidad de identificar las respuestas humanas y llevar a cabo el Proceso Atención Enfermería.

### **Específicos**

- ✓ Identificar las principales Respuestas humanas en una paciente con obesidad de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ✓ Determinar los principales diagnósticos y establecer los planes de cuidado.
- ✓ Realizar un trabajo académico con la finalidad de presentarlo y obtener el Título de Licenciada en Enfermería.

### **III. METODOLOGIA**

Se aplicó el Proceso Enfermero en sus cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, atendiendo a sus necesidades fisiológicas y también a las psicológicas, sociales, culturales y espirituales en base al modelo de Virginia Henderson.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. PROCESO DE ENFERMERIA**

La definición de Proceso de Enfermería dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) resume sus características, que cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones. Todo ello contribuye a la Valoración, Diagnóstico, Planificación, Implementación y evaluación de los cuidados de modo sistemático. La definición dada por la OMS (1977) declara:

“El Proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/usuario/familia o de la comunidad, así como su utilización para recoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar Cuidados de Enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados. La/el enfermera/o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Posteriormente se evalúan los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de Cuidados de Enfermería. De este modo, la Enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría”.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Antología 1997, Proceso de Enfermería. 56

De ello se deduce que cualquier proceso sugiere que existe un objetivo identificable y un sistema para organizarlo y alcanzarlo. Entre las características claves del proceso se incluyen también la inspiración, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del proceso de Enfermería.

Aplicándose esto a Enfermería, es evidente que las/los enfermeras/os tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basándose en la aplicación de conocimientos y habilidades a las diferentes situaciones de cuidados que se realizan o ejecutan.

Según el modelo más aceptado en la actualidad, las fases en las que se estructura de forma sistemática el proceso de Enfermería son cinco: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.<sup>5</sup>

La secuencia ordenada de las mismas así como su interrelación permanente aporta un encuadre de trabajo claro, que brinda al profesional la herramienta adecuada para proporcionar una asistencia personalizada al paciente, considerado de forma holística, es decir, teniendo en cuenta tanto su dimensión física, como psicológica y social.

A continuación se describen en forma breve los objetivos de cada etapa:

- **Valoración.** El objetivo de esta fase consiste en la recopilación sistemática de datos de interés sobre el paciente, con el fin de identificar sus necesidades y poder planificar y poner en práctica los cuidados oportunos. Las tareas básicas son:

- ❖ Recopilación de datos mediante una entrevista
- ❖ Realización de la exploración física de enfermería y
- ❖ Confirmación, organización y registro de los datos en la historia de Enfermería.

---

<sup>5</sup> Lexus Editores España, Manual de Enfermería 2003,,2

- **Diagnóstico.** Consiste en detectar y formular estandarizadamente qué problemas presenta o puede presentar el paciente que requiera asistencia de Enfermería.

- **Planificación.** Una vez identificados y formulados los Diagnósticos, se perfila un plan de actuación, para el cual se debe proceder a: establecer los objetivos de Enfermería que se desean alcanzar, sentar un orden de prioridades de los mismos, plantear los resultados que cabe esperar de las acciones de Enfermería, realizar las consultas pertinentes con otros profesionales de la salud (médicos, asistentes sociales, etc.), diseñar una estrategia de actuación y registrarla por escrito, y delegar o repartir tareas, cuando proceda.

- **Ejecución.** Supone la puesta en marcha de las actuaciones de Enfermería oportunas previamente planificadas.

- **Evaluación.** Es la última de las fases y la que permite valorar los resultados que se han obtenido a partir de las acciones de Enfermería llevadas a cabo. La Evaluación incluye: comparar los resultados obtenidos con los esperados (en especial si no son los esperados) y cambiar el Plan de atención previsto, si procede.

El Proceso de Enfermería estructurado conforme a esta secuencia descrita, que se ajusta al método científico de resolución de problemas propio de cualquier profesión, presenta evidentes ventajas sobre una actuación desestructurada:

- ✓ Permite ahorrar tiempo y esfuerzo en la práctica de la asistencia sanitaria.
- ✓ Incrementa las posibilidades de dar respuesta adecuada a los problemas de salud del paciente.
- ✓ Proporciona al personal de Enfermería una mayor autonomía y eficacia en sus tareas.

- ✓ Aumentar la satisfacción del profesional por el trabajo bien realizado.
- ✓ El paciente se beneficia de una atención continuada y de mayor calidad.

### **PRIMER PASO: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.**

Constituye la primera fase del Proceso Enfermero<sup>6</sup>. Supone la recogida de datos sobre el paciente relativos a sus antiguas enfermedades, su estado actual de salud, problemas inmediatos que requieren asistencia, entre otros; en definitiva, consiste en la recopilación, clasificación y registro de información suficiente para orientar las acciones de Enfermería posteriores.

**¿Qué tipo de información obtener y cómo?:** Durante la fase de valoración ha de recopilarse información tanto objetiva como subjetiva. La *subjetiva* corresponde a las sensaciones que el paciente experimenta en relación con su estado de salud. Cabría citar, así, los diferentes tipos de dolor, el estado de ansiedad o malestar general, que tienen a veces su expresión en frases tan indefinidas como “no me encuentro bien”, “tengo una molestia en...” o “me da la sensación de estar flotando”. Por su parte la información *objetiva* es la que puede obtenerse y registrarse por medio de observaciones y técnicas desarrolladas por el personal de Enfermería. Entre los múltiples datos de este tipo que pueden obtenerse, cabe citar, por ejemplo, la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia cardiaca o los aportados por la palpación y la percusión de un órgano.

---

<sup>6</sup> *Ibíd.* 2

Las dos herramientas básicas para la obtención de información relevante son la entrevista con el paciente y, en caso necesario, con sus acompañantes, y la exploración física del enfermo.

La primera aporta todos los datos subjetivos, a menudo difícilmente mensurables; no obstante el personal de Enfermería ha de tener siempre presente que muchos de ellos pueden corroborarse objetivamente. Así, por ejemplo, si al entrevistar a una persona afirma sentir dolor de estómago y molestias intestinales, esa manifestación subjetiva puede confirmarse y medirse debidamente obteniendo una detallada historia nutricional de hábitos intestinales, y realizando una exploración física pormenorizada del sistema digestivo.

Con toda la información obtenida de la entrevista y la exploración se elabora la *Historia de Enfermería*, es decir, el informe sistematizado y ordenado sobre los antecedentes sanitarios del paciente, así como sobre su estado actual, que debe recoger los siguientes puntos básicos:

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE, en los que se incluye edad, sexo, lugar de residencia, dirección, teléfonos de contacto, ocupación profesional, estado civil, entre otros. La recogida de esta información debe hacerse de forma neutra y discreta, sin entrar en ámbitos de carácter privado ni íntimo, que carezcan de relevancia para el proceso de enfermería. Así, por ejemplo, se deben evitar preguntas personales sobre creencias religiosas, convicciones políticas, orientación sexual, entre otros, a no ser que se sospeche que estos datos pueden ser importantes –por ejemplo hábitos sexuales en caso de enfermedades venéreas, o restricciones religiosas alimentarias o relativas a determinados procedimientos médicos, en pacientes que requieran hospitalización-. En cualquier caso, se debe tranquilizar al paciente garantizándole que toda la información que proporcione será manejada con estricta confidencialidad y sólo será



accesible a los profesionales sanitarios que vayan a atenderle, para poder desarrollar la atención oportuna en su mayor beneficio.

**MOTIVOS DE LA CONSULTA O QUEJA PRINCIPAL**, es decir, la sintomatología, los problemas de salud y la situación actual que justifica la presencia del paciente en el hospital o el centro de salud. Este apartado debe reflejar el momento y la forma de aparición de los síntomas, sus características (por ejemplo, tipos de dolor, duración, momento del día o posición –tumbado, sentado, etc.- en que se intensifican), medidas adoptadas para paliarlos y eventuales tratamientos que el paciente esté siguiendo.

**ANTECEDENTES PERSONALES**, como dolencias pasadas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, reacciones alérgicas a medicamentos, alimentos u otros factores, etc. También hay que reflejar las costumbres del paciente relativas al consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, otras drogas), sus hábitos de alimentación y de ejercicio, los patrones del sueño (cuántas horas duerme, si padece insomnio, etc.), la periodicidad con que se somete a reconocimientos preventivos, y cualquier otro dato que pueda arrojar luz sobre su estado de salud.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**, es decir trastornos diagnosticados a los parientes cercanos (hermanos, padres...), especialmente los de posible carácter genético o hereditario (hipertensión, diabetes, cáncer, infartos, etc.); causas de muerte de parientes próximos, enfermedades mentales en la familia, etc. Todo cuanto, en definitiva, oriente sobre posibles factores de riesgos constitucionales o genéticos.

**DATOS SOBRE EL ENTORNO SOCIOCULTURAL Y MEDIO AMBIENTAL**, incluyendo eventuales factores de riesgo por razón del trabajo (manejo de productos tóxicos, contaminantes, escasa seguridad física, etc.) o de las condiciones de vivienda, que puedan favorecer la aparición de enfermedades; igualmente interesa registrar los datos sobre el nivel cultural

de la persona ( o el medio socioeconómico en que se mueve) que puedan condicionar su capacidad previsible de comprensión o de seguimiento de regímenes terapéuticos, pautas de actuación preventivas, etc.

DATOS SUBJETIVOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIVERSOS APARATOS Y SISTEMAS FÍSICOS, que puedan ser relevantes pero que el paciente o no relacione con el trastorno que le ha llevado a la consulta o le hayan pasado desapercibidos inicialmente (por ejemplo, dificultades digestivas, respiratorias, visuales, problemas circulatorios, no vinculados inicialmente a la queja principal, pero que sean indicio de complicaciones, etc.).

DATOS OBJETIVOS PROCEDENTES DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA global y de la específica del sistema que presenta el trastorno.

**La entrevista.** Como ya se acaba de explicar, gran parte de los datos con los que se elabora la Historia de Enfermería se obtienen mediante la entrevista que es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés pero, donde también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libremente, animándolo asimismo a manifestar sus sentimientos y preocupaciones. No obstante, se trata no solo de preguntar y escuchar con atención las respuestas del paciente, sino también de mirar sus expresiones faciales y gestos, así como de advertir la forma en que habla y traduce de forma no verbal sus emociones.

También debe tenerse en cuenta la información procedente de fuentes secundarias, como son las aportaciones de familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensables en ciertos servicios: urgencias, pediatría, psiquiatría), así como los datos registrados en la historia clínica

actual o en alguna anterior y los informes derivados de los de más miembros del equipo de salud.

Como complementación, cabe recurrir al material bibliográfico oportuno que permita adquirir o reforzar los conocimientos indispensables para elaborar un análisis crítico de la información obtenida (libros, revistas especializadas), así como recabar la información conveniente de expertos o profesionales con conocimientos específicos en determinados ámbitos. Para obtener el máximo provecho de esta técnica, siempre que las circunstancias lo permitan (paciente consciente, cooperador, que no esté en estado crítico, etc.) es importante realizarla en el entorno adecuado y siguiendo una determinada cadencia. Así, se debe procurar que el entrevistado esté cómodo, que no haya ruidos o interrupciones, que la iluminación y la temperatura de la estancia sean agradables y, sobre todo, se debe propiciar la máxima intimidad, evitando la presencia de terceros (incluidos los familiares). Por otro lado, la fase central de la entrevista, es decir, la de formulación de las preguntas relativas a la salud del paciente, debe ir precedida de otra de presentación y delimitación del encuadre, y rematada con la de confirmación y despedida.

## FASES Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA DE ENFERMERIA

### **1. Presentación/encuadre**

- Esta primera fase permite la toma de contacto con el paciente y el establecimiento de una relación de confianza y colaboración.
- Es el momento oportuno para que el profesional de Enfermería se presente y para garantizar al sujeto la absoluta confidencialidad de los datos que obtengan.
- Una vez roto el hielo, hay que explicar a la persona los objetivos de la entrevista (conocer su estado de salud, sus enfermedades anteriores, etc.) y hacer énfasis en la importancia de que esté tranquilo y de que colabore.

- A continuación, se inicia la toma de datos relativos a la filiación del paciente (nombre, sexo, edad, dirección, etc.) conforme a las pautas propias de cada hospital o centro sanitario, si es que se esté realizando ahí.
- Antes de pasar a la fase siguiente, se deben explorar también las expectativas del paciente respecto al personal de Enfermería y al sistema sanitario en su conjunto.

## **2. Desarrollo / exploración**

- Esta fase se inicia con la indagación sobre la queja principal del paciente y con la estimación de los problemas que plantea, de cara a determinar las áreas en las que se habrá de profundizar especialmente.
- El objetivo principal de esta fase es recopilar información sobre los elementos básicos de la historia de Enfermería.
- Es también el momento de valorar el comportamiento del paciente, su estado de ánimo y su grado de orientación y de comprensión, datos todos ellos que orienten sobre su estado psíquico y su capacidad de colaboración.
- Durante esta fase de la entrevista se pueden alternar las preguntas abiertas del tipo: "cuénteme qué le pasa", con otras cerradas como: "¿tiene ardor de estómago?". Si las respuestas son ambiguas o inadecuadas, se repetirán hasta obtener la información que se busca, con paciencia y sin apremiar al entrevistado.
- Para ir confirmando la información obtenida, se puede simultanear la entrevista con la obtención de datos objetivos (signos vitales, exploración física).

### **3. Confirmación / despedida**

- Durante esta fase de resumen los datos recogidos de forma que el paciente los corrobore, corrija o complete. Caso de haberse detectado incoherencias entre los datos objetivos y los subjetivos, es el momento de verificarlos.
- Es el momento también de advertir al paciente la finalización del procedimiento, con alguna frase del estilo de: “Ya sólo un par de minutos más y le dejo a usted que descanse”, por ejemplo. De esta forma se marcan unos límites y se evita que el paciente se aburra, se desinterese o se canse.
- Para que el paciente no sienta que se le deja abandonado ni sea preso de la incertidumbre conviene que en esta fase se le adelanten también cuáles serán los siguientes pasos en el Proceso de Enfermería y en qué fecha se realizarán, si es posible determinarla.
- Tras despedir al paciente, comienza la ordenación de los datos de cara a colaborar la historia de Enfermería.

Como es natural, la duración y la complejidad de las entrevistas varían según se trate de la primera o de las de seguimiento y también en función de la situación del paciente. A una persona aquejada de un dolor intenso, por ejemplo, sólo se preguntarán los datos básicos de identificación y los relativos a las dolencias, dejando para mejor ocasión el resto de la entrevista. En caso necesario, incluso se puede recurrir en primera instancia a la información facilitada por los parientes o acompañantes. Asimismo, la primera vez que se entrevista a un paciente se ha de recabar mucha más información que en las veces sucesivas, en que sólo se preguntará sobre los cambios acontecidos en el estado de salud del enfermo o sobre el seguimiento de los tratamientos prescritos.

**La exploración física.** La obtención de datos objetivos que completen o confirmen la información suministrada por el paciente se logra básicamente mediante la exploración física. Aquí sólo se comentarán brevemente los cuatro procedimientos básicos para realizarla: la inspección, la auscultación, la palpación y la percusión.

- *La inspección* visual del paciente permite obtener información sobre su constitución corporal, la existencia de deformidades congénitas o adquiridas (amputaciones, cicatrices de antiguas intervenciones quirúrgicas, etc.), la coloración y el estado de la piel y las mucosas, el estado de la conjuntiva (coloración amarillenta en los trastornos hepáticos, por ejemplo) la presencia de temblores u otras anomalías funcionales, posibles alteraciones de la marcha, etc.
- *La auscultación* con un fonendoscopio permite escuchar los latidos del corazón, explorar la función respiratoria, los órganos abdominales con los movimientos de aire en su interior, etc.
- *La palpación* manual posibilita apreciar la temperatura de la piel, textura, la existencia de dolores localizados, etc.; también se calibra con ella la posición y consistencia de los órganos (por ejemplo, palpando el abdomen se puede detectar la existencia de tumoraciones voluminosas o la presencia de irregularidades o anomalías en la superficie del hígado o los intestinos).
- *La percusión*, consiste en golpear suave pero firmemente con los dedos sobre el cuerpo del paciente, posibilita la obtención de datos como la presencia o ausencia de líquido en la cavidad abdominal (ascitis) o de un exceso de gases, por ejemplo.

Al realizar la exploración física, el profesional de Enfermería debe observar atentamente el comportamiento general del paciente, a fin de obtener información complementaria sobre sus rasgos psicológicos y su estado

mental. Conviene fijarse, por ejemplo, en si está orientado respecto al tiempo y espacio (si sabe qué día de la semana es y dónde se encuentra), qué grado de coordinación de movimiento presenta, si colabora activamente o no, o cuál es el nivel de comprensión de las indicaciones que se le hacen.

Aunque la exploración general incluye todo el cuerpo, se debe realizar más detenidamente en aquellas zonas donde el paciente localice su dolencia y en todas las que permitan confirmar los datos subjetivos que haya proporcionado o, en caso contrario, detectar posibles incoherencias que obliguen a revisar la información hasta entonces obtenida (por ejemplo, si el paciente ha comentado que le duele en la zona del hígado y al palparle lo niega, o si primero refiere un síntoma y objetivamente no hay datos que lo avalen). Sólo mediante esta tarea de confirmación y contraste de datos se garantiza la fiabilidad de la valoración de la historia de Enfermería.

Por último, cabe señalar que la información facilitada por los familiares o acompañantes habituales del paciente constituye muchas veces una valiosa fuente de datos para completar la historia de enfermería, al indicar determinadas peculiaridades del enfermo que convenga tener en cuenta (por ejemplo, su propensión a abandonar tratamientos, su miedo ante determinados procedimientos, etc.)

Igualmente y sobre todo en algunos casos (ancianos, niños, personas con dificultades de comunicación, etc.), los familiares podrán informar sobre datos objetivos de interés, tales como la medicación que el paciente está tomando, sus hábitos de sueño, alimentación, etc., y, en general, facilitar información privilegiada sobre aspectos del paciente en su entorno habitual.

**Actitud del personal de Enfermería.** El personal de Enfermería ha de infundir confianza al paciente, tratándole con la empatía, el respeto y la consideración debidas a cualquier persona, pero especialmente a quien está preocupado por su salud y quizás angustiado. De ello depende en gran parte el establecimiento de una buena relación, que ayudará a la buena marcha del proceso de Enfermería. En concreto, durante la exploración física se deben seguir escrupulosamente las siguientes pautas:

- Conviene extremar la discreción y el respeto, evitando cualquier maniobra con que el paciente pueda sentirse inhibido, amenazado y ofendido en su pudor.
- Antes de iniciar la exploración se le debe pedir permiso al paciente, indicándole qué se le va a hacer y con qué finalidad, qué va a sentir y qué actitud debe mantener (por ejemplo, ante el dolor).
- Durante la exploración en sí misma se evitará actuar de forma brusca o incidir en exceso en los lugares donde haya dolor. Es útil mantener contacto visual con el paciente durante el procedimiento, y hablarle pausadamente con palabras que le calmen y hagan sentir confiado.
- Es muy importante evitar actitudes de excesiva familiaridad o compadreo; tampoco debe tratarse al paciente en forma infantilizante ni dirigirse a él con una actitud paternalista. Así, por ejemplo, en un primer contacto conviene dirigirse a él llamándole por su apellido y no por su nombre de pila; igualmente el tuteo debe iniciarse sólo si el paciente autoriza a ello expresamente. En esa misma línea, el empleo de vocabulario cargado de diminutivos o expresiones coloquiales de afecto no es adecuado; bien está ser espontáneamente simpáticos, pero sobran expresiones del estilo de, por ejemplo: "Venga, bonito, te voy a tentar la pancita, sale?".



- Igualmente han de evitarse comentarios u observaciones de tipo peyorativo o que puedan ofender al paciente; por ejemplo, si hay que sugerirle que se duche antes de la exploración física se le ha de indicar como una rutina propia de trabajo de enfermería y, por su puesto, sin decirle que está sucio o que “su higiene deja mucho que desear”. Asimismo, se evitará, en presencia del paciente, cualquier comentario sobre el dirigido a terceras personas, salvo que sea de interés diagnóstico. En tal caso, se le comentará previamente la necesidad de que otra persona participe en la exploración y por qué.
- En resumen, cabe decir que la naturalidad, la calidez espontánea, pero manteniendo la debida distancia, las normas de educación elementales y una sincera actitud de empatía sin caer en el proteccionismo ñoño son pautas básicas a seguir en el trato con cualquier paciente.

**Normas para el registro adecuado de la información.** Puesto que el trabajo de Enfermería se desarrolla en equipo, el correcto registro de datos es fundamental para que todos los profesionales relacionados con el caso puedan compartir información e intercambiar criterios de intervención. Asimismo, sólo con una buena clasificación y registro de datos se puede llegar a conclusiones, formular diagnósticos acertados, identificar los objetivos de la actuación de Enfermería y planificar adecuadamente los cuidados. De otro modo, se estará trabajando de forma desorganizada y sin posibilidad de documentar y justificar las actuaciones, factor básico de cara a la evaluación del trabajo de Enfermería e, incluso, para la defensa ante posibles reclamaciones legales.

Cualquier hallazgo resultante de la exploración física debe describirse especificando su localización, forma, tamaño y demás características descriptivas del mismo.

Una vez confirmados los datos y antes de proceder a su registro, conviene agrupar la información, de manera que ayude al profesional a identificar los problemas (actuales y previsibles), así como a establecer un orden de importancia de cara a la asistencia. Los criterios más habituales para la agrupación de datos son: por Patrones Funcionales o de Respuesta, o por Necesidades Humanas según el modelo de Maslow. En general, en la mayoría de los centros asistenciales existen modelos protocolizados de criterios de valoración, que facilitan tanto la recogida sistemática de información como su registro.

Como norma general, el registro de datos ha de hacerse con meticulosidad, claridad y objetividad. Para ello, las pautas básicas a seguir son las siguientes:

- Las descripciones e interpretaciones de los datos deben basarse siempre en observaciones y/o mediciones concretas. Se prescindirá, por tanto, de cualquier juicio de valor u opinión personal del profesional de Enfermería. Sí se anotarán, sin embargo, las impresiones subjetivas del paciente o la familia, pero distinguiéndolas del resto de la información, por ejemplo, entrecomillándolas.
- Los hallazgos de la exploración física se describirán de forma meticulosa (por ejemplo, especificando localización, forma, turgencia, color, textura, tamaño, etc.)
- Las anotaciones serán claras y concisas, evitándose las vaguedades y generalizaciones del tipo de “bastante”, “normal”, etc.
- Es mejor utilizar tinta indeleble que tomar notas a lápiz; en caso de error, se tachará, también con tinta.

- En cualquier registro debe indicarse la fecha y hora en que se realizó.
- Debe dejarse constancia incluso de los datos sin aparente relevancia o sin carácter patológico evidente, ya que tiempo después pueden ser útiles para valorar la evolución del paciente.
- Es mejor anotar datos que luego puedan descartarse que suprimir de antemano algunos que más tarde pueden cobrar una importancia desconocida en la actualidad; por ejemplo, si se observa una leve dificultad al hablar o un ligero temblor en una persona de edad mediana quizás ello carezca de especial interés en el momento actual, pero meses después se reconozca como el indicio de una enfermedad que ya se estaba anunciando.
- En cualquier anotación deben primar la pulcritud, la claridad, la exactitud y la concisión. Deben cuidarse la ortografía y la redacción, usando preferentemente frases cortas bien puntuadas, que describan suficientemente lo observado.
- En cada hoja de registro han de figurar los datos de identificación del paciente, para que no quede alguna traspapelada cuya información no se sepa a quién corresponde. También deben figurar el nombre y la firma del profesional que hace el registro.
- Conviene no abusar de siglas ni abreviaturas que puedan ser de difícil comprensión por otras personas que consulten el historial. Se utilizarán las de uso habitual en el centro asistencial.

Un correcto y exhaustivo registro de datos en una muestra de responsabilidad y buena práctica profesional. Adquirir destreza en este campo y desarrollar el hábito de llevar a cabo el registro de datos con

prontitud y eficacia es la mejor manera de facilitar la buena asistencia al paciente.

Cabe señalar, por último, que la valoración es un proceso continuo que se debe repetir cuantas veces haga falta para ajustar la actuación de enfermería a la situación concreta del paciente (sucesivas consultas, evolución de una intervención quirúrgica, situación previa al alta hospitalaria, etc.), si bien, como es natural, una vez realizada la primera, las sucesivas se orientarán predominantemente al seguimiento de la evolución del paciente y a la confirmación o no de los resultados esperados tras la puesta en práctica de los cuidados previstos.

## **SEGUNDO PASO: LOS DIAGNÓSTICOS EN ENFERMERÍA**

El Diagnóstico de Enfermería<sup>7</sup> consiste en un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la etapa de Valoración y su posterior análisis, que permite al personal de Enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad. Describe problemas reales y potenciales, la declaración del estado de salud del paciente (respuesta salud enfermedad) y el profesional de Enfermería es capaz y legalmente responsable. Como requisitos elementales, el Diagnóstico de Enfermería debe determinar, en forma concisa, el estado de salud del paciente, el problema que presenta o el que se aprecia como previsible, sobre la base de datos objetivos y subjetivos que puedan confirmarse, indicando el juicio que resulta de la identificación e interpretación crítica de un patrón o conjunto de síntomas y signos.

---

<sup>7</sup>Ibid, 09

Conviene recordar que existen tres tipos de funciones básicas de Enfermería<sup>8</sup>: las **dependientes**, las **interdependientes** y las **independientes**. Las **primeras** corresponden a todas las intervenciones que deben realizar las enfermeras y los enfermeros por indicación directa de los correspondientes facultativos, para el tratamiento de problemas que son de exclusiva competencia y responsabilidad médica. Entre ellas estaría, por ejemplo, la instauración de una vía intravenosa para la administración de la medicación prescrita, y el control de la posología pautada. Al ámbito de actuación **interdependiente** corresponden todos aquellos problemas o situaciones que deben abordarse desde un enfoque multidisciplinar y en cuyo tratamiento intervienen distintos profesionales sanitarios (por ejemplo, la planificación de cuidados globales para un enfermo de Alzheimer).

Por último, el personal de Enfermería desempeña funciones propias e **independientes**, de las que se responsabiliza plenamente y que no requieren ni la indicación ni la supervisión del médico. Así, por ejemplo, es tarea de Enfermería tomar la temperatura y la presión arterial o medir la diuresis de un paciente cada cierto tiempo, anotando los datos obtenidos en la hoja de registro correspondiente para que el médico pueda seguir la evolución cotidiana del enfermo. Igualmente es función independiente del personal de Enfermería efectuar las curas necesarias en casos de heridas y controlar cómo van evolucionando las lesiones del paciente. Pues bien, a este ámbito de actuación propio

Corresponden los diagnósticos de Enfermería, que a diferencia de los médicos (que tratan de identificar las enfermedades y sus etiologías, para instaurar posteriormente el tratamiento idóneo), persiguen la identificación y formulación de problemas en los que el personal de Enfermería puede ayudar al paciente. Así, por ejemplo, ante un paciente con fiebre,

---

<sup>8</sup> Ibid. Pàg. 10

cansancio y dificultades respiratorias puede que el médico diagnostique una neumonía (o una gripe o una anemia hemolítica o una embolia pulmonar...), mientras que los Diagnósticos iniciales y comunes de Enfermería podrían ser: limpieza ineficaz de vías aéreas, hipertermia, intolerancia a la actividad y miedo ante una posible enfermedad grave. Sobre la base de estos problemas identificados y diagnosticados, el profesional de la Enfermería planificará una serie de actuaciones independientes (por ejemplo, adiestramiento del paciente sobre posturas que le ayuden a respirar mejor), que pondrá en práctica además de las que le indique el médico.

El Diagnóstico de Enfermería es, por tanto, la descripción de los problemas de salud –entendida ésta en un sentido amplio-real o potencial, que el personal de enfermería, debido a su formación y experiencia, está capacitada y autorizada para identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los Diagnósticos de Enfermería formulados y aprobados, no se basan en modelos de diagnósticos médicos y funcionales, sino que, desde un planteamiento más holístico agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.

Para su clasificación la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) en nueve modelos de Respuesta Humana<sup>9</sup>:

- ✓ Intercambio: patrón de respuesta humana que comprende dar y recibir recíprocamente; explora las funciones fisiológicas que realiza el organismo para mantener equilibrio en su entorno y las conductas del individuo relacionada al cuidado y mantenimiento de la salud.
- ✓ Comunicación: patrón de respuesta humana que comprende envío y recepción de mensajes, es decir el intercambio de ideas y pensamientos.

---

<sup>9</sup> *Ibíd.*, 11.

- ✓ Relación: patrón de respuesta humana que comprende el establecimiento de vínculos interpersonales.
- ✓ Valoración: patrón de respuesta humana que abarca la asignación de valores, aspectos socioculturales del individuo o grupo, así como creencias.
- ✓ Elección: patrón de respuesta humana que comprende la selección de alternativas, estudia respuestas frente a una situación dada, ya sea fisiológica, psicológico o sociocultural.
- ✓ Movimiento: patrón de respuesta humana que comprende las actividades; afirma que el hombre tiene necesidad de moverse libremente sin dificultad.
- ✓ Percepción: patrón de respuesta humana que comprende la recepción de informaciones.
- ✓ Conocimiento: patrón de respuesta humana que comprende el significado asociado a la información, incluye la valoración del individuo desde el punto de vista de información recibida, interés, capacidad de aprendizaje.
- ✓ Sentimiento. patrón de respuesta humana que comprende la conciencia subjetiva de la información.

**Procedimiento para llegar al Diagnóstico de Enfermería.** El primer paso para llegar a la formulación de un diagnóstico es agrupar en torno en torno a un determinado criterio (por ejemplo, excreción urinaria) todos los datos recopilados y registrados durante la fase de valoración y analizarlos. Para llevar a cabo dicho análisis el personal de Enfermería ha de basarse en lo aprendido, en su experiencia y en las interconsultas con otros profesionales y, desde el punto de vista metodológico, proceder siempre desde lo más general hacia lo más específico.

La finalidad de este análisis es tratar de identificar el problema o los problemas que el paciente presenta (o puede presentar). Se cuenta para

ello con una serie de datos de partida, que son fundamentalmente los síntomas clínicos objetivos y subjetivos (por ejemplo, el paciente se queja de “dolor de panza” y en la exploración física se comprueba que existe un dolor localizado en la parte baja del abdomen que aumenta con la palpación). Sin embargo, este tipo de datos no bastan por sí mismos para formular un diagnóstico, ya que es necesario comprobar qué otras características definitorias se unen a los citados síntomas (por ejemplo, el paciente no ha orinado desde la mañana del día anterior, el dolor se refleja en los genitales, se palpa distensión vesical). A su vez, hay que comparar todo ello con el patrón de normalidad específico de cada paciente (por ejemplo, normalmente orina cuatro veces o más al día). Sólo después de este proceso se estará en condiciones de identificar una alteración importante en el patrón funcional de la micción y de formular el diagnóstico de retención urinaria.

Otro aspecto importante en función del tipo de problema o de situación a la que se refiera, el diagnóstico de enfermería puede ser<sup>10</sup> : **real** (refleja las necesidades actuales del paciente mediante características definitorias identificables); **posible** (refleja necesidades o problemas que pueden plantearse o deben preverse, pero que se pueden confirmar o no); **de alto riesgo** (problemas con una probabilidad alta de que se produzcan, por la proclividad del paciente –la familia o el grupo- a presentarlos, proclividad mayor que la de otros sectores de población), y de **bienestar** (juicio sobre la capacidad del paciente –la familia o el grupo- para superar o mejorar su situación).

---

<sup>10</sup> Manual de Enfermería, 2002, 22



La formulación de un Diagnóstico real debe contener siempre el enunciado, los factores relacionados o contribuyentes y las características definitorias. Así, unos posibles Diagnósticos **reales** serían : “Déficit de conocimientos sobre la dieta a seguir (enunciado), relacionado con la falta de información (factor relacionado), comunicada verbalmente (característica definitoria)” o “Patrón respiratorio ineficaz (enunciado), relacionado con alteración neuromuscular (factor relacionado) y manifestado por diseño y frecuencia respiratoria alterada (característica definitoria)”.

Por su parte, en los Diagnósticos de **alto riesgo y posibles**, puesto que reflejan situaciones o necesidades que pueden surgir pero aún no están presentes, basta con el enunciado y con la especificación de los correspondientes factores de riesgo. Ejemplos de este tipo de diagnósticos serían: “Alto riesgo de alteración de la imagen corporal relacionado con la falta de una parte del cuerpo” o “Posibles trastornos del patrón del sueño relacionado con el estrés psicológico”.

Finalmente, en los Diagnósticos relativos al **bienestar** es suficiente formulación del enunciado, como en el ejemplo siguiente: “Potencial para la mejora del bienestar espiritual”. Para llegar a la formulación de este tipo de Diagnóstico, el Profesional de Enfermería debe haber podido constatar que existe en el paciente (la familia o el grupo) una capacidad actual de afrontamiento eficaz de la situación de que se trate, así como un deseo expresado explícitamente de mejora.

No formule varios diagnósticos en uno. De cara a la planificación de los cuidados es preferible identificar independientemente de cada problema o necesidad del paciente que requiera atención de Enfermería.

**La importancia de no equivocarse.** La utilidad de un diagnóstico de Enfermería bien realizado estriba en que, una vez identificados los problemas y necesidades del paciente, se pueden planificar las intervenciones oportunas de forma sistematizada y por orden de prioridades; se facilita la coordinación del trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios encargados del seguimiento del caso; se evita el solapamiento con las funciones propias del médico, y se consigue una atención de Enfermería coherente y eficaz desde el punto de vista profesional y beneficiosa para la evolución del enfermo.

En consecuencia, un mal Diagnóstico puede acarrear muchas complicaciones y, sobre todo, una atención de Enfermería inadecuada; de ahí la importancia de no precipitarse a la hora de formularlos, ya que los errores van ineludiblemente en contra de la calidad de los servicios asistenciales y pueden poner en peligro la salud de los pacientes.

Los errores diagnósticos suelen producirse por tres motivos fundamentales:

\*Suponer problemas inexistentes al dar por supuesta una determinada respuesta del paciente, sin haber obtenido suficiente información al respecto o sin haberla verificado (por ejemplo, diagnosticar déficit de conocimientos sobre la dieta adecuada a una persona con problemas de obesidad, sin haber indagado suficientemente si su exceso de peso se debe más a una dificultad para cambiar de hábitos alimentarios que a la falta de información);

\*pasar por alto información relevante o no agruparla convenientemente y, en consecuencia, no detectar un problema real (por ejemplo, no dar importancia al hábito de fumar del paciente y no indagar sobre posibles problemas respiratorios), y

\*enfocar el diagnóstico desde la perspectiva médica en lugar de identificar la respuesta del paciente ante una determinada situación o enfermedad (por ejemplo, diagnosticar neumonía en lugar de patrón respiratorio ineficaz).

Otra causa frecuente de errores (o interpretaciones erróneas) de los diagnósticos es formularlos o redactarlos de forma inadecuada (ambigua, confusa, demasiado prolija, etc.). En términos generales, el Diagnóstico de Enfermería debe registrarse por escrito con la mayor concisión y precisión posibles. Es más útil limitarse a decir “retención urinaria” que entrar en descripciones del estilo de “paciente que no orina desde hace 24 horas, lo que indica la existencia de acumulación de orina en la vejiga”.

En concreto, para llegar a una correcta **formulación y registro** de los Diagnósticos de Enfermería se deben tener en cuenta las siguientes pautas básicas:

- I. no dar nada por supuesto y verificar siempre la información antes de formular un Diagnóstico;
- II. con los datos convenientemente comprobados y agrupados, tratar de identificar las respuesta y/o necesidades del paciente (relacionadas con una enfermedad, un tratamiento, una prueba, etc.) susceptibles de ser atendidas por el personal de Enfermería;
- III. para facilitar la intercomunicación entre los distintos profesionales de la salud y evitar equívocos, conviene redactar el Diagnóstico conforme a los modelos estandarizados (por ejemplo, la NANDA), aunque lo puede realizar el profesional en base a signos y síntomas que presenta el paciente en particular;

- IV. a la hora de formular el Diagnóstico hay que identificar el problema o necesidad del paciente, no los cuidados que precisa, los objetivos de los mismos o las dificultades que su atención plantea al profesional de enfermería (por ejemplo, no es lo mismo: “posibles complicaciones para el sondaje porque se pone nervioso” que “ansiedad relacionada con el sondaje”);
- V. no se considera Diagnóstico la mera descripción de síntomas (por ejemplo, “el paciente tiene dificultad para respirar”). Hay que vincular el problema o la necesidad con su causa -valorable por enfermería-, utilizando preferiblemente la expresión “relacionado con”, en lugar de “debido a”, y agregando las características definitorias que justifican el diagnóstico (por ejemplo, patrón respiratorio ineficaz relacionado con el dolor de la incisión quirúrgica manifestado por bradipnea);
- VI. se deben evitar las ambigüedades y las generalizaciones del tipo: “alteración del bienestar” cuando se puede especificar el tipo de alteración en concreto (por ejemplo, “dolor relacionado con alteraciones neuromusculares”);
- VII. Los Diagnósticos deben ser extremadamente objetivos y excluir cualquier juicio de valor (por ejemplo, no es igual decir: “alteración de la nutrición por desidia a la hora de seguir el régimen” que “alteración de la nutrición, por exceso, relacionada con hábitos alimentarios inadecuados”).
- VIII. Los Diagnósticos de Enfermería no deben contener terminología médica, y sólo pueden ser resueltos por el profesional de Enfermería.

- IX. Antes de formular un Diagnóstico, revise concienzudamente todo el proceso previo. Los errores no radican solo en la redacción; pueden darse durante la fase de valoración, de organización de la información y análisis de ésta.
- X. Los Diagnósticos de Enfermería deben someterse a continua revisión. A medida que la situación del paciente (familia o grupo) varía, los Diagnósticos previos pierden vigencia y hay que formular otros, adaptando así la asistencia a las necesidades o problemas que vayan surgiendo.

Cada Diagnóstico consta de dos partes en una expresa el problema o la situación que se ha identificado, mientras que en la otra se intenta determinar su probable origen<sup>11</sup>.

- ❖ PRIMERA PARTE: Comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración, dificultad o situación que determina el personal de Enfermería en la fase de valoración. Usualmente, se trata de un problema de salud que se intentará prevenir o corregir mediante los pertinentes objetivos de la intervención terapéutica; cabe destacar, sin embargo, que existen excepciones, puesto que algunos diagnósticos contemplan situaciones o patrones de anormalidad.
- ❖ SEGUNDO PARTE: Corresponde a los “factores relacionados”, o sea, la etiología presumible. Se trata de los elementos internos o externos (fisiológicos, medioambientales, socioculturales, psicológicos o espirituales) que pueden provocar, contribuir o participar

---

<sup>11</sup> *Ibíd.*, 12

en la génesis de la situación determinada. Dado que generalmente el diagnóstico se refiere a un problema de salud, tales factores deben tomarse en consideración para poder prevenir, minimizar o aliviar dicha situación anómala, teniendo en cuenta que cabe la posibilidad de que se requieran actuaciones diferentes para tratar un mismo problema. En algunas ocasiones, en vez de factores relacionados se mencionan “factores de riesgo”, cuando el diagnóstico hace referencia a la posibilidad de desarrollo de una determinada alteración.

Atendiendo a lo expuesto, la formulación del diagnóstico de enfermería consta de dos partes unidas por la expresión “relacionado con”, indicando así el problema que presenta el paciente y los factores que contribuyen al mismo; cuando no pueda precisarse la existencia de factores relacionados, en la segunda parte de la formulación resulta útil emplear la frase “etiología desconocida”.

### **TERCER PASO: LA PLANIFICACIÓN DE LA ENFERMERÍA**

Todos los pasos especificados hasta el momento constituyen la base sobre la cual planificar las Intervenciones de Enfermería adecuadas para prevenir, reducir o solventar los problemas del paciente, satisfacer sus necesidades en la medida de lo posible y mejorar globalmente su salud, entendida ésta en sentido holístico.

Implica un desarrollo de estrategias para reforzar respuestas saludables o impedir, reducir o corregir las respuestas insanas identificadas en el Diagnóstico de Enfermería. Etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que

se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo el Proceso de Enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas deba ceñirse a los procedimientos indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar una planificación detallada; en aquellas ocasiones en que se impone actuar sin dilación, la planificación global se postergará al momento en que se cuente con todos los requisitos indispensables.

Esta planificación afecta tanto a los ámbitos de promoción de la salud (alimentarios, de ejercicio, etc.) y preventivo (de lesiones, enfermedades, complicaciones...) como el terapéutico (restablecimiento de la salud) rehabilitador (recuperación de capacidades o habilidades perdidas). Exige por parte de los profesionales de la Enfermería una sólida preparación, así como la capacidad resolutive suficiente para tomar decisiones y también a consultar lo que se ignora o se duda en la bibliografía disponible o a otros profesionales de la salud (compañeros, médicos, etc.).

**Jerarquización de prioridades.** Como en las etapas anteriores del proceso de Enfermería, en ésta también pueden diferenciarse distintas fases que conviene seguir para actuar de forma lógica y ordenada. La fase de Planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas reales y potenciales, así como los comunes, de otros más raros.

En primer lugar, como ocurre a veces en las salas de urgencias cuando coinciden en ella varias personas a la vez, cuando un paciente presenta varios problemas o alteraciones de diferente índole (física, psicológica, etc.), hay que clasificar jerárquicamente los Diagnósticos y establecer un orden de prioridades en la actuación, a fin de atender antes a las necesidades o situaciones más graves. En el ámbito de actuación de

Enfermería dependiente de los médicos, es evidente que esta responsabilidad recae sobre ellos; sin embargo, en el específico de Enfermería son las enfermeras y los enfermeros quienes deben asumirla, en colaboración con el paciente, siempre que sea posible, y teniendo en cuenta la gravedad de los diagnósticos, la posible interrelación entre los mismos, la disponibilidad y posibilidades de intervención propias y los recursos (materiales, físicos, económicos, humanos, etc.) del paciente y la familia.

En general, para establecer los criterios de prioridades son los siguientes:

- **Inmediata o alta**, se aplica a las situaciones diagnosticadas que requieren una intervención urgente por estar comprometida la vida del paciente o porque, si no se actúa, se puede deteriorar su salud o la de otros; a esta categoría pertenecerían, por ejemplo, las actuaciones correspondientes a un diagnóstico de alto riesgo de lesión relacionado con una disfunción sensitiva o a otro de alto riesgo de aspiración relacionado con pérdida de la consciencia;
- **Mediata, secundaria o intermedia**, corresponde a aquellas necesidades detectadas en las que no hay compromiso vital ni urgencia extrema pero que requieren atención a medio plazo; tal sería el caso de los cuidados nutricionales necesarios postcirugía, en un paciente hospitalizado para una intervención ginecológica;
- **A largo plazo o baja**, se aplica a las situaciones o problemas diagnosticados que no guarden una relación directa con la enfermedad o alteración del paciente pero que pueden afectar a su salud en el futuro (por ejemplo, intervención docente para paliar o eliminar un déficit de conocimientos relacionado con el ejercicio diario recomendado).



Siguiendo con los ejemplos, caso de tener que priorizar los diversos Diagnósticos de Enfermería enunciados ante un paciente con politraumatismo grave por accidente de tráfico, serán de prioridad inmediata los relativos a la necesidad de mantener o restablecer las constantes vitales (función respiratoria y cardíaca), ya que lo fundamental, obviamente, es que el herido siga vivo; de prioridad secundaria serán los diagnósticos relacionados con las lesiones cutáneas y óseas o de otro tipo que pueda presentar, y sólo más tarde, con el paciente restablecido, habrá que planificar una intervención de Enfermería para tratar su tabaquismo (prioridad a largo plazo).

Es importante resaltar que el orden jerárquico de actuación debe establecerse atendiendo no sólo a las necesidades fisiológicas sino tan bien a las psicológicas. Así por ejemplo, en un mismo paciente que está siendo sometido a una serie de pruebas para detectar la causa de su delgadez será más prioritario atender al diagnóstico de ansiedad relacionada con la exploración gastroscópica, que al de la alteración potencial de la nutrición.

Una vez establecido el orden de prioridades, se intenta determinar que acciones tendrá que realizar el personal de Enfermería para poder conseguir el bienestar del paciente, así como las acciones que deberán demandarse al propio enfermo y sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en un intento de lograr la mayor independencia del enfermo.

El Plan de Cuidados, además de ser una herramienta básica para el trabajo del profesional que tiene a su cargo al enfermo, constituye también un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud, lo que resulta de suma utilidad para potenciar la actividad coordinada de todos los miembros y garantizar la eficacia y continuidad de los cuidados.

En último extremo, si está en riesgo de salud física o psíquica del paciente, el profesional de Enfermería basará su actuación en el reglamento de la institución en la que trabaje y en la legislación vigente en su país.

**Señalamiento de objetivos.** Una vez establecido el orden de prioridades, el siguiente paso consiste en la determinación y registro por escrito de los objetivos que se pretenden cumplir en cada caso con la actuación de Enfermería, o lo que es lo mismo, cuáles son los resultados que se esperan de dicha actuación. Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: de índole psicomotriz, cognitiva, afectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, a medio o a largo plazo, así como de objetivos circunstanciales o de objetivos permanentes, según sean las características de cada caso.

Esta tarea es fundamental, ya que proporciona una pauta común a todo el personal de Enfermería en contacto con el paciente, al conocerse de forma inequívoca el fin último de las intervenciones y, además, permite evaluar la calidad y acierto de la asistencia, al comparar lo previsto con la situación real. Así, por ejemplo, si ante un Diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas el objetivo es lograr que el paciente elimine las secreciones traqueo bronquiales y los resultados que se esperan son auscultación normal en una fecha determinada, la comprobación en dicha fecha de los datos arrojados por la auscultación evidenciarán si el objetivo se ha cumplido o no y, en caso negativo, se podrá revisar si el motivo del fallo es imputable a una deficiente actuación de Enfermería o a otros motivos que convenga controlar.

Los objetivos deben plantearse de la forma más concreta posible; hay que especificar, por tanto, **qué se pretende** conseguir, **cuándo** y en **qué medida**, y **cómo** lograrlo. Además, el planteamiento ha de ser realista y alcanzable; es mejor fijarse objetivos de corto alcance que arrojen resultados satisfactorios que pretender grandes logros que deriven en un fracaso asistencial. Un planteamiento realista es la mejor forma de evitar riesgos para la salud del paciente y frustraciones por no lograr buenos resultados; para conseguirlo es preciso efectuar una correcta valoración de los medios de todo tipo de los que se dispone, atendiendo no sólo a la situación del paciente, sino también a su contexto familiar y socioeconómico, a los recursos sociosanitarios disponibles y a la propia disponibilidad y compromiso del personal de Enfermería: fijarse objetivos que superan las propias fuerzas acarreará decepciones en lugar de una asistencia eficaz.

Otro factor importante en el establecimiento de objetivos es la delimitación de unos plazos determinados para su consecución. En general, los objetivos a corto plazo (resultados esperados case de inmediato; en horas o pocos días) se plantean cuando la intervención de Enfermería es urgente y la situación del paciente es inestable o de alto riesgo; no obstante, pueden establecerse también como una medida eficaz para lograr que el paciente se anime a constatar sus logros parciales y refuerce así su compromiso en la consecución de una meta planteada a más tiempo; tal es el caso, por ejemplo, de los objetivos de pérdida semanal de peso que se pueden fijar en un plan general de adelgazamiento de un paciente obeso. Los objetivos a medio y largo plazo se plantean cuando los resultados pueden esperar o cuando su consecución requiere un cierto tiempo y una serie de acciones sucesivas o prolongadas.

Por último, hay que resaltar que, como los resultados que pretenden conseguirse a la hora de señalar un objetivo guardan relación con la

modificación de alguna respuesta del paciente (fisiológica, psicológica, de hábitos, etc.), es fundamental lograr su acuerdo y conseguir, siempre que sea posible, su implicación activa en el proceso. Es probable que en muchas ocasiones el Personal de Enfermería debe orientarle acerca de qué conseguir, o cómo o cuándo lograrlo, pero nunca debe imponer sus criterios personales, si no logra el mutuo acuerdo. Así, por ejemplo, se le puede señalar a un paciente la conveniencia de que se integre en un programa de desintoxicación de tabaco, pero si no desea dejar de fumar, la enfermera o enfermero deben mostrar actitud de respeto y no tratar de forzarle. En caso de desacuerdo sobre algún objetivo prioritario para la salud o seguridad del paciente, el Personal de Enfermería deberá atenerse a la normativa de su centro de trabajo y a la legalidad vigente.

**Pautas para el correcto señalamiento de objetivos.** Del mismo modo que a la hora de enunciar un Diagnóstico de Enfermería es fundamental hacerlo correctamente para evitar equívocos, la descripción de los objetivos y resultados esperados debe atenerse a una serie de criterios, a fin de orientar y unificar la acción posterior de Enfermería y de poder evaluar los resultados. Entre dichos criterios cabe destacar los siguientes:

- La descripción del objetivo debe ir siempre acompañada de los resultados esperados.
- Los resultados esperados deben ser objetivamente constatables; para ello, al describirlos se utilizarán verbos que permitan una cuantificación o medida objetiva de algún tipo (por ejemplo, caminar –puede cuantificarse en pasos o en metros-; beber –puede medirse la cantidad-...), evitándose las expresiones ambiguas del tipo de: “mejorar la deambulaciòn”, ya que pueden dar lugar a diferentes interpretaciones, según quién juzgue la “mejora”. En esta misma línea, cuando los resultados esperados sean mensurables en unidades de medidas concretas, éstas deben especificarse

explícitamente (por ejemplo, “el paciente orinará litro y medio al día”); no basta con una generalización como: “aumentará la diuresis”.

- Se deben especificar todas las características y /o elementos que intervendrán en la consecución de los resultados (qué, cuándo, dónde, con qué ayuda, cómo, etc.). Así, por ejemplo, sería incorrecto plantear: “el paciente andará después de la intervención”; en su lugar habría que decir: “el paciente caminará, al día siguiente de la intervención, veinte pasos, por el pasillo, con ayuda del acompañante”.
- Hay que indicar claramente el límite de tiempo en el que se esperan los resultados; sólo así se puede determinar cuándo evaluar la situación y si el paciente progresa o no de forma adecuada (por ejemplo, “el paciente manifestará verbalmente su conocimiento sobre el cuidado de la herida quirúrgica dos días antes del alta).
- Cuando la asistencia al paciente exija el establecimiento de varios objetivos simultáneos (por ejemplo, el paciente no experimentará dolor, respirará eficazmente y regulará su patrón de sueño), se describirán cada uno por separado, con el fin de poder evaluar los resultados independientemente. Asimismo, cuando un objetivo implique la consecución de varios resultados, se especificará cada uno de ellos separadamente, con todas las características antes numeradas. Así, los resultados de un objetivo como: “el paciente demostrará conocer la dieta que debe seguir tras el alta” pueden especificarse del modo siguiente: “el paciente nombrará los alimentos prohibidos”, “el paciente verbalizará las horas a las que debe comer”, “el paciente nombrará la cantidad de aceite que puede tomar al día”; “el paciente demostrará saber las equivalencias entre la capacidad de los recipientes y las cantidades

recomendadas"... De este modo, el Profesional de Enfermería puede revisar exhaustivamente si el objetivo global se ha cumplido o no y dónde es necesario insistir de nuevo.

- En relación con los objetivos de aprendizaje por parte del paciente, conviene distinguir entre los que afectan al ámbito cognoscitivo, al emocional / afectivo y al psicomotor. Al primero corresponden todos aquellos en los que está implicada la memoria, la capacidad de razonamiento, de análisis, de síntesis, de asociación mental, etc. (por ejemplo, la retención de normas o la discriminación de dificultades). Con el segundo guardan relación todos los objetivos relacionados con los sentimientos, los intereses, las actitudes, las emociones, los valores, los afectos, etc. (por ejemplo, la capacidad de afrontar eficazmente una determinada situación). Finalmente, los objetivos de aprendizaje concernientes al ámbito psicomotor son los relacionados con el desarrollo de habilidades motoras, técnicas de rehabilitación neuromuscular, el empleo de determinados dispositivos relacionados con la movilidad (andadores, bastones, prótesis, etc.).
- Nunca debe actuar sin haber dejado previamente constancia escrita de las tareas a desarrollar para cubrir los objetivos de Enfermería en cada caso.

### **Plan de Cuidados de Enfermería.**

Una vez superadas todas las fases del Proceso de Enfermería descritas hasta ahora, el siguiente paso es ejecutar las acciones oportunas para que se alcancen los resultados previstos. Pero antes de pasar a la acción, el profesional de Enfermería debe redactar cuidadosamente un Plan de actuación.

La redacción de este plan de asistencia es básica para conseguir una buena coordinación entre los profesionales sanitarios (por ejemplo, en los cambios de turnos), agilizar y dar continuidad a las tareas y permitir una ulterior evaluación de la eficacia asistencial.

Muchas instituciones sanitarias disponen de modelos de planes de cuidados de Enfermería estandarizados que basta con complementar; en otras será necesario recurrir aun modelo consensuado entre todos los profesionales sanitarios, cuyo registro se hará manualmente o del que se dejará constancia informatizada según los recursos del entorno laboral.

Como pauta para elaborar un buen informe de planificación es útil plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la acción que debe emprenderse?
- ¿Quiénes deben intervenir en ella?
- ¿En que momento deben ejecutarse?
- ¿Cuánto tiempo debe durar la intervención?
- ¿Cómo debe ponerse en práctica?

Por ejemplo, si la acción ejecutar es el control de la presión arterial, debe dejarse constancia de: cuántas veces al día hay que tomarla y a qué horas; la posición en la que debe estar el paciente (por ejemplo, acostado o sentado); si se ha de tomar en uno o ambos brazos, y si debe medirla el personal saliente de guardia, el que entra o siempre la misma persona. Ésta es la única manera de coordinar las intervenciones de forma que la asistencia sea eficaz y se logren los resultados previstos.

La información básica que debe reunir todo plan, independientemente del modelo según el cual se registre, es la siguiente: datos significativos de la Valoración, Diagnósticos de Enfermería relacionados con dichos datos, objetivos y resultados esperados correspondientes a cada diagnóstico, órdenes de Enfermería (actuaciones concretas que deben ponerse en

práctica para conseguir cada uno de los resultados) e informe de evaluación. Cuando hay más de un objetivo a conseguir, lo habitual es registrarlos según el orden de prioridades previamente establecido.

Al elaborar cualquier plan de cuidados hay que tener siempre muy claras las posibles consecuencias de ejecutar u omitir una determinada acción, así como la probabilidad de que se produzcan unos resultados u otros. En caso de duda, consultar a otros compañeros o profesionales sanitarios.

Cualquier modificación del plan de cuidados deberá quedar reflejada en el informe correspondiente, especificándose en él la hora, la fecha y los motivos que justifican los cambios. Se suprimirán los diagnósticos de Enfermería que ya no tengan relevancia y se añadirán los nuevos, con los objetivos a cubrir a partir de ese momento.

Las intervenciones se clasifican en:

- A.** Dependientes. Se refiere a la ejecución de las prescripciones médicas.
- B.** Interdependientes. Describen las actividades de Enfermería en cooperación con otros miembros del equipo de salud.
- C.** Actividades que puede realizar Enfermería sin necesidad de prescripción médica y que está autorizada a tratar en virtud de su formación y experiencia.

Características de las intervenciones:

- ✓ Consecuentes con el plan de cuidados.
- ✓ Basarse en principios científicos.
- ✓ Individualizarse a la situación en concreto.
- ✓ Centrarse en los factores relacionados del Diagnóstico de Enfermería.
- ✓ Incluir la opinión del cliente al escoger alternativas



- ✓ Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y gravedad de la situación.
- ✓ Provisión de un ambiente seguro y terapéutico.
- ✓ Oportunidades de enseñar-aprender.
- ✓ Utilizar los recursos apropiados.

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizarse a la situación en concreto.
- Centrarse en los factores relacionados del Diagnóstico de Enfermería.
- Incluir la opinión del cliente al escoger alternativas.
- Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y la gravedad de la situación.
- Provisión de un ambiente seguro y terapéutico.
- Oportunidades de enseñar-aprender.
- Utilizar los recursos apropiados.

#### DIRECTRICES O REGLAS PARA LA REDACCIÓN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- \*Deben estar fechadas y firmadas por la/el profesional.
- \*Acción en infinitivo (ar, er, ir,), verbos de acción concretos, enumerar las actividades específicas para lograr los resultados deseados.
- \*Deben definir ¿quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades?
- \*Estar individualizadas para el cliente.

#### DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Que esté el registro organizado de los Diagnósticos de Enfermería, resultados esperados e intervenciones de Enfermería.

La documentación facilita la comunicación al enviar la información pertinente y es un mecanismo para evaluar los cuidados proporcionados.

Además se lleva registro en distintos tipos de situaciones para fomentar una calidad asistencial facilitando:

- Cuidados individualizados,
- Continuidad asistencial,
- Comunicación y
- Evaluación.

#### **CUARTO PASO: LA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS**

En esta etapa es en la que realmente se ponen en práctica todas las actuaciones previstas en el plan de cuidados; sin embargo, no se limita sólo a ello. El Proceso de Enfermería es un todo continuo que requiere una actualización constante de los datos y de los planteamientos, de cara a brindar en cada caso y en cada momento la asistencia oportuna. Por este motivo, durante la Ejecución se continúa tan bien con la recogida y la valoración de información, con el fin de detectar nuevos problemas, calibrar los resultados obtenidos hasta el momento y registrar cualquier dato adicional de relevancia o cualquier cambio en la situación del paciente que obligue a replantear el tipo de cuidados o acciones que se le deben prestar; además, las propias intervenciones generan muchas veces modificaciones en las respuestas del paciente que aconsejan la revisión del plan de cuidados previsto. Asimismo, durante esta fase es de vital importancia documentar las actividades llevadas a cabo, para facilitar la continuidad y la coherencia de los cuidados, al lograr que todo el personal implicado en la atención de una misma persona disponga de idéntica información, actualizada.

Desde el punto de vista funcional, las intervenciones de Enfermería se encuadran en las siguientes áreas de actuación básicas:

- Preventiva: promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- Terapéutica: promoción de mayor bienestar posible; evitación o control de posibles reacciones adversas al tratamiento y/o complicaciones; reducción o eliminación de los factores causantes de la enfermedad (o que inciden en ella); control de la evolución del enfermo, y rehabilitación;
- Paliativa: cuando la recuperación de la salud o su mantenimiento es imposible, atención al paciente en fase terminal, y
- Postmortem: cuidados del cuerpo después de la muerte.

Independientemente de cual sea el área de actuación, las Intervenciones de Enfermería siempre suelen tener dos componentes: el de asesoramiento e instrucción de la persona o el grupo, y el de aplicación de técnicas o procedimientos concretos. Así, por ejemplo, en el área preventiva, el asesoramiento puede consistir en explicar a una madre primeriza la importancia de vacunar a su hijo y cuáles son las etapas de la vacunación, mientras que en este caso, el procedimiento a seguir sería la aplicación de las diferentes vacunas (vía oral, subcutánea o intramuscular) el bebé según el calendario previsto. Una vez vacunado el niño, otra labor de asesoramiento debida sería explicar las posibles reacciones adversas y cómo actuar en cada caso.

El nivel de presentación de la asistencia dependerá, como es natural, de la situación concreta de cada paciente y de la mayor o menor capacidad de éste para asumir su propio cuidado. En el caso de personas físicamente capacitadas para cuidar de sí mismas pero con falta de conocimientos, desorientación a la hora de tomar decisiones, desmotivación, inseguridad,

dudas o desconcierto, el nivel de cuidados requeridos será básicamente de apoyo (por ejemplo, para elaborar adecuadamente una situación de pérdida, buscar recursos, decidir entre distintas opciones, etc.). En estos casos, no hay que perder de vista que el objetivo último de los cuidados es lograr la autonomía de las personas que los necesitan, por lo que la prestación asistencial debe encaminarse a dotarlas de los recursos suficientes para lograrlo, y debe limitarse en el tiempo, con el fin de no fomentar relaciones de dependencia.

En otras ocasiones, la asistencia requerida será parcial, como ocurre en el mayoría de los casos de pacientes hospitalizados que pueden hacerse cargo de algunas de sus necesidades o llevar a cabo sin problemas alguna de las actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, lavarse, vestirse, etc.), pero que necesitan ayuda del personal de Enfermería para satisfacer otras. El abanico de cuidados posibles en estas situaciones es muy amplio, como también puede serlo la intensidad de la ayuda precisada, si bien esta última debe adaptarse siempre a la evolución del paciente, ya que, por ejemplo, no es la misma la atención que necesita una persona antes de someterse a una intervención quirúrgica, que en el postoperatorio inmediato o poco antes de ser dada de alta.

Finalmente, habrá casos en los que el nivel de prestación que se precise sea total, por incapacidad completa de la persona afectada para atender a sus necesidades funcionales básicas y autocuidarse (por ejemplo, en el caso de pacientes inconscientes).

Al margen del ámbito en el que se produzcan y del tipo que sean, las Intervenciones de Enfermería han de cumplir siempre los siguientes requisitos fundamentales:

- Ser ejecutadas por personal con la suficiente formación y experiencia o bajo supervisión directa de un profesional capacitado;
- Responder exactamente a lo especificado en el plan de cuidados;

- Adaptarse a las características específicas de cada paciente;
- En el área de actuación dependiente, seguir estrictamente las instrucciones médicas;
- En el área de actuación interdependiente, no interferir negativamente con otros planes de tratamiento;
- Ejecutarse mediante la utilización de las técnicas y recursos idóneos;
- Ser científicamente justificables, y
- Respetar la legalidad vigente y los códigos deontológicos de Enfermería.
- Nunca olvidar dejar constancia escrita de las acciones realizadas;
- No ejecutar acción alguna que exceda del ámbito de competencias;
- No ejecutar acción alguna sin advertir previamente al paciente y obtener su consentimiento o, en caso necesario, el de sus familiares o representantes legales;
- Antes de poner en práctica cualquier intervención, prepare el material necesario para la misma, colóquelo en el lugar idóneo, compruebe que el entorno es seguro, reúna la ayuda que precise y adopte las medidas de asepsia oportunas.
- El plan incluye aspectos preventivos, de fomento y rehabilitación, debe estar fechado y firmado por la enfermera responsable, el plan es flexible y sujeto a revisión, además de que incluye la colaboración y coordinación de actividades. Los planes son ordenados en una secuencia apropiada basada en la prioridad (acción de Enfermería específica).

En **la intervención**. Centra la iniciación de las Intervenciones de Enfermería diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente. La ejecución puede ser dirigida hacia:

\*Ayudar al cliente a identificar modelos personales de respuesta ante una tensión individual o familiar,

\*Que se identifiquen fuentes de tensión,

\*Desarrollar estrategias positivas para evitar la angustia,

\*Ofrecer información relativa y uso de relajación y,

\*Obtener otros recursos cuando sea necesario.

El fundamento científico es el conocimiento base para la prescripción e implementación de indicaciones de Enfermería.

### **QUINTO PASO: LA EVALUACIÓN**

Permite identificar la eficacia del proceso y modificarlo si no se lograron los objetivos. Ya que el Proceso de Enfermería es continuo y formal, pues la evaluación es parte integral de cada fase, aunque se considera la última del Proceso.

La Evaluación, básicamente, consiste en comparar los resultados esperados con los que realmente se han producido. Para ello se valoran los cambios acontecidos como consecuencia de la actuación de Enfermería en relación con los objetivos marcados. Cuando coinciden, se puede llegar a la conclusión de que asistencia de Enfermería se ha ajustado a las necesidades de la persona (o grupo) y ha logrado satisfacerlas. En el caso contrario, el proceso ha fallado en alguna de sus fases (quizá una valoración insuficiente o inexacta, un diagnóstico erróneo, un procedimiento mal ejecutado) hay que comenzarlo de nuevo desde el principio. Cabe también la posibilidad de que la evolución del paciente o del grupo evidencien que los resultados están en vías de conseguirse, pero

aún no se han logrado; en tales casos, procede valorar de nuevo la situación para decidir qué nuevas medidas conviene adoptar.

Esta evaluación ha de realizarse y registrarse siguiendo los mismos criterios de rigor y concisión ya comentados en relación con la valoración y la descripción de los objetivos y resultados. Para ello, no basta con efectuar una evaluación genérica del tipo: “el paciente ha mejorado” o “la situación de la familia es satisfactoria”, sino hay que proceder a evaluar individualmente cada resultado previsto y verificar si se ha cumplido o no. Así, por ejemplo, si en un determinado caso los resultados esperados son: “la herida quirúrgica cicatrizará en diez días”, “no presentará signo de infección” y “no se observará dehiscencia”, la verificación a de efectuarse por escrito, punto por punto. Sólo de este modo constituirá una herramienta eficaz de control de calidad y de comunicación válida e inequívoca entre los distintos profesionales implicados en el proceso asistencial.

## VIRGINIA HERNDERSON

### 4.2. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

#### REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A., en formación de Enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de Enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teacher's College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en Enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's College, rescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la Enfermería. Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50, desarrollando una gran labor de investigación sobre Enfermería a través de esta asociación. Desde 1959 a



1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. El Nursing Studies Index fue elaborado en cuatro volúmenes comentados que ordenaban la literatura biográfica, analítica e histórica sobre Enfermería desde 1900 a 1959. Junto con esto, Henderson elaboró como autora o participó como coautora en varios trabajos importantes. Su folleto, *Basic Principles of Nursing Care*, fue publicado por el International Council of Nurses en 1960, siendo traducido a más de 20 idiomas. La colaboración de Henderson con Leo Simmons durante cinco años dio como fruto una revisión de la investigación nacional de enfermería que fue publicada en 1964. Su libro, *The Nature of Nursing*, se publicó en 1966, y en él describía su concepto de la función única y primaria de Enfermería. Ha sido reeditado en 1991 por la National League of Nursing. La sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, publicada en 1978, fue elaborado conjuntamente con Gladys Nite, siendo editado por Henderson. Este libro de texto se ha tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, habiéndose traducido a más de 25 idiomas. Durante la década de los 80, Henderson permanece en activo como Research Asóciate Emeritus en Yale. Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como doctor honoris causa y el primer Premio Christiane Reimann. Henderson ha recibido el Premio Mary Adelaide Nutting de la U.S. National League for Nursing, es socia honoraria de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing de Londres, y socia honoraria del Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió de Sigma Theta Tau International el Premio Mary Tolle Wright Founders a la Dirección, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica. En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de Enfermería.

La biblioteca internacional informatizada de Enfermería de Sigma Theta Tau International lleva el nombre de Virginia Henderson en su honor.

#### FUENTES TEORICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORIA

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harmer de la obra *The Principles and Practice of Nursing*, de esta última. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores. En primer lugar, en 1939 revisó el *Textbook of Principles and Practice of Nursing*. Henderson ve en el trabajo que realizó con este texto el origen de su percepción de "la necesidad de aclarar las funciones de las Enfermeras". Otra razón fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo en el comité fue incluido en el artículo de Esther Lucile Brown de 1948. Henderson cree que este artículo representaba "mi punto de vista modificado por lo que pensaban los demás miembros del grupo". Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años que la American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la "síntesis de muchas influencias, una positivas y otras negativas".

En *The Nature of Nursing*, identifica las siguientes fuentes de influencia durante sus primeros años de Enfermería.

### **Annie W. Goodrich**

Goodrich era la decana de la Army School of Nursing, donde Henderson recibió su formación básica de Enfermería, y sirvió de inspiración para Henderson, quien recuerda: "Cada vez que visitaba nuestra unidad, nos animaba a mirar más allá de las técnicas y tareas rutinarias". También se refiere a Goodrich cuando dice: "Mi descontento inicial con la atención al paciente, excesivamente reglamentada, en la que yo participaba y el concepto de enfermería como mera labor auxiliar de medicina".

### **Caroline Stackpole**

Stackpole era profesora de fisiología del Teacher's College de la Universidad de Columbia cuando Henderson era una estudiante graduada. Le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

### **Jean Broadhurst**

Broadhurst era profesora de microbiología en el Teacher's College. La importancia de la higiene y la asepsia impactaron a Henderson.

### **Dr. Edward Thorndike**

Thorndike era psicólogo del Teacher's College. Dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres humanos. Henderson: reconoce que la enfermedad es "más que un estado patológico" y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.

### **Dr. George Deaver**

Deaver era un médico del Institute for the Crippled and Disabled, y más tarde, del Bellevue Hospital.

Henderson observó que la meta de la rehabilitación en el Instituto era la reconstrucción de la independencia del paciente.

### **Bertha Harmer**

Harmer, una enfermera canadiense, fue la autora original del Textbook of the Principles and Practice of Nursing, que Henderson revisó. Henderson nunca conoció a Harmer, pero las similitudes entre sus respectivas definiciones de la enfermería son evidentes.

La definición de Harmer de 1922 comienza así: "La Enfermería se basa en las necesidades de la humanidad".

### **Ida Orlando**

Henderson considera que Orlando influye en su concepto de la relación enfermera-paciente. Dice: "Ida Orlando (Pelletier) me ha hecho comprender con qué facilidad la enfermera puede actuar basándose en una idea equivocada de las necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las misma con él".

### **APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS**

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios de graduación en el Teacher's College.

Stackpole basaba su curso de fisiología en el dictamen de Claude Bernard de que la salud depende de que la célula esté rodeada de linfa. A partir de esto, Henderson supone que "una definición de Enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico". Con la teoría de Bernard, también mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus implicaciones en Enfermería. Henderson afirma: "era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares".

Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan sólo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se observa una correlación entre la jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de Enfermería de Henderson, comenzando con las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales. Aunque no cita a Maslow como influencia, describe su teoría de la motivación humana en la sexta edición del *Principles and Practice of Nursing Care* de 1978.

## **PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

**ENFERMERÍA** Henderson define a la Enfermería en términos funcionales:

Es un arte y ciencia cuyos objetivos es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la recuperación de la misma o una muerte tranquila, y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

**SALUD** Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. En la sexta edición del Textbook Principles and Practice of Nursing, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de Enfermería. Dice que es “La calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”.

**ENTORNO** Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

**PERSONA (PACIENTE)** Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.

**NECESIDADES** No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse, mantener postura correcta, para una circulación adecuada.

5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio, aseado, cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar peligros, los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros (mantener una integridad física y mental).
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización y conservar su estima.
13. Recrearse (jugar o participar en alguna actividad recreativa).
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

### **SUPUESTOS PRINCIPALES**

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

#### **Enfermería**

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera (por ejemplo, la comadrona) puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una

determinada situación y lo requiere (Henderson insiste especialmente en este tema en la sexta edición del Principles and Practice of Nursing).

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

Los catorce componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

### **Persona (paciente)**

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y la familia forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los catorce componentes de Enfermería.

### **Salud**

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

### **Entorno**

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.



Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores. Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

## **AFIRMACIONES TEÓRICAS**

### **La relación enfermera-paciente**

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- 1) La enfermera como un *sustituto* de algo necesario para el paciente;
- 2) La enfermera como *ayuda* para el paciente, y
- 3) La enfermera como *compañera* del paciente.

En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle ‘completo’, ‘íntegro’ o ‘independiente’, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento”. Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera “es, de forma temporal, la consciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el ‘micrófono’ para los demasiado débiles o introvertidos para hablar”.

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia.

Henderson afirma: “La independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson dice que la enfermera "debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita". Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La enfermera debe modificar el entorno en lo que considere necesario. Henderson opina que "en los casos en que las enfermeras conocen las reacciones fisiológicas a la temperatura y humedad, luz y calor, presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone".

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra "con la mayor normalidad posible". La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera. Henderson afirma que "se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten".

### **La relación enfermera-médico**

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson subraya que las enfermeras *no* siguen las órdenes de los médicos, ya que "cuestiona una

filosofa que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios". Recientemente ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que la enfermera ayuda a los pacientes en el cuidado de su salud cuando los médicos no pueden hacerlo. También indica que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan.

### **La enfermera como miembro del equipo sanitario**

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que "nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica".

Henderson compara el equipo sanitario en su conjunto, incluidos el paciente y su familia, con los sectores en forma de cuña de un gráfico sectorial. El tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente va progresando hacia la independencia. Hay circunstancias, en las que algunos de los miembros del equipo ni siquiera están incluidos en el gráfico. El objetivo es que el paciente tenga el sector más grande o que llegue a ocupar todo el gráfico.

Al igual que varían las necesidades del paciente, lo mismo puede ocurrir con la definición de enfermería. Henderson admite que "esto no significa que exista una definición para siempre. Creo que la Enfermería se modifica con la época en que se ejerce y depende en gran medida de los que hagan los demás trabajadores sanitarios".

Henderson cree que la sexta edición de sus *Principles and Practice of Nursing*, elaborada junto a Gladys Nite. Amplía su definición para incluir a los profesionales de enfermería. Considera que "la Enfermería no debe existir en el vacío. La Enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando".

### **MÉTODO LÓGICO**

Parece que Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de Enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica. Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades se corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada, aunque fueron concretadas antes de que Henderson leyera la obra de Maslow.

En su libro, *To be a Nurse*, Evelyn Adam analiza la obra de Henderson, sus valores, el objeto de la Enfermería, el paciente, el papel de la enfermera, el origen de las dificultades, la intervención y los resultados esperados.

### **ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA**

#### **Ejercicio profesional**

La definición de Henderson sobre la Enfermería, por lo que al ejercicio profesional se refiere, indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia

a la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Tal como lo afirma Henderson, la enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada una de los 14 componentes de la asistencia básica de Enfermería.

El planteamiento de Henderson sobre la asistencia al paciente es deliberado y lleva implícita la toma de decisiones. Aunque no hace mención específica de las fases del Proceso de Enfermería, se puede observar cómo se interrelacionan los conceptos. Henderson considera que el Proceso de Enfermería es el proceso de solución de problemas y que no es el específico de la Enfermería.

En la fase de evaluación, la enfermera valoraría al paciente en cuanto a los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Una vez completamente valorado el primer componente, la enfermera pasara al siguiente y así hasta que las 14 áreas hubiesen sido evaluadas. Para la recopilación de los datos, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de evaluación, la enfermera tiene que analizar los datos que ha recogido, para lo cual es necesario saber qué es normal en salud y en enfermedad.

Henderson afirma que "mientras que la enfermería sea el único servicio disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en el paciente sano,... la función de la evaluación de las enfermeras es indiscutible".

Según Henderson la fase de planificación conlleva la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo, actualizando dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando el plan como

un sistema de registro y garantizando que se corresponde con el plan prescrito por el médico. En su opinión, un buen plan integra el trabajo de todos los que forman el equipo sanitario.

En la fase de aplicación del plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven la salud, que le lleven a recuperarse de la enfermedad o que le ayuden a lograr una muerte tranquila. Las actuaciones son individuales, según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales. Henderson evaluaría al paciente según el grado de independencia. Sin embargo, el lactante no puede ser independiente ni tampoco el inconsciente. En algunas fases de la enfermedad, deberíamos aceptar que el deseo del paciente depende de los de demás.

### **Formación**

Henderson afirma que “para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de formación que sólo se imparte en colegios y universidades”. La formación de la enfermera reclama la comprensión global de los diversos seres humanos. Este enunciado apoya la postura adoptada en 1965 por la American Nurses Association.

Además, Henderson cree que “el valor de la formación no procede sólo de los conocimientos que se adquieren sino de la confianza sobreañadida que el individuo desarrolla en la institución de la formación superior”. Dice que “la Enfermería es una ocupación universal y que la formación superior permite ejercerla mejor”.

En su libro *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education*, Henderson describe tres fases en el desarrollo del plan de estudios que los alumnos deben seguir durante su formación. El objetivo principal de las tres fases es el mismo –ayudar al paciente cuando necesite fuerza, voluntad o conocimientos para realizar sus actividades diarias o para llevar a cabo el tratamiento prescrito con la independencia como último objetivo.

En la primera fase, la atención se centra en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de la asistencia de Enfermería y la facilitación, a través de la función exclusiva de la enfermera, de las actividades de su vida diaria. En esta fase, el plan de formación no se centra en los estados patológicos o en enfermedades específicas, sino en que tiene en cuenta las circunstancias, siempre presentes, que afectan a las necesidades básicas. En la segunda fase, el epicentro se sitúa en la colaboración con los pacientes para satisfacer sus necesidades en el caso de situaciones patológicas o de alteraciones corporales que obliguen a modificar el plan de asistencia de la enfermera. El paciente se presenta ante el estudiante con problemas de mayor complejidad; se incluyen más aspectos médicos y el estudiante comienza a comprender la base lógica del tratamiento sintomático. En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y en la familia. El estudiante se involucra en el estudio global del paciente y todas sus necesidades.

Henderson ha resaltado la importancia de que los estudiantes de Enfermería desarrollen el hábito de la investigación, realicen cursos sobre ciencias biológicas, físicas y sociales y sobre humanidades; estudien con alumnos de otros campos, observen la asistencia eficaz y la pongan en práctica en distintas instituciones.

En el libro de texto en el que se encuentra la definición de Enfermería de Henderson, *Principles and Practice of Nursing*, es un punto de referencia excelente que pueden utilizar los estudiantes de enfermería y las enfermeras en activo. Posee una profundidad habitualmente ausente en este tipo de textos. Kelly afirma: "Si sólo se puede salvar un libro cuando estalle la bomba, *Principles and Practice of Nursing* es el elegido. En él están representadas la amplitud y la profundidad de la enfermería, formuladas con la sabiduría de la ley, la medicina y la religión, documentadas a partir de la literatura mundial, con magníficas citas –y un valor inminentemente práctico".

### **Investigación**

Henderson recomienda la investigación de biblioteca, pues ella misma ha realizado una revisión de las fuentes bibliográficas y de la investigación de Enfermería.

Considera que el desarrollo de la Enfermería se debe realizar en un clima de investigación, introduciéndola en el bachillerato, así como que la investigación es necesaria para evaluar y mejorar el ejercicio profesional.

"Las enfermeras tienen que adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que basar su actividad profesional", piensa Henderson. Recomienda una mayor utilización de las fuentes bibliográficas entre las enfermeras y confía en que éstas realicen investigaciones hasta perfeccionar el ejercicio de la profesión y no simplemente para lograr un reconocimiento académico.



En una revisión y valoración de la investigación de Enfermería realizada por Henderson y Leo W. Simmons en 1964, se encontraron varias razones que explican la ausencia de investigación en Enfermería clínica, a saber:

- La mayor parte de las energías de la profesión se han invertido en mejorar la preparación para ser enfermera.

- Aprender a atraer y mantener un número suficiente de enfermeras para satisfacer la creciente demanda que ha consumido una cantidad considerable de las energías.

- La necesidad de administradores y formadores ha agotado aún más el número de las enfermeras tituladas.

- La pérdida de apoyo por parte de los administradores, de los administradores de los servicios de Enfermería y de los médicos ha desalentado a los investigadores.

A partir de cada una de los catorce componentes de la asistencia básica de Enfermería surgen cuestionamientos que han de investigarse, y la función de la enfermería es asumir la responsabilidad de identificar los problemas para dar una validez continua a su función, para perfeccionar los métodos que utiliza y para asegurar la eficacia de la asistencia de Enfermería.

Henderson concluye que “ninguna profesión, ocupación o industria de esta época puede evaluar correctamente o mejorar su actividad sin investigación”. La investigación es el análisis con mayor grado de fiabilidad.

Opina que hasta que las enfermeras en activo aprendan a utilizar las fuentes bibliográficas, tales como los índices de la National Library of Medicine, las “enfermeras no habrán dado el más elemental de los pasos para formar parte de una profesión basada en la investigación -algo que las enfermeras quieren reivindicar en este momento”.

### **Desarrollo ulterior**

Henderson no tiene ningún proyecto de seguir desarrollando su definición de la Enfermería. Tampoco ha anunciado ninguna revisión de su texto Principles and Practice of Nursing. Insiste en la valoración continua de necesidades del paciente y en su revisión continua del paciente en función de los cambios de estado y de metas y de este último. Henderson anima a la enfermera a descubrir nuevas necesidades además de las catorce que ella describió.

### **Crítica**

Antes de intentar evaluar la teoría de enfermería de Virginia Henderson en cuanto a los criterios aceptados de sencillez, generalidad, precisión empírica y consecuencias, hay que tener en cuenta que no intentó desarrollar una teoría de enfermería definitiva. En lugar de esto, desarrolló una concepción personal o una definición en un intento de aclarar lo que ella considera como la función única de la enfermería. Afirma que: “Mi interpretación de la función de la enfermera es la síntesis de numerosas influencias, unas positivas y otras negativas... Ante todo debería aclarar que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Más aún, instaría a cada enfermera a que desarrollará su propio concepto”.

La definición de Henderson puede considerarse una gran teoría o una filosofía dentro de la fase de paradigma del desarrollo de la teoría de enfermería. Su concepto es descriptivo y fácil de leer. Está definido en términos lingüísticos corrientes. Su definición de la enfermería y la enumeración de las catorce funciones básicas de ésta ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.

Como no tenía intención de desarrollar una teoría, Henderson no desarrolló los enunciados teóricos de interrelación ni las definiciones operativas necesarias para permitir el análisis de la teoría. Sin embargo, este análisis es posible.

### **Sencillez**

El concepto de enfermería de Henderson es más complejo que simplista. Contiene numerosas variables y varias relaciones descriptivas y explicativas diferentes. No se asocia con organizaciones estructurales dentro de un sistema o de un modelo con objeto de hacer más sencillo, aunque existe algo de todo esto.

El libro de Henderson y Nite se han reproducido los diagramas de los diagramas de los conceptos sobre enfermería de Henderson y Orem que aparecen en el libro del Nursing Developmental Conference Group, Concepts Formation in Nursing. Además, las catorce necesidades básicas, que en un principio parecen simples, tal como se ha dicho, se vuelven complejas cuando se produce alguna alteración de alguna necesidad y se tienen en cuenta todos los parámetros relacionados con esa necesidad. La sexta edición del Principles and Practices of Nursing es muy completa y está muy bien ilustrada, lo que aporta más claridad.

### **Generalidad**

La generalidad está presente en la definición de Henderson ya que tiene un campo de aplicación muy amplio. Intenta incluir la función de todas las

enfermeras y todos los pacientes con sus diversas interrelaciones e interdependencias.

### **Consecuencias**

La perspectiva de Henderson ha resultado útil para promover nuevas ideas y para el desarrollo conceptual adicional de las nuevas teorías. En sus numerosas obras publicadas ha discutido la importancia de la independencia y de la interdependencia de la Enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria. También ha influido en el desarrollo de los planes de estudios, realizando una gran contribución a la promoción de la importancia de la investigación en el ámbito clínico de la Enfermería. Ha aplicado ampliamente la investigación de otras teorías a su propio trabajo. Evans afirma que *Principles and Practice of Nursing* ha producido "un cambio revolucionario sobre lo que se piensa de la investigación en Enfermería". Considera que la tesis revolucionaria del libro es:

“Los hábitos mentales que presiden las labores cotidianas de una enfermera son exactamente iguales a los que sirven de base a la mejor investigación publicada; por ello, la enfermera no debe limitarse a realizar tareas simples de investigación como parte de su trabajo, sino que debe ser siempre un investigador, tanto si publica o expresa algo en público como si no.

Desde que se ha difundido, la definición de Henderson sobre la función única de Enfermería ha actuado como uno de los principales escalones en la aparición de la Enfermería como disciplina científica profesional.

Henderson continúa siendo citada en la literatura habitual de Enfermería y en las publicaciones de todos los campos, desde la Enfermería holística al Proceso de Enfermería.

### **4.3. CUANDO COMER SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA**

Que el hambre y las conductas relacionadas con el hecho de comer sean objeto de estudio puede parecer extraño, ya que, al principio, la alimentación es algo básico e inherente a la naturaleza humana, algo que tendría que ser muy sencillo. Ante la pregunta ¿Qué es lo que nos hace sentir hambrientos o saciados?, la respuesta parecería del todo evidente: tenemos hambre cuando hace bastante tiempo que no ingerimos ningún alimento y nos sentimos saciados cuando comemos.

La conducta de comer es prototipo de un proceso motivacional. Se entiende por proceso motivacional aquello que nos activa a fin de que busquemos y consigamos lo que nuestro organismo necesita. En el hombre existen motivaciones básicas, necesarias para la supervivencia, como el hambre, la sed y la conducta sexual. Éstas incluyen multitud de factores, tanto biológicos como psíquicos, y su función es mantener el equilibrio, la "homeostasis" del organismo.

En el caso del hambre, los cambios que se producen en nuestro cuerpo activan un cierto tipo de señales que ponen en marcha los mecanismos reguladores existentes para producirnos sensación de hambre. Por ejemplo, la concentración de glucosa (azúcar) en la sangre es una señal química que puede poner en marcha el funcionamiento de dichos mecanismos reguladores. Otro tipo de señales provienen de las propiedades sensoriales de la comida, como el gusto, el sabor, olor, color, etcétera; los factores emocionales, como la ansiedad o la tristeza, o los ritmos de actividad y los horarios de comida establecidos. Lo más frecuente es que de den varios tipos de señales conjuntamente o relacionados entre sí.

En la zona hipotalàmica existen dos centros básicos, aunque no únicos, en la regulación de la conducta de comer. Estos centros son el “hipotálamo ventro-medial”, al que se le llama “centro de la saciedad” y cuya lesión produce un gran aumento de la necesidad de comer, y el “hipotálamo lateral” también llamado centro del hambre, cuya lesión comporta la pérdida de apetito. Las señales más frecuentes que activan el circuito de HAMBRE-SACIEDAD son la disminución de la concentración de glucosa en la sangre, la disminución de la temperatura del cuerpo, la disminución de la tensión de las paredes del estómago, y los procesos emocionales y afectivos, tales como la ansiedad, la tristeza o la preocupación. Es por esta complejidad del circuito hambre-saciedad que la conducta de comer se puede transformar en algo complicado y fácilmente alterable.<sup>12</sup>

## **OBESIDAD**

Definir la obesidad parece una cuestión fácil a primera vista. Se podría considerar que tiene exceso de peso toda persona que así lo parezca. Sin embargo este criterio es muy subjetivo, ya que cada uno de nosotros puede tener una opinión diferente con respecto a cuándo una persona nos parece obesa. Tampoco existe unanimidad entre los diferentes autores cuando se trata de elegir el sistema más adecuado para definir y cuantificar la obesidad.

La obesidad depende de muchos factores y no solo de la cantidad de comida ingerida. Es el resultado de la diferencia entre las calorías aportadas y el gasto de energías. Algunos obesos lo son más por falta de ejercicio físico que por el exceso de alimentos.

---

<sup>12</sup> Enciclopedia de Psicología, Ed. Océano, 2003 España. 70

Ya no se considera que la obesidad esté causada únicamente por malos hábitos alimentarios, sino que se tiene en cuenta la influencia de los factores genéticos y biológicos en su origen y mantenimiento. En cuanto a los primeros, se ha demostrado que la obesidad es un fenómeno hereditario en los animales. En los seres humanos no existe una evidencia definitiva, ya que se trabaja mediante la observación y no con la manipulación genética.

Las últimas investigaciones han establecido que un niño tiene un 40 por ciento de probabilidades de ser obeso si alguno de sus padres lo es. Esta cifra asciende hasta un 80 por ciento si lo son los dos progenitores. En este aspecto se plantean algunas dudas sobre si este hecho debe a razones hereditarias o al aprendizaje de hábitos alimentarios inadecuados.<sup>13</sup>

Existen muchos métodos para medir la materia grasa corporal pero, por su facilidad de medición, accesibilidad y fiabilidad, a menudo se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC) que establece la relación entre peso y talla del individuo. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado ( $\text{Kg. /m}^2$ ) lo normal es que se halle entre 20-25. Por debajo de 20, indica bajo peso; entre 25 y 30, sobrepeso, y a partir de 30, el paciente presenta obesidad. Si el índice es superior a 40, la obesidad se llama mórbida.<sup>14</sup>

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso.

---

<sup>13</sup>Manual de Enfermería, Océano Centrum, 2002, España

<sup>14</sup>Manual de Enfermería, Lexus Editores, 2003

En la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad (NOM-174-SSA1-1998), esta se define como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, y se determina su existencia en adultos cuando el IMC es mayor de 27, y en la población de estatura baja (menor de 1.50 metros en mujeres adultas y de 1.60 en hombres adultos) cuando el IMC es mayor de 25. Por otra parte, el sobrepeso se define como un IMC mayor de 25 y menor de 27 en población adulta general, y mayor de 23 y menor de 25 en población adulta de estatura baja.

Una manera práctica de clasificar el sobrepeso y la obesidad se utiliza el IMC de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.<sup>15</sup>

CLASIFICACION	TIPO DE OBESIDAD Según IMC	IMC Kg./m <sup>2</sup>
Bajo peso		<18.5
Normal		18.5-24.9
Sobrepeso		25.0-29.9
Obesidad	I	30.0-34.9
	II	35.0-39.9
Obesidad extrema	III	_> 40

<sup>15</sup> Nutriología Médica, 2ª edición, Esther Casanueva, Martha Kaufer-Horwitz, 2001.



## **PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN LA OBESIDAD**

Los factores psíquicos como causa de obesidad son frecuentes ya que influye sobre el apetito. Pueden provocar una tensión nerviosa o un estado de ansiedad que se intenta compensar en el acto alimentario. Aunque es difícil establecer una relación causa-efecto.

En los países occidentales existe una discriminación social del obeso. Este puede llegar a ser considerado como inferior y es rechazado sobre todo a la hora de conseguir un trabajo. Dicha discriminación empieza ya en la infancia, pues a menudo la persona con sobrepeso u obesidad no suele estar bien integrado desde la infancia en la escuela por la poca aceptación que encuentra en sus compañeros.

En la adolescencia la no aceptación de una figura poco estilizada, llega a provocar otros trastornos de la alimentación, buscando ser aceptadas.

La obesidad puede ser la causa de algunas depresiones y a veces la depresión es la causa de la obesidad. Los fármacos antidepresivos pueden producir aumento de peso.

Las tasas de mortalidad son más elevadas en el obeso que en las personas de peso normal, independientemente de su edad.

Es fundamental un total apoyo familiar para poder realizar tratamientos para combatir la obesidad, este apoyo empieza por una alimentación equilibrada e igual para todos los miembros de la familia, para el obeso no vea que come diferente de los demás, para evitar frustraciones que podrían ser causa de ansiedad o incluso generar problemas psicológicos.

La serotonina, esta dama de actualidad, proviene fundamentalmente, de la dieta habitual (cereales y leche sobre todo) y en concreto de un aminoácido presente en estos alimentos (el triptófano). Posee hasta diez

receptores distintos y se encuentra localizada sobre todo en el tronco cerebral, desde el cual se distribuye a todo el cerebro. La costumbre tan extendida en el mundo occidental de tomar leche (con o sin cereales) antes de acostarse quizá provenga del acervo popular que sostiene que la acción de este alimento (rico en triptófano) ayuda a iniciar un sueño reparador. Sin embargo una parte de la serotonina no proviene de los alimentos, sino de una glándula situada en el propio cerebro denominada epífisis o glándula pineal. Es curioso que uno de los productos de la degradación de la serotonina sea la melatonina, sustancia que ha sido relacionada sin que se haya demostrado claramente con el buen funcionamiento nervioso.

Algunos investigadores sostienen que la falta de catecolaminas en determinadas regiones cerebrales es una de las causas bioquímicas de la depresión. De acuerdo con esta hipótesis, algunas catecolaminas, como la dopamina o la serotonina, son administradas para restituir el equilibrio nervioso y muscular, o como antidepresivos.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Enciclopedia de Psicología, Ed. Océano 2003, España.. 77

## **V. APLICACIÓN DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

### **5.1 PRESENTACION DE CASO CLINICO**

La señorita Rocío estudiante de 23 años de edad, es originaria y residente de Acuitzio del Canje, Michoacán, de religión católica.

Vive actualmente con su familia la cual esta formada por 9 hermanos y en la cual ella ocupa el lugar numero 7, en su alimentación y hábitos cuando va a la escuela a veces no desayuna, almuerza sábados y domingos con la familia, se baña cada tercer día, su casa es hecha de material de tabique y teja, cuenta con luz, agua potable, drenaje y tiene acceso a los servicios de salud con los que cuenta el municipio.

En relación con enfermedades heredo familiares su padre no tiene ninguna, su madre tiene hipertensión pulmonar, la abuela materna tiene diabetes mellitus tipo II.

En las enfermedades de la infancia que ha padecido esta la tos ferina a los 7 años, parasitosis, varicela, a los 16 años estuvo en tratamiento con una iridologa ya que refiere que "me encontraba alejada y no estaba en sintonía con lo que estaba a mi alrededor", a los 18 se fracturo el pie por lo que estuvo con férula por un mes en pie derecho, a los 22 se lesionó la rodilla derecha en una bicicleta estacionaria sufriendo un esguince por lo que estuvo en reposo por 3 semanas y medicamentos analgésicos.

En los primeros días de septiembre de 2004 empezó a sentir malestar, refiere "todo me daba vueltas cuando movía la cabeza", así por dos días hasta que no cesaba fue llevada al médico y se le tomó la presión con cifra de 70/40 por que se le indico un medicamento para normalizar la presión arterial y otro medicamento para el mareo. Por el estado en que se encontro, o sea que refirió su madre que estaba diferente, la veía sin ganas y a veces con el carácter muy explosivo y refería su afán por bajar

de peso desde los 17 años tomando medicamentos sin supervisión médica. La doctora le dijo que tenía depresión leve y le indico un medicamento (remotiv).

En la exploración física el día 9 de septiembre se encontró con una tensión arterial 90/60, temperatura de 36 grados centígrados, respiración de 20 por minuto, peso de 67.700kg, su índice de masa corporal es de 30.49, su talla 1.49mt, sin alteración en el oído.

## **5.2 VALORACION POR NECESIDADES**

**1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.** Su frecuencia respiratoria es de 20 respiraciones por minuto superficiales, pulso de 62 por minuto débil, con tensión arterial de 90/60.

**2.- NECESIDAD DE HIDRATACION Y NUTRICION.** Con peso de 67.700 Kg. y talla de 1.49mt. En su alimentación consume en mayor cantidad frijol, tortilla, sopas, pan, frituras y en menos cantidad carnes, frutas y verduras. Tiene toda su dentadura con cuatro muelas tapadas; agua ingiere 3 o 4 vasos de agua al día. Refiere que le gusta estar comiendo sobre todo en las tardes.

**3.- NECESIDAD DE ELIMINACION.** Evacua una vez cada tercer día y por lo regular son heces duras, su orina es concentrada, refiere que orina una o dos veces al día.

**4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.** Su expresión facial es hostil, se le observa rígida, en su postura se le observa decaída y su andar es lento.

**5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.** Solo duerme por la noche entre 5 y 6 horas, pero refiere que se despierta 2 o 3 veces por la noche con una sensación de ansiedad y miedos En sus horas de sueño dice que no descansa y a veces de despierta por la noche con miedo de lo que pueda pasarle a su familia, a veces ingiere algunos tes que le da su mamá para

que duerma, refiere también que a veces se despierta por la mañana cansada.

**6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.** Es capaz de vestirse y desnudarse por ella misma, aunque a veces dice no tener ganas de arreglarse por que se siente sin motivos. Se le observa el uso de ropa floja y su mamá refiere que no cambia de la misma ropa.

**7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION.** Su temperatura corporal es de 36°C y sus manos y pies se encuentran por lo regular fríos. Su familiar refiere que casi siempre trae puesto un suéter haga frío o calor.

**8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.** Rocío se baña cada tercer día, se cepilla los dientes 2 veces al día, pero se encuentra desaliñada, pelo y uñas descuidadas. Refiere que a veces dura 5 días sin bañarse por que se siente sin ganas y sin fuerza.

**9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.** Su actitud frente al entorno distraída, se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, se auto describe como una persona triste. Refiere que la mayoría de las veces se siente inútil, con ansiedad e impotencia para lograr ser mejor persona.

**10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.** Manifiesta ansiedad por no poder expresarse libremente ya que come por no discutir con la familia cuando la empiezan a agredir diciéndole “gorda” y su empeño por bajar de peso. Costándole mucho trabajo dejar de comer.

La comunicación es un poco cerrada ya que en ocasiones se presenta falta de expresión de sentimientos. Su expresión es en ocasiones confusa, su humor es fluctuante, su lenguaje es lento y habla en voz baja, refiere que casi no sale y tiene pocas amistades pero que antes si era mas sociable y la dejaban salir más.

**11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.** A través de sus creencias y valores actúa ya que le da pertenencia a una religión que es la que practica.

**12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.** Refiere que si tiene deseos de mejorar su estilo de vida pero que su gordura en cierta forma se lo impide, refiere por mi aspecto.

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

**14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

En la utilización del tiempo en forma útil, eficaz y valorizadora, en las necesidades de actividades de esparcimiento y en adquirir conocimientos esta en la mejor disposición de dar lo mejor que pueda ya que refiere que desea salir adelante, que quiere ser una mejor persona para dar lo mejor de ella. Aunque por el momento le cuesta mucho trabajo.

NECESIDAD	DATOS	
	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
1. Respirar normalmente	Respiración 20x´ Pulso 62 x´ T/A 90/60	Refiere "siento en ocasiones dificultad para respirar".
2. Alimentarse e hidratarse	Peso 67.700kg Talla 1.49 mt	Refiere "como más frijol, tortilla, pan, frituras y en menos cantidad carnes, frutas y verduras.
3. Eliminar residuos corporales	Heces duras, orina concentrada amarilla.	Refiere "tomo 3 o 4 vasos de agua al día, evacuo cada tercer día.
4. Moverse mantener postura correcta	Al caminar se encorva un poco, camina lento	Dice "camino muy poco, por lo regular me la pasé sentada, o a veces mucho rato de pie.

NECESIDAD	DATOS	
	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
5. Dormir y descansar	Se observa fascie cansada, duerme entre 11 y 12 de la noche.	En sus horas de sueño dice que no descansa y a veces se despierta por la noche con miedo y ansiedad.
6. Vestirse y desnudarse	Es capaz de vestirse y desnudarse por si sola	Refiere "no tengo motivos para arreglarme sola"
7.- Mantener temperatura corporal mediante selección de ropa y modificación en su entorno.	Su temperatura corporal es de 36°C y sus manos y pies se encuentran por lo regular fríos.	Su familiar refiere que casi siempre trae puesto un suéter haga frío o calor.
8. Mantener el cuerpo limpio, aseado, cuidado y los tegumentos protegidos.	Se le observa en su persona desaliñada, uñas y pelo descuidado y maltratado.	Refiere bañarse cada tercer día o a veces cada cinco días.
9. Evitar los peligros y mantener una integridad física y mental.	Se le observa con baja autoestima, no se mira al espejo.	Refiere "estoy gorda" "no sirvo para nada" "como para sentirme bien y no me hagan daño".

NECESIDAD	DATOS	
	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
10. Comunicarse, expresar emociones, necesidades, temores u opiniones	Habla en tono bajo, ubica tiempo y espacio, no expresa totalmente sus sentimientos.	Refiere "como para no hablar de mis sentimientos temo decir algo que pueda lastimar a mi familia.
11. Actuar de acuerdo a creencias y valores.		Practica la religión católica.
12. Preocuparse de su propia realización y conservar la estima		Refiere sí tener deseos de realizarse como persona.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa		Refiere cansancio al hacer esfuerzo físico y le gusta jugar básquetbol, pero no lo practica.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud y utilizar los recursos sanitarios disponibles.	Se le observa interesada en mejorar su estado de salud.	En la utilización del tiempo en forma útil, eficaz y valorizadora esta en la mejor disposición de dar lo mejor que pueda ya que refiere que desea salir adelante.



### 5.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
Respirar normalmente. Moverse mantener una postura correcta	Peso 67.700kg Talla 1.49 mt. Dice "camino muy poco, por lo regular me la pasó sentada.	<b>Alteración de la nutrición por exceso relacionado con inactividad manifestado por un peso corporal mayor al 20% en relación con su talla y constitución corporal.</b>
Dormir y descansar	Fascie cansada, se despierta por las noches por que siente que algo le pueda pasar a su familia, duerme entre 11 y 12 de la noche.	<b>Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por fascie cansada, refiere despertarse una o dos veces por la noche, refiere cansancio.</b>
Evitar los peligros	Se le observa con baja autoestima, no se mira al espejo. Refiere "estoy gorda" "no sirvo para nada" "como para sentirme bien y no me hagan daño".	<b>Trastorno de la autoestima relacionado con su problema de obesidad, manifestado por verbalizaciones como sentirse gorda, "como para sentirme bien".</b>

NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
<p>Vestirse y desnudarse. Mantener el cuerpo limpio, aseado, cuidado y los tegumentos protegidos.</p>	<p>Refiere “no tengo motivos para arreglarme. Se le observa en su persona desaliñada, uñas y pelo descuidado y maltratado.</p>	<p><b>Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado por deterioro perceptivo, manifestado por desaliño de la persona y referir no tener motivos para arreglarse.</b></p>
<p>Eliminar residuos corporales. Alimentarse e hidratarse.</p>	<p>Refiere ingerir 3 o 4 vasos de agua al día y baja ingesta de frutas y verduras, además de referir evacuar cada tercer día.</p>	<p><b>Riesgo de estreñimiento relacionado con la baja ingesta de líquidos y fibra además de poca actividad física manifestado por heces duras y evacuaciones cada tercer día.</b></p>
<p>Comunicarse</p>	<p>Habla en tono bajo de voz, no expresa totalmente sus sentimientos, refiere que al hablar pueda decir algo que pueda lastimar a mi familia.</p>	<p><b>Deterioro de la interacción social relacionado con barreras de la comunicación, manifestado por temor de hablar, tono bajo de voz, no expresa sentimientos.</b></p>

#### 5.4 PLAN DE INTERVENCIÓN CON FUNDAMENTACION CIENTÍFICA

**DIAGNOSTICO:** Alteración de la nutrición por exceso relacionado con inactividad manifestado por un peso corporal mayor al 20% en relación con su talla y constitución corporal.

##### **OBJETIVO.**

- Identificará la relación existente entre el nivel de actividad y el gasto energético.
- Aumentará el gasto energético realizando cada día algún tipo de actividad física regular.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Ayuda para la disminución de peso	<p>Establecer un plan en el cual el paciente disminuya la ingesta de alimentos como las frituras y la cantidad de pan y tortilla, por ejemplo si come 9 tortillas al día, que consuma 6. Aumentará el consumo de frutas y verduras de temporada y que estén al alcance de sus recursos económicos se le recomendará la lechuga, repollo, zanahorias, naranja. Se hará en 1 día para realizarlo durante dos semanas.</p> <p>Se hablará sobre evitar comidas abundantes tres veces al día; y se programarán ingestas frecuentes 5 o 6 al día y de poca cantidad, esto con el apoyo de su familia.</p> <p>Se recomendará que participe en al menos una actividad de gasto energético como la caminata, tres veces por semana, durante dos semanas, de media hora a 45 minutos. En la caminata se realizan periodos de tiempo 3 a 5 minutos en los que se va aumentando de velocidad en la caminata y luego se vuelve a disminuir y así sucesivamente.</p>	<p>Cualquier aumento en la actividad física aumenta el gasto energético y el déficit calórico en una persona que siga un régimen dietético de reducción de calorías.</p> <p>El consumo frecuente y en poca cantidad favorece una mejor metabolización del organismo.</p>

	<p><b>Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales internas y externas asociadas con el comer. Se le pedirá a los tres días de estar con el plan de alimentación que escriba en una hoja lo que ella crea que la motiva a comer, lo que siente y los factores que la rodean en este caso de su familia.</b></p>	<p><b>Ayudar al paciente a identificar los factores internos y externos, pueden aumentar su motivación interna para sobreponerse a ellos.</b>          La planeación en un instrumento que nos permite visualizar de forma clara nuestros proyectos para alcanzar las metas establecidas.</p>
<p>Modificación de la conducta</p>	<p>Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla, se hará cada tres días y se le pedirá que escriba en una hoja del color que más le guste una cualidad que le permita continuar con el plan de alimentación determinado.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por deseables, escribirá en una hoja en blanco los que considera como malos hábitos y buenos hábitos en la alimentación, después se hablará sobre la importancia de reforzar los buenos hábitos y motivarla para que exprese lo que considere importante para ponerlo en práctica durante una semana.</p>	<p>La identificación y reducción de respuestas inapropiadas o destructivas ante las tensiones puede ser el factor crítico para una buena pérdida y conservación de peso.</p>

**EVALUACION.** Se realizaron las actividades programadas en las cuales se cumplieron en un alto porcentaje, ya que sí acepto salir a caminar los días miércoles, viernes y sábados, identificó los factores que afectan su salud, pero también los que favorecen su buenos hábitos de alimentación, quedándose con nuevo conocimiento de si misma.

**DIAGNOSTICO: Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por fascie cansada, refiere despertarse una o dos veces por la noche, refiere cansancio.**

**OBJETIVO.**

Recuperar su patrón de sueño e identificar los factores que alteran su patrón de sueño, realizará técnicas de relajación.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Fomentar el sueño	<p>Explicar la importancia de un sueño adecuado durante situaciones que causen estrés en Rocío, esto se realizará mediante una charla en el segundo día de que se inició el plan.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica de inducción de sueño, mediante una plática por la tarde. Se le va a recomendar la importancia del uso de ropa limpia y cómoda para dormir ya que esto permitirá una mayor relajación de nuestro cuerpo. Se reforzará para que continúe con el uso de tés para relajar como lo es la flor de tila (tres o cuatro flores en un pocillo u olla de un cuarto de litro por las noches con un poco de azúcar si así lo prefiere; por nueve días tomar media taza de este té).</p>	<p>Esto desarrolla en la persona más conciencia sobre las situaciones de estrés para poder combatir las.</p> <p>La terapia de relajación ayuda a reducir la ansiedad que interfiere con el sueño.</p>

<p>Disminución de la ansiedad</p>	<p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación como lo es la respiración profunda. Se ensaya primero una respiración profunda en la que se le pedirá que se ponga de pie para iniciar una inhalación de aire por la nariz para que el aire lo sienta desde el estómago que se “infe” y sostener la inspiración unos segundos y exhalar suavemente hasta que el estómago esté contraído. Repetir lo anterior por tres veces, y decirle que este procedimiento va a permitir una mayor oxigenación al nuestro cuerpo permitiendo así la relajación de nuestros músculos.</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, por medio de una plática sobre la importancia de hablar y/o escribir sobre lo que sentimos. Esto se realizará cada semana.</p>	<p>Esto nos va a permitir liberarnos de algunas situaciones que nos parecen muy difíciles de nuestra vida.</p> <p>Permitirá animar y motivar al paciente para continuar sus esfuerzos de mejoría, ya que reforzará su percepción de sí misma y lo que puede realizar.</p>
-----------------------------------	--	---

**EVALUACION.** Durante el proceso Rocío se observo con buena disposición y realizó todas las acciones en las que se dió cuenta según refiere “me ayudó a darme cuenta de muchas cosas y que en verdad al hablarlo pesan menos las situaciones difíciles que han marcado nuestra vida”, refiere que ya ha descansado un poco más por las noches y su semblante se observa mas fresco.

**DIAGNOSTICO: Trastorno de la autoestima relacionado con su problema de obesidad, manifestado por verbalizaciones como sentirse gorda, “como para sentirme bien”.**

**OBJETIVO.**

Realizará una valoración realista de sus capacidades y limitaciones, expresando pensamientos positivos hacia sí misma ya sus capacidades.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Potenciación de la autoestima</p>	<p>Animar a la paciente a identificar sus virtudes, por medio de una plática para que pueda expresar o escribir alguna cualidad que identifique en su persona, esto se realizará cada tercer día (martes y jueves).</p> <p>Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta, entre lo que más se enfatizará será en la aceptación no total pero que le vaya ayudando, primero a enfrentar su realidad para aceptar con el tiempo que se puede mejorar y que es un proceso que se lleva tiempo, se le va a pedir que se mire más al espejo y no se refiera a ella en tono despectivo, que se mire al espejo y se diga que puede lograr mejorar pero va a ser con un poco de esfuerzo y dedicación, esto se realizará todos los días al levantarse a partir de la segunda semana de que se haya iniciado el proceso.</p> <p>Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo.</p> <p>Considerar a la familia como grupo de apoyo, fomentando su participación activa en el plan terapéutico en la medida de sus posibilidades y deseos y los del usuario. Esto se realizará al tercer día de que se haya iniciado el plan y se seguirá cada semana.</p>	<p>La autoestima es una sensación individual de valor propio que se basa tanto en factores internos como externos.</p> <p>La imagen corporal se construye partir de las percepciones de una persona, tanto interna como externamente. Incluye sentimientos y actitudes hacia el cuerpo. La imagen corporal está influida por puntos de vista personales de las características físicas y las capacidades y por las percepciones de los puntos de vista de los demás.</p>

**EVALUACIÓN.** Se realizaron las actividades propuestas, observándose cooperación tanto de Rocío como de su familia, aunque durante el proceso se observó cierto desaliento para continuar con el proceso ya que Rocío refirió que le estaba costando mucho trabajo, que su familia esta a la expectativa de lo que va a suceder con ella y refiere también cierto temor de no lograr el objetivo por su falta de fuerza de voluntad.

**DIAGNOSTICO: Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado por deterioro perceptivo, manifestado por desaliño de la persona y referir no tener motivos para arreglarse.**

**OBJETIVO.**

Aumentará su capacidad para vestirse/acicalarse identificado el origen de la dificultad y los recursos con los que cuenta para superarla.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>Potenciación de la imagen corporal</p>	<p>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. Expresando en forma verbal después de una charla sobre la importancia que tiene el ser humano como ser único, individual e irreplicable capaz de cambiar en su persona física y psíquica para mejorar su entorno interno y reflejarlo hacia los demás sin importar lo que se imagine lo que están pensando otras personas sobre ella, motivarla por medio de charlas sobre la importancia de la utilización de colores que favorecen aumento de la autoestima en su vestir y arreglarse, apoyando con los recursos con los que cuenta con apoyo de sus familiares, esta actividad se realizará y valorará cada semana. Ayudar al paciente a identificar y realizar acciones que mejoren su aspecto. Realizará una lista después de dos semanas de iniciado el proceso para que tenga mayor claridad de pensamiento sobre su persona.</p> <p>Implicar a la familia en actividades de ayuda según sus propios deseos y los de la persona. Se harán tres charlas durante el proceso para motivarlos a que continúen apoyando el esfuerzo realizado por Rocío y ayude a mejorar su estilo de vida.</p>	<p>Reforzar su capacidad cognitiva hace que se valore de forma auténtica aumentando más seguridad en si misma</p> <p>El apoyo familiar es de gran importancia ya que este proporciona seguridad y confianza de poder lograr su objetivo y es un estímulo positivo de lucha para su enfermedad.</p>

**EVALUACIÓN.** Al realizar las actividades propuestas al principio del proceso qué difícil ya que en este aspecto presentó cierta resistencia debido a que en la primera sesión refiere que sintió que queríamos burlarnos de ella, ya a partir de la segunda semana se mostró con más aceptación de mi apoyo y el de su familia.



**DIAGNOSTICO: Riesgo de estreñimiento relacionado con la baja ingesta de líquidos y fibra además de poca actividad física manifestado por heces duras y evacuaciones cada tercer día.**

**OBJETIVO.**

Desarrollará habilidad para controlar las causas del problema identificando la relación entre sus hábitos higiénico-dietéticos y su patrón intestinal actual.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Entrenamiento intestinal</p> <p>Cambios en los hábitos de alimentación</p>	<p>Revisar la rutina diaria e incluir la hora de defecación como parte de ella; aconsejar programarla a la misma hora, aprovechando el reflejo gástrico (aproximadamente 30 minutos después del desayuno) dedicando un tiempo de 15 a 20 minutos aunque no se produzca la defecación.</p> <p>Fomentar el uso de la taza de WC con las caderas y rodillas flexionadas, a fin de adoptar una posición en semicuclillas.</p> <p>Alimentos ricos en residuos y fibras (frutas, verduras, hortalizas, cereales) tomando en cuenta las preferencias y recursos económicos de la persona. Se hará por medio de charlas (3) durante las cuales se hará hincapié en la importancia de incluir en la comida por ejemplo: zanahoria, calabaza, ejotes, chayote, lechuga, repollo, manzana, guayaba, papaya, melón.</p> <p>La ingesta de 6 a 8 vasos de agua natural o de sabor sin azúcar, diariamente. Se realizará a partir del segundo día de que se haya iniciado el proceso. Se le recomendará que tenga vasos de agua en los lugares de su casa en donde este más tiempo, por ejemplo en la sala, en su habitación.</p>	<p>El reflejo gástrico va ayudar a que se produzca la defecación en un tiempo determinado.</p> <p>La posición en semicuclillas permite que haya un mejor vaciamiento del intestino, así como el consumo de fibra.</p>
<p><b>EVALUACIÓN.</b> Durante el proceso, las acciones en las que Rocío participó se le observó con disposición, con dedicación para mejorar este aspecto de su salud, en la revisión de su rutina intestinal ella se dió cuenta por medio de una lista que realizó en una hoja de papel de que había ciertos aspectos en los que ella tenía el control para mejorar su estado de salud.</p>		

**DIAGNOSTICO: Deterioro de la interacción social relacionado con barreras de la comunicación, manifestado por temor de hablar, tono bajo de voz, no expresa sentimientos.**

**OBJETIVO.**

Identificará las razones de su dificultad para mantener un intercambio social satisfactorio.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Potenciación de la conciencia de sí misma.	Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí misma, por medio de una charla en la cual expresará lo que ella piensa sobre sus valores que le son más importantes. Explorar con la paciente la necesidad de control. Se charlará con ella sobre aspectos que considere que intervienen en su control, ya sea en su alimentación, en su vestir o en su actuar.	Estas medidas permiten al paciente ejercer un control y aplicar formas de conducta de superación positiva.
Potenciación de la socialización	Animar a la paciente a cambiar de ambiente como salir a caminar, se acompañará a caminar y se le invitará a que cultive sus amistades para que ellas sean un apoyo más durante su proceso de mejora del estado de salud, se le recomendará para que les escriba alguna tarjeta o las invite a platicar de sus inquietudes y escuche las que ellas le quieran decir. Se realizará durante la segunda semana del proceso. Fomentar las actividades de enriquecimiento personal que a ella le gustan y tenga acceso a ellas como leer y/o hacer algunos trabajos manuales.	El ejercicio físico incrementa el metabolismo y ayuda a quemar calorías ingeridas en forma de alimento. También proporciona una sensación de bienestar.  Las actividades son útiles para que la paciente busque formas alternativas que le ayuden a distraer la ingestión excesiva de comida, así como opciones de distraerse para evitar el estrés.

**EVALUACIÓN.** Las acciones fueron realizadas con un poco de dificultad ya que Rocío en ocasiones refirió que no tenía sentido, o que se sentía sin ganas, pero al final logramos salir con apoyo de sus familiares principalmente su mamá, realizó un cuadro de punto de cruz sencillo, y al final del proceso refirió que se sentía con más armas para seguir luchando, se le regalo un libro de superación personal para que lo leyera en los momentos en que se sintiera un poco triste, que comprendió que al final, aunque la gente que la quiera y esté a su alrededor si ella no pone de su parte nada se logrará, que ella es la única de quien depende pedir ayuda cuando la necesite. Se le sugirió que acudiera con un especialista (psicólogo /a) si llegaba nuevamente o observársele con datos de depresión.

## VI. CONCLUSIONES

Para la mujer existen agravantes de tipo biológico y cultural relacionados con su género, tales como embarazo, parto, puerperio, lactancia, menstruación y en algunas sociedades su propio derecho en el interior de la familia. Esto en determinadas etapas de la vida, propicia problemas como pueden ser anemia, desnutrición o bien como es el caso que nos ocupa excesos de aportes energéticos que se traducen en sobrepeso y obesidad con sus respectivas consecuencias. En forma aparentemente paradójica, se ha encontrado que las mujeres que han desarrollado desnutrición durante la infancia, tiene más probabilidades de presentar sobrepeso u obesidad en etapas posteriores de su vida.

El sobrepeso y obesidad, no tienen que ver sólo con estética o una apariencia que nos guste, sino que son el principal factor asociado a la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y problemas cardiovasculares, y juegan un papel muy importante en la presentación de hiperlipidemias, enfermedades músculo esqueléticas, cáncer de mama y de colon.

La gente que sufre de sobrepeso y obesidad ha sido objeto de bromas y ocasionalmente discriminación, se les ha considerado culpables de sufrir su condición, mientras que la verdad es que han sido víctimas de una enfermedad que afecta no solo el aspecto físico de la vida, sino también el emocional y el conductual, una enfermedad que ahora es considerada y tratada como "una enfermedad mortal, crónica y progresiva de proporciones epidémicas"

Las causas son variadas, pero lo que probablemente más ha influido es la adquisición de nuevos hábitos de alimentación, con la llamada comida chatarra, el efecto pernicioso de la televisión y actualmente las computadoras, que han reducido mucho la actividad física.

Las personas que se sobrealimentan en respuesta a ciertos estados emocionales han aprendido a relacionarlos con actos de comida. En algún momento, tal vez durante la infancia, aprendieron que una comida copiosa es la manera de celebrar un evento alegre, o aprendieron a sentirse mejor cuando las cosas no iban tan bien, o encuentran placer en la comida cuando se sentían nerviosos o aburridos.

Por tanto es importante considerar al obeso como un sujeto enfermo que debe ser atendido y no debe esperar a que aparezcan enfermedades agregadas para tomar medidas terapéuticas.

Es importante que el paciente entienda que con el seguimiento exclusivo de la dieta se no ha resuelto el problema, sino que debe comprender que al igual que la adquisición de hábitos alimentarios inadecuados fue un proceso a lo largo del tiempo, lo mismo ocurre con el aprendizaje de hábitos nuevos que le permitan tener una alimentación equilibrada de acuerdo con sus necesidades.

Es importante que se sienta motivado para perder peso; no es lo mismo que una persona quiera perder peso por razones estéticas que la que necesita perder peso por razones médicas. Asimismo, usted necesita saber en qué medida la alimentación, el consumo de bebidas, los hábitos de evacuación, el sedentarismo, etc. contribuyen al mantenimiento de su sobrepeso, ya que para el control del mismo necesita ejercer control sobre todos y cada uno de los factores que regulan no sólo su apetito, sino también su exceso de peso. El paciente obeso debe aprender a controlar su ingestión, así como sus hábitos de consumo, sus relaciones sociales, su lugar, su tiempo, actividades de comida, etc. Y además los cambios que vaya logrando debe mantenerlos durante toda su vida.

La obesidad debe considerarse como una enfermedad y no como la consecuencia de falta de voluntad o de carácter. Considerada así, los pacientes que la padecen, deben admitir que su tratamiento exige de constancia, tiempo, dedicación y que el objetivo que se pretende no es la curación, sino el control, por lo que como en cualquier enfermedad crónica, la suspensión del tratamiento necesariamente traerá como consecuencia la recurrencia de la enfermedad.

## SUGERENCIAS

- Que en la Institución Educativa se aborde el problema de salud como la enfermedad que es la obesidad y se le dé la importancia que corresponde, ya que va en aumento y es la causante de varias enfermedades.
- Se sugiere que en la Institución exista una área específica de salud para que valore, diagnostique y trate a las y los alumnas(os) que requieran este tipo de atención; así como la concientización en los demás alumnas(os).
- Que se implemente en la metodología como enfermedad de importancia, y sea parte fundamental en la temática de la Institución.

## VII. BIBLIOGRAFIA

Pérez Gallo. Marvan L. Manual de de Dietas Normales y Terapéuticas. Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana 2000.

B. Kosier. G. Erb .K.Blains.JM.Wilkinson.Fundamentos de Enfermería Conceptos, proceso y práctica. 5ª edición actualizada, Vol. 2, Mc-Graw-Hill 1999.

P. Cervera.J.Clapes. R.Rigolfas. Alimentación y dietoterapia. Mc-Graw-Hill 1993.

Lexus Editores, Manual de Enfermería, 2003.

Esther Casnueva. Martha Kaufer-Horwintz. Ana Berta Pérez-Lizaur. Pedro Arroyo. Nutriología Médica. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana.Fundación Mexicana para la Salud. 2001.

Harcourt. Mosby.Potter· Perry. Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición, Vol. I, 2002.

L.J.Carpenito. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería Diagnósticos de Enfermería y Problemas Asociados. Mc-Graw-Hill Interamericana, 1994.

Proceso de Enfermería. Antología 1997.

B. Kosier. G. Erb .K.Blains.JM.Wilkinson.Fundamentos de Enfermería Conceptos, proceso y práctica. 5ª edición actualizada, Vol. 1, Mc-Graw-Hill 1999.

Lexus Editores. Manual de Enfermería. España 2003.

Ann Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera Edición. Mosby/Doyma libros, 1994.

ENEO. Teorías y Modelos para la Atención en Enfermería. Antología, 1998.

Satir, V. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman 1981.

Enciclopedia de Psicología, Editorial Océano, 2003 España.

Susan Pick de Weiss. Elvia Vargas Trujillo. Yo adolescente, respuestas claras a mis grandes dudas. Editorial Ariel Escolar Planeta México, reimpresión 1996, 3ª edición.

Ann Marriner-Tomey. Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Quinta edición, Mosby 2003.

Manual de Enfermería, Océano Centrum, 2002, España.

L.J. Cardenito. Diagnósticos de Enfermería Aplicados a la Práctica. Mc-Graw-Hill INTERAMERICANA, 9ª Edición, 2003.

L. J. Cardenito. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Mc-Graw-Hill INTERAMERICANA 1994.

Universidad Nacional Autónoma de México, Proceso de Enfermería, Antología 1997.

## VIII. GLOSARIO DE TERMINOS

**OBESIDAD:** Aumento anormal en la proporción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo. Puede ser exógena o endógena.

**OBESIDAD EXÓGENA:** Obesidad debida a una ingesta calòrica superior a la necesaria para cubrir las necesidades metabólicas del organismo.

**OBESIDAD ENDÓGENA:** Obesidad producida por la disfunción de los sistemas endocrino o metabólico.

**PROCESO:** Serie de acontecimientos relacionados entre sí que se suceden consecutivamente desde un estado o situación determinados hasta la conclusión o resolución.

**DIETA:** Alimentos y bebidas consideradas desde el punto de vista de sus cualidades nutritivas, su composición y sus efectos sobre la salud. Nutrientes prescritos, regulados o restringidos con fines terapéuticos o de otro tipo.

**NUTRICIÓN:** Alimentación. Conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud. Estudio de los alimentos en relación al crecimiento y mantenimiento de los organismos vivos.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.** Consiste en un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad.

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA:** Proceso continua pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

**AUTOESTIMA:** Sensación individual de valor propio que se basa tanto en factores internos como externos.

**TEORIA:** Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar o predecir.



**CONCEPTO:** Formulación mental compleja de un objeto, característica o hecho que se deriva de la experiencia perceptiva individual.

**MODELO:** Es una representación simplificada de una teoría o de ciertos eventos complejos, estructuras o sistemas. Son representaciones selectivas del mundo empírico con las cuales tiene que ver el científico. El modelo es una idea que se explica mediante una simbolización simbólica y física ya que pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos.

**FILOSOFÍA:** Ciencia que investiga las causas y leyes que subyacen tras la realidad e indaga sobre la naturaleza de las cosas basándose más en un razonamiento lógico que en métodos empíricos.

**CIENCIA:** Es la observación, identificación, descripción e investigación experimental y teórica de los fenómenos naturales. Es un conjunto de conocimientos.

**CONOCIMIENTO:** Es la conciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje o de la investigación.

## **IX. ANEXOS**

## ANEXO 1

### VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Valoración de Enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

#### 1.- VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Familiar/persona para contactar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ Ta \_\_\_\_\_ F.R \_\_\_\_\_

Piel:

Color: normal \_\_\_\_\_ pálida \_\_\_\_\_ cianótica \_\_\_\_\_ otras \_\_\_\_\_

Edemas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ descripción/localización \_\_\_\_\_

Lesiones: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ descripción/localización \_\_\_\_\_

Prurito: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ descripción /localización \_\_\_\_\_

Sentidos corporales: vista \_\_\_\_\_ oído \_\_\_\_\_

Olfato \_\_\_\_\_ gusto \_\_\_\_\_ tacto \_\_\_\_\_

Enfermedades graves/operacionales: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cuales \_\_\_\_\_

Secuelas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_ abuso de alcohol \_\_\_\_\_ cafetismo \_\_\_\_\_ uso de sustancias  
toxicas \_\_\_\_\_ diabetes \_\_\_\_\_ HTA \_\_\_\_\_ alergias \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

## II.- VALORACIÓN POR NECESIDADES

### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración:

Frecuencia \_\_\_\_\_/min.

Calidad: normal \_\_\_ superficial \_\_\_ rápida \_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Ruidos a la auscultación: si \_\_\_ no \_\_\_ descripción/localización \_\_\_\_\_

Tos: si \_\_\_ no \_\_\_ Secreciones: si \_\_\_ no \_\_\_ Dolor al respirar: si \_\_\_ no \_\_\_

Tabaco: si \_\_\_ no \_\_\_ Lo dejo especificar fecha \_\_\_\_\_

Consumo: < de 1 paquete al día \_\_\_\_\_ 1-2 paquetes al día \_\_\_\_\_

> de 2 paquetes al día \_\_\_\_\_

Otras drogas: si \_\_\_ no \_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia respiratoria? si \_\_\_ no \_\_\_ ¿De que tipo? \_\_\_\_\_

T.A. \_\_\_\_\_ F.C \_\_\_\_\_ Pulso: fuerte \_\_\_ débil \_\_\_ regular \_\_\_ irregular \_\_\_\_\_

### 2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

Ingesta habitual:

Desayuno \_\_\_\_\_

Comida \_\_\_\_\_

Merienda \_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_

Dieta especial: si \_\_\_ no \_\_\_ Tipo de dieta \_\_\_\_\_

Ingesta de líquidos: < de 1 litro/día \_\_\_\_\_ 1-2 litros/día \_\_\_\_\_ > de 2 litros/día \_\_\_\_\_

Intolerancia a los alimentos: si \_\_\_ no \_\_\_

¿cuales? \_\_\_\_\_

Apetito: normal\_\_\_ disminuido\_\_\_ aumentado\_\_\_ náuseas\_\_\_ vómito\_\_\_  
Fluctuación de peso (últimos seis meses): si\_\_\_ no\_\_\_ kg. Ganados/perdidos\_\_\_

Problemas de:

Masticación: si\_\_\_ no\_\_\_ Usa prótesis dental\_\_\_\_\_

Deglución: si\_\_\_ no\_\_\_ sólidos\_\_\_\_\_ líquidos\_\_\_\_\_  
ambos\_\_\_\_\_

Digestión: si\_\_\_ no\_\_\_ Tipo: gases\_\_\_\_\_ ardor\_\_\_\_\_ pesadez\_\_\_\_\_ dolores\_\_\_\_\_  
otros\_\_\_\_\_

Prótesis dental: si\_\_\_ no\_\_\_ superior\_\_\_\_\_ inferior\_\_\_\_\_

¿La piel esta hidratada? (cuando se pellizca, ¿la marca dura un rato?) si\_\_\_ no\_\_\_

¿Come entre comidas?: rara vez\_\_\_\_\_ con frecuencia\_\_\_\_\_  
con mucha frecuencia\_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda?: preparar comida\_\_\_ comer\_\_\_ trocear lo alimentos\_\_\_\_\_

### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia\_\_\_\_\_

Estreñimiento \_\_\_\_\_ diarrea\_\_\_\_\_ incontinencia\_\_\_\_\_

Ostomía: si\_\_\_ no\_\_\_ tipo\_\_\_\_\_ autocuidado: si\_\_\_ no\_\_\_

Problemas de: hemorroides\_\_\_ sangrado\_\_\_ heces negras\_\_\_ otros\_\_\_\_\_

Uso de laxantes o rutinas: si\_\_\_ no\_\_\_ ayudas  
empleadas\_\_\_\_\_

Urinaria:

Frecuencia\_\_\_\_\_

Disuria\_\_\_\_\_ nicturia\_\_\_\_\_ retención\_\_\_\_\_ incontinencia\_\_\_\_\_  
pañal\_\_\_\_\_

Color: amarillo claro\_\_\_\_\_ amarillo oscuro\_\_\_\_\_ naranja\_\_\_\_\_ rojo\_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

¿cuál?\_\_\_\_\_

Sonda vesical\_\_\_\_\_ fecha de último sondaje\_\_\_\_\_

Cutánea:

Sudoración cutánea: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ sudoración profusa: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Menstruación: regular\_\_\_\_\_ irregular\_\_\_\_\_ abundante\_\_\_\_\_ dolorosa\_\_\_\_\_

Secreciones vaginales: aspecto\_\_\_\_\_ abundantes: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

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

Expresión facial: adecuado\_\_\_\_\_ alerta\_\_\_\_\_ inexpresivo\_\_\_\_\_ hostil\_\_\_\_\_  
inadecuado\_\_\_\_\_

Comportamiento motor inhibido: inhibición\_\_\_\_\_ agitación\_\_\_\_\_ temblores\_\_\_\_\_

Rigidez\_\_\_\_\_ incoordinación\_\_\_\_\_ inquietud\_\_\_\_\_ tics\_\_\_\_\_

Postura: erecto\_\_\_\_\_ decaído\_\_\_\_\_

Modo de andar: normal\_\_\_\_\_ acelerado\_\_\_\_\_ tambaleante\_\_\_\_\_ lento\_\_\_\_\_

Limitaciones físicas: temporales\_\_\_\_\_ permanentes\_\_\_\_\_

¿cuáles?\_\_\_\_\_

Aparatos de ayuda: ninguno\_\_\_\_\_ bastón\_\_\_\_\_ muletas\_\_\_\_\_ andador\_\_\_\_\_

otros\_\_\_\_\_

Vértigo: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ ¿siente dolor o rigidez articular? Si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿practica algún deporte? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### 5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno \_\_\_\_\_ otros descansos \_\_\_\_\_

Problemas de sueño:

Al inicio \_\_\_ interrumpido \_\_\_ (número de veces \_\_\_\_\_) despertar temprano \_\_\_\_\_

Sueño excesivo \_\_\_ pesadillas \_\_\_ (tipo \_\_\_\_\_)

Sensación después de dormir: descansado \_\_\_ cansado \_\_\_ confuso \_\_\_ otros \_\_\_

Factores que afectan el sueño \_\_\_\_\_

Ayudas para favorecer el sueño: lectura \_\_\_ baño \_\_\_ fármacos \_\_\_ otros \_\_\_\_\_

#### 6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por mima (o)? si \_\_\_ no \_\_\_ con limitaciones \_\_\_\_\_

Alergias a determinado tejidos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca \_\_\_ bastante \_\_\_ mucha \_\_\_\_\_

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

Otros datos de interés \_\_\_\_\_

#### 7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal \_\_\_ hipotermia \_\_\_ hipertermia \_\_\_ Ta \_\_\_\_\_

Sudoración cutánea: si \_\_\_ no \_\_\_ ¿están fríos pies y manos? si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la Ta?

Si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

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

Hábitos de higiene corporal: baño\_\_\_ ducha\_\_\_ frecuencia\_\_\_\_\_

Cepillado de dientes: si\_\_\_ no\_\_\_ frecuencia\_\_\_\_\_

autónoma: si\_\_\_ no\_\_\_ necesita ayuda: si\_\_\_ no\_\_\_ especificar\_\_\_\_\_

Descuidado en: cabello\_\_\_ dientes\_\_\_ uñas\_\_\_ su piel es: seca\_\_\_ grasa\_\_\_\_\_

¿Ha notado alguna lesión? (úlceras, eccema) Descríbalo\_\_\_\_\_

Sus cabellos son: secos\_\_\_ grasos\_\_\_ se rompen con facilidad\_\_\_\_\_

¿Tiene últimamente tendencia a perder 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 a personas significativas)

Especificar\_\_\_\_\_

Alteraciones perceptivas: auditivas\_\_\_ tipo\_\_\_\_\_

Visuales\_\_\_ tipo\_\_\_\_\_

Táctiles\_\_\_ tipo\_\_\_\_\_

Olfativas\_\_\_ tipo\_\_\_\_\_



Localización de la percepción: interna\_\_\_\_\_ externa\_\_\_\_\_

Auto descripción de si mismo:

Alegre\_\_\_ triste\_\_\_ confiada\_\_\_ desconfiada\_\_\_ tímida\_\_\_ inquieta\_\_\_\_\_

Sobre: valoración de logros\_\_\_exageración de errores\_\_\_ infravaloración\_\_\_\_\_

Auto evaluación general y competencia personal: positiva\_\_\_\_\_ negativa\_\_\_\_\_

Sentimientos respecto a ello: inferioridad\_\_\_ superioridad\_\_\_ tristeza\_\_\_\_\_

Culpabilidad\_\_\_ inutilidad\_\_\_ impotencia\_\_\_ ansiedad\_\_\_ miedo\_\_\_\_\_

Rabia\_\_\_ depresión\_\_\_ otros\_\_\_\_\_

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si\_\_\_ no\_\_\_ cuales\_\_\_\_\_

El estado 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\_\_\_ tartamudeos\_\_\_ autista\_\_\_\_\_

Humor:

Deprimido\_\_\_ eufórico\_\_\_ ansioso\_\_\_ triste\_\_\_ fluctuante\_\_\_ apático\_\_\_ otros\_\_\_

Lenguaje:

Velocidad: rápido\_\_\_ lento\_\_\_ paroxístico\_\_\_

Cantidad: abundante\_\_\_ escaso\_\_\_ lacónico\_\_\_ verborreico\_\_\_

Tono y modulación: alterado\_\_\_ tranquilo\_\_\_ hostil\_\_\_

Vive: solo\_\_\_ acompañado\_\_\_ Lugar que ocupa en la familia. Rol\_\_\_

Personas más significativas\_\_\_\_\_

Principal confidente\_\_\_\_\_

Personas con las que se relaciona a diario\_\_\_\_\_

Su relación es: insatisfactoria\_\_\_ satisfactoria\_\_\_ indiferente\_\_\_

Tiempo que pasa solo y porque\_\_\_\_\_

Tiempo que pasa con sus amigos y compañeros \_\_\_\_\_

Sexualidad: ultima regla\_\_\_\_\_ anticoncepción: si\_\_\_ no\_\_\_

Método\_\_\_\_\_

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si\_\_\_ no\_\_\_

Motivos\_\_\_\_\_

No. de embarazos\_\_\_\_\_ realiza auto examen: si\_\_\_ no\_\_\_

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

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?\_\_\_\_\_

Religión: católica romana\_\_\_ romana\_\_\_ protestante\_\_\_ judía\_\_\_ otra\_\_\_

Desea realizar prácticas religiosas: si\_\_\_ no\_\_\_ ¿visita del capellán? si\_\_\_ no\_\_\_

En caso de no poder tomar decisiones, ¿qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?\_\_\_\_\_

## 12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría? Si\_\_\_ no\_\_\_

Si la respuesta es sí, explíquese\_\_\_\_\_

Problemas laborales: si\_\_\_ no\_\_\_ cuales\_\_\_\_\_

Tiempo dedicado al trabajo\_\_\_\_\_ tiempo dedicado al ocio\_\_\_\_\_

Capacidad de decisión: si\_\_\_ no\_\_\_ resolución de problemas: si\_\_\_ no\_\_\_

Grado de incapacitación personal atribuida\_\_\_\_\_

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

¿Reserva algún tiempo para divertirse? poco\_\_\_ mucho\_\_\_ suficiente\_\_\_\_\_

¿Cuál es su diversión preferida?\_\_\_\_\_

Perdida de interés por las actividades recreativas: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales\_\_\_\_\_

## 14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente\_\_\_\_\_ remota\_\_\_\_\_

Inteligencia general: adaptado al momento\_\_\_ retraso en el desarrollo\_\_\_

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta\_\_\_ escucha\_\_\_ interés\_\_\_ desinterés\_\_\_ propone alternativas\_\_\_

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si\_\_\_ no\_\_\_ cuál es\_\_\_\_\_

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

