

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



PROCESO

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN CASO DE DIABETES
MELLITUS TIPO II CON EL REFERENTE FILOSÓFICO DE VIRGINIA
HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P. L. E. SANTIAGO GARCÍA GUTIÉRREZ

DIRIGIÓ: MCE. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

MORELIA MICH. MARZO 2011

DIRECTIVOS DE LA FACULTAD

DRA. Elizabeth Medina Castro.
Directora De La Facultad De Enfermería

M. E Ruth Perez Guerrero.
Secretaria Acadêmica

M. E. Ana Célia Anguino Morán.
Secretaria Administrativa

MESA SINODAL
M.C.E Roberto Martínez Arenas.
Asesor

M.C Vanesa Jimenéz Arroyo.
Vocal 1

Dr. Roberto Mendonza Contreras.
Vocal 2

Dr. José Carmen Ledesma Morales.
Suplente

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES:

Por haberme brindado la oportunidad de estudiar una Carrera Profesional y por brindarme todo su apoyo y confianza en el trayecto de ésta.

A MIS AMIGAS:

A mis amigos por haber contribuido en la formación ya que al realizar las tareas o trabajos siempre nos apoyamos en los obstáculos o dificultades que se presentaban en diferentes materias.

A MIS ASESORES:

Agradezco a M.C.E. Roberto Martínez Arenas por su apoyo, paciencia y tiempo que me dedico y los conocimientos que obtuve, gracias por alentarme durante este proyecto. Por ser uno de los principales para poder realizar este trabajo tan importante, para poder llevar acabo el P. E. para la titulación.

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Comienzo por decirles mil gracias por que han dado todo su apoyo incondicional, confianza, nobleza, comprensión, honradez, paciència, sentido del humor, por su amistad, por haber compartido tantas ocasiones sus sabiduria, por haber sido ejemplo digno a seguir, por su bondad agradeciendo que se esforzaron mucho para que yo saliera adelante, gracias por los consejos que me dieron.

A MI ASESOR:

Por compartirme sus grandes conocimientos, por aceptar ser mi asesor y guia en el ámbito profesional, ético, a quien le agradezco la presencia y confianza que en mi deposito y apoyo que me brindo, por su tiempo y dedicación.

A DIOS:

Porque me dio el regalo más bello que es la vida, dandome La oportunidad y fortaleza de realizar este sueño para terminar La Carrera de Licenciatura en Enfermería, porque me da la oportunidad de aprender de mis experiências. Gracias por cuidarme en el transcurso del camino que recorria para llegar a la facultad.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. JUSTIFICACIÓN

II. OBJETIVOS

1.1 General.

1.2 Específicos.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Proceso de Enfermería.

3.2 Modelo de Virginia Henderson.

3.3 Historia Natural de la enfermedad o problema que presenta la persona.

IV. METODOLOGÍA

V. CASO CLÍNICO

VI. DESARROLLO DE LA METODOLOGIA

6.1 Valoración por necesidades de V. Henderson.

6.2 Diagnósticos de Enfermería.

6.3 Plan de intervención 1

6.3.1 Ejecución

6.3.2 Evaluación

6.4 Plan de intervención 2

6.4.1 Ejecución

6.4.2 Evaluación

6.5 Plan de intervención 3

6.5.1 Ejecución

6.5.2 Evaluación

6.6 Plan de intervención 4

6.6.1 Ejecución

6.6.2 Evaluación

6.7 Plan de intervención 5

6.7.1 Ejecución

6.7.2 Evaluación

6.8 Plan de intervención 6

6.8.1 Ejecución

6.8.2 Evaluación

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

X. ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo II, se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida y el agente causante, más frecuente es la obesidad, como varios fármacos asociados a la toma de corticoides frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada la insulinoresistencia, el páncreas no produce o produce muy poca insulina o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina. El tratamiento consiste en la aplicación de medicamentos, dieta, ejercicio físico y sobre todo que el paciente acepte la enfermedad siguiendo las indicaciones para mejorar su estado de salud. A continuación se presenta un caso clínico de diabetes mellitus tipo II y un marco teórico de referencia, la cual se valoro conforme a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Es una de las enfermedades que provocan un gran número de muertes en nuestra población, afectando de manera individual, grupal a nuestra sociedad alterando la calidad de vida del ser humano y provocando un desequilibrio, emocional, físico, espiritual y social.

Es una patología que no discrimina edades, sexo, orígenes raciales y socioeconómicos, de manera que sigue siendo una de las patologías con mayor prevalencia hasta nuestros tiempos. La diabetes mellitus en su padecimiento que ha causado en Michoacán miles de muertes y que hace que ocupe la tercera causa Mundial, se prevé que para el 2030 se duplicaran las cifras de personas con diabetes. Por ello es necesario profundizar los conocimientos de esta y su tratamiento es así que mediante la aplicación del Proceso Enfermero se orientaran las acciones no solo para los cuidados sino también para una buena administración de medicamentos.

I. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal y tienen las siguientes características: Estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos, Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima, algunas pueden prevenirse y siendo posible minimizar sus efectos, por lo que es importante la detección oportuna de éstas. Existen muchas enfermedades crónicas degenerativas, que no solo afectan en el funcionamiento fisiológico del organismo, sino que repercuten de manera directa en aspecto emocional no solo del paciente sino de las personas más cercanas a éste, por lo que se hace de suma importancia su atención.

En lo que respecta a la epidemiología, desde 1940, se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes, pese a esto aun se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. De acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas degenerativas de 1993, la prevalencia para la población de 20 a 60 años fue de 6.7%, de este grupo 68.7% tenía diagnóstico previo de diabetes y en 31.3% se hizo el hallazgo, lo cual indica que dos tercios del total de los diabéticos son conocidos; sin embargo, al considerar los resultados de las curvas de tolerancia a la glucosa la razón de la mortalidad por diabetes también ha mostrado una tendencia ascendente en los dos últimos decenios. En 1976 del total de muertes 7% correspondió a diabetes y en 1993 alcanzó 13%. Por otra parte, la mortalidad hospitalaria por diabetes aumentó de 2% en 1977 a 6% en 1984. (1).

Muchas de estas enfermedades crónicas son las primeras causas de muerte en muchos otros países, particularmente aquellos desarrollados.

Algunas de estas condiciones son, a saber: enfermedades del corazón y circulatorias, tales como las cardiopatías coronarias, las condiciones hipertensas, claudicación intermitente; cáncer; diabetes sacarina; accidentes cerebro vasculares, enfermedades pulmonares; problemas en la espalda baja; enfermedades óseas y reumáticas, condiciones renales, enfermedades hepáticas entre otras. La prevalencia de diabetes mellitus tipo II en la actualidad a nivel mundial es un total de 246 millones de personas afectadas, de los cuales 205.000 son niños menores de 20 años de edad y 8.6 millones son adultos mayores de 60 años de edad.

A partir del 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Contrario a lo observado con otras afecciones (como la cirrosis hepática), la tasa de mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003. Por ejemplo, en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. En estudios realizados durante la década pasada se previó que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9% en la población mexicana y se calcula que podrá llegar a 12.3% en el año 2025. En México, la diabetes afecta a uno de cada cuatro individuos mayores de 60 años. La elevada prevalencia justifica el escrutinio sistemático de la diabetes en este grupo de edad. El porcentaje creciente de mexicanos que superan los 60 años hace necesaria la creación de programas de tratamiento adaptados a sus peculiaridades. (2).

La diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades del hígado, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y los accidentes de transporte en conjunto, fueron causa de 56.2% de las defunciones ocurridas en 2007. En morbilidad en 2007 y demanda de atención por DM II, en hombres ocupa, el lugar número 8 y en mujeres el lugar 10. Lo que

nos refiere que los varones son más propensos y/o solicitan mayor atención que las mujeres.

A nivel institucional se reconocieron diferencias al dividir la población de acuerdo con el sistema de aseguramiento al que tiene derecho; los sujetos atendidos por el ISSSTE y el IMSS tuvieron las prevalencias más altas (11.1% y 8.9%, respectivamente. Casi 1.5 millones de diabéticos, 82.3% de ellos con diagnóstico médico previo, son derechohabientes del IMSS. Los diabéticos de 60 años y más fueron en su mayoría mujeres (58.4%) que vivían en zonas urbanas (70.3%), con seis años o menos de escolaridad (81.5%) y con menos de tres salarios mínimos como ingreso en el hogar (60.6%). De ellos, 70.6 % tenía además hipertensión.

Los datos confirman nexos existentes entre la diabetes y algunas anomalías clínicas que sirven para identificar a la población susceptible de sufrirla. La prevalencia de diabetes es mayor (11.4%) en grado considerable entre la población con antecedentes familiares (padre o madre o ambos) en comparación con aquéllos sin familiares afectados (5.6%). La población con obesidad, según su índice de masa corporal y circunferencia de la cintura, presentó una prevalencia mucho mayor que aquélla sin obesidad. La población con enfermedades crónicas concurrentes, sea por diagnóstico médico previo o detectadas mediante la encuesta, reveló una mayor prevalencia de diabetes mellitus en comparación con la población sin la enfermedad. Dichas enfermedades fueron hipertensión arterial (13.7%), hipocolesterolemia (23.3%), microalbuminuria (15.5%) y enfermedad renal (12.3%). (1)

La diabetes, es un padecimiento que requiere atención especializada, y cuidados específicos, ya que las complicaciones y repercusiones son de gravedad por lo que el cuidado de un paciente con DM requiere especial atención por el profesional de enfermería, quien debe ser capaz de utilizar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de estas personas. La metodología de enfermería es una herramienta que proporcional los elementos adecuados para identificar las respuestas humanas ante situaciones de esta índole, por lo que es importante que el profesional de enfermería, la realice utilizando un pensamiento crítico y analítico. El usuario de diabetes mellitus II necesita atención de enfermería específica de acuerdo a sus manifestaciones clínicas

incluyendo la mejora de sus problemas emocionales y sociales, a demás contribuir a evitar la presencia de complicaciones. (2)

II. OBJETIVO

1.1 Objetivo general

Aplicar la Metodología de la Intervención de enfermería basándose en las necesidades de Virginia Henderson en el caso de un paciente con diabetes mellitus tipo II, para identificar las respuestas humanas y satisfacer las necesidades.

1.2 Objetivos específicos

- Realizar la valoración del caso e identificar necesidades de acuerdo a la filosofía de Virginia Henderson.
- Establecer diagnósticos de enfermería y planear intervenciones de acuerdo a las necesidades prioritarias reales.
- Realizar cuidados de enfermería de acuerdo las necesidades del paciente que sean necesarias para una buena y pronta recuperación.
- Realizar acciones específicas en cada diagnóstico y evaluarlas.
- Realizar actividades que favorezcan el autocuidado
- Que el paciente conozca sobre las principales complicaciones de la enfermedad y pueda retardar su aparición
- Ayudar a mi paciente con su DM para evitar otras complicaciones que se le puedan presentar.

III. MARCO TEORICO

3.1 PROCESO ENFERMERO

El proceso de atención de enfermería es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. El proceso de atención de enfermería utiliza una metodología que exige al profesional de enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud. (3)

Importancia del proceso enfermero

Permite al personal de enfermería asegurar la calidad de atención del individuo, familia y comunidad, por ser un método en el que podamos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de enfermería. Además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación de enfermería.

Características

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar el trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico. (3)

Es sistemático porque está conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico, que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

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

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

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

Es interactivo por requerir de la interrelación humana con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Ventajas del proceso de atención de enfermería

Este proceso tiene ventajas tanto para el profesional de enfermería, como para el sujeto de atención. Al personal de enfermería le permite:

Brindar un cuidado de calidad a los usuarios, y se evidencia cuando en todas las etapas se promueven un mayor grado de interacción entre el enfermo y usuario, lo que permite una mejor percepción de los logros alcanzados. Le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, puesto que le facilita la comunicación con el sujeto de atención. El uso del proceso de enfermería contribuye a aumentar la acreditación del profesional de enfermería por hacer el vehículo a través del cual, mediante el registro en las diferentes etapas, el profesional puede mostrar sus competencias para discernir, toma de decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias o de grupos de la comunidad que necesitan de acciones de salud.

El proceso de enfermería también favorece la administración del cuidado de enfermera.

Esta administración puede entenderse de dos maneras:

- La administración del cuidado directo.
- La administración del servicio para el cuidado.

En el primer caso el proceso de enfermería le permite a la enfermera que esté al cuidado de un paciente o grupo de pacientes con la misma patología y que recibiendo el mismo tratamiento, identificar problemas individuales o de grupos para prescribir acciones de enfermería individualizada o planes estandarizados. Esto le facilita ejecutar ella misma el cuidado o dirigir su ejecución por otros y hacerse responsables del progreso del paciente

y del registro del mismo. En cuanto a la administración del servicio para el cuidado el P E, permite una mejor organización del servicio y sus recursos para garantizar el cuidado de todos los sujetos inscritos en el mismo.

Beneficios que se obtienen en su aplicación

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no se debe constituir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y brindar un atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas”

Las enfermeras al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo. Pues emplea “principios” y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa de las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

Antecedentes proceso enfermero

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro

fases: A mediados de la década de los 70, Blasch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases. Para la Asociación Americana de Enfermería (A. N. A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales con sus etapas, favoreciendo su desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. Así; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por correr en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aún en nuestros días.

Requisitos para aplicar el proceso enfermero

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas a fines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico y fisiológico).

Son competencias del área del saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir, los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, “en relación con lo que hacemos u opinamos” a fin de ser “competentes, flexibles y creativos” en la aplicación de proceso enfermero se requieren de este tipo de competencias, por tal razón “se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico” así mismo son competencias en esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería. También se requiere competencias en el área del saber ser y convivir que favorezca la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en

consideración con los aspectos éticos, bioéticas y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

El pensamiento crítico

Es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas, en otras palabras “es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones”.

El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero.

Los componentes del pensamiento crítico

Son componentes indispensables del pensamiento crítico: los conocimientos, la experiencia práctica “el empleo de método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas”.

Características de un pensador crítico

Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones, aplica conocimientos y experiencias previas, valora una situación desde varias perspectivas, sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones y prioriza. Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario, tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista, es creativo y flexible.

Emplea la lógica al: validar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias.

Etapas del proceso enfermero

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

Valoración Diagnóstico Planeación Ejecución Evaluación

La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos con los que cuenta.

El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La planeación es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

La ejecución consiste en llevar la práctica del plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

La evaluación permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. (4)

VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo”. Es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de datos así la valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de Henderson, los 4 principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem, o bien, optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana, así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza o pies o por sistemas corporales.

Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque o marco teórico: (respuestas humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud o alguna teoría de enfermería en específico); así como de las características particulares de los usuarios (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas, etc.) y de las normas de la institución donde se elaboran. (5)

Pasos para realizar la valoración

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud. *Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:*

1.- Recolección de la información

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan reconocerlos. La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica, así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge 4 tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia etc.) Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos, de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc.). Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.), y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de

consulta u hospitalización (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.).

Toda la información se recolecta por medio de la *entrevista* y del *examen físico*, ambas “se complementan y clarifican mutuamente”, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

La entrevista, es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y la planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Por último la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la información y establecer objetivos comunes.

El Examen físico, permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. Para efectuar “el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación” además de la medición de las constantes vitales y somatometría.

Estas acciones son parte del examen físico pero tienen el inconveniente de que se realizan en forma aislada y no consideran la totalidad del usuario. La enfermera debe practicar el examen físico integra, haciéndose necesario los conocimientos, habilidades y actitudes para tener éxito en su actividad. Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/ frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), éstas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales o de riesgo. Por último el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de

las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

2.- Validación de la información.

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas”. Para la validación de datos es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario. La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que la etapa del diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

3.- Registro de la información.

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son “favorecen la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representen alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. Con respecto al de los datos, éste varía de un centro laboral a otro, pero el saber “saber cómo y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional. (6)

DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual completa”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes. (Capacidades). También siendo un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, o una familia o una comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. (6).

Pasos de la etapa de diagnóstico

- 1.- Razonamiento diagnóstico.
- 2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- 3.- Validación.
- 4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

1.-razonamiento diagnóstico.

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- a) Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- b) Analizar y agrupar los datos significativos que creé que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- c) Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos, y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N. A. N. D. A.
- d) Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- e) Determinar si la enfermera tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema”.

- f) Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros) y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes)

- g) Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que producen a juicios clínicos falsos y deficientes, estos en su mayoría obedecen a: la relación incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación ocultación de formación por parte del usuario, distracciones interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico; también se deben a: la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por no involucrar prejuicios personales, así mismo, la falta de conocimientos y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable.

2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N. A. N. D. A.

Problema interdependiente o de colaboración

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológicas del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario. En redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Qué diferencias existen entre el diagnóstico enfermero y un problema interdependiente

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Clasificación diagnósticos enfermeros

Se clasifican en reales, de riesgo, salud y de síndrome.

- El diagnóstico enfermero real “Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad, y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados. (7)
- El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial), “describe respuestas humanas, que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

- El diagnóstico enfermero de salud, es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel mayor aceptable de salud o bienestar pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”.
- Síndrome que deriva de la palabra griega que significa “que marchan juntos”, en medicina, los síndromes representan un conjunto o grupo de signos y síntomas. Los diagnósticos de enfermería de síndrome abarcan un grupo de diagnósticos reales o de alto riesgo cuya presencia se prevé a causa de un acontecimiento o situación concretos. Para alcanzar un diagnóstico de síndrome hay que ser minucioso. La enfermera no debe olvidar dialogar con el cliente para identificar la presencia de otros diagnósticos de enfermería que necesiten intervenciones concretas. La ventaja clínica que ofrece el diagnóstico de síndrome, es que dicho diagnóstico avisa a la enfermera que existe un problema clínico complejo que necesita valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

Clasificación de problemas interdependientes.

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo. Hay que tener en presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

Estructura de los diagnósticos enfermeros

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N. A. N. D. A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico. En el caso del diagnóstico enfermero 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 (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe. El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: *problema + factores de riesgo*, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo”.

Ejemplo: Riesgo de infección, RELACIONADO CON: enfermedad crónica y desnutrición.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras “potencial de aumento de (...) o potencial de mejora de (...)”

Variaciones que pueden presentar los diagnósticos enfermeros

Entre las variaciones más comunes de los diagnósticos enfermeros está la existencia de múltiples factores relacionados o de riesgo, debido a la frecuencia con que el usuario, familia o comunidad presentan respuestas humanas derivadas de diferentes causas (multicausalidad).

Ejemplo: afrontamiento defensivo relacionado con envejecimiento, pérdida de trabajo y problemas económicos. (El problema obedece a 3 causas)

También puede darse la situación de que no estén claros los factores relacionados o de riesgo, en consecuencia se recomienda utilizar las palabras FACTORES DESCONOCIDOS.

Ejemplo: Disfunción sexual relacionada con factores desconocidos.

Por último cabe señalar que hay diagnósticos enfermeros que por su claridad no requieren de explicar los factores relacionados o de riesgo.

Qué se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros

1.- Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.

Ejemplo: Úlceras por presión relacionada con inmovilización, mal estado nutricional y alteración de la sensibilidad, manifestado por destrucción de las capas epidérmica y dérmica en región sacra, maleolar y trocántera (incorrecto).

-Cambiar úlceras por presión por: deterioro de la integridad cutánea.

2.- Identificar dos problemas al mismo tiempo.

Ejemplo: Intolerancia a la actividad y déficit de actividades recreativas relacionados con disminución de la movilidad física y hospitalización, manifestadas por malestar, debilidad con el ejercicio y aburrimiento. (Incorrecto)

Por cada problema se deben estructurar un diagnóstico enfermero completo.

-Intolerancia a la actividad relacionada con disminución de la movilidad física, manifestado por malestar y debilidad con el ejercicio. (Correcto).

-Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización, manifestado por aburrimiento. (Correcto).

3.- Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.

Ejemplo: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con la falta de cambios posturales al usuario y alteración en el estado nutricional manifestado por desnutrición de las capas dérmica y subdérmica en la región sacra. (Incorrecto).

-Si se escribe falta de cambios posturales al usuario supone negligencia por parte de la enfermera (o).

4.- Usar debido a: en lugar de relacionado con; ya que la segunda frase identifica solo "una relación entre la respuesta humana y los factores relacionado" y no necesariamente una causa-efecto.

Ejemplo: Alteración de la membrana mucosas oral debido a higiene oral deficiente, manifestada por edema, ulceraciones y halitosis. (Incorrecto).

-Observe que las palabras debido a: aseguran que la causa del problema es la higiene oral deficiente y no establecen una relación que de margen a cambios futuros. Cambie debido a: por relacionado con:

5.- Redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de “los valores personales, y normales del profesional de enfermería”, y no de datos objetivos y subjetivos.

Ejemplos: Trastorno de la autoestima relacionado con conductas detestables de los padres, manifestado por: tristeza, conformidad y dificultad para establecer relaciones. (Correcto).

-Conductas detestables de los padres, es un juicio de valor que no clarifica la verdadera causa del problema.

-Trastorno de la autoestima relacionado con abusos físicos y psicológicos por parte de los padres, manifestado por tristeza, conformidad y dificultad para establecer relaciones. (Correcto).

6.-Cambiar el orden de los elementos del diagnostico enfermero.

Ejemplo: Restricción prolongada de la actividad, relacionada con desesperanza, manifestada por cólera y apatía. (Incorrecto).

-Restricción prolongada de la actividad es la causa del problema y desesperanza es la respuesta humana (problema). El orden correcto para evitar diagnósticos enfermeros confusos, es anotar primero la respuesta humana y después la causa del problema.

-Desesperanza relacionado con restricción prolongada de la actividad, manifestado por cólera y apatía. (Correcto).

7.-Registrar dos enunciados en el diagnostico enfermero que tengan igual significado.

Ejemplo: Dolor en mano derecha relacionado con sensación de malestar, manifestado por comportamiento de protección, llanto, diaforesis y cambios en la presión arterial, frecuencia del pulso y la respiración. (Incorrecto).

-En este diagnóstico, dolor y sensación de malestar tienen igual significado.

-Dolor en mano derecha relacionado agentes lesivos físicos (inmovilidad), manifestado por comportamiento de protección, llanto, diaforesis, cambios en la presión arterial, frecuencia del pulso y de la respiración. (Correcto).

8.-Escribir formulaciones diagnosticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera pueda solucionar o modificar en forma independiente.

Ejemplos: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con enfermedad pulmonar crónica, manifestada por disnea, estertores y taquicardia. (Incorrecto)

-El factor relacionado, "enfermedad pulmonar crónica", no puede ser solucionado con intervenciones independientes de enfermería; sin embargo factores como: tos inefectiva y secreciones espesas pueden ser solucionadas, porque están dentro del campo de competencia específico de la enfermería.

9.- Emplear el diagnóstico médico la formulación de un diagnóstico enfermero.

Ejemplo: Riesgo de infección relacionado con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (incorrecto)

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida es un diagnóstico médico que debe cambiarse por trastornos inmunológicos y peligros ambientales.

Déficit de actividades recreativas relacionado con asma bronquial, manifestado por: aburrimiento (incorrecto).

-Asma bronquial es un diagnóstico médico, que debe cambiarse por hospitalizaciones frecuentes e incapacidad para participar en las actividades recreativas.

Los problemas interdependientes

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, ya que tienen un nombre.

En redacción de problemas interdependientes *reales* se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de *riesgo* únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras *riesgo de*: al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras *secundario a*: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras *manifestado por*:

Ejemplo:

Insuficiencia respiratoria secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manifestada por: disnea, taquicardia, cianosis y aleteo nasal. Procurar que el problema corresponda a un signo, síntoma o síndrome detectado durante la valoración o que pueda presentarse. (3).

3.- Validación

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

1. ¿La información recolectada del usuario / familia fue suficiente?
2. ¿El análisis de la agrupación de los datos se hicieron en forma correcta?
3. ¿Las deducciones realizadas fueron acertadas?
4. ¿La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?
5. Para asigna el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A?
6. Para asignar el nombre de la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?
7. Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó?
8. La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido?

Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad en los registros de enfermería; sin embargo todas deben

considerar un apartado para que la enfermera documente sus juicios clínicos (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes).

PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”. Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y resolución de problemas. (6)

Pasos de la planeación.

Los pasos para realizar la planeación son:

- 1.-Establecer prioridades.
- 2.-Elaborar objetivos.
- 3.-Determinar acciones de enfermería.
- 4.-Documentar el plan de cuidados.

1. Establecer prioridades

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario. La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado por Alfaro:

Prioridad.

1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
2. Problemas que interfieren con la seguridad y protección.
3. Problemas que interfieren con el amor y pertenencia.
4. Problemas que interfieren con el autoestima.
5. Problemas que interfieren con la capacidad para el logro de objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave, sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

Ejemplo: Después de la etapa de diagnóstico se encuentran los siguientes problemas de salud del usuario. Dificultad para el mantenimiento del hogar (diagnóstico enfermero). Insuficiencia respiratoria (problema interdependiente). Alteración del patrón del sueño (diagnóstico enfermero). Aislamiento social (diagnóstico enfermero)

Priorización

- 1.- Insuficiencia respiratoria (problema que amenaza la vida).
- 2.- Alteración del patrón del sueño (problema que interfiere con las necesidades fisiológicas)
- 3- Dificultad para el mantenimiento del hogar (problema que interfiere con la seguridad)
- 4.- Aislamiento social (problema que interfiere con el amor y pertenencia)

2. Elaborar objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “se mide el éxito de un plan determinado” al valorar el logro de los resultados.

También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación” al generar numerosas acciones de las enfermeras. Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

- 1.- Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar soluciones al problema (objetivo final), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos”.
- 2.- Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se trata de problema interdependientes.

- 3.- Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancia en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
- 4.- Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la participación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.
- 5.- Utilizar un solo verbo (conducta) para cada objetivo.
- 6.- Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.
7. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

3. Determinación de acciones de enfermería

“Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos”, y están encaminadas a tratar los factores relacionados de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplean pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Los planes de cuidado de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a un respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidado para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidado

La Individualidad es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/ riesgo específico, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la

actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería.

4. documentación del plan de cuidados

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registra resultados alcanzados. De acuerdo con su registro los planes de cuidado pueden ser:

Individualizados; cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.

Estandarizados; en caso de que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario.

Computarizados; que surgen de “planes creados por ordenador” que después de introducir la información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos. (3)

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Pasos de la ejecución

- 1.-Preparación.
- 2.-Intervención.
- 3.-Documentación.

1. Preparación

Antes de llevar un plan de cuidados se debe:

- 1.- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”,
- 2.- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- 3.-Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- 4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.”.

2. Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación en otros miembros del equipo de atención sanitaria”. 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.

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

3. Documentación

Es el registro que realiza la enfermera: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia; ser base para la evaluación, investigación y mejora de la

calidad de los cuidados. Respalda legalmente las actuaciones de la enfermera y *servir* para estimar “el apego de los servicios prestados. Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos 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. (3)

EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. La aplicación del proceso enfermero se evalúa con los siguientes pasos

1. La valoración estuvo completa y la información fue válida
2. El razonamiento diagnóstico fue correcto.
3. La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada.
4. Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados.
5. Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado”, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos. Cuando los resultados no son esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta hacia la realización de las metas”

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que “brinda una base cognoscitiva para la

práctica humana de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. (8)

3.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible "

Los elementos más importantes de su filosofía son :

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8 a la 9 relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la propia estima, la 11 relacionada con la pertenencia y desde la 12 a la 14 relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son :

Estas necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son:

1. Oxigenación.

2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una posición adecuada.
5. Descanso y sueño.
6. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación.
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otras personas.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. (9)

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Factores que influyen en esta necesidad. *Biofisiológicos:* Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio. Función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa). *Psicológicos:* Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría etc.). *Socioculturales:* Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo trabajo, casa, habitación hospital, entorno físico de la comunidad latitud temperatura, clima, y contaminación ambiental.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Factores que influyen en esta necesidad. *Biofisiológicos:* Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio. *Psicológicos:* Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida. *Socioculturales:* Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo casa, comedor, olores, entorno físico lejano clima, temperatura, religión, trabajo, horario disponible, tiempo entre comidas, comer solo acompaña.

3.-NECESIDAD DE ELIMNACIÓN

Factores que influncian esta necesidad. *Biofisiológicos:* Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio. *Psicológicos:* Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo. *Socioculturales:* Organización social servicios públicos, cumplimientos normas salubridad, estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales. Hábitos, aprendizajes aspectos culturales condicionantes, clima.

Observaciones: Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia frecuencia, configuración presencia de sangre y constituyentes hormonales); sudor (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color).

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Factores que influncian esta necesidad: *Biofisiológicos:* Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento, y desarrollo físico). *Psicológico:* Emociones, personalidad de base y estado de ánimo. *Socioculturales:* Influencias familiares y socioculturales (hábitos aprendizajes, raza, valores, crecimiento y costumbres, rol social, organización social tiempo dedicado a la actividad/ejercicio, hábitos de ocio/trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

Observaciones: Estado del sistema musco esquelético (fuerza/debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos postura adecuada del pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la de ambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial). Estado de apatía, de postración, estado de conciencia, estado depresivo sobreexcitación, agresividad, cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Factores que influyen esta necesidad: *Biofisiológicos:* Edad, ejercicio, alimentación/hidratación. *Psicológicos:* Estados emocionales, ansiedad, estrés. *Socioculturales:* Estado de ánimo, hipnograma (características de sueño de la persona). Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales siesta) trabajo entorno próximo o de la hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliarios), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo).

Observaciones: Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención) estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud laxitud y apatía, cefaleas. Estado de conciencia y respuestas a estímulos, condiciones del entorno que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Factores que influyen esta necesidad: *Biofisiológicos:* Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades. *Psicológicos:* Emociones (alegría tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen. *Socioculturales:* Influencias familiares (hábitos, aprendizajes), status social, trabajo, cultura (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso del color negro para expresar el duelo), religión significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura de hábitat), entorno lejano (clima, temperatura, medio rural/urbano).

Observaciones : Edad, peso, estatura, sexo, hándicap, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse. Utilización incontrolada de vestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés/rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación tipo y cantidad de

accesorios/abalorios. Condiciones del entorno, espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Factores que influyen esta necesidad: Biofisiológicos: Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos. Psicológicos: Ansiedad emociones. Socioculturales: Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud temperatura), raza o procedencia étnica/geográfica, status económico.

Observaciones: Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental, irritabilidad, apatía, condiciones del entorno físico próximo que ayuden/limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.)

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Factores que influyen esta necesidad: Biofisiológicos: Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal. *Psicológicos:* Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad. *Socioculturales:* Cultura educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes) ambiente lejano, (clima, temperatura ambiente).

Observaciones: Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura humedad, lesiones), estado del cabello, uñas orejas, ojos nariz, boca (aliento, dientes) y mucosas, olor corporal. Expresión facial/corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica. Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

9.-NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Factores que influyen esta necesidad: *Biofisiológicos:* Edad, etapa del desarrollo, mecanismo de defensa fisiológico (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora. *Psicológicos:* Mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo. *Socioculturales:* Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruidos, etc.)

Observaciones: Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico, ansiedad y falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, absentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensorización o en la conciencia originada por sobre exposición a estímulos o por privación, interacción con personas significativas comportamientos peligrosos.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Factores que influyen esta necesidad: *Biofisiológicos:* Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo. *Psicológicos:* Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento. *Socioculturales:* Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, estatus social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia/grupo social), profesión.

Observaciones: Estado de órganos de los sentidos (en caso de prótesis, educación de estas) y del sistema neuromuscular. Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad. Comunicación verbal (directa y abierta, poco claro o evasiva, habilidades de comunicación asertividad).

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

Factores que influncian esta necesidad: *Biofisiológicos:* Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular. *Psicológicos:* Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno, (catástrofes enfermedades) *Socioculturales:* Cultura religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con su ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones: Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si trata de esconder signos distintivos). Indicadores de valores en las interacciones, (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc. Utilización o evitación del tacto como medio de expresión). Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias / valores y comportamientos etc.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Factores que influncian esta necesidad: *Biofisiológicos:* Edad, etapa de desarrollo, constitución capacidades físicas. *Psicológicos:* Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo. *Socioculturales:* Influencias sociales (hábitos aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura educación rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones: Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso de los sentidos, relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean. Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación. Autoconcepto positivo / negativo de sí mismo (apariencia física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista, capacidad de decisión y de resolución de problemas.

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Factores que influyen esta necesidad: Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas. Psicológicos: Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, autoconcepto. Socioculturales: Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

Observaciones: Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos. Estado de ánimo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición). Expresiones espontáneas directas indirectas que indiquen aburrimiento, (no sé qué hacer las horas se hacen largas, el tiempo se hace eterno, etc.). Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).

14.-NESECIDAD DE APRENDIZAJE

Factores que influyen esta necesidad: Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas. Psicológicos: Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender del sí mismo), carácter (activo pasivo), estado de ánimo. Socioculturales: Educación, nivel socioeconómico status según instrucción o educación influencias sociales y familiares (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

Observaciones: Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de autocuidado, interés por aprender y / o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación / comunicación, de compromiso).

Partiendo de la filosofía de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

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

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores :

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos , Falta aguda de oxígeno. Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias). Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios). Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales. Estados febriles agudos debidos a toda causa. Una lesión local, herida o infección, o bien ambas. Una enfermedad transmisible. Estado preoperatorio. Estado postoperatorio Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en

razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del **Metaparadigma** de enfermería :

- Persona :

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

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

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno :

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

- Salud :

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de

Enfermería. Equipara salud con independencia. (7)

3.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA QUE PRESENTA LA PERSONA

La diabetes mellitus (DM) o diabetes sacarina es un grupo de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre.

La diabetes mellitus tipo 2 o diabetes senil—conocida anteriormente como diabetes *no-insulinodependiente*—es una enfermedad inmunológica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre. (1)

La diabetes de tipo 2 es una enfermedad que se produce cuando su cuerpo no produce la cantidad suficiente de insulina, o no puede usarla adecuadamente. Cuando no puede usar su propia insulina, se dice que tiene resistencia a la insulina. Este problema con la insulina hace que el nivel de azúcar en la sangre suba en forma anormal.

Epidemiología:

La diabetes mellitus ha sido objeto de innumerables estudios para determinar los factores que posibilitan la presencia de esta patología y las poblaciones mayormente afectadas. Tanto para el paciente como para su familia no es fácil vivir manteniendo un régimen alimenticio estricto, sumado a la frecuente administración de medicamentos, lo que ocasiona cambios en su estilo de vida. La aparición y desarrollo de la enfermedad están ligados a un conjunto de factores que desencadenan la sintomatología propia de la diabetes mellitus; es así como elementos tales como la edad, el sexo, la raza y el estilo de vida constituyen una señal de alerta ante la probabilidad de padecer este trastorno. Para determinar si la enfermedad ha venido convirtiéndose en una epidemia, es necesario determinar la incidencia, las situaciones comórbidas que la acompañan y la tasa de mortalidad que esta presenta. Es una de las enfermedades más frecuentes en clínica humana. Actualmente se estima que su prevalencia (número de casos en la totalidad de la población) en EE.UU. y la mayoría de los países europeos es de alrededor del 5%,

aunque existen notables diferencias entre determinadas zonas geográficas y, sobre todo, entre individuos de ciertos grupos étnicos. (8)

Fisiopatología:

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad*. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada.

Insulinorresistencia. La diabetes tipo 2 representa un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos. Tres eventos que deben ocurrir de forma coordinada.

- 1.- Estimulación de la secreción de insulina.
- 2.- Supresión, mediada por insulina, de la producción de glucosa endógena (primariamente hepática), a través de hiperinsulinemia.
3. Estimulación de la captación de glucosa, mediada por insulina, por los tejidos periféricos, Primariamente músculo. (1)

Cuadro clínico:

Con frecuencia, las personas con diabetes tipo 2 no presentan síntoma alguno, en particular en los estadios iniciales de la enfermedad. Con el transcurso de la historia natural de la enfermedad, la diabetes está asociada con pérdida de calidad de vida y, en caso de presentarse síntomas, éstos pueden ser variados y afectar diversos órganos.

Visión borrosa o cambios repentinos en la visión, formando minúsculos cristales que se interponen en el campo visual formados por el desbalance osmótico en la diabetes mal controlada.

La disfunción eréctil suele presentarse en pacientes diabéticos de larga data, fundamentalmente por neuropatía, como la aparición de una polineuritis, o bien por disminución del flujo sanguíneo y factores psicológicos como un incremento en el estrés provocado por la diabetes, peor control metabólico y aumento muy importante en los síntomas depresivos. Algunos estudios han encontrado pérdida del músculo liso del pene a nivel del tejido cavernoso de pacientes diabéticos. En algunos casos es posible que los niveles de óxido nítrico sintetasa, una enzima que acelera en el cuerpo cavernoso el paso de la Larginina en óxido nítrico—potente vasodilatador que interviene en uno de los pasos de la erección tanto del pene como del clítoris—están disminuidos en pacientes diabéticos, fumadores y personas con deficiencia de testosterona.

Algunas manifestaciones inespecíficas incluyen fatiga, sensación de cansancio, náuseas y vómitos. A menudo aparece un aumento del apetito excesivo a toda hora, también llamado polifagia, así como de la sed excesiva, llamada polidipsia, acompañados de un aumento de la frecuencia en la micción, y en grandes cantidades; también llamado poliuria. Por su parte, la piel se torna seca, aparece picazón en la piel y genitales, hormigueo, entumecimiento en las manos y pies y las cortaduras o heridas que tardan en cicatrizar. (10)

La diabetes tipo 2 (no insulino dependiente), puede pasar inadvertida por muchos años, y en algunos casos ésta es diagnosticada cuando ya se han producido daños irreversibles en el organismo. Por eso es recomendable que todas las personas se realicen un examen de glicemia por lo menos una vez al año. (9)

Método de diagnóstico:

El diagnóstico de Diabetes Mellitus se establece por medio de la medición de glicemias plasmáticas, de acuerdo a alguno de los siguientes criterios estrictos:

1. Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, baja de peso no explicada o un aumento de peso, según cada persona) asociada a glicemia tomada al azar > 200 mg/dl
2. Glicemia plasmática en ayunas > 126 ml/dl
3. Glicemia plasmática 2 horas después de una carga de 75 g glucosa > 200 mg/dl

En ausencia de síntomas, estos resultados deben confirmarse en un segundo examen. La prueba de tolerancia a la glucosa no es recomendable para uso rutinario.

En relación a estos criterios existen condiciones intermedias como la glicemia anormal en ayunas (entre 110 y 125 mg/dl) y la intolerancia a la glucosa (glicemia 2 h postcarga entre 140 y 199 mg/dl). Ambas situaciones se asocian a mayor riesgo de diabetes y de patología cardiovascular.

Los valores de glicemia medidos con cintas reactivas en sangre capilar, o la medición de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) no son aceptables para confirmación del diagnóstico de diabetes.

Tratamiento inicial

Desde el momento del diagnóstico debe iniciarse el tratamiento con insulina. En la mayoría de los casos puede ser necesario un ingreso hospitalario durante algunos días para iniciar el tratamiento insulínico (que se administra por vía subcutánea en dos a cuatro inyecciones diarias), el ajuste de las dosis necesarias y, sobretodo, para recibir a través de un equipo especializado, la instrucción necesaria para la auto inyección de insulina, el análisis domiciliar de glucosa mediante aparatos denominados glucómetros y el seguimiento de una dieta adecuada sobre todo el ejercicio físico.

- Las biguanidas (metformina) le ordenan al hígado que produzca menos glucosa y le ayudan a los adipocitos y células musculares y al hígado a absorber más glucosa del torrente sanguíneo, lo cual disminuye los niveles de glucemia.
- Las sulfonilureas (como glimepirida, gliburida y tolazamida) estimulan el páncreas para que produzca más insulina. Se toman por vía oral.
- Las tiazolidinedionas (como, rosiglitazona) ayudan a los adipocitos y células musculares y al hígado a absorber más azúcar de la sangre cuando la insulina está presente. La rosiglitazona puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos, por lo que se debe consultar con el médico.
- Los medicamentos inyectables (como exenatida y pramlintida) pueden bajar la glucemia.

- Las meglitinidas (que incluyen repaglinida y nateglinida) estimulan el páncreas para producir más insulina en respuesta al nivel de glucosa en la sangre.
- Los inhibidores de la alfa-glucosidasa (como, acarbosa) disminuyen la absorción de carbohidratos del tubo digestivo para bajar los niveles de glucosa después de las comidas. (11)

El adulto con DMII

La diabetes implica cambios en la vida, no sólo de quien fue diagnosticado, sino de sus familiares y seres queridos. El vivir con un diabético y el ayudarlo a estar mejor es un reto, una responsabilidad y también, un acto de amor. En Vida y Salud también aconsejamos a quienes viven con alguien que tiene diabetes.

Cuando un ser querido es diagnosticado con diabetes, la noticia no es un “golpe emocional” sólo para la persona implicada. Lo es también para quienes aman a esa persona y viven con ella. Por eso, aunque en primera instancia la responsabilidad de controlar la diabetes y hacer cambios en la vida diaria es de la persona diabética, quienes lo rodean son fichas indispensables en el juego de ajustes y cambios que trae consigo un diagnóstico de diabetes.

La dieta, los horarios de la comida, los cambios de temperamento, los medicamentos, las citas médicas y muchas otras incidencias también pasan a ser parte de tu vida, aunque no tengas diabetes. ¿Qué puedes hacer para ayudar a una con diabetes?

1. Infórmate: es hora de que también tú aprendas al máximo sobre aspectos como de qué manera se manifiesta la diabetes en el cuerpo, cuál es su tratamiento y cuáles son los cambios en la alimentación y el estilo de vida que se requieren para controlar la diabetes. Debes también aprender a identificar “signos de alerta” que te pueden indicar que la persona tiene los niveles de glucosa en la sangre muy bajos (hipoglucemia) o muy altos (hiperglucemia) y qué hacer cuando se presentan.
2. Prepárate para manejar las emociones: la persona diabética puede sufrir de ansiedad, depresión y miedo. Pero tú también debes prestar atención a tu salud emocional. Por ser

la persona “encargada” de velar por la salud del diabético, también tú puedes sentirte con demasiada carga que genera estrés y puede afectar tu salud mental y física.

3. **Comunícate:** El hablar es la clave para ayudar a una persona con diabetes. Es importante que dialoguen abiertamente sobre sus inquietudes y sobre cómo puedes ayudar a que maneje bien su enfermedad a través de:

- Monitorear frecuentemente sus niveles de glucosa en la sangre
- Tomar los medicamentos necesarios
- Hacer ejercicio regularmente
- Llevar una dieta balanceada
- Visitar el médico para chequeos regulares.

Puede ser que la persona diabética no quiera hablar de esos temas contigo. Si es el caso, ve a la próxima cita al doctor y hablen entre todos de cuál es la mejor manera en la que tú puedes ayudar.

4. **Actúa:** Algunas de las cosas en las que puedes ayudar a tu ser querido con diabetes son las siguientes:

- Haz los cambios necesarios en la dieta de todos en casa para suplir las necesidades de la persona con diabetes. Si puedes, ayúdalo a preparar sus alimentos o haz de su dieta un nuevo régimen especial y divertido para todos en la familia. Recuerda que tener diabetes no significa privarse de comer cosas sabrosas, sino de aprender a comer mejor y para siempre.
- Recuérdale que debe revisar sus niveles de glucosa en la sangre regularmente.
- Ayúdale a llevar un calendario de sus citas médicas y de los exámenes que tiene que hacerse de manera regular.
- Ve con él o ella a las citas médicas y ofrece tu ayuda para estar atento ante cualquier cambio en la persona diabética que pueda indicar una emergencia.
- Prepara un plan de acción en caso de emergencia.
- Motívalo para hacer ejercicio. Puedes involucrarte y hacer de la actividad física algo que es parte de la rutina diaria de la familia.

- Ten paciencia. En ocasiones, las subidas y bajadas de azúcar pueden provocar cambios en el humor de la persona diabética. Trata de entender y habla con la persona al respecto.
- Sugierele que vayan a un grupo de apoyo de personas diabéticas.
- Apóyalo y dale todo tu amor. (8)

IV METODOLOGIA

Para la realización de este trabajo se curso un taller de proceso enfermero durante dos meses en el cual se trabajo desde lo que fue su historia de igual forma elegimos un caso hipotético que fue con el que se trabajo durante ese curso, realizando un P.E paso por paso resolviendo las dudas que se fueron presentando, y donde se presentaron más fue al realizar los diagnósticos una vez concluido se inicio el desarrollo del proceso enfermero aplicado a un paciente con la dirección del asesor asignado. Una vez seleccionado el paciente se prosiguió a realizar la valoración basada en una guía con el modelo de Virginia Henderson (ver apéndice 1), aplicada la guía se realizo el análisis pertinente, para obtener los diagnostico, utilizando la taxonomía de la N. A. N. D. A, jerarquizarlos y elaborar los planes de cuidados incluyendo las intervenciones y los resultados. Una vez concluida la metodología, se solicito autorización para trámites administrativos y concluir con el trabajo presentado.

V. CASO CLINICO

S. G. M. Es un hombre de 74 años de edad originario de la comunidad de San Ángel Zorumucapio Municipio de Ziracuaretiro Michoacán, residente del mismo lugar, escolaridad medio superior concluida, actualmente se dedica al campo, lleva de casado 28 años.

Padres finados el padre de embolia cerebral y la madre por reumatismo. Padre de 11 hijos, las dos primeras fueron niñas que fallecieron por falta de calcio y los nueve siguen vivos aparentemente sanos. Habita en casa propia cuenta con todos los servicios sin promiscuidad ni hacinamiento vive con tres de sus hijos y dos nueras con su esposa.

Depende económicamente de su pensión de la huerta de aguacate y de una tienda con este dinero cubre los gasto de la casa. Pesa 74 Kg Talla 1.68mts con índice de masa corporal de 32.59 actualmente consume carnes rojas una vez por semana, pollo también una vez por semana verduras come dos raciones por día (papa coliflor chayote zanahoria brócoli calabacitas verdolagas espinacas) la fruta la incluye durante las dos primeras comidas y durante el transcurso del día (manzana plátano papaya chirimoya mandarina) pan todos los días generalmente desayuna arroz todos los días con un té o pedazo de pan manifiesta que ha bajado de peso ya que esta con esta dieta, consume un litro de agua al día no consume refresco, no es alérgico a ningún alimento, evacua de una a dos veces al día en ocasiones de heces duras difícil de eliminar, orina de tres a cuatro veces al día la orina es clara amarilla.

Se baña cada tercer día y se cambia de ropa todos los días el cepillado de dientes es dos veces por día, no realiza ejercicio, nadamas las labores del campo, dedica 5 horas aproximadas al trabajo del campo y por las tardes labora en la tienda. Duerme entre 7 a 8 horas 5 de noche y 3 de día. Dedicar tiempo libre para mirar la T.V, lee, toca la guitarra acomoda la mercancía de la tienda, se encuentra alerta consiente orientado en tiempo y espacio con lenguaje fluido y coherente, inicio su vida sexual activa a los 18 años de edad, no utilizo ningún método de planificación, le realizaron intervención quirúrgica hace dos meses no fuma no consume alcohol cursa con una glucosa descompensada ya que en ocasiones consume galletas dulces frutas como el plátano, este padecimiento tiene con él

desde hace 18 años su enfermedad ha sido atendido por el seguro y se le ha otorgado medicamento para el control.

Se siente aceptado por los demás lo más importante para él son sus hijos, los cuales lleva muy buena relación en ocasiones no toma el medicamento y a sentido que le ha disminuido la vista si a recibido orientación sobre su tratamiento, se siente conforme con su apariencia física ya que ha bajado de peso con la dieta que lleva, dice estar satisfecho que tiene una familia numerosa y a los que quisieron estudiar les apoyo le gusta convivir con sus nietos y con la visitas. Acude al centro de salud en ocasiones cuando se le termina el medicamento, y si no lo compra en otras farmacias se checa el azúcar cada 8 días y le sale entre 200-280mg/dl FC 82 T/A 130/90mmhg F/R 20 si toma su tratamiento ya que está orientado acerca de su enfermedad.

VI. DESARROLLO DE LA METODOLOGIA

6.1 Valoración por necesidades de V. Henderson.

Necesidad	Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Oxigenación.	Signos vitales T/A 130/70 FR 20 T 36.5 FC 70, consiente, la coloración de la piel grisácea reseca en los miembros superiores, con poca circulación ya que presenta inflamación de miembros inferiores, conoce técnicas de respiración para controlarla en caso de una crisis o que sea necesario.	Sabe que el fumar es malo ya no fuma desde hace un año cuando comenzó nunca era constante dice que fumaba 1 diario y cuando estaba desesperado fumaba más de uno, no tiene antecedentes cardiorrespiratorios.
2.-Nutrición e hidratación.	Se palpa con piel reseca muy sensible en sus miembros superiores, membranas de mucosas hidratadas, con uñas en las manos normales de buena coloración y la de los pies la del dedo anular con hongos pie derecho, con dientes de coloración amarilla sin caries las encías de color rosadas sin malformaciones. Funcionamiento esquelético bueno sin malformaciones	3 comidas y durante el día y en el lapso de estas consume galletas o pan, en el desayuno, té, chocolate, leche, arroz, frijoles, sopa, de pasta, chilaquiles y verduras. En la comida sopas guisados, carne, chile, caldo de res, caldo de pollo, frijol, aguacate, espinacas, Abas, lentejas. En la cena pan, avena y arroz, intolerante en ocasiones a la carne de cerdo, le da diarrea Ingiere líquidos máximos 2 litros al día.
3.- Eliminación.	Palpación de vejiga, con abdomen con poca grasa.	Orina de color amarilla, heces de color café oscuras de consistencia dura, se estriñe cada 2 meses por 3 días, utilizado medicamentos de laxantes y licuados de papaya, aumenta la frecuencia de orina en momentos de ira, o temor y por las mañanas antes de levantarse, el clima no afecta esta necesidad.
4.- Moverse y mantener buena postura.	El sistema musculo esquelético sin malformación con poca fuerza ya sin flexibilidad sin ayuda para deambulación y utiliza postura adecuada para sentarse.	Camina 3 cuadras y refiere dolor en la planta de los pies necesita apoyarse para continuar caminando en sus tiempos libres descansa 3 horas ve la T.V va al campo, trabaja 4 horas diarias al estar mucho tiempo sentado refiere dolor en sus miembros inferiores, se considera una persona activa. Realiza ejercicios solo cuando trabaja en el campo.
5.- Descanso y sueño.	Bostezos si cuando es la hora que realiza las siestas, si tiene concentración solo que se escuchen muchos ruidos fuertes, no presenta ojeras	Descansa 2 horas diarias por las tardes y duerme de 11pm a 7am y durante el día realiza una siesta de 1 hora, no necesita ayuda para las para dormir y cuando tenía problemas personales padecía de insomnio que llego a consumir medicamento refería ojeras, duerme acompañado al levantarse dice que si se siente descansado los

		cambios de horario no influyen en esta necesidad al acostarse a dormir dice que en media hora se que dormido, para descansar duerme no tiene pesadillas solo dice que sueña mucho esto lo realiza en casa.
6.-Usar prendas de vestir adecuadas.	Viste de acuerdo a su edad, con ropa completa dando una combinación, con vestimenta adecuada a su edad	No influye el estado ánimo para vestirse no necesita ayuda para elegir algún tipo de ropa sus creencias no le impiden vestir de manera especial, viste diferente a los demás por distinción no tiene significado alguno refiere tener dificultad en ponerse los calcetines, dice que no puede flexionar para alcanzar sus pies y por su intervención Qx. Viste de acuerdo al clima en el que se encuentre.
7.- Termorregulación.	Cuando hace calor transpira poco las condiciones del entorno físico esta a temperatura ambiente.	Se adapta fácil a los cambios de temperatura le gusta más el clima templado y frío. La temperatura fría le produce sensación de bienestar, utiliza recursos cuando hace mucho frío consume té, se arropa,
8.- Higiene y protección de la piel.	Aspecto normal ya que si no se baña se cambia de ropa todos los días, cuero cabelludo hidratado con poco pelo ya que refiere que desde los 58 años de edad comenzó a caérsele y a los 65 ya se notaba más en la parte frontal. Presenta cicatrización por su intervención Qx. y la piel de los pies se muestra deteriorada con manchas oscuras como si estuviera edematizado.	Se baña cada 8 días y el momento preferido es al medio día, se lava las manos antes y después de comer después de defecar se lava los dientes después de cada comida hay veces que solo lo hace 1 vez al día, no tiene necesidades religiosas que limiten sus hábitos higiénicos. Considera que son necesarios los hábitos higiénicos para mantener buena salud.
9.- Evitar los peligros.	No tiene deformidades congénitas las condiciones del ambiente en su hogar son tranquilos,	Su familia está conformada por nietos, hijos y nueras, conoce las medidas necesarias para evitar accidentes, consume sus medicamentos recetados por los doctores, realiza controles periódicos de salud, canaliza los ratos de tensión con tranquilidad. Conoce las enfermedades infectocontagiosas, maneja sistemas eléctricos de gas entre otros.
10.- Comunicarse.	Habla claro, "tiene dificultad con la visión" desde que tenía 46 años de edad, necesita que le hablen un poco fuerte para que pueda escuchar. Vive en casa de material con los servicios básicos.	Estado civil casado desde hace 45 años vive con su esposa 5 hijos 2 nueras y 1 nieto, tiene siempre contactos sociales en su trabajo y en la tienda, cuando tiene problemas los comunica a los hijos mayores y no tiene más personas que le ayuden es hijo único de familia, casi no comunica su estado de enfermedad, siempre está acompañado de su familia sus

		emociones las expresa verbalmente. Tiene cambios de humor repentinos por regular siempre se muestra tranquilo, tiene mayor comunicación con los hijos mayores.
11.- Vivir según sus creencias y valores.	No tiene hábitos específicos por sus creencias ni valores, permite el contacto físico.	Es creyente de la religión católica y esta no le genera conflictos familiares o algunos él la ejerce en casa no asiste a las misas, los principales valores es mantener unida a la familia.
12.- Trabajar y realizarse.	Su estado emocional al desempeñar cierto trabajo es tranquilo, si conoce grupos de apoyo para la comunidad como apoyo para el campo, 70 y más, alianza para el campo y oportunidades.	Si trabaja en oficina y en el campo el riesgo de estos que se pueda caer por el cansancio que presenta en los pies, está satisfecho con su trabajo si le alcanza para solventar los gastos de la familia. Ha recibido apoyo en el trabajo como para el manejar papelería que desconoce por personas capacitadas.
13.- Jugar/participar en actividades recreativas.	Sabe leer y escribir término la profesional.	No realiza actividades recreativas, en esta necesidad influye la falta de retención refiere que al leer después de 8 días no recuerda con exactitud las cosas, para aprender conceptos necesita estar en un lugar donde no se escuchen ruidos fuertes y dice que le gustaría aprender a hablar el dialecto tarasco.
14.- Aprendizaje.	Estado del sistema nervioso tranquilo, refiere que tiene afectada la vista los lentes que se pone ya necesitan aumentarles de graduación. Su estado emocional es tranquilo.	Presenta interés en el cuidado de su padecimiento, ya refiere tener problemas de aprendizaje por falta retención, comenta que le gustaría aprender cuidados interdependientes sobre su enfermedad.

6.2 Diagnóstico de Enfermería

Necesidad	Datos significativos	Análisis deductivo	Diagnóstico
Moverse y mantener buena postura.	-“Dolor al caminar en los pies” - “Ardor en la planta de los pies al estar mucho tiempo sentado” “hormigueo” - “Gestos de protección para evitar el dolor”	D: 12 Confort 00132 C: 1 Confort Físico.	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por inflamación conducta expresiva, posición para evitar el y dolor gestos de protección.
Eliminación.	-“Dificultad para eliminar heces hasta por tres días ” -“Dolor al defecar con heces de consistencia dura”	D: 3 Eliminación e intercambio. C: 2 Función gastrointestinal.	Estreñimiento relacionado con dolor al defecar con heces de consistencia dura manifestado por disminución del volumen de las heces, eliminación de heces duras secas y formadas.
Aprendizaje.	- Lee libros de su padecimiento. - Se interesa por aprender sobre el tratamiento de la enfermedad. - Está disponible para aprender a llevar una mejor vida.	D: 1 Promoción de la salud. C: 2 Manejo de la salud.	Disposición para mejorar el régimen terapéutico relacionado con; experiencia personal y observada en pacientes con el mismo padecimiento, lee libros, y se interesa por aprender sobre el tratamiento de la enfermedad.
Higiene y protección de la piel.	- Piel reseca. - Piel obscura y sensible.	D: 11 Seguridad y protección. C: 2 Lesión física.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios de elasticidad, alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad.
Evitar peligros.	- El uso de maquinaria pesada y que se mueve con rapidez. - Bajar escaleras sin barandales.	D: 11 Seguridad y protección C: 2 Lesión física	Riesgo de traumatismo relacionado con faltas de medidas de seguridad y exposición a maquinaria peligrosa, escaleras con barandillas inadecuadas, bañera sin equipo antideslizante, contacto con maquinaria que se mueve con rapidez.

6.3 Plan de Intervención 1

<p>Diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por inflamación conducta expresiva, posición para evitar el y dolor gestos de protección.</p>	<p>Resultado esperado: En tres semanas el usuario lograra que el dolor desaparezca mediante el seguimiento correcto del tratamiento adecuado.</p>
<p>Intervenciones *Manejo del dolor. 1.- Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor mediante una charla. 1.1.- Especificar y seleccionar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, animando al paciente a vigilar su propio malestar y a intervenir en consecuencia. 1.2.- Ayudar a eliminar los factores posibles que precipiten o aumenten la experiencia del dolor, descartando esas actividades inadecuadas para su padecimiento actual, que le ocasione el malestar.</p>	<p>Fundamento científico 1.- La toma diaria del medicamento durante tres semanas que permita valorar si el tratamiento está funcionando. 1.1.-Tomar decisiones sobre su tratamiento si no funciona adecuadamente suspenderlo e iniciar con medicinas alternativas, con masajes de agua tibia al termino del día. 1.2.- Una identificación adecuada favorece la selección y actualización estrategias a él padecimiento actual.</p>
<p>6.3.1 Ejecución. Se exploraron los medicamentos que se administra y entre estos se encontraba para la circulación, se estuvieron aplicando cada 8 horas durante tres semanas, para el alivio de su dolor se realizo lo que fue la elevación de los miembros inferiores al termino de la jornada de trabajo que era después de la comida, el usuario especifico que su malestar lo presenta cuando camina mucho durante el día sintiendo que la planta del pie derecho le quema y la del izquierdo no la siente comenta que la tiene adormecida. Se tomaron medidas necesarias para que no presente experiencias de dolor tratando de caminar lo menos posible trasladándose por medio de taxis en su trabajo y en el campo en la maquina. El usuario especifico que los especialistas nunca le han recetado medicamento para su dolor de pies le dicen que tiene que manejar niveles de azúcar en sangre no más de 200mg/dl que el alto nivel de glucosa es el que le ocasiona el malestar.</p>	

6.3.2 Evaluación.

Se administraron los medicamentos necesarios para el alivio de su dolor de miembros inferiores, alternándolo con la elevación de los pies al término de la jornada de trabajo y sobretodo animándolo a que continúe con el tratamiento ya que su mejoría se va dando poco a poco, lo más importante es que está consciente de su desaparición de dolor es lenta y esto dependiendo de las actividades que realice durante el día.

6.4 Plan de Intervención 2

<p>Diagnóstico. Estreñimiento relacionado con dolor al defecar con heces de consistencia dura manifestado por disminución del volumen de las heces, eliminación de heces duras secas y formadas.</p>	<p>Resultado esperado. Evitar que el usuario presente eventualidades como es el estreñimiento, fomentando la causa principal que le este ocasionando el problema, de igual manera que identifique la causa principalmente del estreñimiento.</p>
<p>Intervenciones de enfermería. *Manejo del estreñimiento/impactación. 1.- Instruir al usuario por medio de imágenes en la computadora identificando los movimientos intestinales incluyendo signos y síntomas, frecuencia, consistencia, forma, volumen, color; explicando la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente. 1.1.- Identificar factores por mediante una entrevista sobre la dieta que consume o la administración de medicamentos, reposo en cama, fomentando la ingesta de líquidos en caso de que no esté contraindicado. 1.2.- Aconsejar al usuario por medio de una entrevista sobre la dieta alta en fibra, ingesta de líquidos, instruyendo sobre el uso de laxantes, ablandadores de las heces fecales (supositorios de glicerina) tomando en cuenta la consistencia de las heces. 1.3.- Realiza una hoja de control para que el paciente anote las mejorías durante quince días.</p>	<p>Fundamento científico. 1.- Con esta orientación el usuario identifique los signos y síntomas para intervenir ante la situación que este presentando, evitando que se incremente los días sin poder evacuar. 1.-1.- Ayudar al usuario a identificar los factores que predisponen a un estreñimiento, permitiendo a establecer medidas y acciones que nos ayude a cambiar los hábitos de salud. 1.2.- Observar si existe aumento o disminución de los signos y síntomas de estreñimiento, permitiendo cambiar la dieta o modificando la dosificación del medicamento. 1.3.- Y en una tarjeta de identificación de síntomas permitirá cuidado en esto y para que su tratamiento sea más ágil.</p>
<p>6.4.1 Ejecución Se le explico al usuario por medio de imágenes del intestino en la computadora acerca de los movimientos intestinales, desde lo que fue la trituración de los alimentos al igual de sus síntomas. La otra ocasión que presento fue por la falta de ingesta de líquidos, sedentarismo y la falta de ejercicio, se instruyo al usuario en la alta ingesta de fibra en caso de presentar los síntomas del estreñimiento para evitar el uso de laxantes.</p>	

6.4.2 Evaluación

El usuario realizo un recordatorio sobre su estreñimiento de las veces que lo ha presentado y comenta que fue porque no consumía el agua necesaria durante el transcurso del día.

6.5 Plan de Intervención.3

<p>Diagnóstico. Disposición para mejorar el régimen terapéutico relacionado con; experiencia personal y observada en pacientes con el mismo padecimiento, lee libros, y se interesa por aprender sobre el tratamiento de la enfermedad.</p>	<p>Resultado esperado. Que siga teniendo la disposición para continuar con sus cuidados sin que se desanime al no encontrar mejorías rápidas, convencido de que tiene que continuar con sus consultas bibliográficas.</p>
<p>Intervenciones de enfermería. *Enseñanza individual. 1.- Determinar la motivación del paciente para asimilar la información específica creencias sobre la salud cumplimientos basados en malas experiencias con cuidados / aprendizajes de la salud y cumpliendo las metas. 1.1.- Ayudar a potencializar la disponibilidad de aprender sobre los cuidados y tratamiento sobre su padecimiento, aumentar en pláticas y proyectar donde desconozca más a su padecimiento. 1.2.- Valorar las metas y estrategias para su aprendizaje siendo, realista en los cuidados que se tiene que llevar tal y como se le indica. 1.3.- Determinar la información de acuerdo a sus capacidades cognitivas para retener la información indicada ajustando las instrucciones si son necesarias. 1.4.- Evaluar los objetivos establecidos en nuestro paciente sobre el aprendizaje de su tratamiento.</p>	<p>Fundamento científico. 1.- Esto nos ayudara a recordarle a nuestro usuario sobre las malas experiencias de su padecimiento, por la falta de cumplimiento del tratamiento y por su aprendizaje. 1.1.- Que siga teniendo la disponibilidad sin que obtenga resultados inmediatos para que no abandone sus cuidados necesarios. 1.2.- Ver si en realidad se están cumpliendo los objetivos con las estrategias que se les están indicando para que siga con sus tratamientos. 1.3.- Esto ayudara a ver la capacidad para retener información sobre sus indicaciones si no resultan se cambiara de estrategia. 1.4.- Esto ayudara sobre cuestionándolo sobre como siguió su tratamiento si no mejoro, ver si cumplió con las instrucciones que se le dieron.</p>
<p>6.5.1 Ejecución Se realizo una plática determinando en que tenia desconocimiento de su padecimiento actual para retroalimentar en este que fue sobre las complicaciones de pie diabético, que se baso en la experiencia de un conocido que presento complicación por no realizar la atención adecuada perdiendo así los dos miembros inferiores. Se fue realista en la complicaciones que puede llegar a presentar si no cumple con los cuidados necesarios y al parecer esta consiente de estas, se determinaron los cuidados necesarios de acuerdo a sus necesidades que fue con sus medicamentos poniéndole para que son cada medicamento y las horas que lo tiene que tomar.</p>	

6.5.2 Evaluación

Al inicio en la plática sus dudas fueron más encaminadas a lo que es el pie diabético y desde un principio se le hablo sobre las complicaciones que puede llegar a presentar, si no toma las medidas necesarias, el comenta que ha estado tomando los medicamentos indicados por los doctores y no le dan mucho resultado pero no los deja de tomar.

6.6 Plan de intervención. 4

<p>Diagnóstico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios de elasticidad, alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad.</p>	<p>Resultado esperado Evitar que llegue a presentar pie diabético por no usar un calzado adecuado a su padecimiento actual, así como el cuidado de su integridad.</p>
<p>Intervenciones de enfermería</p> <p>*Cuidados de los pies.</p> <p>1.- Revisar el calzado del paciente para identificar tipo, características, compuesto a su adecuado tipo de pie enseñándolo a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas que le puedan afectar.</p> <p>1.1.- Explicar al paciente durante una plática, la rutina habitual del cuidado de los pies así como su higiene, instruyéndolo a él y a su familia en la importancia sobre su cuidado explicando las complicaciones que puede presentar, esta se realizara por medio de una charla.</p> <p>1.2.- Realizar una exploración física focalizada a los miembros inferiores para comprobar el nivel de hidratación, identificando la piel que no presente irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades, edema e insuficiencia arterial en la parte inferior de las piernas.</p>	<p>Fundamento científico</p> <p>1.- El examinar el tipo de zapato ayudara al usuario a evitar complicación ocasionada por utilizar el calzado inadecuado a su padecimiento actual en sus miembros inferiores.</p> <p>1.1.- Que el usuario comprenda el cuidado de las piernas ya que estos le sirven para sostenerse y caminar, satisfaciendo sus necesidades, desarrollándose como tal no siendo dependiente de las personas que lo rodean.</p> <p>1.2.- Identificar que no presente problema alguno nos ayudara para evitar una serie de complicaciones y si ya está presente comenzar con las medidas necesarias evitando así la pérdida de un miembro inferior.</p>
<p>6.6.1 Ejecución Por medio de una plática se oriento sobre los beneficios que tiene el utilizar el calzado adecuado de acuerdo a su situación actual que está presentando, se inspecciono los tipos de zapatos introduciendo la mano en interior de estos. Se le explico la importancia del cuidado de los pies a él y a su esposa y sobre todo la higiene ya que al realizarla se debe hacer con mucho cuidado y verificar que no existan cuerpos extraños en los espacios interdigitales que le puedan causar algún tipo de lesión, se realizo una exploración y especialmente en los miembros inferiores al nivel de las piernas se encontró que su piel es más oscura y al palparse se sentía muy frágil su piel se le coloco vaselina y se observo que su piel se hidrato y se le sentían más flexible.</p>	

6.6.2 Evaluación

Estos cuidados se realizaron junto con su esposa ya que ella es quien esta mas al pendiente de él, también porque el paciente se le dificulta al momento de realizar sus cuidados en los y necesita ayuda de otra persona, comento que si le gusta aplicación de la vaselina pero de la que no tiene olor a perfumes o cremas con olores fuertes ya que dice molestarle.

6.7 Plan de intervención 5

<p>Diagnostico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios de elasticidad, alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad.</p>	<p>Resultado esperado Mantener la piel dentro de su estado normal sin fracturas y humectada sin aspereza, aplicando cremas adecuadas como la vaselina, evitando que con facilidad se fracture.</p>
<p>intervenciones de enfermería</p> <p>*prevención de úlceras por presión.</p> <p>1.- vigilar las fuentes de presión y de fricción que le puedan ocasionar heridas o lesiones en su piel frágil, especialmente en sus miembros inferiores.</p> <p>1.1.- se sugerirá al paciente que evite el agua caliente para el baño utilizando un jabón y estropajo suave que no le pueda causar lesiones por una fricción cuando realiza su higiene personal.</p> <p>1.2.- no realizar masajes en puntos de presión enrojecidas vigilando estrechamente estas áreas.</p> <p>1.3.-realizar la higiene de los pies con agua no muy caliente al término de la jornada limpiando, cuidadosamente los espacios interdigitales no friccionando fuerte al secarlos, aplicando vaselina.</p> <p>1.4.- se orientara y demostrara al paciente a familiares sobre la higiene de los pies y pliegues utilizando agua tibia secando los pliegues y espacios interdigitales, con una toalla única para los pies.</p>	<p>fundamento científico</p> <p>1.- el vigilar las áreas del cuerpo donde puede tener alguna lesión nos ayudara a evitar que presente complicaciones como son infecciones.</p> <p>1.1.- esto ayudara a que él cuando realice sus baños no corra el riesgo de lesionar su piel por fricción ya que pierden la sensibilidad.</p> <p>1.2.- el observar estas áreas nos ayudara a evitar que se compliquen, dando los cuidados necesarios para que no se incremente estos espacios afectados.</p> <p>1.3.- el cuidar los espacios interdigitales es muy importante ya que ayudaremos a evitar que se agrieten por falta de higiene o que se le acumulen cuerpos extraños, ocasionándole pequeñas lesiones que se le puedan infectar.</p> <p>1.4.- orientarlos y demostrarles técnicas que reforcé el conocimiento de los procedimientos y técnicas para el cuidado humano.</p>
<p>6.7.1 Ejecución</p> <p>Se reviso el tipo de calzado que usa especialmente el que utiliza para trabajar en el campo que por fricción le fuera a causar algún tipo lesión, comenta que se siente cómodo para caminar con ese tipo de vota. El usuario refiere que al realizar su higiene personal utiliza agua tibia y su estropajo lo inspeccionamos es de tela que no es áspera, se realzo la higiene en los pies cada tercer día en un lapso de dos semanas utilizando una tina con agua tibia, jabón, estropajo de esponja, toalla y al final la aplicación de la vaselina en este ejecuciones descubrí que la uña del pulgar se le estaba cayendo porque presenta hongos supuraba secreción de color café esta secreción desapareció en una semana, su piel de los pies se le sentía muy delgada y con la vaselina se compensaba para que no se sintiera tan frágil. Se cumple el objetivo porque su piel con estos</p>	

cuidados se mantuvo humectada y sin lesión alguna.

6.7.2 Evaluación

El usuario mostro mucho interés al momento de realizársele estas intervenciones tomando en cuenta que es muy importante el cuidado de los miembros inferiores poniendo mucho de su parte, ya que le cuesta trabajo inspeccionárselos el mismo, se le dificulta para agacharse al colocarle la vaselina comenta que siente un poco caliente los pies se cumple el objetivo.

6.8 Plan de intervención 6

Diagnostico Riesgo de traumatismo relacionado con faltas de medidas de seguridad y exposición a maquinaria peligrosa, escaleras con barandillas inadecuadas, bañera sin equipo antideslizante, contacto con maquinaria que se mueve con rapidez.	Resultado esperado Que no presente riesgos de caídas inesperadas por falta de conocimientos, dándole a conocer por medio de una conversación directa, identificando las posibilidades de caídas en cambios ambientales.
Intervenciones de enfermería *Prevención de caídas. 1.- Identificar los riesgos que puedan aumentar la posibilidad de caídas en ambientes que suele trabajar, así como al realizar sus actividades cotidianas. 1.1.- Revisar la historia de caídas del usuario, ver cómo fue que sucedieron y de esta forma evitarle a que se repita la ocasión, como son en suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas. 1.2.- Ayudarle a identificar las características del medio ambiente cuando se presenta un mal tiempo para que pueda deambular. 1.3.- Animar al paciente a que se enseñe a utilizar el bastón o andador si es necesario para sus actividades.	Fundamento científico 1.- Que el usuario al identificar los sitios donde se pueda caer por falta de sensibilidad de sus pies los evite para no correr el riesgo de presentar fracturas. 1.1.- Esto le ayudara al paciente a reconocer los lugares que no podría deambular o tomando las medidas necesarias. 1.2.- Que el usuario logre identificar los subsuelos en donde podría derraparse sufriendo algún tipo de lesiones. 1.3.- De esta forma evitaremos que se presente caídas sabiendo utilizar correctamente estos dispositivos de transferencia realizando una correcta deambulación.
6.8.1 Ejecución Mediante una charla se identifico los lugares que le pueden afectar para su deambulación ya que comenta que no tiene sensibilidad en la planta de los pies, platica de las caídas anteriores que fueron en el campo al momento de estar laborando en pisos resbaladizos estando disparejo el suelo, el subir escaleras no le molesta la sensibilidad. El utilizar aparatos para caminar dice que aun no lo necesita pero cuando sea necesario lo hará.	

6.8.2 evaluación

Se logro el objetivo ya que se identificaron los lugares que le afectan para realizar las labores cotidianas los tipos de pisos que no puede frecuentar sin apoyo de algo al momento de realizar el recorrido en esos terrenos que se le dificulta para deambular, recordando las ocasiones cuando se llevo a caer.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones el proceso enfermero es indispensable para brindar atención integral a usuarios de los servicios de salud hospitalizados y no hospitalizados en cualquier nivel de atención.

Este trabajo me ha demostrado que la aplicación del proceso enfermero se ve reflejado en el resultado final que como profesionales de la salud obtenemos a través de la satisfacción de nuestros usuarios. Es un reto para uno mismo, estar avanzando continuamente en los trabajos realizados.

La metodología de las intervenciones de enfermería es una herramienta útil para realizar un buen trabajo de enfermería, se debe tener conocimiento científico para poder realizar las intervenciones nos permite conocer a fondo la problemática llevando una secuencia, permitiéndonos identificar cuáles son las necesidades esenciales del paciente y así plantear las intervenciones de enfermería, brindando una mejor atención, favoreciendo el bienestar del paciente. La enfermería profesional requiere del proceso enfermero como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones, individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad.

Sugerencias que el personal de enfermería siga actualizándose, a fin de realizar sus acciones conozca la fundamentación así como evitando una rutina ya que solo así se podrá individualizar la atención de forma integral.

Que el personal de enfermería aplique en su quehacer profesional el proceso de atención enfermería en base a cualquier modelo o filosofía de enfermería.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Tierra.El estado completo de bienestar. (S.F.) Disponible 2 de febrero de 2010 de www.geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm
- 2.- El siglo de Torreón. (S.F)Disponible 4 de febrero de 2010 de www.elsiglodetorreon.com.mx
- 3.- Lic. Enf. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. (2002). Proceso enfermero. Cuéllar. México. Cuéllar.
- 4.- Kozier, B., Erb, G. y Blais, K. (1993). Técnicas de Enfermería Clínica. (4ª, ed.). México. McGraw Hill.
- 5.- Potter, P. y Perry, A. (2002). Fundamentos de enfermería. (4ª, Ed.). España. Elsevier Science.
- 6.- Potter, P. y Perry, A. (2002). Fundamentos de enfermería. (5ª, Ed.). España. Elsevier Science.
- 7.- Carpenito, L., (1995). Diagnostico de enfermería. (5ª, Ed.). México. McGraw Hill.
- 8.- Tomey, A. y Riale, M. (2003) Modelos y teorías de enfermería. (5ª, ed.). España. Elsevier Science.
- 9.- Estu diabetes. (S.F.) Disponible 13 Marzo de 2010 de www.estudiabetes.org.mx
- 10.- Myers, B. , Gaunttle, P. y Myers, J. (1993). Enfermería principios y práctica. (Tomo 1.). España. Editorial panamericana.
- 11.- Leritb, D., Taylor, S. y Olefsky, J. (2003). Diabetes Mellitus. (2ª, ed.). México. McGraw Hill.

IX. GLOSARIO DE TERMINOS

CORTICOIDES: Hormona natural o sintética, relacionada con la corteza adrenal, que interviene en regulación de procesos orgánicos clave como son el metabolismo de carbohidratos y proteínas y el equilibrio hidroelectrolítico y en funcionamiento del sistema cardiovascular músculo esquelético, riñones y otros órganos.

HEMOCROMATOSIS: Enfermedad rara del metabolismo del hierro, caracterizada anatomopatológicamente por exceso de depósito de hierro por todo el cuerpo.

SACARINA: Edulcorante sintético cristalino, de color blanco.

HOLÍSTICO: Relativo o perteneciente al todo; que considera todos los factores, como la medicina holística.

RUDIMENTARIO: Perteneciente a algo vestigial o embrionario; poco desarrollado.

INQUISITIVO: Perteneciente o relativo a la indagación o averiguación.

FALSÍA: Falsedad dobles, falta de solides o firmeza en algo.

APATÍA: falta de vigor o energía.

TAXONOMÍA: Ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación. Se aplica en particular, dentro de la biología, para la ordenación jerarquizada y sistemática.

ETIOLOGÍA: Estudio sobre las causas de las cosas. Estudio de las causas de las enfermedades.

ERGONOMÍA: Relativo a la ergonomía.

ERGONOMÍA: Estudio de datos biológicos y tecnológicos aplicados a problemas de mutua adaptación entre el hombre y la maquina.

LAXITUD: Debilidad, aflojamiento.

HÁNDICAP: Prueba a que se admiten varios competidores de valor distinto, dándole mayor o menor ventaja sobre el mejor de ellos.

ENDÓGENA: Dícese del elemento que nace en el interior del órgano que lo engendra.

OSMÓTICO: Relativo al fenómeno de la ósmosis.

ÓSMOSIS: Fenómeno que, cuando están separados dos líquidos por un tabique poroso, hace pasar ciertos cuerpos de una disolución a otra.

HIPNOGRAMA: Es una grafica en el cual se pueden ver los siclos y las fases de sueño a raíz de una noche de registro.

CIRCADIANOS: Ritmos biológicos son oscilaciones de variables biológicas en intervalos regulares de tiempo.

ADIPOCITOS: Célula adiposa que forma los adipocitos son las que forman el tejido adiposo

X.ANEXOS

Apéndice 1

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

IMC: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____

Hora: _____ Fuente de información: _____ Procedencia: _____

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

1.-NECESIDAD DE OXGENACIÓN

Subjetivo:

¿Presenta dolor asociado con la respiración? _____ ¿Presenta tos productiva seca? _____

¿Disnea? _____ Debido a _____

Objetivo:

¿Registro de signos vitales y características? _____

¿Estado de conciencia? _____ ¿Coloración de la piel y características? _____

¿Circulación del retorno venoso? _____

1.- ¿Qué sabe acerca del fumar? _____

2.- ¿Desde cuándo fuma? _____ ¿Cuántos cigarrillos/ puros/ etc. Fuma al día? _____

3.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____ ¿Varía la cantidad según su estado emocional? _____

4.- ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? _____

5.- ¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración? _____

6.- ¿Tiene conocimientos sobre la respiración correcta? _____

7.- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación o yoga...)? _____

8.- ¿Tiene algún antecedente de problemas cardio/respiratorios? _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

¿Numero de comidas diarias? _____ ¿Dieta habitual en el desayuno? _____

¿Dieta habitual en la comida? _____ ¿Dieta habitual en la cena? _____

¿Cantidad de líquidos consumidos en 24 horas? _____ ¿Presenta trastornos digestivos? _____

¿Intolerancia alimentaria/alergias? _____ ¿Problemas de masticación y deglución? _____

Objetivo:

¿Resequedad de la piel? _____ ¿Membranas mucosas hidratadas/secas? _____

¿Características de uñas/cabello? _____ ¿Funcionamiento neuromuscular esquelético? _____

¿Aspecto de los dientes y encías? _____ ¿Heridas, tipo y tiempo de cicatrización? _____

1.- ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación en la ansiedad estrés o conflictos? _____

2.- ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a la talla, corpulencia, peso y hábitos alimentarios? _____

¿Qué sentido le da a la comida? _____

3.- ¿Con quién come habitualmente? _____ ¿Dónde come? _____

4.- ¿Cuáles son los patrones familiares respecto a la comida? _____

5.- ¿Qué alimentos ha tomado las últimas 72 horas? _____

6.- ¿Qué horario y números de comida habituales realiza? _____

7.- ¿Qué cantidad y tipos de líquidos bebe al día? _____

8.- ¿Cuál es la pauta de ingestas? _____

9.- ¿Qué preferencia/disgusto siente por determinados alimentos? _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo

¿Características de las heces y orinas? _____ ¿Hábitos intestinales? _____

¿Historia de hemorragias o enfermedades renales? _____

¿Uso de laxantes? _____ ¿Hemorroides? _____ ¿Dolor al defecar? _____

¿Cómo influyen las emociones en su patrón de eliminación? _____

Objetivo:

¿Abdomen características? _____ ¿Ruidos intestinales? _____

¿Palpación de la vejiga urinaria? _____

1.- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración) _____

2.- ¿Cómo influyen las emociones en los patrones de eliminación? _____

3.- ¿Se tiene satisfecho a sus patrones habituales de eliminación? _____

4.- ¿El cambio de entorno (viajes lugar, intimidad, postura, etc.) modifican los cambios de eliminación? _____

5.- ¿El cambio de horarios modifican los hábitos de eliminación? _____

6.- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación? _____

¿Le causa algún tipo de problema? _____

7.- ¿Conoce medidas medicamentosas de ayuda? _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Capacidad física cotidiana? _____ ¿Actividades en el tiempo libre? _____

¿Hábitos de descanso? _____ ¿Hábitos de trabajo? _____

Objetivo:

¿Estado del sistema músculo esquelético fuerza? _____

¿Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad? _____

¿Posturas adecuadas para sus actividades? _____

¿Ayuda para la deambulaci3n? _____ ¿Presenta dolor al realizar movimientos? _____

1.- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupaci3n? _____

2.- ¿Cuántas horas del día cree usted que está sentado, andando de pie, reclinando? _____

3.- ¿Se considera una persona activa o sedentaria? _____

4.- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella? _____

5.- ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular? _____

6.- ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Horario de descanso? _____ ¿Horario de sueño? _____ ¿Horas de sueño durante el día? _____

¿Horas de descanso? _____ ¿Siestas? _____ ¿Ayudas para las siestas? _____

¿Padece de insomnio? _____ ¿A que considera que se deba? _____

¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo:

¿Estado mental/ansiedad/estrés/lenguaje? _____ ¿Presenta ojeras atenci3n? _____

¿Bostezos? _____ ¿Concentraci3n? _____ ¿Respuestas a estímulos? _____

1.- ¿Cuál es su patr3n y tipo habitual de descanso y sueño? _____

2.- ¿Le resulta suficiente el tiempo de descanso y sueño? _____

3.- ¿Duerme solo o acompañado / (a)? _____

4.- ¿Los cambios en el entorno, en su situaci3n y hábitos, modifican o alteran su patr3n de sueño? _____

5.- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño? _____

6.- ¿Cómo influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? _____

7.- ¿Sabe cómo reducir y controlar las tensiones y dolor? _____

8.- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? _____

9.- ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento? _____

10.- ¿Qué sentido tiene para usted el dormir cómo rutina, obligaci3n, placer, relajaci3n, compensaci3n? _____

11.- ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de compartimiento? _____

12.- ¿Tiene sueños/pesadillas cuando se duerme? _____

13.- ¿Utiliza alg3n medio con el fin de facilitar el sueño? _____

14.- ¿Utiliza alg3n tipo de medicamento para dormir o estimularse? _____

15.- ¿Si utiliza alg3n medicamento conoce sus efectos? _____

16.- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo / descanso? _____

17.- ¿En donde realiza su descanso? _____

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selecci3n de sus vestidos? _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selecci3n de su vestido? _____

Objetivo:

¿Viste de acuerdo a su edad? _____ ¿Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse? _____

¿Vestido incompleto e inadecuado? _____

1.- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen? _____

2.- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.? _____

3.- ¿Puede decidir por sí mismo / a la ropa que se pone habitualmente? _____

4.- ¿Conoce la relaci3n entre calidad / cantidad de ropa adecuada acomodaci3n al propio cuerpo y a la temperatura ambiente? _____

- 5.- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir algún tipo de ropa para vestirse / desvestirse? _____
- 6.- ¿Presenta dificultad para abrocharse los botones o cierres y dispone más tiempo para hacerlo? _____
 ¿Se afecta su modo de vestir cómo? _____
- 7.- ¿Tiene algún objeto de vestir que tenga significado especial para Ud.? _____
- 9.- ¿Cuál es? _____
- 10.- ¿Tiene algún tipo de ropa relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener? _____
- 11.- ¿De qué forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, con personas o con ayuda de otras personas? _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULARIZACIÓN

Subjetivo:

¿Adaptabilidad a los cambios de temperatura? _____ ¿Ejercicio/tipo y frecuencia? _____

¿Temperatura ambiental que le es agradable? _____

Objetivo:

¿Características de la piel? _____ ¿Transpiración? _____

¿Condiciones del entorno físico? _____

1.- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o frío? _____

2.- ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental? _____

3.- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación? _____

4.- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y que limitaciones de conocimiento? _____

5.- ¿Las emociones, miedo, ansiedad, ira como le afectan en esta necesidad sabe controlarlas? _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

¿Frecuencia de aseo? _____ ¿Momento preferido para el baño? _____

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____

¿Aseo de manos antes y después de comer? _____ ¿Después de eliminar? _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivos:

¿Aspecto general? _____ ¿Olor corporal? _____

¿Estado del cuero cabelludo? _____

¿Lesiones dérmicas o si fue interferido quirúrgicamente? _____

1.- ¿Conoce la relación entre el estilo de vida y satisfacción de esta necesidad? _____

2.- ¿Qué significado tiene para usted esta limpieza? _____

3.- ¿Cómo es la forma que usted cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene tipo, frecuencia y cantidad? _____

4.- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas? _____

5.- ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario? _____

- 6.- ¿Qué hábitos considera imprescindibles mantener? _____
- 7.- ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto en específico? _____
- 8.- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? _____
- 9.- ¿Afecta su necesidad de higiene ante la situación de estrés? _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

- ¿Qué miembros componen su familia? _____
- ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? _____
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____
- ¿En el hogar si lleva una dieta adecuada, toma sus medicamentos? _____
- ¿En el trabajo si toma las medidas necesarias de no cortarse? _____
- ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____
- ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? _____

Objetivo:

- ¿Deformidades congénitas? ____ ¿Condiciones del ambiente en su hogar? _____
- 1.- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? _____
- 2.- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? _____
- 3.- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? _____
- 4.- ¿Controla el funcionamiento como sistema eléctrico, conducciones de gas, productos tóxicos o de limpieza? _____
- 5.- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? _____
- 6.- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? _____
- 7.- ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? _____
- 8.- ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida? _____
- 9.- ¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés? _____
- 10.- ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen/autoconcepto? _____
- 11.- ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? _____
- 12.- ¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso? _____
- 13.- ¿Esta organización le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad? _____
- 14.- ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobre llevar la situación de crisis? _____
- 15.- ¿Qué persona pueden ayudarle en la actualidad? _____
- 16.- ¿Cuáles cree usted de las personas más cercas le proporcionen y que estarían dispuestas a ayudarle? _____
- 17.- ¿Cómo ha reaccionado la familia ante los problemas actuales de salud? _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

¿Estado civil? _____ ¿Años de relación? _____ ¿Con quién vive? _____

¿Tiene preocupaciones? _____ ¿Otras personas conocidas pueden ayudar? _____

¿Rol en la estructura familiar? _____

¿Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado? _____

¿Cuánto tiempo pasa sola (o)? _____ ¿Frecuencia de los diferentes contactos sociales? _____

Objetivo:

¿Habla claro? _____ ¿Habla confuso? _____ ¿Tiene dificultad en la visión? _____

¿Presenta dificultad en la audición? _____

¿Tiene comunicación verbal con la familia/con otras personas significativas? _____

1.- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? _____

2.- ¿Con qué personas puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? _____

3.- ¿Con estas personas puede hacerlo a menudo o cuando cree que es necesario? _____

4.- ¿Cuánto tiempo pasa sola? _____ ¿Por qué? _____

5.- ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente? _____

6.- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios? _____

7.- ¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás verbal y directamente, indirectamente? _____

8.- ¿Cree necesario y / o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos? _____

9.- ¿Se encuentra satisfecha siendo como es en relación a sí mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico peso apariencia, psicológico social? _____

10.- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? _____

11.- ¿Tiene a menudo cambios en el humor? _____

12.- ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás? _____

13.- ¿De qué manera se relaciona con su familia? _____

14.- ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? _____

15.- ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y / o entre los miembros del grupo familiar? _____

16.- ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación? _____

17.- ¿Qué otra persona es importante para usted? _____

18.- ¿Qué cree que esperan de usted? _____

19.- ¿En qué tipo de vivienda habita? _____

20.- ¿El tipo de vivienda le afecta en su comunicación? _____

21.- ¿Tiene algún tipo de mascota o animal domestico? _____

22.- ¿La mascota le hace sentirse seguro? _____

23.- ¿Siente que sus necesidades sexuales están de forma satisfactoria para Ud.? _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

¿Creencia religiosa? _____ ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

¿Principales valores en su familia? _____ ¿Principales valores personales? _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

¿Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso)? _____

- ¿Permite el contacto físico? _____
- ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____
- 1.- ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad? _____
- 2.- ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? _____
- 3.- ¿Cuáles de ellas son significativas a hora para Ud.? _____
- 4.- ¿Suponen una ayuda o le generan conflictos personales, familiares, o algún tipo de problema en su entorno? _____
- 5.- ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos) asociados a sus creencias debe practicar? _____
- 6.- ¿Sus creencias puede practicarlas sin dificultad en la actualidad? _____
- 7.- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? _____
- 8.- ¿Cuáles son los valores relevantes de su grupo social? _____
- 9.- ¿En caso de necesidad, desearía tener oportunidad de expresar sus últimas voluntades? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

- ¿Trabaja actualmente? _____ ¿Tipo de trabajo? _____ ¿Riesgos del trabajo? _____
- ¿Tiempo que le dedica al trabajo? _____ ¿Está satisfecho con su trabajo? _____
- ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____
- ¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

- ¿Estado/emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico? _____
- 1.- ¿Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo? _____
- 2.- ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? _____
- 3.- ¿Le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia? _____
- 4.- ¿ha cambiado su rol a partir de su situación actual? _____
- 5.- ¿Qué tipo de problema le ha supuesto? _____
- 6.- ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles? _____
- 7.- ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo? _____
- 8.- ¿Cómo vive usted esta actual situación de cambio? _____
- 9.- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? _____
- 11.- ¿Los utiliza o estaría de acuerdo en utilizarlos? _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivos:

- ¿Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre? _____
- ¿La situación de estrés influye en la satisfacción de su necesidad? _____
- ¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____

Objetivo:

- ¿Integridad del sistema neuromuscular? _____ ¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo? _____

- 1.- ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? _____
- 2.- ¿Son importantes esas actividades para Ud.? _____
- 3.- ¿Tiene a alguien con quien llevarlas a cabo? _____
- 4.- ¿Qué estudios ha realizado? _____ ¿Puede leer y escribir? _____
- 5.- ¿Las situaciones de estrés o emociones le influyen en la satisfacción de esta necesidad? _____
- 6.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? _____
- 7.- ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad? _____
- 8.- ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? _____
- 9.- ¿Ha tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud que resultan de nuevo aprendizaje? _____
- 10.- ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamientos y autocuidado necesarios? _____
- 11.- ¿Tiene problemas dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? _____
- 12.- ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? _____
- 13.- ¿Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria? _____
- 14.- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad? _____
- 15.- ¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar? _____
- 16.- ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesen aprender? _____
- 17.- ¿Cuándo participo por última vez en actividades lúdica o recreativa? _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

¿Problemas de aprendizaje? _____ ¿Limitaciones cognitivas de leer o escribir? _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje? _____ ¿Las utiliza? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud personales? _____

Objetivo:

¿Estado del sistema nervioso? _____ ¿Órganos de los sentidos? _____

¿Estado emocional/ansiedad/dolor? _____ ¿Memoria reciente? _____

- 1.- ¿Tiene problemas para aprender de manera rápida algunos conceptos? _____
- 2.- ¿Presenta problemas para comprender texto una vez que los ha leído? _____
- 3.- ¿Presenta dificultad para retener información por mucho tiempo? _____
- 4.- ¿Qué recuerda usted que le gusta aprender de actividades recreativas? _____
- 5.- ¿Qué le gustaría aprender para ponerlo en práctica? _____