



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

**“PROCESO DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN CASO DE OBESIDAD DE PRIMER
GRADO CON BASE AL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON”**

PRESENTA:

P. L. E. CRISTINA LOPEZ CHIÑAS.

ASESORA:

L. E. EVANGELINA CHAVEZ CARVAJAL

MORELIA, MICHOACÁN, ABRIL 2007

DIRECTIVOS

M.E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA ESCUELA.

L.E.D. Ma. DE JESÚS RUIZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADÉMICA.

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA.

JURADO.

**L. E. EVANGELINA CHAVEZ CARVAJAL
PRESIDENTE.**

**L.E.D. Ma. MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA
VOCAL. 1.**

**Dr. JOSE LUIS CALDERON RODRIGUEZ
VOCAL. 2.**

**Ing.
SUPLENTE.**

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme dado la sensibilidad para escoger la profesión más noble y por haberme permitido culminar uno de mis grandes sueños.

A MIS PADRES

Que siempre me han brindado su apoyo, comprensión y por que en todo momento han estado con migo en las buenas y en las malas y por compartir de igual manera mis alegrías y tristezas. Pero sobre todo por el apoyo y amor que siempre me han brindado, es por ello que este triunfo se los dedico a ustedes.

A MI HERMANO

Omar por tu confianza, cariño y apoyo que me has dado a lo largo de mi vida.

A TODOS MIS FAMILIARES

Gracias por el apoyo que me brindaron en los tiempos que mas los necesitaba especialmente a mis abuelitos por compartir con migo su seguridad confianza el juicio de la sabiduría que me impulsan para realizar buenas acciones.

A MI ASESORA

Por sus conocimientos, paciencia y tiempo brindado. Gracias maestra por su colaboración y apoyo en la realización de este trabajo.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

Por estar siempre con migo en las buenas y en las malas gracias por ayudarme en momentos difíciles que pase junto a ustedes.

A LA USUARIA O.R.A.

Por haberme brindado la confianza y así llevar a cabo mi Proceso de Atención de Enfermería.

A la familia García Nambo.

Doña Sandra, Pedro, Leyda, Amanda, Melisa y Veyda.

Por todo su apoyo desinteresado que me ofrecieron, sin importarles nada, y estar presente siempre cuando más los necesitaba. No hay palabras para agradecerles todo su apoyo y permitirme ser parte de su familia.

DEDICATORIA

A MI PADRE

Hoy deseo decirte muchas cosas, pienso en todo lo que me has dado y no encuentro palabras.

Se de tu diario sacrificio, callado, agotador, pero que tu realizas con fuerza, con decisión, que no sabes de tregua.

Se que eres capaz de darlo todo por mi, sin pedirme nada a cambio, si pedirme recompensa alguna.

Se que siempre podré encontrar en ti un amigo, un verdadero amigo, que nunca me decepcionara.

Se que sueles postergar tus cosas por mi, que realmente me quieres como a nadie.

Yo trato de no fallarte y te pido un favor, SE AMOS SIEMPRE AMIGOS.

A MI MADRE

Quiero agradecerte que estés en mi vida.

Se que puedo contar contigo en momentos difíciles, se que contigo puedo compartir mis alegrías, y se que nuestra amistad se sustenta en mutuo amor.

Que seas mi MAMA y mi AMIGA es el más preciado tesoro, que agradeceré a dios eternamente.

Gracias por llenar mi vida con tanta FELICIDAD

ÍNDICE

I.- Introducción.	1
II.- Justificación.	2
III.-Objetivos.	3
IV.-Metodología.	4
V.- Marco Teórico.	5
5.1.- Proceso Enfermero.	5
5.2.- Definición de Proceso de Enfermería.	6
5.3.- Etapas del Proceso de Enfermería.	6
5.3.1.-Valoración.	7
5.3.2.-Diagnóstico.	12
5.3.3.-Planeación.	20
5.3.4.-Ejecución.	23
5.3.5.-Evaluación.	26
5.4.-Virginia Henderson.	28
5.4.1.-Metaparadigma.	28
5.4.2.-Asunción del modelo	29
5.4.3.-Supuestos principales.	30
5.5.-Obesidad.	33
5.5.1.-Etiología de la obesidad	34
5.5.2.- Clasificación de la obesidad	36
5.5.3.-Tipos de obesidad	36
5.5.4.-Criterios para definir la obesidad	37
5.5.5.-Tratamiento medicamentoso de la obesidad.	38
5.5.6.-Tratamiento quirúrgico en la obesidad	52
5.5.7.-Manejo nutricio en la obesidad	55
5.5.8.-Tratamiento psicológico en la obesidad.	56
5.5.9.-Premención de la obesidad.	57
5.5.10.-Actividad física.	58
5.5.11.-Obesidad y riesgo para la salud.	59

VI.- Caso Clínico.	62
VII.-Metodología de Enfermería.	64
7.1.- Valoración por necesidades.	64
7.2.- Diagnóstico No. 1.	67
7.3.- Diagnóstico No. 2.	68
7.4.- Diagnóstico No. 3.	69
7.5.- Diagnóstico No. 4.	70
VIII.- Conclusiones y sugerencias	73
IX.- Anexos.	74
X.- Referencias Bibliográficas.	89

I.- INTRODUCCION

La realización de esta metodología del proceso atención enfermero es con la finalidad de brindar cuidados centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Este proceso es una serie de pasos que pueden relacionarse entre si. Aunque su estudio se realiza por separado.

VALORACION: Esta centrada en la recogida de información relativa al cliente, su familia y su entorno, con el propósito de identificar necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente.

DIAGNOSTICO ENFERMERO: Los datos recogidos son analizadas e interpretadas de forma critica. Se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas.

PLANIFICACION: se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnostico de enfermería.

EJECUCUION: Es el inicio y terminación de las acciones para logra los resultados definidos en la planificación. Implica la comunicación del plan a todas aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.

EVALUACION: Es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales.

Para la realización del presente proceso atención enfermero nos basamos en las 14 necesidades de Virginia Henderson de acuerdo a las necesidades de la usuaria O. R. A. donde también se hace mención de los siguientes apartados.

Justificación se da a conocer el motivo por el cual surgió la necesidad de realizar el PAE.

Otro apartado sus los objetivos, marco teórico en el que seda una generalización del PAE, la teoría de Virginia Henderson, la definición de la obesidad según la norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, "Para el manejo integral de la obesidad", su incidencia, complicaciones y sus desencadenantes.

Se presenta un caso clínico, donde posteriormente se lleva acabo la aplicación del proceso de atención de enfermería considerando las cinco etapas que lo comprenden

II.- JUSTIFICACIÓN.

La progresiva complejidad de la práctica de la enfermería en la sociedad moderna ha estimulado, en especial a partir del siglo XIX, la elaboración de diversas teorías sobre cuáles se han de cumplir los objetivos globales de esta profesión, así como el establecimiento de pautas capaces de definir de forma inequívoca las competencias y funciones propias del personal de enfermería, y criterios para evaluar la calidad de la asistencia prestada¹.

La aplicación del proceso de enfermería delimita el campo de acción de enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, donde el proceso de enfermería se centra en las respuestas humanas; y no solo compromete al individuo si no también a la familia y a la comunidad

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo siendo ya un problema de salud pública en las últimas décadas; volviéndose independiente al nivel socioeconómico. En México cada 10 personas tienen obesidad.

Por lo mencionado anteriormente, se justifica la importancia del proceso de enfermería, para tratar a la usuaria O. R. A. con diagnóstico médico de obesidad.

¹HERNANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método.
Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana.
Madrid, España 1999. p.p. 127—140.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención enfermero fundamentada en la teoría de Virginia Henderson a una usuaria con obesidad

OBJETIVO ESPECIFICO

La aplicación de la metodología del proceso atención enfermero para así lograr el título de licenciado en enfermería.

- Cuidado personalizado para favorecer el estado de salud del cliente
- Prevenir riesgos que con lleva la obesidad.
- Promover el cambio en su estilo de vida.

IV.- METODOLOGÍA

Este proceso de atención de enfermería se realizó en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson las cuales son:

- 1) Oxigenación.
- 2) Nutrición e hidratación.
- 3) Eliminación.
- 4) Moverse y mantenerse en buena postura.
- 5) Descanso y sueño.
- 6) Vestirse adecuadamente.
- 7) Termorregulación
- 8) Higiene y protección de la piel.
- 9) Evitar peligros.
- 10) Comunicación y sexualidad.
- 11) Vivir según sus creencias y valores.
- 12) Trabajar y realizarse.
- 13) Jugar y participar en actividades recreativas.
- 14) Aprendizaje.

Estas necesidades están relacionadas con distintas dimensiones del usuario: biológicas, sociales, culturales, espirituales y psicológicas.

V.- MARCO TEÓRICO.

5.1.- PROCESO DE ENFERMERÍA.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

A partir de la década de los cincuenta el Proceso de Enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada, adquiriendo un mayor reconocimiento en nuestro país. En 1955 Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, durante el transcurso de su conferencia empezó a desarrollar sus ideas acerca de su tema central: “la asistencia sanitaria es un proceso “. En este sentido definió como preposiciones fundamentales: “la asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente, y con el paciente”. Lydia Hall introdujo el concepto de proceso de enfermería, concebido en términos generales como el conjunto sistemático de acciones a llevar a cabo por el personal de enfermería para responder a las necesidades y problemas de salud que presenta el paciente.

En la década de los sesenta, la obra de I.J. Orlando su componente central fue “la relación dinámica enfermera—paciente“ lo que constituye la relación interpersonal, al proponer la realización de acciones deliberadas, estableciendo distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería; asimismo fue una de las primeras que utilizo el termino Proceso de la Asistencia Sanitaria, hoy conocido como Proceso de Enfermería².

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso enfermero. (PE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Lydia Hall (1955),

² HERNANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método.
Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana.
Madrid, España 1999. p.p. 127—140.

Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

5.2.- DEFINICIÓN DE PROCESO DE ENFERMERÍA.

Es un método sistemático para brindar cuidados humanistas eficientes centrados para el logro de objetivos de forma eficiente³. Una vez señalado se debe entender que es un procedimiento metódico de intervención práctica en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, y de carácter metodológico.

5.3.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

A continuación se explica pormenorizadamente la actuación de enfermería propia de cada una de las fases o etapas exponiendo de manera resumida sus principales objetivos y tareas.

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

³ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso-Enfermero Aplicación Actual 2ª Edición
Edit. Cuellar Méx. 2002. pag.29

5.3.1.- VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes⁴: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. 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. Cabe señalar que el primer paso de la fase de valoración, es la recogida de datos, que consiste en la acumulación de información subjetiva, objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primarias y secundarias.

Durante la fase de valoración ha de recopilarse datos subjetivos y datos objetivos, datos históricos, datos actuales.

Datos subjetivos: 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 el malestar general, debilidad, e impotencia.

Datos objetivos: es la que puede obtenerse y registrarse por medio de observaciones y técnicas desarrolladas por el personal de enfermería, de estos datos cabe citar como ejemplo la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia respiratoria o los aportados por la palpación y percusión de un órgano.

⁴ HERNANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método.
Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana.
Madrid, España 1999. pag. 132.

Datos históricos.- Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales.- Son datos sobre el problema de salud actual. Sin embargo, una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exige una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar, por tanto es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar que a su vez dependerá del modelo teórico de enfermería que se utilice para valorar al paciente.

El profesional de enfermería debe establecer prioridades para la recogida de datos utilizando métodos como: **la entrevista, la observación, y la exploración física.** Asimismo, los principios del razonamiento crítico favorecen la adquisición de una base de datos organizada, exacta y sistemática de cada paciente⁵.

5.3.1.1 Entrevista.

Una de las formas privilegiadas de recogida de información sobre un cliente es el encuentro con él en una entrevista. La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud, ante todo debe escogerse el momento oportuno para el cliente, respetando la hora de sus comidas, fatiga o durante su descanso o horas de sueño. Ha de prever también, al organizar su trabajo, espacios de tiempo lo suficientemente largos para que permita al usuario expresarse a su propio ritmo.

Igualmente la entrevista presupone, como cualquier otra interacción con el cliente, la capacidad de la enfermera para establecer, si es necesaria una relación de ayuda.

⁵ Manual de Enfermería.

Lexus Editores. Barcelona España. 2001

Esto significa que ha de manifestar actitudes de aceptación, de escucha, de respeto, y de empatía, que han de reflejarse en su comportamiento.

Fases de la entrevista:

La entrevista puede dividirse de distintas maneras, según el modo de análisis que se aplique a su desarrollo.

Preparación del material. (lugar, momento, intimidad, confort), y **la preparación organizativa** que llevan a la enfermera a acudir a distintas fuentes (historia clínica, otros profesionales), para recoger las informaciones previas.

La introducción. Momento en que se pone en marcha la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro. Es el momento en que la enfermera y el cliente entran en conocimiento uno del otro.

El desarrollo o cuerpo de la entrevista. Que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre el personal de enfermería y el usuario. Es el momento en que el personal de enfermería escucha y observa atentamente a la persona que se dirige.

La conclusión. Que lleva al personal de enfermería a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias al usuario por su colaboración, charlar informalmente y hacerle saber que ya tiene las informaciones necesarias.

En la entrevista la observación es un elemento primordial en los cuidados de enfermería, la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos. Se puede afirmar que, en los cuidados de enfermería la observación consisten considerar el cliente y a todo lo que se relaciona con él, con una atención expresa y continua que permita conocerlo mejor.

5.3.1.2 Observación.

La observación se fundamenta, por tanto, en la subjetividad del observador, la percepción es un proceso que nos impulsa a ver lo que hemos aprendido a ver y lo que esperamos ver. La observación pasa a través de los sentidos que ponen en contacto con el mundo exterior.

Sentidos implicados en la observación:

La vista. Aporta multitud de informaciones en relación con las características físicas de una persona, su fisonomía, mirada, o comportamientos, signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud, como, un rostro triste, agitación, edemas o erupción en la piel.

El oído. A través de este sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, quejidos, o determinados ruidos del cliente o usuario, como latidos de corazón, emisión de gases, tos, todo provocado por el ruido.

El tacto. Este desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo que permiten conocer determinados detalles, grosor o textura de la piel, calor de los miembros.

El olfato. Este sentido permite detectar olores que revelan el grado de limpieza del cliente o determinados procesos patológicos, como una infección de una úlcera, que produce un olor nauseabundo o el aliento de un diabético de tipo dulzón.

Para que la observación sea eficaz tiene que ser atenta y expresa, por eso en sus contactos con el cliente, el personal de enfermería debe hacer una abstracción de sus propias preocupaciones y centrarse en el cliente y en su entorno inmediato. Se tiene que evitar los contactos rutinarios y superficiales que entrañan el riesgo de que su observación sea interferida, por la falta de concentración y continuidad que puede

conducir a la enfermera a percepciones superficiales y fragmentarias, poco útiles para los cuidados de enfermería.

5.3.1.3 Exploración física.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ✓ **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- ✓ **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- ✓ **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- ✓ **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar⁶.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- ✓ **Desde la cabeza a los pies:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ✓ **Por sistemas corporales o aparatos:** nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- ✓ **Por patrones funcionales de salud:** permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Cabe señalar 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 paciente⁷.

5.3.2.- DIAGNÓSTICO.

Una vez realizada la valoración, el paso siguiente en el proceso de enfermería es el identificar las necesidades del paciente y la formación de los correspondientes diagnósticos enfermeros⁸. Debemos entender el diagnóstico de forma general, como un juicio acerca del problema de un paciente al que se llega mediante procesos

⁶ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso-Enfermero Aplicación Actual 2ª Edición
Edit. Cuellar Méx. 2002. pag.29

⁷ GRIFFITH Janet W. y CHISTENSEN Paula J. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías, y Modelos.
Edit. Manual Moderno México, D.F. 1993.

⁸ Manual de Enfermería.

Lexus Editores. Barcelona España. 2001

deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera (o)⁹.

En este sentido, el diagnosticar es entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por tanto, el diagnóstico preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención de enfermería, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para la realización.

Es conveniente recordar que existen tres tipos de funciones básicas de enfermería; las dependientes, las interdependientes, las independientes. Las primeras corresponden a todas las intervenciones que deben realizar las enfermeras (os) por indicación directa del médico. La actuación interdependiente corresponde a todos aquellos problemas o situaciones que deben abordarse desde un enfoque multidisciplinar cuyo tratamiento intervienen distintos profesionales sanitarios. Por último el personal de enfermería desempeña funciones propias e independientes, de las que se responsabiliza plenamente y que no requiere indicación ni supervisión médica.

En la década de los setenta se reconocía la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud diagnosticados y tratados por el profesional de enfermería. En 1973 tuvo lugar la primera conferencia de los diagnósticos de enfermería en la escuela de enfermería de la universidad de St. Louis, donde se comenzó a formular una lista provisional de diagnósticos de enfermería, desde entonces se ha trabajado para desarrollar y clarificar los diagnósticos enfermeros.

⁹HERNANDEZ, Conesa J. [Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método](#).

Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana.

Madrid, España 1999. pag.133

La American Nurses Association (ANA), aprobó y legitimó el uso del término diagnóstico de enfermería exponiendo que; “los diagnósticos de enfermería se obtienen de los datos del estado de salud del cliente”. Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico de enfermería.

De otra parte existen diversos sistemas diagnósticos. El sistema más utilizado fue desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). En 1988 el sistema de diagnósticos de la NANDA fue adoptado por la ANA como el Sistema de Diagnostico Oficial de los Estados Unidos.

Asimismo la NANDA ha identificado tres tipos de diagnostico de enfermería:

Diagnóstico de Enfermería Real: juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de comunidad, ante problemas reales o potenciales de la salud, o ante proceso de la vida, ejemplo; desesperanza, conflicto de rol parenteral, fatiga.

Diagnóstico de Enfermería de alto Riesgo: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia, o una comunidad para desarrollar el problema, y de otros que se encuentran en una situación igual o similar, estos incluyen factores de riesgo y de guían las actuaciones para evitar que se produzca un problema, ejemplo; alto riesgo de infección, riesgo de disfunción neurovascular periférica.

Diagnóstico de Enfermería de Bienestar: juicio clínico sobre un individuo, una familia, o una comunidad de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado, ejemplo; conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz, o afrontamiento familiar.

El proceso diagnóstico cuenta con cuatro fases que son: la clasificación, la preparación de los datos, la formulación del diagnóstico, convalidación y documentación.

Preparación de los datos: comprende la clasificación y recolección de información, la interpretación y la convalidación de los datos reunidos.

- Clasificación y recolección de información: implica la información en categorías específicas en patrones. Estimula la discriminación de datos y ayuda a identificar otros datos que requieren mayor discusión, observación o exploración física.
- Interpretación: implica las identificaciones importantes, comparación con el patrón habitual y de reconocimiento de hábitos o tendencias. La interpretación es la percepción que tiene el personal de enfermería de lo que existe basándose en datos subjetivos y objetivos. También se describe como la inferencia y es la asignación de un significado a una señal. Es un juicio realizado por el personal de enfermería basándose en su formación y experiencia; permite a predecir o explicar hallazgos.
- Convalidación: el personal de enfermería intenta verificar la exactitud de la interpretación de los datos mediante la interacción directa con el cliente, la consulta con otros profesionales y/o comparado los datos con otras referencias.

Formulación del diagnóstico: antes de describir la forma en que se debe construir un diagnóstico de enfermería, es necesario distinguir los diferentes tipos de diagnósticos.

- Diagnóstico potencial o de alto riesgo: describe una alteración que todavía no existe pero que puede presentarse si no se ordenan y ejecutan ciertas actuaciones de enfermería. Las características que lo definen como factores de riesgo. Para estos diagnósticos las actividades de enfermería se enfocan hacia la prevención, reducción o eliminación de los factores de riesgo.
- Diagnóstico real: define un estado o situación alterada que existe y que ha sido confirmado mediante características definitorias del diagnóstico.

El enunciado del diagnóstico describe el estado de salud del individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental que puede ser de orden bio-psico-social, cultural o espiritual y que se manifiesta a través de signos observables el enunciado, el enunciado del diagnóstico puede constar de una, dos o tres partes, según el formato **PSS** sugerido por M. Gordón.

- 1.- El problema (**P**).- se refiere al planteamiento de la respuesta del cliente, a un estado de salud o enfermedad.
- 2.- Etiología o causa (**E**).- presenta los factores etiológicos o relacionados, que ocasionan o mantienen el problema de salud del cliente.
- 3.- Signos y Síntomas (**SS**).- se refiere a las características definitorias, que son indicadores de la situación.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- ✓ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ✓ La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- ✓ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- ✓ Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ✓ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ✓ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- ✓ No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

- ✓ No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- ✓ No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- ✓ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Convalidación del diagnóstico: antes de pasar el diagnóstico, es necesario verificar su exactitud y se puede hacer tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- La base de datos es suficiente y exacta.
- Existe un grupo de señales que sugieren el diagnóstico seleccionado.
- Las señales determinan la existencia de la respuesta humana coherente con las características que lo definen.
- El diagnóstico sugerido puede alterarse por acciones de enfermería.

Documentación: después de desarrollar y verificar la declaración del diagnóstico de enfermería, la enfermera lo anota en el expediente clínico (NOM-168 expediente clínico) del cliente siguiendo las políticas o directrices de la institución.

Forma de elaboración de diagnóstico.

Para redactar un diagnóstico enfermero el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA Previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico. En el caso del diagnóstico de enfermería real, se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos,

psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales, y los datos objetivos y subjetivos son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores con las palabras **RELACIONADO CON** y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras **MANIFESTADO POR**.

Ejemplo:

Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento; RELACIONADO CON problemas
(Problema (respuesta humana/categoría diagnóstica))

en la movilidad y fuerza física MANIFESTADO POR dificultad para quitarse la
(Factores relacionados (causa –etiología))

ropa, desvestirse y desaliño.
(Datos objetivos y subjetivos (características definitorias-sintomatología))¹⁰

¹⁰ HERNANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método.
Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana.
Madrid, España 1999. p.p. 127—140.

DIFERENCIACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y LOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.

Diagnóstico Enfermería:

- Describe las respuestas de una persona, un problema, una situación o una enfermedad.
- Enfocado al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.
- Orienta las actividades de enfermería independiente: planificación, ejecución, y evaluación.
- Es complementario al diagnóstico médico.
- El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están en desarrollo.
- Consta de tres partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.
- Es una definición de un juicio de enfermería y hace referencia a lo que las enfermeras están autorizadas a tratar.
- Hacen referencia a condiciones físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales

Diagnóstico Médico:

- Describe un proceso específico de enfermedad.
- Está enfocado a la patología.
- Permanece constante mientras dura la enfermedad.
- Orienta las actividades médicas, muchas de las cuales realiza enfermería.
- Es complementario al diagnóstico de enfermería.
- Tiene un sistema de clasificación bien desarrollado y aceptado universalmente por la profesión médica.
- Consta de dos o tres palabras
- Está hecho y tratado por el médico.
- Se refiere sólo a la enfermedad.

Asimismo se espera que la Taxonomía cambie a medida que los profesionales de enfermería continúen aclarando el concepto de diagnóstico de enfermería y desarrollando métodos de organización eficaces.

5.3.3.- PLANEACIÓN.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas¹¹.

Etapas en el Plan de Cuidados.

Establecer prioridades en los cuidados:

Selección de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar cliente, familia o comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

¹¹ GRIFFITH Janet W. y CHISTENSEN Paula J. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías, y Modelos. Edit. Manual Moderno México, D.F. 1993.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería:

Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holística-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, y favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

5.3.4.- EJECUCIÓN.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado¹². La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

Preparación: esto consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico.

- Revisión de las intervenciones, asegurando que son compatibles con el plan de cuidados.
- Análisis del conocimiento y habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería.
- Proporcionar los recursos necesarios.
- Preparación de un entorno seguro.

¹² RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso-Enfermero Aplicación Actual 2ª Edición

INTERVENCIÓN: enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Generalmente la ejecución de la atención enfermera se ajusta a una de estas seis categorías.

- Refuerzo de cualidades.
- Ayuda en actividades de la vida diaria.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia o comunidad, para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el término rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso de enfermería.

En cada intervención de enfermería, el personal de enfermería es tan responsable de los resultados emocionales, físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta del usuario y familia

Documentación: tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Así pues, el registro de estas acciones y reacciones constituyen una función importante del profesional de enfermería. El personal de enfermería debe decidir que anotar, con que extensión, cuando y donde anotar todo ello en función de lo que éste considere importante.

Son propósitos de los registros de enfermería mantener informado a otros profesionales del área de salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas de la calidad de los cuidados para respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera o servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería para obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son; fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera (o). Así mismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

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 del mayor bienestar posible; evitación o control de posibles reacciones adversas al tratamiento o complicaciones; reducción o eliminación de los factores causantes de la enfermedad, 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.

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 intrusión de la persona o el grupo, y el de aplicación de técnicas o procedimientos concretos.

5.3.5.- EVALUACIÓN.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Para ello, se valora los cambios acontecidos como consecuencia de la actuación de enfermería en relación con los objetivos marcados¹³. Cuando coinciden, se puede llegar a la conclusión de que la asistencia de enfermería se ha ajustado a las necesidades de la persona o del grupo. En caso contrario, el proceso ha fallado en alguna de sus fases.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

¹³ Manual de Enfermería.

Lexus Editores. Barcelona España. 2001

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹⁴

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso-Enfermero Aplicación Actual 2ª Edición

5.4.- VIRGINIA HENDERSON.

Es la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Primera Guerra Mundial.

Virginia Henderson ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. en 1918 y se graduó en 1921. Comenzó a dar clases de enfermería en 1922 en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después se licenció como profesora de enfermería donde posteriormente realizó un Máster. En 1930 trabajó impartiendo el curso sobre el proceso de enfermería analítico y la práctica clínica hasta 1948.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. En 1955 publicó su trabajo con una definición de enfermería no como una teoría. En 1966 perfiló su Definición en el libro: "The Nature of Nursing". En 1988 recibió una mención honorífica por la ANA por sus contribuciones a la investigación, la educación, la profesionalización de la enfermería. Henderson muere en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermera es conocida en todo el mundo.(5)

5.4.1.- METAPARADIGMA.

Persona: considera al Individuo que requiere de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Inseparable por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería. (6)

5.4.2.- Asunción del modelo.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son

independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. La definición de la función única de la enfermería elaborada por Henderson tuvo amplia difusión, por lo que sirvió como base para que la enfermería se considerara una disciplina científica profesional.

5.4.3 Supuestos principales:

Henderson no citó directamente sus principales supuestos, por lo que la siguiente lista de supuestos se ha adaptado a partir de sus aplicaciones.

Enfermería:

- La función principal de la enfermería es de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermería forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermería es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando este atiende al paciente.
- La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 elementos de cuidado enfermero incluye todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona (paciente):

- la persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Salud.

- la salud es la calidad de vida.
- La salud es lo esencial para el funcionamiento humano.
- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno:

- los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones, estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipos.
- Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.

- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las practicas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de estas¹⁵.

¹⁵ANN MARRINER Tomey y RAILE ALLIGOD Martha,
Modelos y teorías en enfermería 5ª Edición Español. Ed. Mosby, España 2003

OBESIDAD

La obesidad es un problema de Salud Pública; en las últimas décadas, el país se ha caracterizado, por una parte, por la disminución en la mortalidad derivada de la desnutrición y las infecciones, y por otra, por un incremento en la mortalidad relacionada con padecimientos asociados con los desequilibrios y excesos alimentarios, dentro de los cuales están la obesidad, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades del corazón. En ambos extremos la alimentación desempeña un papel relevante, aunque no se debe olvidar que el riesgo de presentar una enfermedad también está, determinada por la historia familiar de salud (herencia biológica) y el estilo de vida de cada individuo en particular, las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte en México.

Cabe mencionar que la obesidad se ha vuelto independiente del nivel socioeconómico; es decir, se presenta tanto en los estratos altos como en los bajos. Sin embargo, en países desarrollados la obesidad es más frecuente en el estrato socioeconómico alto, mientras que en los países en desarrollo la mayor incidencia ocurre en los sectores de menores recursos. La obesidad es el resultado de una ingestión de alimentos mayor a las necesidades del organismo. Esto puede ser consecuencia de un consumo excesivo de alimentos, una actividad física limitada o una combinación de ambos factores. En cualquiera de los casos, la forma de evitar la obesidad es consumir una dieta correcta y practicar actividad física de manera rutinaria. Cuando estas conductas no se transforman en un estilo de vida, se incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas, no solamente por el efecto que el exceso de tejido adiposo (grasa) tiene en el organismo, si no también como resultado de carencias nutricias específicas que suelen derivarse del consumo de dietas desequilibradas.

La obesidad se define como una enfermedad crónica caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo NOM-174-SSA1-1998, "Para el manejo integral de la obesidad"¹⁶

¹⁶ NOM-174-SSA1-1998,"Para el manejo integral de la obesidad

5.5.1.ETIOLOGIA DE LA OBESIDAD

Entre la diversidad de factores que contribuyen a la etiología de la obesidad están los: genéticos, ambientales, nutricios y actividad física, entre otros. Todos ellos pueden contribuir, de una u otra manera, al desequilibrio entre la ingestión energética y el gasto de energía que favorece la acumulación de grasa.

FACTORES GENETICOS

Cada vez se acumulan mas evidencias sobre la función de la carga genética en el desarrollo de la obesidad. Si bien es cierto que es difícil diferenciar entre la herencia genética y la llamada herencia ambiental, es decir, entre las características propias y lo aprendido.

El descubrimiento en humanos del llamado gen de la obesidad o gen “ob” ha cambiado la noción sobre la función de la herencia en el desarrollo de la obesidad. Este gen codifica la proteína leptina en las células adiposas. Aparentemente, la leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en el apetito y en el balance energético. Se ha descubierto también una deficiencia genética de leptina en humanos. Cuando hay deficiencia de leptina, la saciedad se encuentra alterada, lo cual trae como consecuencia un hambre constante que conduce al consumo excesivo de alimentos. Sin embargo, la mayoría de las personas obesas no tiene una deficiencia de leptina. Se ha especulado que la leptina aumenta cuando se ha incrementado el tamaño de los adipositos en un esfuerzo por suprimir el apetito e inhibir el almacenamiento de grasa. Los sujetos obesos con concentración elevada de leptina circulante pueden ser resistentes al efecto de saciedad que normalmente imparte la leptina¹⁷.

FACTORES AMBIENTALES

- El aumento de la ingesta en un momento determinado de forma persistente, sea cual sea la causa, puede inducir una obesidad.
- La reducción de la actividad, por los cambios recientes en el estilo de vida, caracterizados por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física. Por equipos automatizados que ahorran trabajo físico y la disminución en el equipo de desplazamiento.
- Los malos hábitos alimentarios suelen ser a menudo causa de obesidad y no necesariamente en personas hiperfagicas. Tenemos, como ejemplo, el abuso de alimentos ricos en calorías, que pueden influir en el desarrollo de la obesidad en personas que en realidad no comen en exceso¹⁸.

¹⁷ Kaufer et al. Nutriología medica, panamericana 2000, 2da edición

¹⁸ Cervera et al. Alimentación y Dietoterapia, McGraw-Hill-Interamericana, 4 edición, 2004

FACTORES NUTRICIOS

- Se comen más calorías de las que se gastan en las actividades en el día.
- La población esta comiendo alimentos con muchas calorías, grasas, colesterol y azucares.
- Algunas personas no desayunan, comen poco, y cenan mucho y por eso su cuerpo almacenen las calorías en forma de grasa.
- El resultado es obesidad, malnutrición, cansancio y fatiga provocado por los malos hábitos alimenticios¹⁹.

BARRERAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDAD FISICA

- Educación física deficiente
- Tiempo.
- Motivación.
- Falta de instalaciones deportivas y áreas verdes.
- Grandes distancias al trabajo.
- Trabajos sedentarios.
- Televisión.
- Control remoto.
- Celulares.
- Uso de computadora.
- Inseguridad publica.
- Nivel socioeconómico.
- Sobre peso.
- Enfermedades.
- Espacio reducido en la vivienda²⁰

En México cada 10 personas tienen problemas de obesidad; 2 menores de 5 años, 3 escolares de 5-9 años, 4 adolescente y 7 adultos de 20 y mas años.

La prevalecía de la obesidad en mujeres de 20 a 59 años es de 38.6% (7 de cada 10 mujeres cursan con obesidad).

La prevalecía de obesidad en hombres de **20-59 años es de 29.1% (7 de cada 10 hombres tienen obesidad)**. Y por lo menos 4 de 10 adultos mayores tienen obesidad²¹.

¹⁹ Rotafolio obesidad menú familiar, julio 2006

²⁰ Habitos de ejercicios de los derechohabientes del IMSS, 2004

²¹ Panorama epidemiologico-sobre peso-obesidad, julio 2006

5.5.2. CLASIFICACION DE LA OBESIDAD

La obesidad se clasifica de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet;

Sobre peso grado II (pre obesidad)= 27-29.9

Obesidad clase I= 30 a 34.9 Kg. /m,

Obesidad clase II= 35 a 39.9 Kg. /m

Obesidad grado III (mórbida)= 40 a 49.9 Kg. /m.

Obesidad IV (extrema) mayor de 50 Kg. /m.

5.5.3. TIPOS DE OBESIDAD

Según la distribución de la grasa corporal existen los siguientes tipos de obesidad:

OBESIDAD GINECOIDE (tipo pera): Predomina en abdomen inferior, caderas, nalgas y glúteos. Es mas frecuentes en mujeres, son aquellas personas que acumulan la mayor parte de grasa corporal a nivel de caderas, glúteos y muslos, y con lleva a menor riesgos de enfermedades crónico degenerativas.

OBESIDAD ANDROIDE (tipo manzana): Son aquellas personas que acumulan la mayor parte de la grasa corporal a nivel abdominal este tipo es mas frecuente en el sexo masculino y es la que con lleva a mas riesgos de enfermedades crónico degenerativas se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen²².

²² Cervera et al. Alimentación y Dietoterapia, Mcgraw-Hill-Interamericana, 4 edición, 2004

5.5.4.CRITERIOS PARA DEFINIR LA OBESIDAD

INDICE DE MASA CORPORAL O INDICE DE QUETELET:

Índice de masa corporal al criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado.

IMC= peso (Kg.) /estatura (m²)

PESO RELATIVO O PORCENTAJE DE SOBREPESO:

Este cálculo sirve para comparar el peso del sujeto con el peso promedio de las personas de su misma estatura.

(Peso real x 100) / Peso recomendable = porcentaje de sobre peso.

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA Y CADERA:

Debe medirse en posición de firmes y sin ropa con la cinta en un plano paralelo al horizontal, a nivel del sitio de medición, la cinta se debe de colocar en el nivel mas estrecho del tronco o cintura.

La medición de la circunferencia de la cadera es midiendo la saliente de la nalga o glúteos a nivel del punto mas de dicha zona anatómica y permite clasificar según su distribución predominante de grasa.

Se considera una relación cintura-cadera >90 cm en varones y >80 cm en mujeres.

MEDICION DE LOSPLIEGUES CUTANEOS (plicometria):

Este procedimiento sencillo proporciona una estimación más exacta de la masa corporal que la que se obtiene con los índices de peso y talla.

El porcentaje de grasa corporal por plicometria se obtiene al sumar los espesores de cuatro pliegues cutáneos:

- Bicipital.
- Tricipital.
- Subescapular.
- Suprailiaco²³.

²³ Obesidad consejo fundación mexicana para la salud, A.C.

5.5.5. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO EN LA OBESIDAD

En la actualidad, los tratamientos disponibles, incluidos los farmacológicos, son paliativos y su efectividad se prolonga únicamente durante su uso, de manera que cuando el fármaco u otro tratamiento se suspenden, la recuperación de peso es la norma. Por tanto, cualquier fármaco que sea aprobado para su empleo en pacientes obesos deberá cumplir unos estrictos criterios de seguridad clínica a largo plazo.

Existen básicamente 5 estrategias por las que un fármaco podría producir pérdida de peso: *a)* reducción de la ingesta; *b)* bloqueo de la absorción de nutrientes, especialmente grasas; *c)* incremento de la termogénesis; *d)* modulación del metabolismo y depósito de grasas y proteínas, y *e)* modulación de la regulación central del peso corporal. En definitiva, para que un fármaco tenga impacto sobre el peso corporal debe alterar la ingesta energética, el gasto energético o ambos.

Aunque existen muchos fármacos en fase de desarrollo o de investigación, hoy día sólo dos fármacos han sido en distintos países del mundo para su empleo en el tratamiento de la obesidad: ORLISTAT y SIBUTRAMINA.

ORLISTAT (tetrahidrolipstatina): (anorexígenos) es un inhibidor de la lipasa pancreática que bloquea parcialmente la absorción de lípidos, con un máximo del 30% de inhibición de la absorción de grasa con una dosis de 120 mg 3 veces al día vía oral.

Los efectos secundarios se centran en el área gastrointestinal, con manifestación de urgencia fecal y un aumento del número de deposiciones, fundamentalmente, aunque la tendencia es a que declinen con el tiempo y no parecen ser un problema serio para la mayoría de los pacientes. La absorción de vitaminas liposolubles podría estar disminuida, sobre todo vitamina "A" y betacaroteno, aunque en los estudios realizados, las concentraciones plasmáticas eran normales.

SIBUTRAMINA: (anorexígenos) Es una betafeniletilamina que inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina y serotonina. En humanos, la sibutramina produce pérdida de peso significativa de una manera dependiente de dosis e induce una menor ingesta energética por aumento de la saciedad y disminución del apetito.

Los principales efectos secundarios observados son sequedad de boca, insomnio y astenia; existe un discreto aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, que sólo requiere monitorización y seguimiento por expertos.

ASENLIX (Clobenzorex): Anorexígeno, auxiliaren el tratamiento de la obesidad exógena. Tratamiento asociado a la dieta en pacientes con obesidad y un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30 Kg/m², que no hayan respondido al régimen dietético apropiado solo. En cuanto a la reducción de peso, solo se ha comprobado su eficacia a corto plazo.

FORMA TERAPEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene

Clorhidrato de clobenzorex.....30 mg

Excipiente, c.b.p. 1 capsula

CONTRAINDICACIONES

Hipertensión pulmonar; Hipertensión arterial severa; historia medica actual o previa de trastornos psiquiátricos incluidas la anorexia nerviosa y la depresión; historia medica actual o previa de enfermedad cardio vascular o cerebrovascular; propensión al consumo de drogas, alcoholismo; niños menores de 12 años; estadios avanzados de arteriosclerosis; hipertiroidismo; glaucoma de ángulo cerrado; riesgo de retención urinaria ligada a trastornos uretroprostatico; estados de agitación; en mujeres embarazados o lactando.

REACCIONES SECUNDARIAS O ADVERSAS

El empleo prolongado conlleva el riesgo de desarrollo de tolerancia farmacológica, dependencia y síndrome de abstinencia; taquicardia; palpitaciones; hipertensión dolor precordial; infarto del miocardio; insuficiencia cardiaca y paro cardiaco; se quedad de boca y constipación.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Adultos y niños mayores de 12 años dos capsulas al día por vía oral, una por la mañana antes del desayuno y otra al medio día antes de la comida.

No exceder la dosis recomendada. La duración del tratamiento es de 4-6 semanas y no deberá superar los tres meses. Deberá evitarse la administración del producto por la noche, ya que puede provocar nerviosismo e insomnio.

PRESENTACIÓN

Caja con 60 capsula en envase de burbuja.

DIESTET (Mazindol): Anorexigenico no anfetaminico, esta indicado en el tratamiento de la obesidad exogena, como coadyuvante a corto plazo (algunas semanas) de un programa de reducción de peso basado en la restricción de las calorías.

FORMA TERAPEUTICA Y FORMULACION

Cada tableta contiene

Mazindol.....1 mg.

Expediente,c.b.p. 1 tableta

CONTRAINDICACIONES

Pacientes con glaucoma; insuficiencia renal, hepática o cardiaca severa; hipertensión arterial severa e hipersensibilidad al mazindol. También esta contraindicado en estado de agitación y en pacientes con antecedentes de abuso a cualquier otro medicamento. NO se recomienda su uso a niños menores de 12años.

PRECAUCIONES

Puede desarrollar tolerancia en el transcurso de algunas semanas. Si esto ocurre no deberá sobrepasarse la dosis recomendada y deberá discontinuarse el fármaco. Hay una posible disminución de los reflejos mientras se este operando maquinaria peligrosa o conduciendo un automóvil.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Las mas frecuentes son sequedad en la boca, taquicardia constipación, nerviosismo e insomnio. Con menor frecuencia se pueden observar cefalea, mareos, rash cutáneo y sudoración excesiva.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Oral, primera semana 1 tableta después del desayuno; segunda semana en adelante 1 tableta después del desayuno y otra después de la comida.

La dosis deberá ajustarse de acuerdo con la respuesta del paciente y a un máximo de 3 tabletas por día, 1 después de cada ali9mento.

Se recomienda un periodo de tratamiento de 3 meses.

PRESENTACIÓN

Caja con 48 tabletas de 1 mg.

DIETOMAN (Glucomannano): Es un producto a base de fibra 100% vegetal auxiliar para bajar de peso por obesidad exogena no causada por trastornos hormonales. No es un medicamento que ponga en peligro algún sistema del organismo, sino una fibra vegetal natural. Se recomienda su empleo para aquellas personas cuyos hábitos alimenticios tengan deficiencia de fibras y para ayudar a reducir el sobre peso corporal. No es una celulosa, por lo que es muy hidrosoluble cuya virtud estriba en que, al formarse un gel en el estomago,

engloba moléculas de carbohidratos y grasas, que normalmente van en exceso en la alimentación diaria.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene

Gluca,annano equivalente a.....397.5 mg

De fibra vegetal.

Excipiente, c.b.p. 1 capsula

CONTRAINDICACIONES

Esta contraindicado en todos los casos en que existe una disminución de la luz del tracto digestivo como estenosis, íleo, hipersensibilidad a los componentes de la formula y en personas con obstrucción intestinal. NO se administre durante el embarazo y la lactancia ni en menores de 16 años. Síndrome de abdomen agudo.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Puede producir estreñimiento severo si no se toma suficiente agua dado que las fibras vegetales requieren una gran cantidad de la misma para formar el gel.

Al inicio del tratamiento pueden presentarse evacuaciones semilíquidas y aumento en su número.

En tratamiento prolongado puede presentarse deficiencia en vitamina A, D, E y K.

NO utilizar dosis mayores a la recomendada ni por periodos de más de dos meses seguidos ya que puede producir dolor de cabeza, cansancio, agotamiento, palidez y mareos.

ECTIVA (Sibitramina): Tratamiento de la obesidad y el sobre peso cuando la perdida de peso esta indicada médicamente, obesidad y sobre peso relacionadas con complicaciones medicas como diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, artrosis. Debe emplearse como un programa integral de control, de peso que incluya dieta ejercicio y cambio de estilo de vida.

CONTRAINDICACIONES

Idiosincrasia a los componentes de la formula. Historia de anorexia nerviosa, bulimia. No se recomienda su uso en mayores de 65 años ni en edades pediátricas. Pacientes con enfermedades coronarias, insuficiencia cardiaca con antecedentes de accidentes vascular cerebral. Debe emplearse con precaución en pacientes con hipertensión arterial no controlados y aquellos con trastornos del ritmo cardiaco.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Los eventos adversos reportados han sido cefalea, resequedad de boca, anorexia, constipación, insomnio, ansiedad, mareo, náusea, distensión abdominal, sudoración, aumento de la presión arterial, taquicardia y alteraciones en el sentido del gusto. Los eventos adversos mas frecuentes al inicio del tratamiento y disminuyen de intensidad después de un tiempo.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Pacientes obesos con o sin padecimientos concomitantes una capsula de 15 mg vía oral al día por un periodo de hasta 24 meses.

PRESENTACION

Caja con 15 o 30 capsula de 10 mg; caja con 15 o 30 capsula de 15 mg.

ESBELCAPS (fenproporex, diacepam): Obesidad exógena, coadyuvante al establecimiento de una dieta baja en calorías.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene

Clorhidrato de fenproporex.....22.4 mg

(Equivalente a 20 mg de fenproporex base)

Diacepam.....6.0 mg

Excipiente, c.b.p. 1 capsula.

CONTRAINDICACIONES

Hipertrofia prostática; glaucoma o cualquier padecimiento obstructivo de vías urinarias o tracto gastrointestinal; Anorexia; insomnio crónico; personalidad psicopatica; insuficiencia hepática y/o renal; tendencias suicidas u homicidas; embarazo o lactancia; hipertensión arterial; individuos menores de 18 años y mayores de 65 años; pacientes que manejen instrumento de presicion; herramienta o utensilios en los que se requiere una atención permanente; vehículos de cualquier tipo y maquinaria pesada.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Rubor o palidez de tegumentos; palpitaciones; disritmias; dolor precordial de tipo angor; espasmo gastrointestinal; dolor de tipo cólico; diarrea o constipación; somnolencia; ataxia; náuseas; vomito; vértigo; mareo; midriasis y trastornos de acomodación viscula; aumento o disminución arterial; resequedad de boca y mucosa; sensación de sed y polidipsia; cefalea, fiebre, diaforesis; retención urinaria.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Oral una capsula 30 a 60 minutos antes del desayuno, por un periodo no mayor de 8 semanas.

PRESENTACION

Caja con 30 capsula en embase de burbuja

ESBELTEX (Polvo de konjac): En programa de reducción de peso: como reductor de peso en la obesidad exogena grado I. En caso en que ajuicio del medico es necesario mantener estable el peso del paciente, como hipertensión arterial y lesiones cardiacas, diabetes, lesiones de columna, artritis reumatoide. Para disminuir los niveles de colesterol, triogliseridos y glucosa en sangre.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada tableta contiene

Polvo de konjac.....500 mg

Excipiente, c.b.p. 1 tableta

CONTRAINDICACION

No se conocen a la fecha.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

En Pacientes sensibles, puede provocar reblandecimiento exagerado en las heces y por consecuencias varias evacuaciones al día, en cuyo caso se recomienda disminuir la dosis a la mitad en tanto el paciente se acostumbra al producto.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

2 o 3 tabletas media hora a una hora antes de cada alimento tomada con dos vasos con agua. Se recomienda tratamiento de 8 semanas des pues de las cuales es conveniente descansar una semana, antes de reanudar su administración.

PRESENTACION

Representa en frascos con 120 tabletas de 500mg.

SANOREX (Mazindol): Tratamiento de la obesidad exogena en adultos y en niños mayores de 12 años, como coadyuvante de la dieta pobre en calorías.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACION

Cada comprimido contiene

Mazindol.....1 y 2 mg

Excipiente, c.b.p. 1 comprimido

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad conocida al mazindol, glaucoma de ángulo estrecho, insuficiencia renal, hepáticas y/o cardiacas graves, arritmias cardiacas, hipertensión grave, hiperexcitabilidad, estados de agitación y antecedentes de abuso de drogas.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Las reacciones secundarias adversas mas registradas son sequedad de boca, nerviosismo, constipación y trastornos del sueño. Efectos secundarios menos frecuentes son náuseas, vomito, cefalea, mareo, taquicardia, reversible de la micción de la función sexual y de la sudación En casos aislados se han registrado erupciones cutáneas de la hipertensión, dolor precordial, diarrea y mal sabor de boca. Se deberá interrumpir el tratamiento si aparecen síntomas alérgicos.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Se recomienda comenzar el tratamiento con una dosis diaria de ½ a 1 mg tomada de preferencia después del desayuno, al cabo de una semana. El tratamiento no debe ser superior a 8 semanas. Si se debe repetir el tratamiento se tendrá que observar un intervalo sin medicación que no sea inferior al periodo de tratamiento precedente.

PRESENTACION

Caja con 24 comprimidos de 1 y 2 mg

Caja con 30 comprimidos de 1 y 2 mg

SOLUCAPS (Mazindol): Anorexigenico no anfetaminico esta indicado en el tratamiento de la obesidad exogena.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene

Mazindol.....2 mg

Excipiente, c.s.p. 1 capsula.

CONTRAINDICACIONES

Arteriosclerosis avanzada; enfermedad cardiovascular sintomática, hipertensión arterial moderada o severa; hipertiroidismo; glaucoma; estados de agitación; antecedentes de drogadicción; insuficiencia cardiaca y renal severa; arritmia. NO se recomienda en niños menores de 12 años, embarazo ni lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Pueden presentarse palpitaciones; taquicardia; arritmia; hipertensión; mareos; nerviosismo; intranquilidad; insomnio; debilidad o fatiga; agitación; sequedad de boca; náuseas; vomito; constipación; eritema; irritación ocular; disuria; poliuria; y trastornos menstruales.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Una capsula después del desayuno por vía oral.

PRESENTACION

Caja con 30 capsulas de liberación prolongada de 2 mg.

IFA DIETY (Fenproporex 10 mg) tabletas

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada tableta contiene

Clorhidrato de fenproporex

Equivalente a.....10 mg

De fenproporex

Excipiente, c.b.p.1 tableta

IFA DIETY A. P. (Fenproporex 20 mg) tabletas de liberación prolongada

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada tableta contiene

Clorhidrato de fenproporex

Equivalente a.....20mg

De fenproporex

Excipiente, c.b.p. 1 tableta

IFA DIETY e IFA DIETY A.P. Están indicados como auxiliar en el tratamiento de la obesidad exogena, asociado a un régimen dietética hipocalórico.

CONTRAINDICACIONES

Están contraindicados en pacientes portadores de hipertensión arterial severa; cardiopatía isquémica; insuficiencia renal; glaucoma; arteriosclerosis avanzada; en pacientes hipersensibles al fenproporex, estados de agitación; en individuos emocionalmente inestable o con abuso de drogas o alcohol.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

En algunos sujetos sensibles pueden aparecer los siguientes síntomas: taquicardia; ligero insomnio o excitación; resequedad de boca; constipación que pueden modificar el comportamiento habitual.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Adolescentes y adultos 20 a 40 mg en 24 horas. Es recomendable la administración 30-60 minutos antes del alimento. La última dosis no se deberá suministrar después de las 18:00 horas.

PRESENTACION

IFA DIETY se presenta en caja de 20 tabletas de 10mg

IFA DIETY A. P. se presenta en caja de 20 tabletas de 20 mg.

IFA REDUCCING “S” (Fentermina): Agente anoréxico coadyuvante en el control de la obesidad, asociada al plan dietética y de ejercicio.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene

Clorhidrato de fentermina.....5, 10 y 15 mg.

Excipiente, c.b.p. 1 capsula.

CONTRAINDICACIONES

No debe administrarse conjuntamente o durante 14 días después de la ingesta de inhibidores de la monoaminoxidasa, pues se puede dar como resultado crisis hipertensivas. No se debe alentar el abuso de la fentermina como medio para superar somnolencia o el estado de alerta, a demás su empleo no es recomendable en personas con anorexia, insomnio, astenia y personalidad psicótica, embarazo y lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Palpitación; taquicardia; aumento de la tensión arterial; arritmias; visión borrosa; inquietud; euforia; temblor; insomnio; mareos; depresión; somnolencia; cefalea; sequedad de boca; vomito; diarrea; sabor desagradable; urticaria; eritema; cambios en el libido; trastornos menstruales; leucopenia; perdida del cabello; disuria; poliuria.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Oral. Adulto y niños mayores de 12 años se recomienda hasta 15 mg en 24 horas, teniendo límites de 10 30 mg en 24 horas. Se sugiere su administración 30 a 50 minutos antes del alimento, siendo la ultima toma antes de las 19:00. El periodo de prescripción puede extenderse por más de 12 semanas con intervalos de un mes sin tratamiento.

PRESENTACION

Se presenta e n cajas con 20 capsulas de 5, 10 y 15 mg de clorhidrato de fentermina.

IFA NOREX (Anfepramona): Esta indicado como auxiliar en el tratamiento de la obesidad exogena, asociado a un régimen dietético hipocalórico y de ejercicio.

FORMA FARMACEUTICA Y FARMACODINAMIA

Cada tableta contiene

Clorhidrato de anfepramona

Equivalente a.....25 y 50 mg

De anfepramona

Excipiente, c.b.p. 1 tableta.

CONTRAINDICACION

No debe administrarse conjuntamente o durante 14 días después de la administración de inhibidores de la monoaminoxidasa, pues se puede dar como resultado crisis hipertensivas ni debe dar se a pacientes hipersensibles a la anfepramona o con idiosincrasia a las aminas simpaticomimeticas, estados de agitación o a individuos emocionalmente inestables, que sean susceptibles o con historia de abuso de drogas o alcohol. Se encuentra contra indicado en pacientes con glaucoma, hipertiroidismo; arteriosclerosis avanzada o hipertensión severa; enfermedad renal severa; niños; Menores de 12 años; embarazo y lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Palpitación; taquicardia; aumento de la tensión arterial; arritmias; visión borrosa; inquietud; euforia; temblor; insomnios; mareos; depresión; somnolencia; cefalea; sequedad de boca; vomito; diarrea; constipación; sabor desagradable; urticaria; eritema; leucopenia; perdida del cabello; disuria; poliuria.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Oral. Adultos y niños mayores de 12 años se recomienda hasta 75 mg en 24 horas, sugiriéndose 30 minutos antes de cada alimento. SE recomienda dar la última dosis antes de las 19:00 horas. El periodo de prescripción puede extenderse por más de 12 semanas con intervalos de un mes sin tratamientos.

PRERSENTACION

Cajas con 30 tabletas de 25 y 50 mg.

NEOBES (Amfepramona): Auxiliar en el tratamiento de la obesidad exogena, como coadyuvante de un programa de reducción ponderal basado en la disminución del aporte calórico.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene

Clorhidrato de amfepramona.....75.00 mg

Excipiente, c.s.p. 1 capsula.

CONTRAINDICACIONES

No se debe administrar a pacientes cursando con: problemas psiquiátricos graves o trastornos de la personalidad; hipertrofia prostática; glaucoma o cualquier padecimiento obstructivo de las vías urinarias o tracto gastrointestinal; hipertiroidismo; hipertensión grave; arteriosclerosis; insuficiencia hepática y/o renal; anorexia; insomnio crónico; tendencia suicida u homicida.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Se presentan en baja frecuencia y son generalmente de ligera intensidad presentándose en individuos hipersusceptibles a los simpaticomiméticos, se puede presentar tolerancia a estos efectos al inicio del tratamiento. En caso contrario conviene interrumpir el fármaco. Nerviosismo; insomnio; excitación; fatiga; palpitaciones; taquicardia; sequedad de boca y de mucosas; fiebre; náuseas; vomito; constipación y diarrea.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Oral. 1 capsula en ayunas durante dos o tres semanas. En caso de repetición del tratamiento tendrá que transcurrir un periodo de dos semanas. No se administre dentro del esquema señalado por periodos superiores a 12 semanas al año.

PRESENTACION

Caja con blister de 30 capsulas de liberación prolongada.

RADUCTIL (Sibutramina): Tratamiento de la obesidad y sobre peso cuando la perdida de peso esta indicada médicamente, obesidad y sobre peso relacionados con complicaciones medicas como diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, artrosis. Debe emplearse como un programa integradle control de peso que incluya dieta, ejercicio y cambio en le estilo de vida.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada capsula contiene:

Clorhidrato de sibutramina

Monohidratada.....10mg

Excipiente, c.b.p. 1 capsula.

Cada capsula contiene:

Clorhidrato de sibutramina

Monohidratada.....15mg

Excipiente, c.b.p. 1 capsula.

CONTRAINDICACION

Historia de anorexia nerviosa, bulimia. No se recomienda su uso en mayores de 65 años ni en menores de 16 años. Pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, debe emplearse con precaución en pacientes con hipertensión arterial descontrolados y aquellos con trastorno del ritmo cardiaco.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Los eventos adversos reportados han sido cefalea, boca seca, anorexia, constipación, insomnio, ansiedad, mareo, nausea, distensión abdominal, sudoración, aumento de la presión arterial, taquicardia y alteraciones en el sentido del gusto. Los eventos adversos son mas frecuentes al inicio del tratamiento y disminuyen de intensidad después de un tiempo.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Pacientes obesos con o sin padecimientos concomitantes una capsula de 15 mg por un periodo de 24 meses.

PRESENTACION

Caja con 15 capsula de 10 mg

Caja con 15 capsula de 15 mg

SINPET (Fentermina): Obesidad exogena. La fentermina se utiliza como anorexígeno auxiliar en los regimenes de dietas en eltratamiento de corto tiempo de la obesidad moderada a severa.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION

Cada tableta contiene

Clorhidrato de fentermina

Equivalente a.....5.00, 10.00, 15.00 y 30.00 mg

De fentermina

Excipiente, c.b.p. 1 tableta.

CONTRAINDICACIONES

La fentermina esta contraindicada en: pacientes con enfermedades cardiovasculares, incluyendo hipertensión severa o moderada; hipertiroidismo;

glaucoma; hiperexcitabilidad o estados agitados y puede ser administrada con precaución en pacientes con anorexia; insomnio; función renal deteriorada; personalidad inestable.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Las reacciones secundarias por lo general son síntomas comunes de estimulación del sistema nervioso, e incluye insomnio; nerviosismo; euforia; sequedad de boca; taquicardia y palpitaciones.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION

Oral. La dosis usual es de 15 a 30 mg una vez al día una hora antes del desayuno. Una dosis sugerida es de 7.5 mg tres veces al día una hora antes de cada comida, o bien de 15 a 30 mg una vez al día por la mañana, solo el médico deberá determinar la dosis y la frecuencia idónea. Puede ser administrada intermitentemente por un periodo de varias semanas siendo seguido de un período similar sin tratamiento.

PRESENTACIONES

Caja con 10 tabletas de 30 mg

Caja con 24 tabletas de 5 mg, 10 mg y 15 mg

Caja con 30 tableas de 5 mg, 10 mg, 15 mg y 30 mg²⁴.

²⁴ Diccionario de especialidades farmacéuticas, www.plmlatina.com, tomos, plm, edición 48, 2002

5.5.6. TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA OBESIDAD

La cirugía es una opción para el tratamiento de algunos pacientes con obesidad severa y resistente. La cirugía debería reservarse para pacientes con obesidad mórbida o extrema en los que todas las demás terapias han fracasado y que sufren complicaciones importantes de la obesidad. Así, que podemos decir que la cirugía se podría indicar en pacientes obesos con los siguientes criterios:

- Presentar un IMC > 40 o > 35 con comorbilidades.
- Que la obesidad grave esté presente desde hace más de 5 años.
- Que no exista historia de alcoholismo y otras drogodependencias o enfermedad psiquiátrica grave.
- Que los pacientes tengan entre 18 y 60 años.
- Que exista una adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención y una buena posibilidad de adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.

Como en las otras modalidades terapéuticas, la cirugía debe incluirse dentro de un tratamiento integral de la obesidad, con recomendaciones dietéticas, actividad física y soporte psicológico no sólo antes sino después de la cirugía, que en muchos casos deberá seguirse de técnicas complementarias de cirugía plástica.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA:

Tiene el objetivo de minimizar el riesgo de complicaciones. Se debe registrar lo siguiente:

1. Completa historia sobre obesidad: incluyendo edad de comienzo, intentos de pérdida de peso, y el peso más alto y el más bajo en la edad adulta.
2. Comorbilidades: como apnea obstructiva del sueño, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, coronariopatías, y estrés articular.
3. Factores de riesgo adicionales: incluyendo historia familiar e historia social de tabaquismo, alcoholismo o uso de drogas.
4. Medicación actual: que puede afectar el manejo quirúrgico.
5. Nivel de actividad física.
6. Expectativas del paciente.

EXAMEN FÍSICO:

La evaluación médica debe incluir signos vitales, IMC, y examen cardiopulmonar (electrocardiograma, pruebas de estrés, y pruebas de función pulmonar). Los exámenes adicionales incluyen examen pélvico y mamario. Medición de la circunferencia de la pantorrilla para identificar cambios postoperatorios por éxtasis venoso, y otros estudios como sangre oculta en materia fecal, prueba de embarazo, perfil lipídico, y urinalisis.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

La evaluación psicológica incluye detección de depresión, ideas de suicidio, desórdenes de la alimentación, y psicosis. Además, nivel de autoestima del paciente y medición de la calidad de vida.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL:

Un cambio dietético significativo es necesario después de la cirugía. La evaluación preoperatoria incluye historia dietética semicuantitativa, tiempo y frecuencia de ingestas, consumo de azúcares y líquidos ricos en calorías, y discusión de la dieta postoperatoria.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE PREOPERATORIA:

Es importante que el paciente conozca el procedimiento quirúrgico, el riesgo, la ingesta dietética postoperatoria, y el nivel de actividad física. Se deben anticipar los cambios en el estilo de vida, y la necesidad del acatamiento de órdenes médicas y seguimiento estrecho posterior.

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO:

Después de la cirugía, una visita médica es recomendada a las 2-3 semanas, con análisis de laboratorio que incluya hemograma y electrolitos. Los controles posteriores se deben realizar a los 3, 6, 12 y 24 meses y luego anualmente control metabólico, incluyendo hemograma completo, medición de folatos y vitaminas B₁₂, A, D y E²⁵.

GASTRECTOMÍA EN MANGA

Consiste en extirpar en forma vertical la porción izquierda del estómago y especialmente el fondo gástrico pues aquí se produce una sustancia que estimula el apetito, Con este procedimiento, el cirujano quita aproximadamente un 70% a 80 % del estómago laparoscópicamente. Estos pacientes quedan por tanto con un estómago más pequeño, alrededor de 150ml (el normal mide alrededor de 1200ml). Es una cirugía de poco riesgo y mantiene la continuidad del estómago con el resto del intestino.

LAP-BAND: SISTEMA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

La palabra LAP-BAND es una combinación abreviada de dos palabras (LAP de laparoscopia y BAND de la palabra para banda gástrica en inglés, gastric band). Tiene por objetivo el disminuir la cantidad de alimento que recibe el tubo digestivo y de esta forma permite la reducción de peso.

El sistema de la banda gástrica ajustable de LAP-BAND® ha sido utilizado por cirujanos laparoscópicos por todo el mundo para tratar obesidad severa. La banda ajustable de silicona del sistema de LAP-BAND se coloca alrededor de la parte superior del estómago, dividiéndolo así en 2 partes (como un reloj de arena) para limitar y controlar la cantidad de alimento que usted come y retardar el proceso que vacía del estómago, que dará como efecto la pérdida de peso. El paso del alimento del estómago superior al inferior se ajusta según los criterios médicos a las características del paciente. Este ajuste se hace mediante un reservorio que se coloca debajo de la piel. A través de él es posible llenar o quitar líquido a la banda, produciendo restricción o aumento en la velocidad del paso de los alimentos al reservorio inferior del estómago.

²⁵ <http://www.obesidad y cirugia.cl/>

Hay que considerar que debe ingerir alimentos sólidos pues los líquidos o papillas pasarán fácilmente por la comunicación y no provocan sensación de saciedad con poco alimento.

BALON GASTRICO

El balón intragástrico consiste en la instalación de un globo en el estómago. Se infla con 500ml. de líquido teñido con azul de metileno. Este procedimiento se hace con anestesia general y la introducción es por endoscopia. El mecanismo de funcionamiento es que el balón inflado ocupa espacio en el estómago y produce una sensación de saciedad con poca comida porque no cabe más. El balón debe retirarse a los seis meses pues después de ese tiempo se puede romper y puede producir una obstrucción del tubo digestivo si avanza más allá del estómago. El objeto de llenarlo con azul de metileno es justamente por si se rompe el balón pues el colorante saldrá por la orina y nos permitirá retirar el balón de inmediato antes que avance más allá del estómago. El procedimiento dura habitualmente 20 a 30 minutos y es ambulatorio en la gran mayoría de los casos.

El BIB esta diseñado para ser usado con una dieta a largo plazo supervisada y en el contexto de un programa de modificación de hábitos, para ayudar al paciente a mantener la perdida de peso una vez que el artefacto este retirado.

Esta técnica es de utilidad para reducir 10 kg a 15 kg. No es útil para obesos mórbidos.

BYPASS

Es un procedimiento de tipo mixto, es decir, permite bajar de peso a través de la restricción de la ingesta de alimentos y la disminución de su absorción. Este procedimiento consiste en la formación de una pequeña bolsa gástrica (10 a 20 ml) que restringe la entrada de alimento y por malabsorción secundaria al bypass de una porción del intestino delgado. El bypass gástrico se puede realizar por vía laparoscópica o abierta. En pacientes operados con técnica laparoscópica requiere una hospitalización de aproximadamente 3 a 4 días y reposo por 10 a 15 días. Es decir, en 15 días es posible reiniciar actividad laboral normal e incluso actividad controlada. Esta cirugía esta indicada para pacientes con un IMC mayor a 40, o para pacientes con un IMC de 35 con enfermedades asociadas²⁶.

²⁶ <http://www.cirugia.deobesidad.cl/menú/main.asp>

5.5.7.MANEJO NUTRICIO EN LA OBESIDAD

A través de los años se han intentado múltiples combinaciones como estrategias dietéticas para reducir la cantidad de tejido graso y el peso corporal; entre las mas conocidas se encuentran las de reducción de gras, dietas ricas en fibras, las de mayor o menor cantidad de carbohidratos, las ricas en proteínas, las dietas liquidas y los ayunos controlados.

Hoy se acepta que una dieta debe producir, por semana, perdidas de peso de 0.5 a 1 Kg. o el equivalente a perder 1% del peso corporal.

Como parte de una estrategia general de control para la persona obesa, dos factores importantes son la disminución de calorías y el déficit energético.

DISMINUCION DE CALORIAS

Es fundamental aconsejar la reducción de la ingesta acalórica diaria del paciente. Una estrategia simple consiste en proporcionar 15 a 20 calorías por kilogramo (cal/Kg.) de peso ideal o esperado para 24 h. en el adulto, al multiplicar este dato por 1.2 en la persona sedentaria, por 1.4 en la moderadamente activa y por 1.8 en la muy activa.

DEFICIT ENERGETICO

Es recomendable un déficit energético de 500 a 600 Kcal./día, sobre los requerimientos calóricos del obeso, con los cual este podrá tener una reducción adecuada de 0.5 a 1Kg de tejido graso por semana. Proponer un déficit calórico mayor (1000 Kcal./día o mas) produciría una reducción de hasta 2 Kg./semana, pero seria poco recomendable debido a los efectos psicológicos que provocaría la disminución importante de alimentos, los probables efectos nocivos sobre la composición corporal del paciente y la dificultad de sostener este régimen nutricional.

OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE PESO

Las estrategias terapéuticas que se proponen para su manejo deberán ser estrictamente individualizadas. Los objetivos de los programas de control de peso deberán incluir:

- La obtención de una perdida de grasa corporal que de por resultado un índice de masa corporal apropiado para la edad y sexo década paciente.

- El establecimiento de hábitos conductuales permanentes (alimentación y actividad física) que permitan el mantenimiento de un peso e índice de masa corporal estables.
- La reducción del riesgo de complicaciones por el mismo tratamiento y la corrección de errores terapéuticos previos.
- La recuperación del equilibrio psicossomático, previamente comprometido.
- El manejo de las alteraciones específicas de los hábitos alimentarios.
- La incorporación de una educación nutricional tanto al individuo como a su familia.

COMPOSICION Y EQUILIBRIO DE UNA DIETA DE REDUCCION DE PESO

Una dieta para reducción de peso también debe tener un equilibrio en sus nutrimentos y contenido energético. Debe contar con la cantidad necesaria de proteínas para mantener adecuadamente las funciones estructurales del organismo. Los carbohidratos deben estar presente para permitir el ahorro proteínico, es decir, que las proteínas del organismo no sean convertidas en fuente energética. El aporte adecuado de fibra dietética (20 g por cada 1000Kcal) es importante para evitar el estreñimiento que suelen ocasionar las dietas de reducción ponderal. También se requiere del aporte suficiente de electrolitos como sodio, cloro y potasio, así como de vitaminas, minerales y líquidos²⁷.

5.5.8. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA OBESIDAD

El tratamiento psicológico o psiquiátrico del paciente obeso es necesario cuando existe una desestructuración importante de la personalidad o cuando existan cuadros ansioso-depresivos de relevancia clínica.

El tratamiento de modificación conductual desempeña un papel muy importante en el cambio de hábitos, y se puede enfocar de forma individualizada o familiar.

Su función principal es dar apoyo al paciente obeso, motivando al enfermo a seguir el programa de pérdida de peso, descartar la responsabilidad (la culpa) de ser una persona obesa, proporcionar estímulos positivos valorando más los éxitos y destacando menos los aspectos negativos, afianzar los hábitos alimentarios y de actividad física aprendidos, ganar en autoestima y disminuir la ansiedad y/o culpa.

Las terapias de conducta están diseñadas para ayudar al obeso a cambiar aquellos patrones de alimentación que contribuyen a su exceso de peso. Estas estrategias procuran que el individuo obeso conozca y comprenda a identificar

²⁷ Obesidad consejo fundacion mexicana para la salud

las conductas perjudiciales, con el fin de tratar de modificarlas. Se sugiere que una conducta es aprendida y por lo tanto puede ser modificada, por lo que las terapias de conducta en el obeso deben estar encaminadas directamente a:

- Controlar la ingestión de alimentos, en función de cuando, como, donde y cuanto alimento se consume.
- Fomentar la actividad física lo que también implica un cambio de conducta con el fin de incrementar el gasto de energía y promover un balance negativo de esta.

MOTIVACIÓN

A menos que el paciente este sumamente motivado, la probabilidad de éxito en la reducción de peso es pobre. La motivación se puede reforzar con un programa de autoayuda o de grupo, de preferencia dirigido por un profesional, que puede incluir la familia. Las técnicas de modificación de la conducta consisten en desarrollar la conciencia de señales sobre la ingestión de alimentos para modificar la conducta a ese respecto. Esta técnica comprende los antecedentes, conducta y consecuencias de los modelos de ingestión de alimentos, con énfasis en el sitio y ambiente de las comidas, y en comer lentamente. Se puede acordar un contrato que incluya recompensas y penalizaciones, entre el paciente y el supervisor²⁸.

5.5.9.PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

La prevención de la obesidad es tan importante, o mas, que el tratamiento. La acción preventiva incluye:

- Prevención primaria de la obesidad en si mismo.
- Prevención secundaria, evitar que es recupere el peso después de perderlo.
- Prevención de incrementos de peso adicionales en los individuos incapaces de perder peso.
- Manejar tratamientos estandarizados.
- Prescribir tratamiento farmacológico para manejo de obesidad, en pacientes menores de 18 años.
- Indicar dietas que originen una rápida perdida de peso más de un kilogramo por semana, que ponga en peligro la salud a la vida del paciente y dietas que no tengan sustento científico.

La prevención primaria de la obesidad debe incluir estrategias dirigidas a tratar los asuntos relacionados con el excesivo consumo de energía y los patrones inadecuados de actividad física, patrones de transportación y falta de oportunidades para realizar actividad física en los días de trabajo. Las estrategias deben adaptarse a los distintos estratos socioeconómicos.

²⁸ Elaine B. Feld Man, Principios de nutrición clínica, manual moderno, 1996

Al elaborar estrategias de prevención de la obesidad se contribuye a mejorar la calidad y la duración de la vida. En el caso de individuos con comorbilidades (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2), estas deben tratarse antes o en conjunción con la pérdida de peso.

Las medidas de salud pública encaminadas a la prevención de la obesidad; es decir, diseñadas para reducir la dificultad que tiene un determinado individuo para adoptar patrones saludables de alimentación y actividad física, beneficiaran en particular a aquellos con desventajas sociales, que tienen menos acceso a los servicios de salud preventiva y cuentan con pocas opciones para hacer cambios efectivos en su vida diaria²⁹.

5.5.10. ACTIVIDAD FÍSICA

La evidencia científica demuestra que la actividad física regular y de moderada intensidad efectuada durante la mayor parte de la semana, asociada a un plan de alimentación sano en el que se disminuya el consumo de calorías y grasa saturada, ayuda a controlar el peso, proporciona importantes beneficios a la salud y reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad derivado de enfermedades metabólicas.

El ejercicio es parte esencial de cualquier tratamiento para perder peso, de tal manera que combinado con la dieta hipocalórica y la motivación para mejorar la imagen corporal y la auto estima, forma parte del tratamiento no farmacológico de la obesidad.

La actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se haya elegido.

CLASIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD

- **ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA:** Al menos 5 días por semana, con duración de 30 minutos.
- **ACTIVIDAD VIGOROSA:** Al menos 3 días por semana, con duración de 20 minutos.
- **INSUFICIENTE:** Actividad con frecuencia o duración menor a la recomendada.
- **INACTIVIDAD:** Ninguna actividad deportiva o de esparcimiento.

²⁹ Kaufer et al, nutriología médica, panamericana, 2 da edición, 2000

EL EJERCICIO MEJORA LA SALUD

- Disminuye la cantidad de grasa almacenada en el cuerpo.
- Favorece la circulación sanguínea.
- Incrementa las defensas del cuerpo.

La meta en el descenso de peso es la pérdida del tejido adiposo, pero en la mayoría de los casos aunque la dieta no sea muy estricta y sea equilibrada, también se presenta pérdida de tejido muscular. Es importante promover el ejercicio en el obeso para que la pérdida de peso sea a costa de una disminución de la magnitud del tejido adiposo más que del tejido muscular³⁰.

5.5.1.OBESIDAD Y RIESGOS PARA LA SALUD

OBESIDAD Y DIABETES

La relación entre obesidad y diabetes tipo II, ha sido confirmada, en diferentes estudios prospectivos llevados a cabo tanto en hombres como mujeres. El desarrollo de la diabetes se asocia no sólo con la obesidad, sino también con el aumento de peso y la duración de la obesidad. La diabetes tipo II se asoció especialmente con el exceso de tejido adiposo ubicado en la región abdominal. La incidencia de la diabetes tipo II aumenta con la circunferencia de la cintura (marcador de obesidad, la circunferencia abdominal).

La obesidad aumenta los trastornos metabólicos que se asocian con la diabetes tipo II y aumenta de manera significativa la morbilidad y mortalidad. La acumulación excesiva de grasa a nivel abdominal se asocia con resistencia a la acción de la insulina, intolerancia a los azúcares (glucosa) y una alteración en el perfil de las grasas (colesterol y triglicéridos), lo que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular

OBESIDAD Y TRANSTORNOS VESICULARES

Las enfermedades de la vesícula biliar (colelitiasis y colecistitis), se relaciona con el exceso de peso debido los cambios en el metabolismo hepático, las cuales inducen a una mayor excreción de colesterol hacia las vías biliares. Las mujeres multíparas y con sobre peso son en especial susceptibles al desarrollo de cálculos vesiculares y otras enfermedades de la vesícula biliar.

OBESIDAD Y CANCER

La relación entre exceso de peso y cáncer aun no esta comprendida; sin embargo, la incidencia de cáncer de endometrio, mama, colon y vesícula biliar, aumenta en mujeres obesas, en tanto que los hombres sufren con mas frecuencia cáncer de colon y próstata.

³⁰ Hábitos de ejercicios de los derechohabientes del IMSS.

OBESIDAD Y TRANSTORNOS PSICOLOGICOS

La obesidad también afecta a los individuos a nivel psicológico, dado que la apariencia corporal y su aceptación en su grupo social, influye en muchos casos sobre el auto estima y autoaceptacion.

OBESIDAD Y TRANSTORNOS DEL SUEÑO

Se han relacionado de manera directa con la obesidad alteraciones como la apnea del sueño, al ser esta mas frecuente en los hombres, la obstrucción intermitente de las vías aéreas por la noche, provoca un sueño irregular y se reduce la oxigenación. Para compensar esta situación, aumenta la somnolencia durante el día, así como la hiperventilación.

OBESIDAD Y ALTERACIONES RESPIRATORIAS

No se sabe con claridad por que algunos obesos desarrollan falla respiratoria, pero resabe que en ella participan el incremento de peso, el envejecimiento, la presencia de una enfermedad pulmonar adicional, así, como una serie de padecimiento relacionados con la obesidad. Cuando la función pulmonar se ve afectada reproduce una reducción del volumen respiratorio de reserva y el volumen residual, lo cual causa que el pulmón se colapse.

OBESIDAD Y ARTROSIS

El exceso de peso, incrementa el riesgo de artrosis, que aumenta con la edad y es de las consecuencias mas costosas de la obesidad, las personas obesas desarrollan tarde o temprano enfermedad articular degenerativa u osteoartritis. La primera articulación en sufrir este desgaste por lo general es la rodilla, seguida por la sacroiliaca, la cadera, el tobillo y las intervertebrales.

OBESIDAD E HIPERTENSION

El riesgo de padecer hipertensión arterial aumenta hasta tres veces en las personas con obesidad extrema (IMC de 40), hasta dos veces en las personas con obesidad moderada (IMC de 32.5) y 60% con personas con obesidad leve (IMC de 27.5). Una situación similar se observa en el caso de diabetes tipo 2. Estas diferencias del riesgo de padecer enfermedades repercute en las diferencias del costo del tratamiento medico de la obesidad y sus problemas concomitantes.

OBESIDAD Y RIESGOS QUIRURGICOS

Los pacientes obesos, presentan un mayor riesgo anestésico-quirúrgico, cuando se comparan con sus similares en peso normal. Los problemas que se pueden presentar son:

DURANTE LA ANESTESIA

Representan problemas metabólicos, fisiológicos y técnicos como dificultad para canalizar venas, para la intubación, a demás de que es, más difícil la administración por vía espinal. Alteraciones fisiológicas sobre todo en los sistemas respiratorios, gastrointestinales y cardiovasculares.

DURANTE EL TRANSOPERATORIO

Se dificultan las maniobras, sobre todo en la actividad abdominal para la apertura y el cierre de exceso de tejido adiposo, la selección y resorción de órganos y el control de la hemostasia.

DURANTE EL POSOPERATORIO

Se pueden presentar complicaciones pulmonares, de infección en la heridas, trombosis en el sistema venoso de las extremidades.

Es recomendable una disminución de peso previo a una intervención quirúrgica, a fin de disminuir las complicaciones. Se recomienda detectar las posibles complicaciones de la obesidad.

VI.- CASO CLÍNICO.

O. R. A. femenina de 45 años de edad, originaria y residente de la Lobera, municipio de Sta. Ana Maya, Mich. Su nivel socioeconómico es medio, curso hasta el sexto grado de primaria, se dedica al hogar, su religión es católica. Hace 25 años comenzó a aumentar de peso.

Los servicios con los que cuenta su casa son: agua, luz, drenaje, teléfono, pavimentación, un baño, 2 habitaciones, sala, cocina y comedor. Barre, sacude y trapea diariamente.

Presenta una glucemia de 86 mg/dl, buena coloración de su piel a un que un poco seca, su cabello es corto y limpio, sus uñas son cortas y limpias, su mucosa se encuentra un poco hidratada, sus labios se encuentran un poco secos, cuenta con toda su dentadura, no presenta náuseas, ni vomito. Consume carne de 4 a 5 veces por semana, las verduras solo la consumen de 1 a 2 veces por semana y en poca cantidad, toma aproximadamente 3 vasos con agua al día, el refresco oscuro y de sabor es de todos los días y en mayor cantidad, come entre comidas. Refiere no ser alérgica a ningún alimento, mastica y deglute sin dificultad.

Su orina es de color amarillo claro, no presenta dificultad al defecar sus evacuaciones son de 2 a 3 veces al día, no utiliza ningún laxante, sin problemas de hemorroides, no presenta goteo ni salida de orina al realizar algún esfuerzo.

T/A= 120/80 mm/hg, FC=62 x", FR= 22x", T= 36.5°C, su llenado capilar es de 3 segundos. Camina poco, es dependiente para efectuar sus movimientos, permanece sentada o acostada la mayor parte del tiempo, una de las recreaciones que le gusta realizares pasear, leer, ver televisión y no práctica ningún tipo de deporte ni ejercicio.

Hay presencia de ojeras, no presenta confusión, ni problemas para hablar, no se irrita con facilidad, duerme solo 4 horas y es interrumpido despierta cansada al levantarse, durante el día duerme de una hora a hora y medía y descansos que realiza acostada de períodos largos.

No tiene dificultad para vestirse o desvestirse, viste de acuerdo a la edad, su ropa es limpia.

Esta ubicada en cuanto al tiempo lugar y persona, no presenta crisis convulsivas, es frecuente las cefaleas, refiere tener una buena capacidad de retención, se concentra con facilidad, tiene buen olfato y sentido del gusto, escucha con claridad.

Ella refiere que con facilidad entabla una buena amistad, las preocupaciones que le afectan son familiares y personales, es cooperadora.

No le es fácil expresar sus sentimientos, vive sola en la casa que era de sus padres, mantiene una buena relación con sus familiares, hasta ahora no ha presentado problemas serios dentro de la familia ya que siempre aclaran sus problemas.

No se ha casado ni ha tenido hijos, su ultima fecha de menstruación fue el 01 de febrero del 2007, no tiene inquietud acerca de las relaciones sexuales, no presenta alteraciones en las glándulas mamarias, no recibió información sexual por parte de sus padres.

No presenta inquietud, no adopta una postura rígida, ni existe presencia de sudor en sus manos, acepta la critica que se le hace, tiene una conducta positiva y comprensiva.

VII.- APLICACIÓN DE METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

7.1. VALORACIÓN POR NECESIDADES.

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

DATOS GENERALES:

Nombre: ORA

Edad: 45 años

Religión: Católica

Lugar y Fecha de nacimiento: la Lobera, municipio de Sta. Ana Maya, Mich.

Estado civil: Soltero. **Lugar de residencia:** La Lobera, municipio de Sta. Ana Maya, Mich.

Ocupación: Hogar **Escolaridad:** Sexto año de primaria

Diagnostico: Obesidad grado I

Fecha de entrevista: 31 de Enero del 2007

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

La usuaria presenta una frecuencia respiratoria de 22 x" con una calidad normal al no realizar alguna actividad física, su coloración de piel es adecuada, no presenta ruidos a la auscultación, no presenta tos, no presenta secreciones, refiere que no ha consumido tabaco o algún otro tipo de droga, presenta una T/A= 120/80, una FC= 62x", siendo el pulso fuerte.

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

La usuaria presenta un peso de 90 Kg., una Estatura de 1.49 cm., siendo su Índice de Masa Corporal de 30.2 encontrándose en obesidad grado I; su ingesta habitual en e desayuno es de hot-cakes, café o comida del día anterior, en la comida pollo guisado, con chile, empanizado, res de igual forma, tortillas, refrescos, en la cena, tacos refrescos, pan, atole de maicena. Al día solo

ingiere menos de 1 lt de agua no tiene una dieta especial ni presenta intolerancia por algún alimento, su apetito es normal, aunque refiere que ha perdido peso en los últimos 6 meses, con frecuencia como entre comidas: frituras, churros, helados, no presenta problemas en la masticación o deglución.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

La usuaria manifiesta evacuar de 2 a 3 veces al día refiriendo no presentar estreñimiento no diarrea, orina de 3 a 4 veces por día con un aspecto amarillo claro, sin presentar ardor o algún signo de molestia, presenta sudoración al realizar alguna actividad física, su menstruación es regular y sin molestia.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA

La usuaria presenta una expresión facial adecuada a la situación que se presenta, mantiene una postura erecta, su forma de andar es normal, a pesar de no presentar rigidez articular ni tener una limitación física la usuaria no realiza ejercicio ni practica algún deporte.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

La usuaria manifiesta que su sueño nocturno es interrumpido de 3 a 4 veces y sus horas de sueño en total es de 4 horas, menciona que la razón es por problemas familiares y personales y el modo que emplea para volver a conciliar el sueño es escuchar música aunque su sensación al despertar es de estar cansada y ya presenta ojeras.

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

La usuaria refiere vestirse por si misma sin ayuda, dándole mucha importancia a su aspecto y es adecuada a la ocasión, niega reacciones alérgicas a determinados tejidos.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

A la usuaria se le realizó la toma de temperatura axilar teniendo una temperatura de 36.5°C, sin presentar en el momento sudoración, manos ni pies fríos y si podría medirse su propia temperatura.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

La usuaria manifiesta bañarse diario, al igual que el cepillado de dientes realizándolo 2 veces al día, presenta cabello bien implantado no quebradizo sin

tendencia de pérdida de cabello, uñas cortas y limpias, dentadura sin alteraciones, piel poco seca.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

La usuaria se encuentra conciente, orientada en espacio, tiempo y persona, no presenta alteraciones auditivas, de gustativas, olfativas, táctiles y visuales, niega alergia a algún tipo de medicamento, la usuaria no constituye un peligro para su persona o familiares.

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

La usuaria tiene una comunicación clara, organizada y coherente, vive sola en la casa que era de sus padres, es la menor de sus 10 hermanos, su principal confidente es ella misma, las personas con la que a diario convive son familiares y amigos, la mayor parte del día se encuentra sola, sus amigos la visitan generalmente por las tardes.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

La usuaria refiere ser de religión católica aunque no la practique con regularidad; lo más importante para ella es vivir su vida y es capaz de tomar decisiones propias.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

La usuaria menciona que no realiza ninguna actividad laboral ya que sus hermanos y sobrinos que se encuentran en Estados Unidos son quienes le depositan dinero. Aunque manifiesta que quisiera desempeñar algún trabajo.

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

La usuaria refiere que su diversión favorita es pasear aunque esta diversión es mas frecuente cuando sus hermanos y sobrinos llegan de Estados Unidos otra actividad recreativa que le gusta realizar es leer.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

La usuaria durante la entrevista se observa adaptada al momento, muestra interés y atención, supo escuchar y también realizo algunas preguntas.

7.2.- DIAGNÓSTICO No 1

Alteración de la nutrición por exceso de nutrientes (carbohidratos, lípidos) relacionado con deficientes hábitos alimenticios manifestado por un Índice de masa Corporal de 30.2

OBJETIVO

La usuaria se comprometerá a modificar el modelo de ingesta adaptándolo a sus necesidades.

INTERVENCIONES

- Confeccionar conjuntamente una dieta baja en calorías, adaptándola, en la medida de lo posible, a los gustos, horarios y recursos de la persona. Desaconsejando las comidas abundantes y programando ingestas frecuentes (5 o 6) al día y de poca cantidad.

FUNDAMENTACION

- La dietoterapia analiza las modificaciones que debe sufrir la alimentación tanto cualitativa como cuantitativa atendiendo a las necesidades del individuo cuando este sufra una patología determinada tanto aguda como crónica.
- El proporcionar información a la usuaria acerca de los programas de alimentación que debe llevar a cabo en su vida diaria, le proporcionara un mejor estado de salud físico en general.

EJECUCION

01 Febrero al 13 de Abril de 2007

Se le dieron a conocer los requerimientos nutricionales que debe de consumir al día, carbohidratos, lípidos, proteínas, lácteos, cereales, frutas y leguminosas.

Con el apoyo de material didáctico del centro de salud de la localidad se le explico la importancia de continuar con su nuevo hábito alimenticio.

Se le recomienda a la usuaria pesarse cada 15 días en la misma báscula en ropa interior, a la misma hora.

EVALUACION

La usuaria ha modificado su habito alimenticio de acuerdo a las recomendaciones que se le hicieron, incrementando el consumo de frutas y

verduras; disminuyendo los carbohidratos y lípidos. Teniendo como resultado la pérdida de 6 kg. Y un IMC de 28.1 encontrándose en **sobre peso grado II** de en un periodo de tiempo de 2 meses con 13 días.

DIAGNOSTICO No 2

Riesgo de déficit de volumen de líquido relacionado con una ingesta insuficiente de agua (3 vasos al día) manifestado por sequedad de la piel.

OBJETIVO

Que la usuaria reconozca la importancia de recuperar una buena hidratación.

INTERVENCIONES

- Identificar las causas del déficit y la forma de prevenirlas/reducirlas en el futuro.
- Establecer conjuntamente en programa para aumentar la ingesta de líquidos hasta un mínimo de 2 litros/día.
- Administrar los líquidos frecuentemente y en pequeñas cantidades.

FUNDAMENTACION

- El identificar las causas de los problemas, permite buscar una solución, a estos y por lo tanto entender, comprender y saber como prevenirlos en el futuro.
- Más del 92% del cuerpo humano esta formado por agua, por lo tanto el ingerir mas de 2 litros de agua al día le proporciona a la persona un estado de salud favorable tanto físico, como orgánico.
- Proporcionarle agua a la usuaria en pequeñas, cantidades y tan frecuentes como se pudiera, le ayudara a ingerir poco a poco la estabilidad que se debe consumir diariamente para una mejor calidad de vida.

EJECUCION

01 de Febrero a 13 de Abril del 2007

- Se le aconsejo el cambio de consumo de refresco de cola por el de agua y/o agua de frutas.
- Se la fracciona el día en dos partes para que en la mañana (9:00 am. A 13:00 pm) consuma un litro de agua y en la tarde de (15:00 pm a 19:00) consuma otro litro de agua.
- Aconsejar el uso de cremas corporales como apoyo en el cuidado de la piel evitando que se vea seca.
- Se le pregunto que fruta le gusta mas para consumirla en agua a la hora de la comida en lugar de refresco de cola.

EVALUACIÓN

La usuaria también logro modificar el habito que tenia de consumo excesivo De refresco de cola por el de agua cuando tenga sed y a la hora de la comida por el de agua de frutas naturales. Viendo como resultado una piel más humectada; y como apoyo en el control de peso.

DIAGNOSTICO No 3

Alteración del patrón del sueño relacionado con problemas personales y familiares manifestado por cansancio al despertar y ojeras.

OBJETIVOS

Que la usuaria recupere su sueño. Realizando técnicas de relajación.

INTERVENCIONES

- Establecer y respetar un horario para dormir.
- Desaconsejar el consumo de cafeína o estimulantes antes acostarse.
- Al interrumpirse el sueño aconsejar que se levante y lea o realice otra actividad ligera.
- Si el sueño diurno es excesivo limitar la cantidad y duración de las siestas.

FUNDAMENTACION

- Al establecer y respetar un horario nocturno de sueño le proporcionara a la usuaria descanso, relajamiento en cantidad y calidad para poder recuperar un nivel de vida optima.
- El consumo de cafeína. Te, refresco de cola, chocolate, son estimulantes del sistema nervioso y la toma de ellos antes de acostarse pueden provocar insomnio a la persona.
- El eliminar o prohibir las siestas durante el día, le va a proporcionar a la usuaria un mejor descanso, relajamiento y conciliación del sueño por las noches.

EJECUCION

- La usuaria adopta un horario fijo para dormir que es 22:00 pm.
- Que la usuaria estuviera el mayor tiempo del día en actividad para que evitara las siestas o descansos que realizaba acostada de periodos largos.
- Al terminar las actividades físicas recomendadas se le aconseja a la usuaria que realice un baño con agua tibia para mayor relajación (por la noche).
- Se le recomienda a la usuaria si su sueño es interrumpido lea un libro ya que es una actividad que le gusta realizar y además también la relaja.
- Se le aconsejo que evitara el consumo de café o bebidas de cola antes de acostarse.

EVALUACION

En los primeros 18 dias a la usuaria se le dificulto adaptarse al nuevo horario para dormir ya que estaba acostumbrada a dormirse después de las 00: 30 am; pero siguiendo las actividades de la ejecución la usuaria a logrado aumentar sus horas de sueño disminuyendo a 1 o ninguna interrupción. Teniendo como resultado un despertar mas relajada, descansada y disminuyendo la pronunciación de ojeras.

DIAGNOSTICO No 4

Riesgo de intolerancia a la actividad física relacionado con falta de ejercicio y la práctica de algún deporte manifestado por desinterés, fatiga, problemas respiratorios y falta de experiencia en la actividad.

OBJETIVO

Que la usuaria mantenga su nivel de energía fisiológica y psicológica.

INTERVENCIONES

- Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física, de forma que se incremente la tolerancia; evaluar periódicamente los logros obtenidos y ajustar el programa a ellos.
- Mantener una posición corporal confortable y adecuada a la actividad que se realiza; llevar acabo las actividades de una en una.
- Controlar las constantes vitales y la aparición de cambios físicos y mentales relacionados con la actividad que indiquen la necesidad de interrumpirla inmediatamente.

FUNDAMENTACION

- Para mejorar no basta con entrenarse constantemente, si no es fundamental realizar un aumento progresivo de la carga; de otro modo, el organismo, que siempre es estimulado con la misma carga, se adapta al estímulo y no responde a la carga con el cansancio y la consiguiente súper compensación.
- La alineación corporal se refiere a la alineación de una parte del cuerpo con otra. La correcta alineación corporal reduce la tensión ejercida sobre las estructuras musculoesqueleticas, mantienen el tono muscular y contribuyen a sostener el equilibrio.
- Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores que son del estado funcional del paciente. Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.

EJECUCION

- A la usuaria se le explico la importancia de las actividades físicas tanto preventivas como control en enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión).
- A la usuaria se le invito para que participara en las campañas de vacunación (de 10 al 16 de febrero del 2007 en la primera semana nacional de vacunación y del 25 al 30 de marzo del 2007 en la primera semana nacional de vacunación antirrábica) junto a la doctora de la localidad.
- Para comenzar con las actividades físicas que realizo la usuaria se inicio con 10 minutos de estiramiento y calentamiento para seguir con 30 minutos de caminata esto se realizo por 2 semanas a la semana se le aumento 30 minutos mas hasta llegar a 1 ½ hora en las siguientes semanas se alterno las rutinas caminata, bicicleta, baile y ejercicios aeróbicos.
- Se tomo encuesta las cifras de los signos vitales al empezar y terminar las actividades.

EVALUACION

A la usuaria no le fue tan difícil realizar actividades físicas ya que ella necesitaba era motivación. La usuaria ha mejorado en su condición física; ya termina sus rutinas sin tanto esfuerzo en la respiración; y como resultado fue que en combinación con su alimentación, descanso y una **buena hidratación la usuaria pudo bajar 6 kg de peso y llegar a un sobre peso grado II** y que continuara con este nuevo estilo de vida para no volver a la obesidad y llegar a complicaciones de esta enfermedad.

VIII.-CONCLUSION Y SUGERENCIAS

8.1.-CONCLUSION

Este trabajo me ha permitido realizar el proceso de atención de enfermería de forme integra. De esta manera, pude constatar, que las intervenciones de los Licenciados en Enfermería son muy amplias y se requiere que estemos preparados para poder llevar a cabo todas las etapas del proceso de enfermería, ya que es lo que sustenta la practica de la misma de manera profesional.

8.2.-SUGERENCIAS

Tomando en cuenta el papel que tenemos los (as) licenciados en Enfermería como promotor de la salud, en prevención de las enfermedades y en ocasiones es el único recurso con el que cuenta la población se sugiere:

- Promover la prevención y control de la obesidad.
- Incidir a la población en general sobre la importancia de acudir a citas médicas periódicamente, para saber su peso y la medida de su cintura.
- Fomentar la importancia del **ejercicio y**
- **la dieta diaria.**
- Que los futuros Licenciados en Enfermería tomen al Proceso de Atención Enfermero como opción de titulación.

ANEXO 1

IMC= peso / Talla

IMC = 90 / 1.49

IMC = 30.2

PESO IDEAL = talla / 2 - 25

PESO IDEAL = 149 / 2 = 74.5 - 25 = 49.5

P.I = 49.5 + 10% = 59.5

49.5 - 10% = 44.5

ECUACIÓN DE HARRIS – BENEDICT

SEXO: Femenino

EDAD: 45 años

PESO: 90 Kg

TALLA: 1.49 cm

ACTIVIDAD FÍSICA: 157

$655 + (9.56)(\text{peso}) + (1.85)(\text{talla}) - (4.68) (\text{edad})$

$655 + (9.56) (90) + (1.85) (149) - (4.68) (45)$

$655 + 860 + 275 - 210.6 = 1579.4 \text{ Kcal.}$

$(1579.4) (.10 \text{ activ. Física}) = 157.94$

$1579.4 + 157.94 = 1737.34 \text{ GEB}$

DISTRIBUCIÓN

CARBIHIDRATO = 55 $(1737.34) (55) = 955.537 / 4 = 238.884$

LIPIDOS = 25 $(1737.34) (25) = 434.335 / 9 = 48.25$

PROTEINAS = 20 $(1737.34) (20) = 347.468 / 4 = 86.86$

238.88

+ 48.25

86.86

373.99

374 - 100%

238.88 - x = 63 %

374 - 100%

48.25 - x = 12 %

374 - 100%

86.86 - x = 23 %

98 %

ALIMENTOS BÁSICOS	RACIONES	ENERGÍA	CHO	LÍPIDOS	PROTEÍNAS
CEREALES Y TUBÉRCULOS	4.5		15	0	2
LEGUMBRES	4		67.5	0	9
			18	1	6
			72	4	24
CARNES Y HUEVO	2		0	5	7
LÁCTEOS	3		0	10	14
			9	8	9
VERDURAS	5		27	24	27
			5	0	2
FRUTAS	4.5		25	0	10
			10	0	0
GRASAS	2		45	0	0
			0	5	0
			0	10	0

AZUCARES			10	0	0
			238	48	86
			237	48	84

ALIMENTOS BÁSICOS

	DESAYUNO	ALMUERZO	COLACION	COMIDA	MERIENDA	CENA
--	----------	----------	----------	--------	----------	------

CEREALES Y TUBÉRCULOS

	1			2		1
--	---	--	--	---	--	---

LEGUMBRES

		2		1		
--	--	---	--	---	--	--

CARNES Y HUEVO

		1		1		
--	--	---	--	---	--	--

LÁCTEOS

	1		1			1
--	---	--	---	--	--	---

VERDURAS

		2		3		
--	--	---	--	---	--	--

FRUTAS

	2			1	2	
--	---	--	--	---	---	--

GRASAS

				1		
--	--	--	--	---	--	--

AZUCARES

DESAYUNO	ALMUERZO	COLACION	COMIDA	MERIENDA	CENA
Cereal con leche descremada	Lentejas con un huevo hervido	1 yogurt	Caldo de pollo con verduras	Jicama picada	Cereal y leche descremada.
1 manzana	1 tortilla.		Agua de melón.		
1 naranja					

ANEXO No 2

VALORACION DE ENFERMERIA

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

I.-VALORACION GENERAL

Nombre y apellido _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ sexo _____
Estado civil _____ Ocupación _____
Lugar de procedencia _____
Domicilio _____ Teléfono _____
Familiar/persona para contactar _____
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 _____ ¿Cuáles? _____
Secuelas: Si _____ No _____ Especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso de Alcohol _____ Cafetismo _____
Uso de sustancias toxicas: Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

Diabetes: Si _____ No _____ ¿Qué cifras ha manejado en los últimos 6 meses? _____ mg/dl

Hipertensión Arterial: Si _____ No _____ ¿Qué cifra maneja en los últimos 6 meses? _____

Alergias: Si _____ No _____ Especificar _____

II.- VALORACION POR NECESIDADES

1.-NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración

Frecuencia _____/min.

Calidad: Normal _____ Superficial _____ Rápida _____ Otros _____

Color de la piel _____

Ruidos a la auscultación: Si _____ No _____

Descripción/Localización _____

Tos: Si _____ No _____ Secreciones: Si _____ No _____ Color _____

Dolor al respirar: Si _____ No _____

Tabaco: Si _____ No _____ Lo dejó Especificar fecha _____

Consumo: < de 1 paquete al día _____ 1-2 paquetes al día _____

➤ de 2 paquetes al día

Otras drogas: Si _____ No _____ Tipo _____

Uso _____

¿Tienes alguna alergia respiratoria? Si _____ NO _____

¿De que tipo? _____

T. A _____ F. C. _____ Pulso: Fuerte _____ Débil _____

Regular _____ Irregular _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Peso _____ Kg Talla _____ cm. I. M. C. _____

Ingesta habitual: desayuno _____

Comida _____

Merienda _____

Cena _____

Dieta especial: Si _____ No _____ Tipo de dieta _____

Ingesta de Líquidos: < de 1 litro/día _____ 1-2 litros/día _____

>2 de litros/día _____

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

Apetitos: Normal _____ Disminuido _____ Aumentado _____ Nauseas _____

Vómito _____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): Si _____ No _____

Kilogramos ganados/perdidos _____

PROBLEMAS DE:

Masticación: Si _____ No _____

Usa prótesis dental: Si _____ No _____ Otros _____

Inferior o superior _____

Deglución: Si _____ No _____ Tipo: gases _____ ardor _____ pesadez _____

Dolores _____ otros _____

¿La piel esta hidratada?: Si _____ No _____

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

¿Necesita ayuda?: Preparar la comida _____ comer _____ tocar los alimentos _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

INTESTINAL:

Frecuencia al día _____
Estreñimiento _____ diarrea _____ incontinencia _____
Ostomia: Si _____ No _____ tipo _____
Autocuidado: Si _____ No _____
Problemas de:
Hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____ otros _____
Uso de laxantes o rutinas: Si _____ No _____ a veces _____
Ayudas empleadas _____

URINARIA:

Frecuencia al día _____
Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____ pañal _____
Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____
¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si _____ No _____
¿Cuál? _____
Utiliza sonda vesical: Si _____ No _____ fecha del último sondaje _____
¿Su orina tiene algún olor? Si _____ No _____

CUTANEA:

Sudoración cutánea: Si _____ No _____ sudoración profusa: Si _____ No _____
Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____
Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? Si _____ No _____
¿Tiene molestias fuera de la menstruación? Si _____ No _____

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado _____ alerta _____ inexpresivo _____ hostil _____
Inadecuado _____
Comportamiento motor: Inhibición _____ agitación _____ temblores _____
Rigidez _____ incoordinación _____ inquietud _____

POSTURA:

Erecto _____ decaído _____
Miembro dominante: izquierdo _____ derecho _____
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 _____
¿Qué zona de su cuerpo? _____
¿Hace ejercicio? Si _____ No _____ tipo _____
¿Cuánto tiempo? _____ ¿frecuencia a la semana? _____
¿Practica algún deporte? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descanso _____

PROBLEMAS DE SUEÑO:

Al inicio _____ interrumpido _____ (No de veces _____) despertar temprano _____

Sueño excesivo _____ pesadilla _____ (tipo _____)

Sensación después de dormir: descansado _____ cansado _____ confuso _____ otros _____

Factores que afectan el sueño _____

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

Otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si _____ No _____ ¿con limitaciones explique? _____

Alergias a determinados tejidos: Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca _____ bastante _____ mucha _____

¿Su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación y circunstancias?

Si _____ No _____ Otros datos de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____

Sudoración cutánea: Si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y/o manos?

Si _____ No _____

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

Si _____ No _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____

Cepillados de dientes: Si _____ No _____ frecuencia _____

Autónomo: Si _____ No _____ Necesita ayuda: Si _____ No _____

Especificar _____

Descuidado en: cabello _____ dientes _____ uñas _____

Su piel es: seca _____ grasa _____

¿Ha notado alguna lesión? Descríbalo _____

Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompe con facilidad _____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ No _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento _____ confuso _____ apático _____ hipervigilante _____

distraído _____ fluctuante _____

No responde a estímulos _____ solo sigue instrucciones _____

Orientación Espacio-Tiempo-Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) especificar _____

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

Persona: (reconoce personas significativas) especificar _____
 Alteraciones perceptivas: auditivas _____ tipo _____
 Visuales _____
 Táctiles _____
 Olfativas _____
 Localización de la percepción: interna _____ externa _____
 AUTODESCRIPCIÓN DE SI MISMO:
 Alegre _____ confiada _____ triste _____ desconfiada _____ tímida _____
 Inquieta _____
 Sobre valoración de logros _____ Exageración de errores _____
 Infravaloración _____
 Auto evaluación general y competencia personal: positiva _____
 negativa _____
 Sentimientos respecto a ellos: inferioridad _____ superioridad _____
 tristeza _____ culpabilidad _____ inutilidad _____ impotencia _____
 ansiedad _____ miedo _____ rabia _____ depresión _____ otros _____
 Alergias a alguna sustancia o medicamento: Si _____ No _____
 ¿Cuáles? _____
 El estado la persona puede constituir un peligro para ella _____ o para
 otros _____ especificar _____
 Precauciones: mas vigilancia _____ poner banderillas _____ 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 y rol que ocupa en la familia _____
 Personas más significativas _____
 Principal confidente _____
 Personas con las que se relaciona a diario _____
 Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____
 Tiempo que pasa solo y por que _____
 Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____

Sexualidad: última regla _____ anticoncepción: Si _____ No _____
Método (os) _____
Cambios percibidos en las relaciones sexuales: Si _____ No _____
Motivos _____ No.
De embarazos _____ realiza auto examen: si _____ No _____ ¿Con que frecuencia? _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para ustedes la vida? _____
Religión: católica romana _____ protestante _____ judía _____ otra _____
¿Desea realizar prácticas religiosas? Si _____ No _____ ¿visítale 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 _____ ¿Explique? _____
Problemas laborales: Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____
Tiempo dedicado al trabajo _____ Tiempo dedicado al ocio _____
Capacidad de decisión: Si _____ No _____
Resolución de problemas: Si _____ No _____
Grado de incapacitación personal atribuida _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____
suficiente _____
¿Cuál es su diversión preferida? _____
Pérdida de interés por las actividades recreativas: Si _____ No _____
Cambio en las habilidades o funciones físicas corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente _____ remota _____
Inteligencia general: adaptado al momento _____
Retrazo en el desarrollo _____
Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:
Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas _____

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso-Enfermero Aplicación Actual 2ª Edición Edit. Cuellar _Méx. 2002.
- 2.- Manual de Enfermería.
Lexus Editores. Barcelona España. 2001.
- 3.- GRIFFITH Janet W. y CHISTENSEN Paula J. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías, y Modelos. Edit. Manual Moderno México, D.F. 1993.
- 4.- HERNANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método. Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana.
Madrid, España 1999. p.p. 127—140.
- 5.- ANN MARRINER Tomey y RAILE ALLIGOD Martha,
Modelos y teorías en enfermería 5ª Edición Español. Ed. Mosby, España 2003
- 6.- Kaufer-Hor Witz et al Nutriología medica, Ed. Panamericana, 2 da edición, 200
- 7.-P. Cervera et al, alimentación y dietoterapia,Ed. Mcgraw-Hill-Interamericana, 4 edición , 2004
- 8.-Rotafolio de obesidad menú familiar, julio 2006
- 9.-Hábitos de ejercicios de los derechohabientes del IMSS, 2004
- 10.-Obesidad consejo fundación mexicana para la salud, A.C.
- 11.-Diccionario de especialidades farmaceuticas, www.plmlatina.com, thomson,plm, edicion 48, 2002
- 12.-<http://www.obesidad y cirugia.cl/>

13.-<http://www.cirugia de obesidad.cl/menú/main.asp>

14.-Elaine B. Feld Man, principios de nutrición clínica, Ed. Manual moderno, 1996.

15.-Hábitos de ejercicios de los derechohabientes del IMSS.