



**UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN  
NICOLÁS DE HIDALGO**

---

---

---

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**APLICADO A UN CASO CLINICO SOBRE OBESIDAD BASADO EN LA  
TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

**PRESENTA  
PLE. MAGDALENA VALENTIN NIETO**

**ASESORA  
L.A.E. MA ELVIA PEREZ CORONEL**

**MORELIA, MICHOACÁN. JULIO 2007**

## **DIRECTIVOS**

M.E.M JOSEFINA VELENZULA GANDARILLA

**DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA**

L.E.D MA DE JESUS RUIZ RECENDIZ

**SECRETARIA ACADEMICA**

L.E.D ANA CELIA ANGUIANO MORAN

**SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

**JURADO**

L.E.A MA ELVIA PEREZ CORONEL

**PRESIDENTA**

L.E.O MARIA AURELIA RAMONA SOTO FAJARDO

**PRIMERA VOCAL**

ING. MARIA LUISA SAENZ GALLEGOS.

**SEGUNDA VOCAL**

## DEDICATORIAS

*A MIS PADRES CON MUCHO AMOR Y RESPETO POR HABERME\_APOYADO INCONDICIONALMENTE EN TODOS LOS ASPECTOS Y CON ELLO LOGRAR A LLEGAR ASTA DONDE EN ESTOS MOMENTOS ME ENCUENTRO. YA QUE SIN SU AYUDA NO HUBIERA LOGRADO REALIZAR ESTE SUEÑO.*

*A MIS HERMANOS CON MUCHO CARIÑO, YA QUE CADA UNO DE ELLOS OCUPAN UN LUGAR IMPORTANTE EN MI VIDA Y SON ELLOS, QUIENES ME IMPULSAN A SEGUIR CRECIENDO DIA A DIA A PESAR DE LAS ADVERSIDADES QUE A VECES ENCONTRAMOS EN NUESTRO CAMINO.*

*A MI FAMILIA PORQUE SIN DUDA ALGUNA SON PARTE DE MI FORMACION Y DE MI VIDA.*

## AGRADECIMIENTOS

*ANTES QUE TODO A DIOS NUESTRO SEÑOR LE DOY LAS GRACIAS POR TODO LO QUE ME HA DADO Y LO QUE ME HA PERMITIDO HACER YA QUE SIN EL, NO LO HUBIERA LOGRADO, SEÑOR NUNCA TERMINARE DE AGRADECERTE TODA LA DICHA Y FELIZIDAD QUE ME HAS BRINDADO Y AUN MAS EL DE SERVIR A MIS SEMEJANTES.*

*A LA FACULTAD DE ENFERMERIA; QUIEN ME BRINDO UN ESPACIO. PARA FORMARME, UN LIBRO PARA ALIMENTARME, Y PROFESORES PARA ENSEÑARME, MIL GRACIAS A TODOS ELLOS POR SER PARTE DE MIS SUEÑOS.*

*A MI ASESORA; POR SU CONFIANZA Y SEGURIDAD Y SOBRE TODO POR SU VALIOSO TIEMPO QUE ME BRINDO, QUE NUNCA TERMINARE DE AGRADECERLE, POR SU AYUDA INCONDICIONAL. YA QUE SIN ELLA NO HUBIERA LOGRADO YEGAR A ESTA FASE DE MI VIDA.*

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>3</b>
<b>General</b>	
<b>Especifico</b>	
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>4</b>
<b>OBESIDAD</b>	<b>5</b>
<b>CLASIFICACION</b>	<b>6</b>
<b>ETIOLOGIA</b>	<b>7</b>
<b>SIGNOS Y SINTOMAS</b>	<b>8</b>
<b>COMPLICACIONES</b>	<b>9</b>
<b>DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b>	<b>10</b>
<b>FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>15</b>
<b>PROCESO ENFERMERO</b>	<b>21</b>
<b>ETAPAS DEL PROCESO</b>	<b>24</b>
<b>VALORACION</b>	<b>24</b>
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>30</b>
<b>PLANEACION</b>	<b>36</b>
<b>EJECUCION</b>	<b>41</b>
<b>EVALUACION</b>	<b>43</b>
<b>CASO CLINICO</b>	<b>45</b>
<b>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFIAS</b>	<b>57</b>
<b>GLOSARIO DE TERMINOS</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO</b>	<b>62</b>
<b>APENDICE</b>	<b>75</b>

## **INTRODUCCION**

La obesidad origina y exagera un importante número de problemas de salud y estudios epidemiológicos demuestran una correlación positiva entre la obesidad y la mortalidad por otra parte la obesidad conlleva rechazo social y laboral, lo cual provoca desde la infancia una considerable pérdida de autoestima y un número importante de situaciones conflictivas que pueden desembocar en el rechazo escolar, la contribución de la obesidad a la aparición de enfermedades crónicas, y por consiguiente, su impacto en la mortalidad prematura, en la discapacidad y en el deterioro de calidad de vida, ha dado lugar a un importante problema de salud pública, que en la actualidad se considera de magnitud epidémica.

El proceso de atención enfermería, engloba las acciones que enfermería puede realizar, los resultados esperados en su aplicación en un paciente con obesidad tomando como referencia la teoría de virginia henderson y las 14 necesidades básicas.

La información obtenida fue tomada directamente de la paciente y familia a fin de aplicar las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de salud que presenta la paciente. El caso clínico se fundamenta con la descripción del proceso de atención de enfermería y con la filosofía de henderson así como las acciones se refuerzan en el marco teórico lo que permite brindar una atención integral y de calidad.

En cuanto a la patología tratada es de gran importancia valorar que la obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de los factores sociales, conductuales psicológicos, metabólicos, incluyendo enfermedades cardiovasculares, y el riesgo de presentar cáncer. Por ello es importante conocer y darlo a conocer en sociedad, como promoción a la salud y disminución de los riesgos de la obesidad.

## **JUSTIFICACIÓN**

Uno de los problemas más comunes asociados al estilo de vida actual, es la obesidad, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitas tipo 2, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, hipertensión y cáncer. México ocupa el 2º lugar del mundo en índices de obesidad entre su población como consecuencia teniendo una muerte prematura, según la OMS más del 50% de la población de adultos en promedio más de 250 millones de la población mexicana entre los 25 y 60 años tienen sobrepeso y obesidad, debido a malos hábitos alimenticios, falta de actividad física, y el sedentarismo.

Por ello es de alarmarse y más que nada ocuparse en promover e implementar estrategias para practicar el ejercicio disminuir el sedentarismo y de esta manera reducir más casos de obesidad. Para esto es necesario demostrar mediante la preparación capacidad para brindar una atención de calidad con fundamentos teóricos prácticos y científicos, es por ello que elegí este trabajo sobre obesidad ya que es uno de los principales problemas en la actualidad que miles de personas padecen y que desconocen y evaden los riesgos que este les puede causar.

Esperando que este trabajo con la aplicación del proceso enfermero sea uno más de las demostraciones que el equipo de enfermería realiza aplicando las intervenciones de acuerdo a las necesidades del paciente, familia o comunidad en general esperando siempre una buena satisfacción personal y como objetivo principal fomentar la aplicación del proceso.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Aplicación de la metodología de enfermería e identificar la respuesta humana que presenta una persona con obesidad.

### **ESPECIFICO**

Aplicar el proceso enfermero y elaborar un plan de cuidados personalizados para favorecer la salud y prevenir otras enfermedades.

Identificar las principales necesidades alteradas en base a la filosofía de Virginia Henderson.

Elaborar un plan de cuidados sistematizado empleado al usuario (a) con obesidad.

# **MARCO TEORICO**

## **OBESIDAD**

**OBESIDAD:** Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, la obesidad se caracteriza por el exceso de masa de tejido adiposo en todo el organismo. Se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 25 unidades.

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica. Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud.

Ahora sabemos que la Obesidad está fuertemente relacionada como causal de otras enfermedades como lo son los padecimientos cardiovasculares, dermatológicos, gastrointestinales, diabéticos, osteoarticulares, etc.

El primer paso para saber si existe obesidad o no, es conocer tu Índice de Masa Corporal (IMC), para esto necesitamos una cinta métrica y saber cuantos kilogramos pesas.

**En relación con la distribución de grasa, se ha establecido que la obesidad se divide en dos tipos:**

**ANDROIDE:** Es mas frecuente en el varón que en la mujer, por efecto de la testosterona y de los corticoides, hay una acumulación de masa adiposa en la parte superior del cuerpo, este tipo de grasa es la que esta ligada a las complicaciones metabólicas a partir de los 40 años.

**GINECOIDE (ginoide):** Frecuentemente se observa en la mujer con actividad ovárica, el aumento de la grasa en la parte inferior del organismo parece ser consecuencia de los estrógenos. La grasa se acumula en caderas glúteos y muslos.

## **CLASIFICACION DE LA OBESIDAD:**

**Obesidad ovárica:** Se caracteriza por oligomenorrea o amenorrea, hirsutismo y aumento progresivo de peso.

**Hiperinsulinemia:** Se presenta en la diabetes tipo II, esto se debe a que la insulina es una hormona anabolizante que favorece la síntesis de grasa y su acumulación en el tejido adiposo.

**Hiperfunción suprarrenal:** Se caracteriza por aumento de la producción de glucocorticoides, que conlleva un incremento de peso con una distribución de la grasa en la región faciotroncular del cuerpo.

**Hipotiroidismo:** Causa incremento de peso.

**Hipotalámico:** Provoca hiperfagia y como consecuencia obesidad, se asocia a traumatismos, tumores e infecciones.

**Genético:** Causada por anomalías cromosómicas.

**Fármacos:** Que provocan el grado de obesidad, como son glucocorticoides empleados como inmunosupresores para tratar enfermedades auto inmunes, antiinflamatorios como los broncodilatadores para el asma bronquial.

## **CLASIFICACION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD SEGÚN I.M.C.**

Peso insuficiente-----	< 18.5
Normopeso-----	18.5 – 24.9
Sobrepeso grado 1-----	25 – 26.9
Sobrepeso grado 11-----	27 – 29.9
Obesidad de tipo 1-----	30 – 34.9
Obesidad de tipo 11-----	35 – 39.9
Obesidad tipo 111 (mórbida) -----	40 – 40.9
Obesidad tipo 1V (extrema) -----	>50

## **ETIOLOGIA DE LA OBESIDAD**

- GENETICA
- METABOLICA
- PSICOLOGICA
- SOCIOCULTURALES
- SEDENTARISMO
- NEUROENDOCRINAS
- MEDICAMENTOSAS
- NUTRICIONAL ALTAMENTE CALORICA
- MULTIFACTORIALES

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Exceso de peso
- Incremento de la grasa corporal
- Vida sedentaria, depresión
- Baja autoestima

La acumulación de grasa en exceso debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la suspensión momentánea la respiración (apnea del sueño)

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis.

No pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgada. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos.

## **COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD:**

**Problemas cardiovasculares:** Como insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, angina de pecho, varices, tromboflebitis, taquicardia de esfuerzo, infarto del miocardio.

**Arteriosclerosis:** Causa frecuente de retinitis, nefrosclerosis y alteraciones coronarias.

**Diabetes Mellitus tipo II.**

**Alteraciones metabólicas:** Como hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia.

**Problemas respiratorios:** Apnea nocturna, aumento de la incidencia de bronquitis crónica y neumonía.

**Problemas osteoarticulares:** Aplanamiento de la planta del pie, atrofia muscular, aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con espondilitis deformante.

**Problemas digestivos:** Dispepsia gástrica, con acidez, flatulencia, Estreñimiento, con frecuentes hemorroides, insuficiencia hepática en grado variable por infiltración grasa, Aumento de la frecuencia de cirrosis hepática.

**Problemas renales:** Nefroesclerosis con hipertensión arterial, Albuminuria. Retención de líquidos y edema.

**Problemas cutáneos:** Cianosis por estasis vascular, Estrías cutáneas, Lesiones por rozaduras, Caída de pelo, a veces hirsutismo, exceso de sudoración y celulitis.

**Problemas gonadales:** Alteraciones menstruales, hipomenorrea, e hipermenorrea y amenorrea.

**Problemas gestacionales:** Mayor incidencia de toxemia preclámpsica, mala posición fetal y partos prolongados.

**Problemas sexuales:** Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica). Problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

**Problemas neurológicos:** Cefalea, Insomnio, múltiples trastornos psicósomáticos.

**Problemas hematológicos:** Policitemia con aumento de la hemoglobina. Punción lumbar, complicaciones de cicatrización, aumento de las embolias y trombosis posquirúrgicas, incremento de la dificultad de ajuste de la dosis anestésica e hipoventilación postanestésica.

**Problemas oncológicos:** Aumento general de la mortalidad por cáncer de próstata y colon en hombres. Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de endometrio, ovario y mama en la mujer.

**Problemas psicológicos:** Miedo e inseguridad personal, pérdida de la autoestima, distorsión de la imagen corporal, depresión.

**Problemas sociales:** Angustia por presión social frente a su obesidad, aislamiento social, dificultades para vestir, usar transportes públicos, ruptura del núcleo familiar o de la pareja.

**Mortalidad:** Incremento de la mortalidad general a consecuencia de las complicaciones por diversas enfermedades.

## DIAGNOSTICO

En la práctica clínica el diagnóstico de obesidad se realiza utilizando métodos simples y mundialmente consensuados. Todo paciente debe medirse en peso y talla.

Se emplean además, los siguientes índices para valorar grado y tipo de obesidad presente:

- a) **I.M.C (Índice de Masa Corporal):** Se define como el peso en Kg. dividido por la talla en metros al cuadrado. Un aumento del mismo indica aumento en la masa grasa.

$$\text{I.M.C} = \frac{\text{PESO}}{(\text{TALLA})^2}$$

$$\text{I.M.C} = 117/1.62 = 117/2.624 = 44.58$$

$$\text{P.I} = \frac{\text{TALLA}}{2 - 25}$$

$$\text{P.I} = \frac{1.62}{2-25} = 81 - 25 = 56$$

$$\text{P.I} = 56 + 10\% = 66$$

$$\text{P.I} = 46 - 10\% = 46.$$

**b) Pliegues Cutáneos:** La medición de los pliegues en la región bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaca permite medir y cuantificar la grasa del tejido subcutáneo.

**c) Índice Cintura:**

**HOMBRES**

>95 cm.

>102 cm.

**MUJERES**

> 82 cm. factor de riesgo

> 102 cm. valores de riesgo elevado

**CONSUMO DE ENERGIA = MB X FACTOR DE ACTIVIDAD**

$$MB = 655 + (9.56) (\text{PESO}) + (1.85) (\text{TALLA}) - (4.68) (\text{EDAD}) + 600$$

**GRADO DE ACTIVIDAD**

Baja (vida sedentaria)

Intermedia (ejercicio regular)

Alta (vida acelerada)

**FACTOR DE ACTIVIDAD**

1.3

1.5

1.7

## TRATAMIENTO

El tratamiento en la Obesidad tiene como fin reducir el peso corporal a expensas de la masa grasa. Pérdidas de peso del 10 al 15 % del peso inicial ya son altamente beneficiosas, sobre todo si se mantienen en el tiempo, para mejorar la calidad de vida y disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad de los pacientes obesos.

En los adultos, el tratamiento se basa en:

- **Dietas:** Hipocalóricas, bajas en calorías entre 800 y 1,200 calorías por día. Las mismas deben adecuarse a los gustos, actividades, edad y sexo de cada paciente.
- **Ejercicio físico:** Debe incorporarse en forma paulatina y progresiva, comenzando por ejemplo con caminatas. No hay que olvidar de todas formas consultar con el médico si se quieren realizar actividades físicas más exigentes.
- **Inducir cambios en los hábitos alimenticios:** Del paciente y su familia promoviendo una alimentación saludable y adecuada para cada etapa del crecimiento.
- **Alentar la actividad física desde la niñez:** Teniendo en cuenta que las actividades cotidianas que se mantienen en el tiempo tienen mejores resultados a largo plazo. Esto se consigue limitando el uso de medios de transporte, favoreciendo las caminatas reduciendo el tiempo dedicado a ver la televisión o a jugar con la computadora, promoviendo el uso de escaleras, saltando la soga, andando en bicicleta o patinando.
- **Promover las actividades deportivas:** De acuerdo con la edad de cada paciente, las mismas deben ser no competitivas y elegidas según las preferencias de la persona no hay una actividad ideal lo importantes que tenga continuidad y ayude a la integración social y que su práctica brinde felicidad al paciente.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dentro del tratamiento se pueden considerar algunos fármacos entre los que se encuentran:

- **Estimulantes de la tiroides:** Hacen que estas glándulas localizadas en el cuello secreten mayor cantidad de tiroxina, hormona que es útil para el aprovechamiento de los nutrientes.
- **Anfetaminas:** Que inhiben la sensación del apetito a nivel cerebral.
- **Diuréticos:** Son medicamentos que estimulan la pérdida de líquido a través de la orina.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En este problema de salud se pueden utilizar algunos procedimientos entre los que podemos considerar los siguientes:

**RESTRICTIVAS:** Son aquellas que reducen la capacidad del estómago y la cantidad de alimentos ingeridos.

**MALABSORTIVAS:** El objetivo de este tipo de cirugía es interferir en la absorción de los nutrientes contenidos en los alimentos.

**BANDA GÁSTRICA:** En este procedimiento se coloca un anillo de material sintético alrededor del estómago, formando un pequeño saco en la parte superior que solo puede contener una parte mínima de alimentos.

**GASTRECTOMIA VERTICAL POR LAPAROSCOPIA:** Procedimiento restrictivo en el cual el estómago se secciona longitudinalmente desde su inicio hasta su terminación en la curvatura mayor a 7 cm. del píloro, es recomendada en pacientes con obesidad de tipo I y II.

**BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA:** En esta cirugía se corta y se engrapa la parte superior del estómago, la cual es conectada de forma directa al intestino delgado, permitiendo una restricción en la cantidad y absorción de los alimentos.

# **METODOLGIA DE ENFERMERIA**

## **ANÁLISIS DE LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

La quinta hija de una familia de ocho hermanos, 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"

### **LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDRSON SON:**

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.
5. Necesidad de reposo y sueño
6. Necesidad de vestirse adecuadamente
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de mantener la higiene corporal
9. Necesidad de evitar los peligros y sentirse protegido
10. Necesidad de comunicarse y sexualidad

**11.** Necesidad de vivir según sus creencias y valores

**12.** Necesidad de trabajar y realizarse

**13.** Necesidad de participar en diversas formas recreativas

**14.** Necesidad de aprendizaje

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacerse y 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:

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, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta compañera y ayudante.

## **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 vid.

### **ENTORNO:**

- Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobres construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipo.
- Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras, como base para las prescripciones sobres dispositivos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de estas.

## **SAUD:**

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.

## **ENFERMERIA:**

- La función principal de la enfermera(o) es la ayuda del individuo enfermo y sano
- La enfermera(o) forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera(o) es independiente del trabajo del medico, pero debe colaborar con el cuando este atiende al paciente. La enfermera puede y debe diagnosticar, tratar al individuo si la situación lo requiere.
- La enfermera(o) debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- La enfermera(o) puede evaluar las necesidades humanas básicas.

## **ELEMENTOS IMPORTANTES DE SU TEORIA:**

1. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
2. La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar una muerte digna.
3. Identificar 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
4. Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben de satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano.
5. Las actividades que las enfermeras(os) realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.
6. Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención; como sustituta (compensa lo que le falta al paciente), como ayudante (establece las intervenciones clínicas) y como compañera (fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).
7. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo de enfermería por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación de enfermería a nivel práctico.

## **ANALISIS DE SU TEORIA**

Para comprender su teoría es necesario hacer algunas definiciones entre los que destacan.

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

**MODELO CONCEPTUAL:** Es un conjunto de conceptos, ideas o teorías que se interrelacionan, pero en que la relación no se define con claridad; es una representación abstracta de la realidad que no puede ser probada.

**FILOSOFIA:** Proporcionan una explicación general, y se utilizan para ampliar la disciplina y aplicarla a la profesión. La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de la enfermera mediante el análisis, el razonamiento y el argumento lógico.

Para la elaboración de este trabajo utilizamos la filosofía de Virginia Henderson ya que ella identifico las 14 necesidades humanas básicas sobre las que se basan los cuidados de enfermería. Sus contribuciones fueron la definición de enfermería, la importancia de los objetivos de interdependencia para el paciente. Henderson contribuyó como enfermera, profesora, autora e investigadora. Pero que además ella impulsó a la enfermería a prepararse en el ámbito profesional para poder ser competitiva con otras áreas de la salud y poder brindar una atención integral y eficiente, es por ello que el trabajo de Henderson es considerado como una filosofía. De esta manera afirmo que la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila.

## **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**Concepto:** Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales (valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación considerando incluir la etapa diagnóstica).

Como todo método, el Proceso de Enfermería (PAE) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

### **Objetivos del proceso de enfermería**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, la familia y la comunidad, establecer planes de cuidados individuales para actuar y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## **CARACTERÍSTICAS:**

**Es un método:** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los pacientes, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

**Es sistemáticos:** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

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

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

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

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

**Es interactivo:** por requerir de la interrelación humano-humano con el paciente para acordar y lograr objetivos comunes.

## **Ventajas:**

1. Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica.

2. El proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.
3. Las enfermeras (o) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (o) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales.
4. Además de favorecer en ellas (o) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo.
5. El proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

### **IMPLICACIONES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

**Para el paciente:** Lo anima a participar en forma activa en los cuidados y fomenta la continuidad de los cuidados como resultado de un ambiente seguro y terapéutico.

**Para la enfermera:** Aumenta la satisfacción laboral realizando el desarrollo profesional. Facilita el desarrollo de una relación enfermera-paciente.

## **ETAPAS DEL PROCESO**

### **VALORACION**

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del paciente, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral del paciente o grupo.

Consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.

### **OBJETIVOS:**

1. Crear una base de datos sobre la respuesta de un paciente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el paciente.
2. Detectar alteraciones que ocasionen desequilibrio en el paciente, para alcanzar su máximo bienestar.

### **Pasos de la valoración:**

1. **Recolección de datos:** consiste en reunir información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se emitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un paciente.
2. **Validación de los datos:** consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos, esta validación le permitirá a la enfermera; asegurarse de que la información recogida es completa.

**3. Registro de los datos:** Este consiste en plasmar en un espacio las intervenciones que se realicen.

## **RECOLECCION DE DATOS**

### **Clasificación de datos:**

- a) Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- b) Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- c) Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas. Tratamientos recibidos etc.
- d) Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

### **Métodos para obtención de los datos:**

#### **1. Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene como finalidad.

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos.

### **La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre**

**Iniciación:** Comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

**Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

**Cierre:** Es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos, es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

### **Las técnicas verbales son:**

- El interrogatorio que permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

### **Las técnicas no verbales:**

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- a) Expresiones faciales.
- b) La posición corporal.
- c) Los gestos.
- d) El contacto físico.
- e) La forma de hablar.

### **2. La observación:**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

#### **Utilización de los sentidos para observar los datos del paciente:**

**Vista:** Aspecto general, ejemplo tamaño corporal, peso general, postura; signos de sufrimiento o incomodidad; gestos faciales y corporales, color y lesiones cutáneas, anomalías del movimiento, conducta no verbal por ejemplo signos de enfado o de ansiedad, elementos religiosos o culturales ejemplo, libros, iconos, velas, rosarios.

**Olfato:** Olores corporales y aliento.

**Oído:** Sonidos cardiacos y pulmonares, ruidos intestinales, capacidad para comunicarse, idioma hablado, capacidad para iniciar una conversación, capacidad para responder cuando se

le habla, orientación en el tiempo, persona y espacio, pensamientos y sentimientos sobre si mismo, sobre otros y sobre su estado de salud.

**Tacto:** Temperatura y humedad cutánea, fuerza muscular ejemplo, apretón de manos, frecuencia, ritmo y volumen del pulso, lesiones detectadas mediante palpación.

### **3. La exploración física:**

Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza la observación es decir los sentidos; la vista, el oído, el olfato y el tacto, para detectar problemas de salud para llevar acabo la exploración se utilizan algunas técnicas:

**Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales, se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.

**Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

**Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, para ello se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

Una vez descritas las técnicas de exploración física, las diferentes formas de abordar un examen físico van desde la cabeza a los pies, por aparatos y sistemas, el realizarlo por aparatos y sistemas nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención, este procedimiento

comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

### **VALIDACIÓN DE DATOS:**

Una vez reunida la información del paciente tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos sean los 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 paciente, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se este seguro, comparar datos objetivos y subjetivos.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

### **REGISTRO DE LOS DATOS:**

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

La comunicación verbal con el equipo de salud es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

Para ello es necesario tomar en cuenta las siguientes recomendaciones al momento de efectuar las anotaciones.

- a) Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto ha registros.
- b) Evitar juicios de valor.
- c) Escribir textualmente lo que el usuario expresa.
- d) Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
- e) Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector).
- f) Procurar que la información sea importante y relevante.
- g) Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
- h) Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- i) Anotar siempre la fecha y la hora en que se realiza el registro.
- j) Escribir toda la información que proporcione al equipo sanitario.
- k) Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA**

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería hacia la consecución de objetivos de los cuales la enfermera tiene la responsabilidad.

### **Pasos de la etapa de diagnóstico**

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

### **Razonamiento Diagnostico:**

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera (o) durante el razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

### **Pasos a seguir durante el razonamiento diagnostico**

- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- Analizar y agrupar los datos significativos que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados.
- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- Determinar si la enfermera(o) tiene la autoridad para hacer el diagnostico definitivo y ser el principal responsable, de la predicción, prevención y tratamiento del problema.
- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos de enfermería) y a las respuestas fisiopatologicas (problemas interdependientes)
- Determinar los factores relacionados o de riesgos (etiología del problema).

### **Que se requiere para formular diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.**

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento, antes de iniciar con la formulación de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

### **Que es un problema interdependiente o de colaboración:**

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) 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 este, como de la evolución de la situación patológica.

### **Que diferencia existe entre un diagnóstico de enfermería y un problema interdependiente.**

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico de enfermería se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera (o) tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente, en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, 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 DE LOS DIAGNÓSTICOS:**

**Real:** Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen. PESS- problema ò necesidad de virginia+etiología+signos y síntomas.

**Alto Riesgo (potencial):** Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo e una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoyan en los factores de riesgos (etiología).

**De salud:** Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

**Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechando para que se necesitan datos adicionales.

**De síndrome:** Comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

**El enunciado del diagnóstico de enfermería puede constar de una, dos o tres partes.**

- 1. El problema (p):** Se refiere al planteamiento de la respuesta del paciente, a un estado de salud o enfermedad.
- 2. Su etiología o su causa (e):** Que representa los factores etiológicos o relacionados, que ocasionan o mantienen el problema de salud del paciente.
- 3. Signos y síntomas (s):** Se refiere a las características definitorias que son indicadoras de la situación.

La mayoría de los autores recomiendan que se utilicen las palabras (en relación con) o (relacionado con) para enlazar el problema con su etiología. También se añadirá la frase de (manifestado por) para describir los signos y síntoma.

**DIFERENCIA ENTRE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICO MEDICO**

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	<b>DIAGNOSTICO MEDICO</b>
Describe las respuestas de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.	Describe un proceso específico de enfermedad.
Esta enfocado al individuo	Esta enfocado a la patología
Varían según cambian las respuestas del cliente.	Permanece constante mientras dura la enfermedad.
Es complementario al diagnostico medico.	Es complementario al diagnostico de enfermería.
Consta de tres partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.	Consta de dos a tres palabras
Es una definición de un juicio de enfermería y hace referencia a lo que las enfermeras están autorizadas a tratar.	Esta hecho y tratado por el medico
Hace referencia a condiciones físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales	Se refiere solo a la enfermedad.

### **Lo que se debe evitar al estructurar un diagnostico de enfermería:**

- Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología medica.
- Identificar dos problemas al mismo tiempo.
- Redactar el diagnostico de manera que incrimine legalmente.
- Redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de los valores personales y normas del profesional de enfermería, y no de datos objetivos y subjetivos.
- Cambiar el orden de los elementos del diagnostico enfermero.
- Registrar dos enunciados en el diagnostico enfermero que tenga igual significado.
- Escribir formulaciones diagnosticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera (o) pueda solucionar o modificar en forma independiente.
- Emplear el diagnostico medico en la formulación de un diagnostico enfermero.

### **REQUISITOS PARA DIAGNOSTICAR**

**Capacidad de acción:** Se refiere a la capacidad de la enfermera(o) para recoger datos, lo cual requiere contar con un marco teórico conceptual y un instrumento de valoración.

**Capacidad intelectual:** Es decir, el tener como norma de comportamiento el indagar y el cuestionar.

**Conocimientos clínicos y experiencia:** Esto le permitirá inferir las conclusiones.

## **VALIDACIÓN**

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante la validación, la enfermera(o) debe consultar al paciente para corroborar que este en lo cierto.

### **Como realizar el registro de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes**

Una vez validados los diagnósticos de enfermería 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 todos deben considerar un apartado para que la enfermera (o) documente sus juicios clínicos.

## **PLANEACION**

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería, que conlleva la toma de decisiones y la resolución de problemas, en la planeación, el profesional de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnóstico para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

## **Pasos para realizar la planeación**

### **1. Establecer prioridades en los cuidados.**

Seleccionar todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar un individuo, una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

### **Como elaborar los 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.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta, igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del paciente así como los cuidados proporcionados.

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

### **Elaboración de las intervenciones de enfermería.**

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

### **Determinación de prioridades:**

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

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

### **Planteamiento de los objetivos:**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- a) Dirigir los cuidados.
- b) Identificar los resultados esperados.
- c) Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

### **Características de los objetivos:**

1. Resultar del diagnóstico de enfermería o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema, 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.
3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
5. 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 coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del paciente y familia.
6. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
7. Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del paciente para que se pueda alcanzar.
8. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

### **Existen dos tipos de objetivos:**

**Objetivos de enfermería:** Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico de enfermería.

**Objetivos del paciente:** Son los cambios que esperan después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas esperados.

## **Normas generales para la descripción de objetivos.**

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

## **Clasificación de los objetivos.**

**Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

**Mediano plazo:** Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

**Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

## **Documentación en el plan de cuidados de enfermería**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación, y
- La evaluación.

## **EJECUCION:**

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

### **Etapas de la ejecución**

#### **1. Preparación:**

- a) Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del paciente.
- b) Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
- c) Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- d) Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- e) Crear un ambiente confortable y seguro para el paciente durante la realización de cada actividad.
- f) Delegar cuidados de enfermería: 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 con otros miembros del equipo de salud. Es fundamental considerar las capacidades físicas psicológicas y personales del paciente durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

## **3. Documentación:**

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos del registro de enfermería; mantener informados a otros profesionales del área de la salud, sobre datos de valoración del paciente, cuidados proporcionados y las respuestas del paciente.

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

### **Habilidades de ejecución**

**Habilidades cognitivas;** Habilidades intelectuales, incluye la resolución de problemas, la toma de dediciones, el pensamiento critico y la creatividad.

**Habilidades interpersonales;** Son todas las intervenciones verbales y no verbales, que realizan las personas al interaccionar directamente unas con otras, el profesional de enfermería utiliza la comunicación terapéutica para comunicarse con el paciente y ser comprendido mejor por este.

**La habilidad técnica;** Son habilidades practica, tales como la manipulación de equipos o instrumental, la administración de inyecciones, la colocación de vendajes, mover, levantar y cambiar de posición a los pacientes. Estas habilidades reciben también el nombre de procedimientos o habilidades psicomotoras.

## **EVALUACIÓN:**

Es la ultima etapa del proceso de enfermería y a la vez una exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la (valoración, diagnostico, planeación y ejecución).

La evaluación en el proceso de enfermería 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 paciente, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

### **El proceso de evaluación consta de dos partes**

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.
3. **Resultados esperados a las que podremos llegar:**

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

**De manera resumida la evaluación se compone de los siguientes aspectos:**

1. Medir los cambios del paciente/cliente.
2. En relación a los objetivos marcados.
3. Como resultado de la intervención de enfermería.
4. Con el fin de establecer correcciones.

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

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

## CASO CLINICO

La Señorita M.B.G.H de 19 años de edad, originaria de Tansitaro Michoacán, estudiante del 2º semestre de psicología, quién practica la religión católica, hace aproximadamente 9 meses que radica en Morelia mich, con motivo de su estudio. Tiene tres hermanas, es la 2º hija, su papá es albañil aparentemente en buen estado de salud, su mamá es ama de casa y padece diabetes mellitus la cual es tratada médicamente.

Manifiesta que desde niña su peso siempre fue normal y hace dos años que empezó a subir de peso, refiere que es por llevar una mala alimentación en la preparatoria, ya que consumía comida chatarra y lo hace actualmente, como de todo excepto los quelite y habas porque no le gustan, su horario de alimentación es descontrolada porque no tiene horario, actualmente trata de llevar una dieta baja en grasas por lo cual evita las carnes y grasas.

Hace aproximadamente 4 meses que salio de una casa de estudiantes en la cual duro un semestre, en la cual llevaba alimentación inadecuada pues consumía mucha grasa y carnes.

Hace tres años fue operada de un quiste en la región del coxis, hace un año padeció de fiebre tifoidea, a partir de ahí menciona padecer dolor en la espalda, por lo cual también fue tratada con medicamentos y se recupero.

Sus signos vitales son:

T/A: 120/80

F/C: 60x`

F/R: 20x`

T: 36.5°C

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Su papá y hermanas están aparentemente sanos, su mamá es diabética, con tratamiento en control. Su abuelo materno falleció por complicaciones de la diabetes, en cuanto a familiares mas cercano y que mantienen una comunicación estable no hay conocimiento de padecer alguna enfermedad.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:**

Hace aproximadamente dos años que subió de peso, un año antes la operaron de un quiste en el cóccix, y hace un año que le dio fiebre tifoidea el cual recibió tratamiento medico. Refiere que a partir de ahí le duele la espalda en ocasiones sobre todo al pararse y cuando hace algún movimiento brusco.

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

Su peso actual es de 117 kilogramos, talla: 1.62cm, por lo cual se considera obesa, presenta dolor en la espalda cada ves que se levanta, al caminar siente mucha fatiga, no refiere acufenos, fosfenos y vértigo.

## **VALORACION POR NECESIDADES:**

### **1.- NECESIDAD DE OXIGENACION:**

Su frecuencia respiratoria es normal con una frecuencia de 20x`, T/A: 120/80, F/C: 60x`, su pulso es rítmico, ruidos cardiacos normales, no presenta tos refiere tener dificultad respiratoria, siente que se ahoga, piel y mucosa bien hidratadas, no presenta alergias respiratorias, consume de uno ha dos cigarros de manera ocasional.

### **2.- NECESIDAD DE NUTRICION HE HIDRATACION:**

Su peso actual es de 117kg, talla de 1.62 cm. lleva una dieta baja en grasas y carnes y solo come dos veces al día el almuerzo y la comida no desayuna tampoco merienda, a veces que no alcanza ha comer es cuando cena tacos de la calle de 5 ha 6 tacos, y comidas chatarra casi no consume verduras porque no se le antoja, come pan, muy poco refresco de color, lo que mas come son huevos y frijoles. No tolera los quelites y las habas. Toma dos litros de agua al día, no existen datos de deshidratación, mantiene la mucosa oral normal, labios encías y lengua hidratada no tiene problemas de masticación ni deglución.

### **3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:**

Su habito intestinal es de dos veces al día frecuentemente presenta estreñimiento presentando dolor he inflamación al defecar, motivo por el cual usa laxantes el cual le provoca diarrea, orina 4 veces al día, amarillo claro, no presenta infección de vías urinarias, sudoración cutánea normal, con menstruación regular, presenta una glucosa de 75mg/ dl.

### **4.- NECESIDAD DE MOVERCE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA:**

Tiene dificultad para moverse, le duele la espalda cada ves que hace movimientos bruscos igual que al pararse, su modo de caminar es normal, y se fatiga, su expresión facial es adecuada, no practica ningún deporte, pero si manifiesta interés por las actividades recreativas.

#### **5.- NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO:**

Duerme en promedio 8 horas diarias por las noches, muy pocas veces su sueño es interrumpido, solo cuando esta estresado, se pone a leer y logra conciliar el sueño sin ningún problema, al despertarse se siente satisfecha y descansada.

#### **6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE:**

No presenta ninguna dificultad para vestirse porque lo hace por si sola sin ayuda de nadie, viste adecuadamente, de acuerdo a la ocasión y lugar, para ella es muy importante su aspecto.

#### **7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION:**

La temperatura corporal es normal de 36.5 °C, igual que la sudoración cutánea, menciona adaptarse a los cambios ambientales con facilidad.

#### **8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL:**

El aspecto personal es limpio, su coloración y cuidado de su piel es adecuado, el baño y cambio de ropa es diario, el cepillado de dientes es de 2 ha 3 veces al día su pelo es reseco, no se rompe con facilidad se le cae moderadamente por lo cual no presenta ninguna preocupación, sus uñas están en buen estado y limpias.

#### **9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS Y SENTIRSE PROTEGIDO**

Esta orientada en espacio y tiempo, reconoce a las personas significativas de su entorno, actualmente presenta, tristeza dice tener baja autoestima, a veces la hacen sentir mal sus amigas no presenta alergias ni toxemias.

#### **10.- NECESIDAD DE COMUNICARCE Y SEXUALIDAD:**

Es capaz de establecer una conversación fluida contestando mejor preguntas abiertas que cerradas, su expresión es clara coherente, lenguaje adecuado y lento, vive con 9 personas es la segunda hija de tres hermanas su principal confidente es su mamá, con las personas que más se relaciona son sus tres hermanas y amigas, no tiene vida sexual, ni novio el cual no le preocupa en lo mínimo.

#### **11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:**

Lo más importante para ella es su familia y terminar su carrera, se define como católica asiste a misa en periodos muy largos, le gusta tomar decisiones por sí misma.

#### **12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:**

No trabaja únicamente asiste a la escuela, y realiza labores del hogar lo cual se mantiene ocupada todos los días y en los fines de semana se dedica a realizar tareas.

#### **13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS RECREATIVAS:**

Presenta interés en actividades recreativas, como fiestas con amigas al cine y reuniones familiares es una de las cosas que más la motivan.

#### **14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**

Muestra interés por cualquier tipo de información sobre todo referente a su salud ya que desconoce cuáles son las complicaciones de la obesidad lo cual le causa mucha preocupación su salud. No presenta alteración en la capacidad de retención.

## **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

**DIAGNOSTICO No. 1** Intolerancia a la actividad física relacionada con la obesidad, manifestada por dificultad para respirar, fatiga, dolor de espalda.

### **OBJETIVOS:**

La usuaria debera progresar y tolerar la actividad física, así como disminuir la dificultad respiratoria, la fatiga y el dolor de espalda.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

1. Se brindara a la usuaria un programa de ejercicios de rango de movimientos para todas sus articulaciones en forma pasiva, para evitar la fatiga y el dolor.
2. Comenzar con el ejercicio de manera gradual al menos dos veces al día con previo calentamiento antes y después del ejercicio.
3. Permitir que la usuaria elija la intensidad y tiempo de caminata.
4. La usuaria tome descansos de 2 minutos por cada 20 a 30 minutos de ejercicio manejada por la NOM. Tomar sus signos vitales para identificar alteración y reducir la fatiga.
5. Efectuar masajes en la espalda después de realizar el ejercicio.

### **EJECUCIO**

1. La usuaria realiza en casa ejercicios de estiramiento y relajación de los músculos.
2. Realiza movimientos rotatorios estando de pies con las manos en la cintura y extendidas.
3. Realiza ejercicios de respiración como inhalar y exhalar.
4. Se aumentaron gradualmente las actividades de ejercicios.
5. Se le explico que la dificultad respiratoria, la fatiga y el dolor, esta relacionado con la falta de ejercicio y la obesidad.
6. Se brida masajes después del ejercicio.

**EVALUACION:** La paciente logro disminuir el dolor, la fatiga y la dificultad respiratoria, por lo que el objetivo se cumplió satisfactoriamente.

**DIAGNOSTICO No. 2** Alteración de la nutrición por exceso relacionado por hábitos alimenticios inadecuados, vida sedentaria, manifestado por obesidad. O sobre peso

**OBJETIVOS:**

La usuaria lograra equilibrar su peso, con la ayuda de actividad física.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

1. Confeccionar conjuntamente una dieta baja en calorías, adaptándola en la medida posible, del gusto, horario, hábitos y recursos de la usuaria.
2. Llevar un control de peso cada 15 días por 2 meses.

**EJECUCION:**

1. Se le dieron ha conocer los requerimientos nutricionales, raciones que debe de consumir al día. De carbohidratos, lípidos, proteínas, lácteos, cereales frutas y leguminosas.
2. Evitar los refrescos y tomar mucho agua 2 litros por día.
3. Se le explico la importancia de comer despacio con tranquilidad y evitar comer entre comidas.
4. Se le apoya con material didáctico, donde se expuso una lista de todos los alimentos que debe consumir y los que debe omitir para bajar de peso.

**EVALUACION:**

La paciente muestra mucho interés y fuerza de voluntad por lo cual se ha logrado bajar 4 kilogramos de peso en un mes y medio.

**DIAGNOSTICO No. 3** Estreñimiento relacionado con una dieta baja en fibras, manifestado por heces duras y dolor al defecar.

**OBJETIVO**

La usuaria lograra recuperar sus hábitos intestinales normales.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

1. Elaborar un plan de alimentos ricas en fibras y en residuos de acuerdo a su preferencia.
2. Lograr que la usuaria consuma dos litros de agua diaria.
3. Realizar ejercicios de caminata todos los días.

**EJECUCION:**

1. La usuaria consume una dieta rica en fibras como son: frutas, verduras, hortalizas y cereales.
2. Realizar caminatas todos los días por las mañanas y tardes sin estrés.
3. Se logra concienciar a la usuaria de la importancia en el consumo de una dieta rica en fibras, y el consumo de agua para una adecuada evacuación.

**EVALUACION:**

La usuaria logra evacuar todos los días, expresa que sus heces ya no son duras como entes.

**DIAGNOSTICO No. 4** Trastorno del autoestima relacionado con abuso psicológico, manifestado por sentimientos de tristeza.

**OBJETIVO:**

La usuaria recuperara su estado anímico.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

1. Se realizaron pequeñas sesiones de orientación psicológicas.
2. Identificar conjuntamente con la usuaria y la familia cuales son las principales causa de abuso psicológico.
3. Identificar las actividades de tiempo libre que le gusta hacer.
4. Alentar a la usuaria ha expresas sus sentimientos.
5. En momentos de ocio escuchar música relajante y fomentar la lectura.

**EJECUCION**

1. Brindar confianza a la usuaria para que exprese sus emociones y problemas.
2. Se identifico el motivo por el cual se siente rechazada y triste, por el que se explico que sus problemas son muy normales, y que todas las personas somos iguales por lo cual no debe sentirse inferior a nadie.
3. Se realiza un recuento de las cosas buenas que tiene la usuaria.
4. Se dio cuenta que es mas importante su carrera que los comentarios negativos.
5. Se le brindo un libro de superación personal, con temas de autoestima.

**EVALUACION**

La usuaria es más segura de si misma, muestra mucho más interés en relacionarse con más personas, que la hacen sentir bien.

**DIAGNOSTICO No. 5** Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con el deterioro cognitivo manifestado por preocupación para mantener su salud.

### **OBJETIVO**

La usuaria cuidara su salud.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

1. Conocerá las complicaciones que le pueden ocasionar la obesidad.
2. Determinar en que medida la usuaria controlara su obesidad.
3. Educar a la usuaria y familiares como poder prevenir otras enfermedades.
4. Evitar el sedentarismo.
5. Asistencia en control medico.

### **EJECUCION.**

1. Se dio a conocer cuales son las enfermedades que puede adquirir si no lleva un adecuado control de peso.
2. Se realiza toma de presión arterial cada mes con cifras normales de T/A=110/80.
3. Se recalcó la importancia de llevar un control medico, para detectar oportunamente, alguna enfermedad.
4. Se manda al centro de salud cada fin de mes para tomarle la glucosa, la cual maneja cifras normales de 75mg/dl.

### **EVALUACION:**

La usuaria comprendió la importancia de cuidar su salud y expreso claramente que no debe subir ni un solo gramo de peso y asistió ha su primer consulta medica.

## CONCLUSIONES

La aplicación del proceso enfermero es de suma importancia, ya que nos ayuda principalmente a prevenir y corregir complicaciones que pueden aparecer durante el desarrollo de la enfermedad, el proceso nos permite actuar de manera oportuna y satisfactoria, ya que es un método completo el cual abarca todas las dimensiones; física, psicológica, cultural, espiritual y social con respecto a la familia, comunidad. Así como todos los factores que lo dañan.

Los diagnósticos enfermero nos permite centrarnos en las respuestas del paciente, no importando cual sea el padecimiento hay que recordar siempre que todos tenemos necesidades que deben ser cubiertas, por medio de la valoración descubrir las necesidades que están alteradas, planear las acciones de enfermería y evaluarlas con el único objetivo de mejorar la salud.

Los logros son del paciente, la satisfacción de ver crecer gradualmente su independencia es la mayor satisfacción de la enfermera al ver realizados los objetivos planteados para el paciente, hay que reconocer que los resultados no se logran de un día para otro, se requiere de la constancia esfuerzo y dedicación del profesional de enfermería.

## SUGERENCIAS

- El profesional de enfermería después de titularse promueva y de a conocer el proceso de enfermería en sus 5 etapas en cualquier área e institución de salud, aplicándose a todo aquel paciente que lo requiera con el objetivo de enriquecer el proceso y contribuir a la salud.
- Todos los profesionales de la salud deben tener la iniciativa e actualizarse día a día para ser competentes con otros profesionales del equipo de salud.
- Enfermería debe ser más unida para realizar los cuidados en equipo.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Berta A. Rodríguez. s. Proceso enfermero aplicación actual 2 ° edición Cuellar México 2002.
2. Lynda Juall Cardenito. Diagnóstico de enfermería, 9 ° edición, edit. Mc Graw – Hill interamericana 2003.
- 3.- Rosales, Reyes, fundamentos de enfermería, 3 ° edición edit, manual moderno, México 2004.
- 4.- Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, principios de medicina interna, 15 ° edición, vol. II, edit. Harrison Mc, Graw-Hill Madrid España 2003.
- 5.- Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood modelos y teorías en enfermería. 5 ° edición, edit. Mosby Madrid España 2003.
- 6.- Lizardo Vargas Ancoha y colaboradores, obesidad, edit. Mc Graww-Hill México D.F. 2002.
- 7.- J. Alfredo Martínez, Iciar, Astiasaran, Herlinda Madrigal, alimentación y salud pública. 2 ° edición, edit. Mc. Graw-Hill interamericana España S.A.U 2001.
- 8.- P. Cervera, J. Clapes, R. Rigolfas, alimentación y dieto terapia 4° edición. Mc Graww-Hill interamericana. España 2004.

## Otras referencias

[http// virtual. Cues, udg.mx/ recursos/ capitulo 4.](http://virtual.cues.udg.mx/recursos/capitulo4)

[http // WWW. Tecnociencia. Es / especiales / obesidad.](http://WWW.Tecnociencia.Es/especiales/obesidad)

[http://enfermeros.org/modelos,teorias.](http://enfermeros.org/modelos,teorias)

[http://www. Imbiomed.com / 1 / artículos.](http://www.Imbiomed.com/1/articulos)

[www. Terra.es/personal/duenas/teorias.](http://www.Terra.es/personal/duenas/teorias)

[www. Obesidad.net/spanish 2002 /default.htm.](http://www.Obesidad.net/spanish2002/default.htm)

[http//www.monografias.com/trabajos 15/obesidad/obesidad.](http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad)

## GLOSARIO DE TERMINOS

**DIAGNOSTICO:** Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos, síntomas, he historia clínica y los resultados de su prueba analítica.

**EPIDEMIOLOGIA:** Ciencia que se ocupa de los estudios de los factores que determinan e influyen sobre la frecuencia y la distribución de la enfermedad.

**DIETA:** Alimentos y bebidas considerados desde el punto de vista de sus cualidades nutritivas, su composición y sus efectos sobre la salud.

**FATIGA:** Estado subjetivo en el que una persona experimenta una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento y de falta de capacidad física y mental que no se alivia con el descanso.

**INSPECCION:** Examen visual para la detección de características o cualidades perceptibles por el ojo.

**PALPACION:** Medio de exploración táctil en el que con uno o varios dedos se toca la superficie del cuerpo o de las cavidades corporales, para valorar la sensibilidad del dolor.

**PERCUCION:** Metodo de exploración clínica el cual consiste en golpear una parte del cuerpo con el fin de apreciar las variaciones de sonoridad, de esa parte del cuerpo.

**ESTASIS:** Trastorno caracterizado por la lentitud o detección del flujo normal de un líquido, a través de un vaso del organismo.

**EXACERVACION:** Aumento de la gravedad de una enfermedad o trastorno que viene marcado por la mayor intensidad de los signos o síntomas que presenta un paciente.

**ANGINA DE PECHO:** Dolor torácico paroxístico, el dolor se irradica hacia la cara interna del brazo izquierdo y frecuentemente se acompaña de sensación de ahogo y muerte inminente.

**ATROFIA:** Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otra causa.

**NEFROESCLEROSIS:** Necrosis de las arteriolas renales asociadas a hipertensión.

**ULCERA VARICOSAS:** lesión necrótica cratiforme de la piel de las extremidades inferiores que se produce cuando existe un estado de congestión venosa crónica.

**TROMBOSIS:** Situación vascular anormal en la que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

**TRONBOFLEBITIS:** Inflamación de una vena, acompañada a menudo de un trombo.

**DISPEPSIA:** Sensación de molestia gástrica vaga, que se siente después de la ingesta.

**ESPONDILITIS:** Inflamación de cualquiera de las vértebras espinales que suelen caracterizarse por rigidez y dolor.

**APNEA:** Ausencia de la respiración espontánea.

**ARTERIOSCLEROSIS:** Enfermedad arterial frecuente que se caracteriza por engrosamiento, pérdida de elasticidad y calcificación de las paredes arteriales.

**HIPOTIROIDISMO:** Deficiencia de la actividad de la glándula tiroides con producción inferior a lo normal de tiroxina.

**HIPOVENTILACION:** Reducción de la cantidad de aire que entra en los alvéolos pulmonares.

**HEMOGLOBINA:** Proteína alosterica presente en los eritrocitos que transportan oxígeno molecular.

**HIRSUTISMO:** Exceso de vello corporal, debido a una disfunción hormonal.

**OLIGOMENORREA:** Menstruación escasa.

**TOXEMIA:** Estado que se produce por la desimación de productos bacterianos (toxinas) por el torrente sanguíneo.

**MORBIDO:** Relativo a la enfermedad.

**PREECLAMPSIA:** Condición patológica del embarazo caracterizado por edema, proteinuria y hipertensión.

**EMBOLIA:** Bloqueo súbito de una arteria por un coágulo de material extraño (embolo) que ha sido llevado a su sitio de alojamiento por la corriente sanguínea.

**LAPAROSCOPIA:** Examen por medio del laparoscopio (endoscopio para el examen de la cavidad peritoneal).

**GASTRECTOMIA:** Escisión de estómago.

# **ANEXOS**

## GUIA DE VALORACION POR NECESIDADES

### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.

Respiración:

Frecuencia/minuto: 18 a 20x min. ( ) 21 a 30 xmin. ( ) 30 a más xmin ( )

Ruidos

auscultación \_\_\_\_\_ descripción \_\_\_\_\_ localización \_\_\_\_\_

Intensidad: \_\_\_\_\_ Tos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ seca \_\_\_\_\_

productiva \_\_\_\_\_ Dolor \_\_\_\_\_

respirar: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Tabaquismo \_\_\_\_\_

si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cuantos cigarros \_\_\_\_\_ al día \_\_\_\_\_

media cajetilla \_\_\_\_\_ un paquete al día \_\_\_\_\_

cuando lo dejo \_\_\_\_\_ drogas \_\_\_\_\_

tipo \_\_\_\_\_ cada cuanto \_\_\_\_\_.

### 2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION.

Peso actual \_\_\_\_\_ talla \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ peso ideal \_\_\_\_\_

Ingesta habitual \_\_\_\_\_ desayuno \_\_\_\_\_ almuerzo \_\_\_\_\_ comida \_\_\_\_\_

cena \_\_\_\_\_ merienda \_\_\_\_\_ que come \_\_\_\_\_ frutas \_\_\_\_\_

verduras \_\_\_\_\_ carnes \_\_\_\_\_ cereales \_\_\_\_\_ huevos \_\_\_\_\_

tortillas \_\_\_\_\_ dieta especial \_\_\_\_\_ intolerancia ha los

alimentos \_\_\_\_\_ a que \_\_\_\_\_ vomita \_\_\_\_\_ indigestión \_\_\_\_\_

Ingesta de líquidos \_\_\_\_\_ un litro al día \_\_\_\_\_ dos litros \_\_\_\_\_

Más de dos \_\_\_\_\_ apetito \_\_\_\_\_ bueno \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_

nauseas \_\_\_\_\_ flatulencia \_\_\_\_\_ en los últimos tres meses \_\_\_\_\_

Perdió peso \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ kg. perdidos \_\_\_\_\_ ganados \_\_\_\_\_

Problemas de masticación \_\_\_\_\_ usa prótesis dental \_\_\_\_\_

Deglución \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ solido \_\_\_\_\_ liquidos \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_

Digestión \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ ardor \_\_\_\_\_ pesadez \_\_\_\_\_

Piel hidratada \_\_\_\_\_ necesita ayuda para comer \_\_\_\_\_

Para trozar los alimentos \_\_\_\_\_ hay algún alimento que no la gusta \_\_\_\_\_

Mucosa oral hidratadas \_\_\_\_\_ encías \_\_\_\_\_ lengua \_\_\_\_\_ uñas \_\_\_\_\_

### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACION.

Intestinal y urinaria

Todos los días \_\_\_\_\_ estreñimiento \_\_\_\_\_ diarrea \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_  
Problemas de: hemorroides \_\_\_\_\_ sangrado \_\_\_\_\_ heces negras \_\_\_\_\_  
acolia \_\_\_\_\_ oliguria \_\_\_\_\_ poliuria \_\_\_\_\_ disuria \_\_\_\_\_  
hematuria \_\_\_\_\_ retención \_\_\_\_\_ incontinencia \_\_\_\_\_  
Color claro \_\_\_\_\_ amarillo \_\_\_\_\_ oscuro \_\_\_\_\_ naranja \_\_\_\_\_  
rojo \_\_\_\_\_ padecido infección urinaria \_\_\_\_\_ sonda vesical \_\_\_\_\_  
sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_ cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
goteo \_\_\_\_\_ salida de orina \_\_\_\_\_ glucosuria \_\_\_\_\_ esfuerzo al  
defecar \_\_\_\_\_

Cutánea

Color de piel \_\_\_\_\_ aspecto \_\_\_\_\_ sudoración cutánea \_\_\_\_\_  
olor \_\_\_\_\_ menstruación \_\_\_\_\_ cada cuanto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cuantos días \_\_\_\_\_  
abundante \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ con cólicos \_\_\_\_\_ tomar algún te \_\_\_\_\_  
Infección vaginal \_\_\_\_\_ secreción \_\_\_\_\_ color \_\_\_\_\_ olor \_\_\_\_\_  
Abundante \_\_\_\_\_

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

Expresión facial adecuado \_\_\_\_\_ inexpresivo \_\_\_\_\_ alerta \_\_\_\_\_  
hostil \_\_\_\_\_ comportamiento motor inhibido \_\_\_\_\_ agitación \_\_\_\_\_  
temblores \_\_\_\_\_ rigidez \_\_\_\_\_ incordinacion \_\_\_\_\_  
Inquietud \_\_\_\_\_.

Postura

Requiere de otra persona para ayuda \_\_\_\_\_ modo de caminar \_\_\_\_\_  
normal \_\_\_\_\_ acelerado \_\_\_\_\_ tambaleante \_\_\_\_\_ lento \_\_\_\_\_  
Limitación física temporales \_\_\_\_\_ permanente \_\_\_\_\_ cuales \_\_\_\_\_  
Aparato de ayuda \_\_\_\_\_ bastón \_\_\_\_\_ muletas \_\_\_\_\_ andador \_\_\_\_\_  
prótesis \_\_\_\_\_ amputación \_\_\_\_\_.

Vértigo \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ dolor o rigidez articular \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Hace ejercicio \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ caminata durante el día \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo \_\_\_\_\_ practica algún deporte \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_

## 5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Habituales.

Horas de sueño nocturno \_\_\_\_\_ otros descansos \_\_\_\_\_  
Problemas de sueño: bostezos \_\_\_\_\_ irritación \_\_\_\_\_ ojeras \_\_\_\_\_  
bostezos \_\_\_\_\_ parpados inflamados \_\_\_\_\_ irritable \_\_\_\_\_  
Al inicio \_\_\_\_\_ interrumpido \_\_\_\_\_ (no. de veces \_\_\_\_\_  
despertar temprano \_\_\_\_\_  
Sueño excesivo \_\_\_\_\_ pesadillas \_\_\_\_\_ (tipo \_\_\_\_\_  
Calidad del sueño.  
Sensación después de dormir: descansado \_\_\_\_\_ cansado \_\_\_\_\_  
confuso \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_  
Factores que afectan el sueño \_\_\_\_\_  
Ayudas para favorecer el sueño: lectura \_\_\_\_\_ baño \_\_\_\_\_  
fármacos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

## 6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
con limitaciones \_\_\_\_\_  
Alergias a determinados tejidos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Que importancia da su aspecto? Poca \_\_\_\_\_  
bastante \_\_\_\_\_ mucha \_\_\_\_\_  
¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Otros datos de interés \_\_\_\_\_

## 7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Temperatura corporal: normal \_\_\_\_\_ hipotermia \_\_\_\_\_  
hipertermia \_\_\_\_\_ T/a \_\_\_\_\_  
Sudoración cutánea: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿están fríos sus pies y/o  
manos? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ -

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

Hábitos de higiene corporal: baño\_\_\_\_\_ ducha\_\_\_\_\_  
frecuencia\_\_\_\_\_ todos los días\_\_\_\_\_

Cepillado de dientes: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ frecuencia\_\_\_\_\_  
tres veces al día\_\_\_\_\_

Autónomo: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Necesita ayuda.  
si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ especificar\_\_\_\_\_

Descuidado en: cabello\_\_\_\_\_ dientes\_\_\_\_\_ uñas\_\_\_\_\_

Su piel es: seca\_\_\_\_\_ grasa\_\_\_\_\_

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

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

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento\_\_\_\_\_ Confuso\_\_\_\_\_ Apático\_\_\_\_\_

Hipervigilante\_\_\_\_\_ Distraído\_\_\_\_\_

Fluctuante\_\_\_\_\_ No responde a estímulos\_\_\_\_\_ Solo sigue  
instrucciones\_\_\_\_\_

Orientación Espacio- tiempo-Temperatura.

Tiempo: (estación, día, mes año) Especificar\_\_\_\_\_

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar\_\_\_\_\_

Persona: (reconoce personas significativas) Especificar\_\_\_\_\_

Alteraciones\_\_\_\_\_ perceptivas:

Auditivas\_\_\_\_\_ Visuales\_\_\_\_\_ Táctiles\_\_\_\_\_

olfativas\_\_\_\_\_

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

Auto descripción de si mismo:

Alegre\_\_\_\_\_ Triste\_\_\_\_\_ Confiada\_\_\_\_\_

Desconfiada\_\_\_\_\_ Tímida\_\_\_\_\_ Inquieta\_\_\_\_\_

Sobre valoración de logros\_\_\_\_\_ Exageración de  
errores\_\_\_\_\_

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

negativa\_\_\_\_\_

Sentimientos respecto a ello: inferioridad \_\_\_\_\_  
Superioridad \_\_\_\_\_ Tristeza \_\_\_\_\_  
Culpabilidad \_\_\_\_\_ Inutilidad \_\_\_\_\_  
Impotencia \_\_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_\_ Miedo \_\_\_\_\_  
Rabia \_\_\_\_\_ Depresión \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

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

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella \_\_\_\_\_ o para  
otros \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Precauciones: mas vigilancia \_\_\_\_\_ poner barandillas \_\_\_\_\_  
contención mecánica \_\_\_\_\_

## 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: coherente y organizado \_\_\_\_\_ distorsionado \_\_\_\_\_

Descripción de la alteración. \_\_\_\_\_

Curso del pensamiento:

Inhibido \_\_\_\_\_ Acelerado \_\_\_\_\_ Perseverancia \_\_\_\_\_

Incoherencia \_\_\_\_\_ desorganizado \_\_\_\_\_

Formas de expresión:

Claro \_\_\_\_\_ : Organizado \_\_\_\_\_ Coherente \_\_\_\_\_

Confuso \_\_\_\_\_ Desorganizado \_\_\_\_\_

Incoherente \_\_\_\_\_ Tartamudeos \_\_\_\_\_ Autista \_\_\_\_\_

Humor:

Deprimido \_\_\_\_\_ Eufórico \_\_\_\_\_ Ansioso \_\_\_\_\_

Triste \_\_\_\_\_ Apático \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Lenguaje:

Velocidad:

rápido \_\_\_\_\_ lento \_\_\_\_\_ paroxístico \_\_\_\_\_ Cantidad:

abundante \_\_\_\_\_ escaso \_\_\_\_\_ lacónico \_\_\_\_\_

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

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

Personas más significativas. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Inicio de vida sexual activa \_\_\_\_\_

Sexualidad: Última regla \_\_\_\_\_ Anticoncepción: si \_\_\_\_\_  
no \_\_\_\_\_ método \_\_\_\_\_

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

No. de embarazos. \_\_\_\_\_ partos \_\_\_\_\_ abortos \_\_\_\_\_  
cesáreas \_\_\_\_\_ realiza auto examen: si \_\_\_\_\_

no \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual.

Partos \_\_\_\_\_ abortos \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_

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

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

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

Desea realizar prácticas religiosas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿visita del capellán?: Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Mitos y creencias \_\_\_\_\_

Existencia de conflictos internos sobre creencias \_\_\_\_\_

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

## 12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

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

Si la respuesta es si, explíquese. \_\_\_\_\_

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

Tiempo dedicado al trabajo \_\_\_\_\_ .Tiempo dedicado al ocio. \_\_\_\_\_

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

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

¿Que hace durante el día? \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Asistir a eventos: Culturales \_\_\_\_\_ Sociales \_\_\_\_\_

Reuniones familiares \_\_\_\_\_

## 14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

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

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

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta \_\_\_\_\_ Escucha \_\_\_\_\_

Interés \_\_\_\_\_ Desinterés \_\_\_\_\_

Sabe leer: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Escribir:  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

## ALIMENTOS QUE DEBE CONSUMIR UNA PERSONA CON OBESIDAD

### GRUPO DE CEREALES: (por cada ración puede consumir)

Tortillas	1 pieza
Arroz o sopa	½ taza
Avena	2 cdas soperas.
Galletas Maria	4 pieza
Bolillo sin migaron	½ pieza
Elotes en grano	1/3 tasa
Papa cocida	2/3 taza
Cereal de caja	½ taza
Tostadas	2 piezas
Palomitas	1 ½ pieza

### GRUPO DE LEGUMINOSAS: (por cada ración puede consumir)

Frijoles	½ taza
Lentejas	½ taza
Garbanzos	½ taza
Soya	½ taza

### GRUPOS DE CARNES: (por cada ración puede consumir)

Clara de huevos	50 grs. o 2 piezas
Huevo entero	50 grs. o 1 pieza
Pescado fresco	30 grs. o 2 filetes
Pollo sin piel	30 grs. o media pieza
Rés o ternera	30 grs o médio bistec
Queso fresco	30 grs.
Requesón	40 grs
Sardina	2 piezas
Vísceras	40 grs
Atún drenado	media tasa

**GRUPO DE LACTEOS:** (por cada ración puede consumir)

Leche descremada	240 ml.
Leche descremada en polvo	3 Cdas.
Yogurt natural descremado	240 ml.
Yogurt de sabor	240 ml.
Leche de soya	200 ml.
Germen de trigo	20 grs.

**GRUPO DE VERDURAS:** (por cada ración puede consumir)

Calabacitas	200 grs o 2 chicas
Zanahoria	60 grs o 1 mediana
Brócoli	150 grs o 2 tazas
Pepino	250 grs o 1 pza
Nopales	250 grs o ½ pza
Rabanitos	250 grs o ¼ de taza
Coliflor	150 grs o 2 tazas
Quelites	800 grs o 1 taza
Chile poblano	60 grs o 1 pza
Ejotes	200 grs o ½ taza
Chilacayotes	290 grs o 4 chicos
Chayotes	100 grs o 1 chico

**GRUPO DE FRUTAS** (por cada ración puede consumir)

Fresas	80 grs. o 1 pza.
Plátano	60 grs o ½ pza
Melón	150 grs. o ¼ pza
Papaya o piña	150 grs o 1 rabanada
Naranja o mandarinas	100 grs o 1 pza
Toronjas	100 grs o ½ pza
Guayaba	70 grs o 3 pzas
Higo fresco	80 grs o 2 pzas
Durazno	70 grs o 2 pzas
Pêra o manzanas	60 grs o 1 pza
Mango	80 grs o 1 pza

**GRASAS:** (por cada ración puede consumir)

Aceites vegetales	5 ml o 1 cda
Margarina	5 ml o 1 cda
Cacahuete	6 semillas
Nueces	2 pzas
Aguacate	¼ taza
Mayonesa	1 Cda.

**GRUPO DE AZUCARES** (omitidos)

Azúcar o miel  
Nieve de agua  
Jugo embotellado  
Salsa catsup  
Chocolates  
Caramelos  
Gelatinas  
Fruta en almíbar.

**METABOLISMO VASAL**

SEXO: fem.

EDAD: 19 años

PESO: 117 kg.

TALLA: 1.62 cm.

$$\text{MB} = 655 + (9.56) (\text{PESO}) + (1.85) (\text{TALLA}) - (4.68) (\text{EDAD}) + - 600$$

$$\text{MB} = 655 + (9.56)(117) + (1.85)(1.62) - (4.68)(19) + - 600$$

$$\text{MB} = 655 + 1118.5 + 2.997 - 88.92 + - 600$$

$$\text{MB} = 1776.497 - 88.92 = 1687.5 + 600 = 2287.5$$

$$1687.5 - 600 = 1087.5$$

$$\text{CHO} = .55 \% 4$$

$$\text{LIP} = .25 \% 9$$

$$\text{PROT} = .20 \% 4$$

$$\text{CHO} = .25 \times 1087.5 = 598.125 \% 4 = 149.53$$

$$\text{LIP} = .25 \times 1087.5 = 271.875 \% 9 = 30.20$$

$$\text{PROT} = .20 \times 1087.5 = 217.5\% \div 4 = \frac{54.37}{234.1}$$

$$\text{CHO} = 149.53\% \times 234.1 \times 100 = 63.87$$

$$\text{LIP} = 30.20\% \times 234.1 \times 100 = 12.90$$

$$\text{PROT} = 54.37\% \times 234.1 \times 100 = 23.22$$

**ALIMENTOS RACION ENERGIA CHO LIP PROT**

Cereales y Tubérculos	1.5	15	0	2
		22.5	0	3
Leguminosas	.5	18	1	6
		9	.5	.30
Carnes y Huevos	1	0	5	7
		0	5	7
Lácteos	1	9	8	9
		9	8	9
Verduras	2.5	5	0	2
		12.5	0	5
Frutas	1	10	0	0
		10	0	0
Grasas	.5	0	5	0
		0	.25	0
Azucares	0	10	0	0
	0	0	0	0

TOTAL 63% 13.75% 24.3%

**CHO= 63.87**  
**LIP = 12.90**  
**PROT=23.22**  
99.99%

**CHO = 63**  
**LIP = 13.75**  
**PROT= 24.3**  
101.05%

**Cantidad de raciones que debería de consumir diariamente la usuaria, elaborado de acuerdo a su metabolismo basal, carbohidratos lípidos y proteínas.**

<b>ALIMENTOS</b>	<b>DESAYUNO (RACION)</b>	<b>COMIDA (RACION)</b>	<b>CENA (RACION)</b>
Cereales y tubérculo	½	½	½
Leguminosas	0	½	0
Carnes y huevo	0	1	0
Lácteos	½	0	½
Verduras	½	1	1
Frutas	0	0	1
Grasas	0	½	0
Azucars	0	0	0

<b>DESAYUNO</b>	<b>COMIDA</b>	<b>CENA</b>
½ taza de sopa	1 tortilla ½ taza de lentejas Huevo entero 50grs	½ taza arroz
Leche descremada 240ml 1 taza de quelites	1 taza de coliflor	200ml de yogurt 1 chayote
½ de hot cakes	1 pera	

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

Enterada que el responsable de dicha investigación y no teniendo ningún inconveniente

\_\_\_\_\_

Acepto participar en la presente investigación

\_\_\_\_\_

Morelia, Mich. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2007