



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

METODOLOGIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN UN
CASO DE OBESIDAD BAJO EL REFERENTE FILOSOFICO DE
VIRGINIA HENDERSON

PROCESO DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA PRESENTA:

MARGARITA RUIZ LEÓN

ASESORA:

M.C.E. VANESA JIMENEZ ARROYO

MORELIA MICHOACAN
AGOSTO 2007

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

METODOLOGÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE
OBESIDAD BAJO EL REFERENTE FILOSIFICO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA: Margarita Ruiz León

DIRIGIDO POR: M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo

SINODALES:

M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo
Presidente

Firma

Q.F.B. Georgina Hernández Mata
Vocal 1

Firma

Dr. Luis Solorio Solorio
Vocal 2

Firma

Morelia Michoacán., Agosto 2007

DIOS

Le agradezco por haberme dado la vida, la capacidad de disfrutar de ella y cada uno de los momentos buenos y desagradables que me ha dado, por su gracia, fidelidad y su gran amor que me mantienen a diario, y por que me ha dado fuerza para cumplir una etapa más de mi vida y estar conmigo mas cerca de lo que yo puedo pensar.

Gracias porque siempre serás mi amigo fiel y el Rey de mi Ser.

A MIS PADRES

Por ser los mejores padres para mi, por su gran amor, apoyo y comprensión que me brindan en cada momento de mi vida en las diferentes situaciones por las que he pasado ya que gran parte de mis logros se los debo a ustedes.

A CADA UNO DE MIS HERMANOS

Ya que por siempre puedo contar con ustedes, gracias por ser parte de mi vida y porque hemos aprendido juntos.

A MI ASESORA

Muchas gracias por el valioso tiempo que me ha dado, por la paciencia que ha tenido.

INDICE

Índice	Página
I.- Introducción	1
II.- Justificación	3
III.- Objetivos	6
3.1 Objetivo general	6
3.II Objetivos específicos	6
IV.- Marco Teórico Conceptual	7
4.1. Proceso de enfermería	
4.1.1. Valoración	12
4.1.2 Diagnostico	19
4.1.3 Planeación	26
4.1.4 Ejecución	34
4.1.5 Evaluación	36
4.2. Filosofía de Virginia Henderson	42
4.3. Obesidad	54
V- Metodología	62
VI. Desarrollo de Metodología	63

6.1 Resumen de caso clínico	63
6.2 Clasificación por necesidades	64
6.3 Organización de datos subjetivos y objetivos	69
6.4 Jerarquización de diagnósticos	71
Diagnostico 1	71
Diagnostico 2	74
Diagnostico3.	75
Diagnostico 4	76
Diagnostico 5	78
VII.-Conclusiones	80
VIII.-Sugerencias	81
IX. Bibliografía.	81
X.-Anexos	83

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda una problemática de salud pública que reviste vital importancia la obesidad catalogada como una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento la cual puede traer como consecuencia otras enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus, patologías cardiovasculares y varios tipos de cáncer así como alteraciones de salud mental.

Es importante que ante los problemas de salud física, mental y social implicados en esta patología se lleven a cabo acciones preventivas tendientes a evitar, detectar y controlar este problema mortal.

Por lo anterior, el proceso de enfermería que se expone en el presente aborda un caso de estudio en referencia a esta problemática

El trabajo esta integrado por una justificación, el marco teórico conceptual conformado de tres apartados que son el proceso enfermero, en el cual se argumenta la importancia y finalidad de la aplicación de mismo, se aborda el método utilizado para la intervención de enfermería, desarrollado dentro del marco teórico sus definiciones, perspectivas históricas y características de las cinco etapas en las que se divide así como la filosofía en la cual se sustenta esta metodología.

Por ultimo, se agrega un apartado de sugerencias, conclusiones, bibliografía y anexos.

II. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad como un problema de salud pública a escala mundial, por su alta prevalencia, y por las enfermedades crónicas asociadas a ésta, además de los altos costos que implica su tratamiento. La obesidad y el sobrepeso son condiciones de salud que han presentado un aumento progresivo en las últimas tres décadas tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo.

"Es dramático ver el aumento de la obesidad en nuestra población, pues se incrementa a ritmos muy acelerados de 2.2% cada año, algo no visto en el mundo", alertó Juan Rivera Dommarco, director del Centro de Investigación en Nutrición y Salud.

De acuerdo con esta encuesta, considerada la más completa que se haya realizado en México porque recaba información no sólo del estado de salud y nutrición de las personas, sino también de algunos padecimientos crónicos, alrededor de 4 millones 158 mil 800 pequeños tienen obesidad, lo que representa 26%, mientras que en 1999 esta cifra era de 18.6%.

Lo mismo ocurre con los adolescentes, en donde uno de cada tres tiene obesidad. Este grupo registró un incremento de 7.8% en sobrepeso y en obesidad de 33.3%. En cuanto a los adultos, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad y 66.7% de los hombres presentan obesidad.

Los cambios sociales y en el estilo de vida han favorecido el aumento de la obesidad. En el mundo, se estiman al menos 300 millones de adultos con obesidad. En México su prevalencia se ha incrementado alrededor de 167% en los últimos 11 años. Aproximadamente 24% de los adultos a partir de los 20 años de edad tienen obesidad, con mayor prevalencia en las mujeres (28.1%) que en los hombres (18.6%), y únicamente 35.8% de los adultos tienen un peso considerado

normal. La acumulación de grasa central o visceral (intra abdominal), es más común en el sur del país y en las localidades rural..

“En cuanto a los estados con mayor índice de sobrepeso y obesidad, las entidades del norte: Nuevo León, Chihuahua, Sonora, Sinaloa, la Península de Yucatán y Tabasco tienen prevalencias de arriba del 75 por ciento. Curiosamente Yucatán, donde hay una prevalencia alta de estos problemas, también es uno de los que tienen tasas más altas de desnutrición en México”, señaló Rivera. Los estados con las tasas más bajas son los del sur: Guerrero, Oaxaca y Chiapas, sin embargo aun esas cifras son altas, ya que ninguno de los estados de la república tiene cifras menores al 55 por ciento. Consecuencias. En los últimos ocho años, resume, el problema de la obesidad derivada del consumo de alimentos chatarra, se ha convertido en un problema exponencial cuyo crecimiento ha derivado en que sea la sexta causa de muerte en México.²

La *Encuesta de Salud y Nutrición 2006*, externó que dos de cada tres niños son obesos, mientras que uno de cada dos adolescentes padecen el problema. Informó que la población adulta no está exenta, pues también registra indicadores muy graves, pues siete de cada diez adultos son obesos.³

Al comparar la prevalencia de obesidad por región del país utilizando la encuesta Nacional de Salud 2000 (Ensa 2000), se encuentra que en el Norte se mantiene con la mayor prevalencia de obesidad en un 33.2%, en el centro hay 28.7%, el sur que se caracteriza por su menor prevalencia de obesidad, es similar 24.2% mientras que en el Distrito Federal hay una cifra de 24.7%.

En tan solo en el año 2000 la obesidad en Morelia, ha registrado un incremento que oscila entre un 25 y 30%, se ha podido detectar un incremento en obesidad de

² <http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/obesidad%201.dwt>

³ http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_Resumen090507

las personas, tanto de niños como de jóvenes y adultos por lo cual se recomendó modificar los hábitos alimenticios y hacer ejercicio.

Comparación entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad, basado en la encuesta nacional de nutrición I y II, muestra un aumento de 87.4% en una década.

Este aumento es más alarmante en obesidad, muestra aumento de 9.4 a 24.4% lo que representa aumento de 159%. (Rivera et al 2002.)⁴

La encuesta nacional de salud 2006 en Michoacán muestra de un 31.5% a 34.8 % de obesidad en la población.

III. OBJETIVOS

3.1 General

Desarrollar la Metodología de Enfermería, en un paciente con Diagnostico medico de obesidad en segundo grado utilizando el referente filosófico de Virginia Henderson.

3.2.Específicos

- ✓ Aplicar el proceso de enfermería en un paciente de obesidad de segundo grado
- ✓ Identificar las necesidades alteradas para establecer un plan de trabajo con acciones especificas independientes e interdependientes
- ✓ Realizar diagnósticos de enfermería que pueden ser reales potenciales o de bienestar

⁴ <http://redaliyc/pdf/112/1120407.pdf>

- ✓ Establecer un plan de intervenciones de acuerdo a los diagnósticos formulados
- ✓ Desarrollar las intervenciones de enfermería priorizando los diagnósticos.
- ✓ Evaluar las intervenciones realizadas de forma particular y global.

V. METODOLOGIA

La presente metodología se realiza tomando un curso de titulación del proceso enfermero que fue de una duración de 2 meses, el proceso atención de enfermería consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico. Planeación, ejecución y evaluación y la base filosófica para la aplicación del proceso fue el considerado por Virginia Henderson.

El proceso se ejecuto en una paciente con obesidad de segundo grado lo cual es un problema de salud publica cada día más grave, el cual se pueden prevenir muchas enfermedades. G. tiene familiares con Diagnostico de Hipertensión arterial y Diabetes, se realiza en la casa de G. para la valoración se utiliza un instrumento basado a las 14 necesidades de Virginia Henderson ya que estas necesidades ven a la persona de manera integral tomando en cuenta las dimensiones biológico, psicológico, social, cultural y espiritual. Se realiza una lista de necesidades alteradas de G. Para poder realizar los diagnósticos de enfermería, planear y realizar actividades que le son favorables para su disminución de peso,

VI. MARCO TEORICO

6.1. PROCESO ENFERMERO

Definición

- ⇒ Es un método sistemático centrado en el y la paciente, cuya finalidad es estructural la prestación de los cuidados de enfermería. El proceso de enfermería conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y los problemas de salud reales o potenciales, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir unos resultados establecidos de común acuerdo. el paso del proceso, el profesional de enfermería trabaja en estrecho contacto con el paciente para el individualizar los cuidados y desarrollar una relación de respeto y confianza mutuo.

Perspectiva histórica del proceso

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban exclusivamente en las ordenes del médico y estaban muy dirigidos hacia las enfermedades específicas más que a la propia persona. En ocasiones en las que se actuaba de manera independiente se hacía más por intuición que por el uso del método científico. Ya Florencia Nigtingale lo señalaba y demostró que la intervención sistemática de las enfermeras disminuía el índice de mortalidad y procuraba más altos niveles de bienestar. A partir de ella se fueron dejando los sistemas de atención ciego, mecánicos o por ensayo- error para incorporar métodos más refinados de solución de problemas y desde entonces las

enfermeras han estado trabajando en la búsqueda de un método que se adapte al campo científico de la enfermería.⁵

Importancia del proceso de enfermería:

Es muy buen instrumento en la práctica de el profesional de enfermería ya que se puede aplicar a cada una de las personas tanto sanas como enfermas que estén hospitalizadas o en su propio hogar, el cual se puede identificar problemas existentes o prevenirlos. Ayuda para que la atención con el paciente sea de calidad ya que permite brindar confianza tanto al individuo y familiares del paciente, porque proporciona una atención individual y dirigida a el logro de objetivos. Es importante hacer una evaluación para verificar resultados y planear nuevas estrategias, para el beneficio del paciente.

El proceso enfermero:

Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potencia máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes

Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas)

Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente

Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo.

⁵ El proceso de enf. Metodología para la práctica profesional. Ma. Elena Ledesma D. PAG. 13 – 14.

Sus 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 usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen un orden lógico y ordenado en el logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

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

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

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios por las respuestas cambiantes del cliente.

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

Es **interactivo** se basa en relaciones recíprocas que se establecen entre profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.

Es **resuelto** porque va dirigido a un objetivo “ proporcionar cuidados de calidad centrados en el paciente.

Es **cíclico** como las etapas están interrelacionadas, no existe un principio o un final absoluto.⁶

Propósito: El proceso de enfermería tiene como propósito fundamental proporcionar un marco dentro del cual se puedan identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales de un cliente, familia o comunidad, para establecer planes y realizar acciones específicas que satisfagan esas necesidades. En el cual se pretende que enfermería logre “ conservar el estado óptimo de salud del cliente” y, en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que se requieren para recuperar la salud. En caso de no recuperar la salud, el proceso deberá contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Ventajas para la profesión:

- ✓ Demuestra de forma correcta al ámbito de la práctica del profesional de enfermería

(define su papel ante el usuario y ante otros profesionales destacando que su actividad no es solamente la ejecución de las indicaciones medicas).

⁶ Proceso diagnóstico de enfermería Mc Graw – Hill interamericana
3ª edición P. W. Iyer B.J.Taptich D. Benocchi losey.

- ✓ Se ha incorporado a las normas de práctica en algunos países como estados unidos de América, con lo cual las enfermeras son responsables de ejercer de acuerdo a las normas.

Ventajas para el cliente: calidad en el cuidado:

- ✓ El cuidado de enfermería se planifica para encontrar y satisfacer las necesidades particulares del cliente; la evaluación continua asegura un nivel de calidad.
- ✓ Continuidad del cuidado: el hecho de contar con un plan por escrito facilita que las personas implicadas pueden acceder a el .⁷
- ✓ Participación de los clientes en el cuidado de la salud: el proceso permite que los clientes desarrollen sus capacidades y sus habilidades en su propio cuidado.

Ventajas para la enfermera:

- ✓ Incrementa la satisfacción laboral. Las recompensas obtenidas por la práctica de la enfermería, generalmente se derivan de la capacidad de este profesional para ayudar al cliente a cubrir sus necesidades.
 - ✓ Potencia el desarrollo profesional. La aplicación del proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales.
 - ✓ Proporciona un marco de responsabilidad (condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte del rol profesional).
 - ✓ Evita acciones legales.
 - ✓ Facilita el desarrollo de una relación enfermera – cliente significativa.
-

Utilidad del proceso

Su utilidad queda constatada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad.

1. Impide omisiones y repeticiones: como consecuencia del registro, cada enfermera se mantiene informada de los planes y actividades realizadas al cliente.
2. Favorece la individualización: cada persona responde de forma diferente ante los estímulos del medio o ante las situaciones de salud, por lo que precisa de acciones de enfermería adaptadas a sus particularidades.
3. Permite una buena comunicación: dado que se basa en la relación enfermera – cliente, esta interacción tanto en el cliente como en la enfermera.

Estructura

El proceso de enfermería está organizado en cinco etapas identificables que se convierten en los elementos concretos para operativizar el proceso en el hacer cotidiano del profesional de enfermería. Estas etapas son:

Valoración: recolección y examen de datos.

Diagnóstico: análisis de datos para identificar problemas.

Planeación: determinación de objetivo y desarrollo de un plan de acción.

Ejecución: practica del plan de acción.

Evaluación: valorar la eficacia del plan.

Desde la concepción de Lydia Halla se han descrito a lo largo del tiempo una serie de etapas que han marcado el proceso de enfermería, comienzan a aparecer diversas propuestas que van evolucionando de manera que pasarán de 3 a 5, ésta división ha surgido de la necesidad de enseñar y aprender dicho proceso. La propuesta que se analiza se divide en 2 grandes bloques: el primero denominado juicio diagnóstico, donde se recoge la valoración y el diagnóstico y el segundo bloque denominado juicio y acción terapéutica, que contiene la planeación, ejecución y evaluación.

Etapa de valoración. Se considera como un proceso que integra actividades de recogida de datos, análisis y síntesis de los mismos. Es decir valora la situación del sujeto en el proceso de cuidar pondrá de manifiesto el carácter autónomo de nuestra actuación.

La valoración tiene en mente el cuidado recíproco cuando ve la persona o ser del cuidado, en forma holística. No se puede fraccionar, y no debemos utilizar los instrumentos de forma mecánica, sino solo como guía de aprendizaje. Donde la comunicación y la interacción se enriquezca y facilite un crecimiento al estudiante con la experiencia y del paciente con los actos de cuidados. Valorar significa ponderar los hechos. El estudiante debe ser practicante de este estilo de relación, a reconocer los resultados del cuidado recíproco tanto para el paciente como para el mismo. Después del valoración, es de esperarse que ninguno de los dos sean igual que al inicio, por eso un instrumento ayuda, pero puede distraernos de la captación de elementos valiosos en las relaciones humanas entre el ser cuidador y el ser cuidado. Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia .

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

- × Componentes esenciales
- × Recogida de datos
- × Documentación

Conocimientos científicos (anatomía , fisiología , etc ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones) .

Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .

Convicciones (ideas , creencias , etc ...)

Capacidad creadora .

Sentido común .

Flexibilidad .

Los tipos de datos :

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)

Datos objetivos : se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) .

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

Datos actuales : son datos sobre el problema de salud actual .

Métodos para obtener datos :

A) 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 cuatro finalidades, éstas son

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.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) 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.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física :

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

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los

datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

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

- × **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- × **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

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

Diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

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

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

Validación de datos :

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros

Organización de los datos :

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordón, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- ✓ Datos de identificación.
- ✓ Datos culturales y socioeconómicos.
- ✓ Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- ✓ Valoración física

Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

Documentación y registro de la valoración :

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.

Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

Prueba de carácter legal

Permite la investigación en enfermería

Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

Etapas de diagnóstico. Es la identificación y análisis de respuestas del clientes ante problemas o situaciones que afectan su equilibrio

Es una conclusión que nos permite describir la situación en la que se encuentra el sujeto de los cuidados. Es una hipótesis. Son etiquetas que permiten identificar y nombrar las situaciones de los cuidados que tratamos, permitiendo con esto una homogeneidad en el lenguaje. Es el resultado del proceso de valoración y el punto de arranque para la planificación.

Sea el método o estrategias que utilicemos, ya se identificar el patrón afectado o percibido por el paciente o analizar patrón por patrón para encontrar en cada cual los diagnósticos, la idea predominante ha de ser tener la visión total de la situación sea ésta problemática o no. El proceso que lleva al diagnóstico es más que tratar de separar partes para analizarlas una a una. Es más complejo ver la esencia de la problemática total y quizás en algunos casos no encontrar un título adecuado para el fenómeno porque aún NANDA no lo ha identificado.

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Diferencia entre diagnóstico enfermero y médico.

El diagnóstico enfermero describe al individuo de forma holística, a través de la identificación de una respuesta individual a alguna situación, por lo cual puede variar ya que las respuestas no son estáticas. Este diagnóstico guiará el cuidado de enfermería ya que es la percepción que tiene la persona de su estado de salud. Y el Diagnóstico médico, solo describe una enfermedad y durante todo este proceso permanece invariable, por lo cual es únicamente aplicable en situaciones de enfermedad ya que se refiere solo a alteraciones fisiopatológicas.

Las **ventajas** de la correcta utilización de diagnóstico enfermero radica en que nos proporciona un marco de referencia además, es el eje del proceso enfermero, ya que nos ayudará decidir los objetivos y las actuaciones que han de seguirse, ya que proporcionan el primer paso para construir un cuerpo de conocimientos propios, su utilización aclarará las funciones propias de la profesión a si como podrá ser áreas de investigación. También facilita la comunicación profesional, ya que crea un modelo de información conocido e identificado por todo el profesional de enfermería. Por lo tanto facilitará los principios para la organización y estructura para la formación, práctica e investigación, al tener una terminología propia nos permitirá avanzar de forma más eficiente en todos los procesos.

Errores en el proceso de diagnóstico

Estas son tres fuentes principales de errores en el proceso de diagnóstico:
1) recogida de datos inexactos e incompletos; 2) interpretación incorrecta de los datos; y 3) falta de conocimientos clínicos.

- ★ La capacidad que tiene la enfermera de formular diagnósticos de enfermería depende de una base de datos exacta y completa. Existen varios factores que pueden interferir con la recogida de datos. Estos pueden ser problemas de comunicación, retención de información y distracciones/interrupciones.
- ★ Dos tipos de errores pueden llevar a una interpretación inexacta de los datos: a) usar sólo una señal o una observación para llegar a inferencias prematuras, y b) permitir que los prejuicios o las propensiones personales influyan en la interpretación de los datos.
- ★ La falta de conocimiento o experiencia clínica puede influir en la recogida o interpretación de los datos, pudiéndose llegar a cualquier de las siguientes situaciones:
 - a) No se recogen los datos clínicos; b) Agrupación incorrecta de las señales, c) Interpretación inexacta de las señales.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas

colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2 .- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- × Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- × Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- × Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- × De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Fases del proceso diagnostico:

1) ANALISIS:

- ✓ Clasificar y agrupar datos: valorar, analizar y clasificar los datos recogidos y su procedencia, o se pueden agrupar por categorías, respuestas humanas o necesidades, implementando también categorías de historia o antecedentes personales.

- ✓ Determinar datos significativos: resaltar la importancia a los datos significativos que nos hablen de existencia de un problema y el ser holístico de la persona.

2) SINTESIS:

- ✓ Elección de la etiqueta diagnóstica: se elige en funciones del conocimiento que tenga el listado diagnóstico, las definiciones y características definitorias de las categorías.
- ✓ Búsqueda de etiologías o factores relacionados: identificando la etiqueta diagnóstica determinar cuál es el factor que puede ser evidente.

3) COMPROBACIÓN: La enfermera trata de validar la precisión de la interpretación que ha hecho de los datos, utilizando la interacción con el usuario o familia, consultado otros profesionales, otras fuentes (revistas, libros)

4) REGISTRO: registrar el diagnóstico, refiriéndose más a las respuestas que a la actuación de enfermería utilizar relacionado por, hacerlo con expresiones convenientes legales, sin emitir prejuicios, evitando invertir el orden de los enunciados, sin reformar diagnósticos médicos, evitando formular dos palabras al mismo tiempo utilizando conceptos que se encuentren dentro del campo de la acción de enfermería.

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

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

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería:

Unir la primera parte **(P)** con la segunda **(E)** utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Etapas planeación: Es un plan de cuidados que incluirá los objetivos que pretende dicho plan y las acciones que se consideren necesarias para conseguir dichos

objetivos. Saber hacia donde vamos a dirigir las acciones de cuidados y como las vamos a llevar a cabo.

El diseño de las acciones no puede ser rutinario, debe dar lugar a la creatividad, al arte de enfermería. Pero éste que es la parte estética del conocimiento en enfermería es una expresión de cada enfermera artista, cada una tiene su estilo. En pocas palabras hacer todo lo que sea necesario para que el ser humano crezca en su experiencia de salud, que le ayude a alcanzar sus metas físicas, mentales o sociales.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el plan de cuidados

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

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia,

sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

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

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

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

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

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

Documentación y registro

Esta etapa consta de 4 fases:

- ★ Fijación de prioridades
- ★ Desarrollo de resultados

- ★ Desarrollo de las intervenciones de Enfermería
- ★ Documentación del plan

Fijación de prioridades

Criterios para establecer prioridades

Establecer prioridades es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. En lugar de ordenar los diagnósticos de forma sucesiva, las enfermeras pueden agruparlos en 3 categorías: prioridad alta, media o baja.

Los problemas de riesgo vital, se consideran de prioridad alta.

Los que suponen una amenaza de salud se les suele asignar una prioridad media.

La prioridad baja es aquella que surge de necesidades normales y requieren un apoyo mínimo de enfermería.

Otra manera de fijar prioridades, es a través de la pirámide de Abraham Maslow, el cual establece por orden de importancia las necesidades fisiológicas, seguridad, social estima y autorrealización.

Desarrollo de resultados

Diferencias entre objetivos y criterios de resultados.

Luego de asignar prioridades, la enfermera establece los objetivos de cada diagnóstico enfermero. 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 enfermero. Los objetivos son enunciados amplios acerca de los efectos de las intervenciones de enfermería, mientras que los criterios de los resultados son considerados como los criterios medibles y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Directrices para redactar los objetivos son:

Los resultados deberán estar relacionados con la respuesta humana.

Tienen que estar centrados en el cliente. Deberá tratar sobre lo que hará el cliente y cuándo y hasta qué punto se llevará a cabo.

- ⇒ Deberán ser claros y concisos
- ⇒ Asegurarse de que los resultados sean realistas para las capacidades y limitaciones y para el plazo asignado. Es importante tomar en cuentas los recursos con los que se cuenta. Y deberán describir comportamiento mensurable y observables.
- ⇒ Asegurarse de que el paciente considera los objetivos importantes y los valora.
- ⇒ Asegurarse de que los objetivos y los criterios de resultados son compatibles con el trabajo y las terapias de otros profesionales.
- ⇒ Asegurarse de que cada objetivo deriva de un solo diagnóstico enfermero
- ⇒ Es importante resaltar que el diagnóstico puede ir acompañado por más de un resultado. Pueden cambiar conforme la evolución del cliente.

Intervenciones de enfermería

Implica la redacción de intervenciones de enfermería que describan de que modo la enfermera(o) ayudará al cliente a conseguir los resultados propuestos.

Directrices para la redacción de las intervenciones de enfermería.

- × Deberán estar fechadas y firmadas
- × Deberán incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados esperados.
- × Deberán definir, Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Con Qué frecuencia tendrá lugar las actividades identificadas.
- × Deberán estar indivulizadas.

Documentación

Esto se realiza a través de la documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados enfermeros es un método para comunicar importantes información relativa al cliente. El formato del plan del cuidado ayuda a la enfermera

a preparar la información recogida durante las fases de valoración y el diagnóstico. Actúa como centro receptor, cuando la enfermera lo utiliza para anotar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación al enviar información pertinente. Proporcionan un mecanismo para evaluar los cuidados proporcionados. (ver apéndice 1).

Propósitos. Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la administración de unos cuidados consientes y coordinados. Se utiliza como un instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Característica

Está escrito por profesionales de enfermería.

Se empieza después del primer contacto con el paciente.

Están fácilmente disponibles y actualizados.

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.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuada mente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

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:

Dirigir los cuidados.

Identificar los resultados esperados.

Medir la eficacia de las actuaciones.

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

Existen dos tipos de objetivos:

- ◆ Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- ◆ Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

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.

Objetivos de enfermería :

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la

persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- ★ **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.

- ★ **Medio 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. Existen dos tipos:

Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

Objetivos del cliente/paciente :

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en

términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- ☺ Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.

- ☺ Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

- ☺ Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

✎ Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.

✎ Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa.

Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,

✎ Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

Etapas de planeación. Es la realización de las acciones proyectadas. Aunque esta pareciera solo una acción física no debemos olvidar que es necesario el uso de pensamiento crítico, sino se perdería la continuidad del proceso de cuidar.

La ejecución no se trata para conocerla sino que enfermería actúa según su enfoque filosófico, sus conocimientos, intuición, habilidades y deja registro en su actuación. Según Carperito, 4 patrones de conocimiento son los que utiliza la enfermera al actuar: patrón de conocimiento científico, de conocimiento ético, de conocimiento personal y de conocimiento estético.

El cuidado con sus metas, acciones y resultado tiene más de expresión subjetiva que objetiva, ya que muchas intervenciones no tienen forma de ponerse en expresiones medibles y tampoco se espera que se reporten.

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.⁵

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de

atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

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

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.¹⁰

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

Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.⁵

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.¹¹ En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de enfermería basado en SOAPIER: S, signos subjetivos; O, signos objetivos; A, valoración); P, plan; I, implementación, intervenciones; E, evaluación; R, revaloración.

Continuación con la recolección de datos. A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.⁵

Etapas de evaluación. Es la comparación de los resultados obtenidos con los objetivos propuestos. Como todo proceso requiere de una evaluación de resultados para valorar si es correcta su aplicación y si se logró el objetivo esperado.

La evaluación está ligada al concepto de salud, por lo que sufre dificultad para que llegue a tener objetividad. El tipo de resultado que permite evaluar el cuidado se reportaría en expresiones, por satisfacción por parte de las dos interactuantes: paciente y enfermera, por resultados indirectos logrados como la disminución del tiempo de estancia, por expresiones de sentimiento de mayor capacidad para seguir cuidando la vida y las experiencias asociadas a la salud.

Al aplicar la metodología de manera correcta traerá ventajas en la globalidad de la atención, ya que:

Mejorará la calidad en la prestación de los cuidados de salud. Ya que permite considerar al sujeto desde su totalidad y al mismo tiempo individualidad. El diseño de acciones específicas para cada sujeto permite rescatar su unicidad y con esto el cuidado individualizado.

Proporcionará autonomía a la profesión, ya que un objetivo claro y diferenciado del de otros profesionales de salud, permitirá ordenar nuestras acciones en torno a una meta, estableciendo las pautas para una aportación.

Favorece la investigación. cualquier documento que justifique o pruebe alguna cosa, se convierte en una base de datos. Así el registro de nuestras acciones permitirá realizar una investigación disciplinada, posibilitando con esto el crecimiento y desarrollo de la profesión.

Posibilita la comunicación efectiva entre profesionales. Al organizar y planificar la atención de salud de los individuos, creando un lenguaje propio de la profesión y de los sujetos que participan en ésta.

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación

del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

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

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial. Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas;

elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.

La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que *el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.*¹²

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

Etapas del proceso de evaluación

Esta es la ultima fase de el proceso enfermero. El proceso de evaluación tiene **seis componentes:**

Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos: Esto sirve para 2 propósitos:

- 1.- Establecer el tipo de datos evolutivos que han de ser obtenidos,
- 2.- Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.

Obtener datos relacionados con la evolución esperada: de esta manera se pueden extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Puede ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.

Comparar los datos de la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos

Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente: es determinar si las acciones son la causa o el único factor para la consecución total o parcial de un objetivo o para su no consecución.

Obtener conclusiones sobre el estado del problema: La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.

Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente: dependiendo del centro las modificaciones pueden efectuarse a través de partes del plan de cuidados utilizando su rotulador, para remarcar suspendido y la fecha. Hay que tomar ciertos números de decisiones sobre continuar, modificar o suspender los

cuidados de enfermería para cada problema. Antes de continuar con modificaciones la enfermera debe determinar primero por que el plan no fue completamente eficaz.

Pasos para realizar la revisión del plan de cuidados.

Valoración: Una base de datos incompleta o incorrecta influye sobre las fases posteriores del proceso de enfermería y sobre el plan de cuidados.. Si esto ocurre la enfermera debe de valorar de nuevo al cliente y registrar nuevamente los datos.

Diagnostico: Si la base de datos es incompleta se pueden requerir nuevos informes diagnósticos. La enfermera debe analizar si el problema fue correctamente identificados y si los diagnósticos de enfermería son relevantes para la base de datos. Tras esta acción la enfermera revisa y añade nuevos diagnósticos, en función de las necesidades, para reflejar los datos mas recientes del cliente.

Planificación (evolución esperada): Si el diagnóstico de enfermería no es preciso, obviamente habrá que revisar el informe de los objetivos.

Planificación: La enfermera investiga si las estrategias de enfermería estuvieron relacionadas con la consecución de objetivos y si se escogieron las mejores estrategias.

Ejecución: La enfermera debe comprobar si las órdenes de enfermería fueron cumplidas.

Diferencia entre evaluación cualitativa y control de calidad.

La valoración de la calidad: consiste solamente en el análisis de los servicios.

El control de calidad: implica que se estén realizando esfuerzos para evaluar y asegurar la calidad del cuidado sanitario.

Aspectos de estructura, proceso y resultado.

La estructura: Es en la que tiene lugar el cuidado del paciente. La evaluación de la estructura se centra en la organización del sistema de cuidados del cliente. No se puede proporcionar una atención de calidad sin el personal y los recursos adecuados; sin embargo una estructura adecuada de personal y unas instalaciones apropiadas no aseguran una atención de calidad.

El proceso: La evaluación del proceso de cuidados se centra en las actividades de la enfermera, es decir, en el rendimiento de la persona que presta la atención en relación a las necesidades del cliente.

Resultado de los cuidados: El foco de la evaluación de resultados es el estado de salud, el bienestar y la satisfacción del cliente o los resultados de los cuidados en términos de cambio en el cliente.. La ventaja es que los logros se pueden observar con facilidad. La evaluación de los resultados.

Los procesos fundamentales para desarrollar instrumentos que midan la calidad cualitativa de los cuidados.

- 👉 Realizar una evaluación sistemática y continua
- 👉 La eficacia de la intervención se evalúa con relación a la evolución
- 👉 Los datos de la valoración continua se realizan para revisar los diagnósticos evolución y el plan de cuidados en función de las necesidades
- 👉 Se documentan las revisiones de los diagnósticos , evoluciones y planes de cuidados
- 👉 Los clientes, otras personas significativas y los profesionales sanitarios estarán implicados en el proceso de evaluación cuando este indicado.

6.2 VIRGINIA HENDERSON

Datos biográficos

Virginia Henderson Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897. Siendo la quinta de ocho hermanos.

Durante la primera guerra mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington y se graduó en 1921. Después, aceptó un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Regresó al teachers collage como profesora en 1930 y trabajó allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948. En 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. En 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida. Virginia Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

Fuentes teóricas

La primer vez que Henderson publico su definición de enfermería fue en 1955 en la revisión de *The principles and practice of nursing*

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interes en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

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

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades: es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- ☀ Respirar normalmente.
- ☀ Comer y beber de forma adecuada.
- ☀ Evacuar los desechos corporales.
- ☀ Moverse y mantener una postura adecuada.

- ☀ Dormir y descansar.
- ☀ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ☀ Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- ☀ Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- ☀ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ☀ Comunicarse con otros expresando sus emociones necesidades, temores u opiniones.
- ☀ Profesar su fe.
- ☀ Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- ☀ Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- ☀ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.⁸

Necesidad de respirar: necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiraciones externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

Funcionamiento: el aire es un elemento esencial para la vida. En estado normal. La fisiología de la respiración es compleja. Se rige por una serie de procesos químicos, neurológicos. El centro regulador de la respiración, situado en el cerebro a nivel del bulbo, se comunica con otros receptores periféricos que se reaccionan a los cambios químicos de la sangre, a la presión de los gases arteriales y venosos, y la frecuencia de la respiración. estos receptores están situados en la aorta y la carótida. detectan las variaciones del pH sanguíneo, del gas carbónico y del oxígeno. La frecuencia y la profundidad de respiración se ajusta según la situación para satisfacer las necesidades de oxígeno del organismo.

⁸ Tomey Marriney Modelos y teorías de enfermería
Pág. 98 - 104

Los intercambios gaseosos) se efectúan en los capilares de los alvéolos pulmonares. Esta difusión y estos intercambios dependen de la permeabilidad de las estructuras implicadas, es decir aparato cardiorrespiratorio; el aire debe circular libremente de los orificios nasales a los alvéolos pulmonares y la sangre debe poder afluir a ellos normalmente.

Necesidad de comer y beber de forma adecuada; necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

Funcionamiento: El ser humano está en un continuo proceso de absorción de las sustancias nutritivas que sirven para el funcionamiento de su organismo y de eliminación de los residuos producidos. Este fenómeno incluye la digestión y la asimilación de los líquidos y alimentos que permiten al organismo mantenerse en buen estado y renovar su energía.

Las sensaciones de la necesidad de comer y de beber se transmiten a los centros cerebrales del hambre y de sed por unos receptores químicos.

En la edad adulta, el organismo humano se compone aproximadamente de un 60% de agua, nivel que se debe conservar y renovar constantemente.

Al equilibrio de los fluidos del organismo se añaden los electrolitos que es esencial para los procesos vitales.

La necesidad de eliminar: necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo sustancias nocivas, en los residuos producidos por metabolismo. Las necesidades de eliminar comprenden la eliminación urinaria fecal el sudor, menstruación y loquios.

Funcionamiento: debe haber un equilibrio entre lo que entra en el organismo sobre lo que expulsan forma de residuos. Este fenómeno constituye un equilibrio global de la persona, llamando homeostasis (mantenimiento en su valor normal de las diferentes constantes del organismo) los desechos urinarios son secretados sobre el riñón tras el metabolismo de líquidos y nutrientes. Los uréteres los vierten en la vejiga, donde se almacenan antes de ser excretados por el meato urinario.

Los desechos intestinales producidos por la digestión y el metabolismo de los alimentos son almacenados en el intestino y, después, expulsados por el ano.

El sudor está producido por las glándulas sudoríparas repartidas por la piel; permite la eliminación de determinadas toxinas y del agua.

La menstruación es un proceso fisiológico de la mujer en periodos de actividad genital ligado a la reproducción de la procreación. Consiste en un flujo sanguíneo de origen uterino que se repite todos los meses. Este fenómeno, provoca por las secreciones ováricas, esta destinado a preparar el útero para la nidación. Si no se produce la fecundación, la sangre acumulada se evacua por la vagina. La menstruación se interrumpe durante el embarazo y la lactancia, y después de la menopausia. Tras el parto, se produce un flujo uterino llamado "loquios" que duran entre 15 y 30 días.

La necesidad de moverse mantener una postura adecuada: necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción, mediante la contracción de los músculos dirigidos o sistema nervioso.

La postura adecuada consiste en una correcta alineación de los segmentos corporales para asegurar la circulación y confort..

Funcionamiento:

el movimiento es un acto voluntario desencadenado por el cerebro. El impulso nerviosas se transmite al sistema nervioso que, a través de la placa motora, entra en contacto con tejido muscular y comunica a impulsos que desencadenan el movimiento.

La necesidad de dormir y descansar: necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

Funcionamiento: nuestro organismo funciona, por término medio, alternando 16 horas de vigilancia y ocho horas de sueño. El sueño comprende cinco fases de una duración total de 90 minutos aproximadamente. Durante las cuatro primeras fases,

de duración variable, el cerebro emite unas ondas cada vez más lentas hasta el sueño profundo (cuarto estadio) a lo largo de estos períodos, las frecuencia cardíaca y respiratorio se hacen más lentas, el cuerpo se recupera las fuerzas físicas y las psicológicas.

Al sueño profundo de actividad cerebral intensa, mientras continúa la relajación muscular, es el periodo de sueño paradójico o periodo de sueño, llamado también fase MOR O REM (movimientos oculares rápidos) varias hipótesis explican esta fase: periodo de restauración y de reprogramación de las células, integración de los conocimientos en los estímulos de la jornada, o incluso descarga del exceso de energía del organismo.

El sueño tiene lugar sobre todo por la noche, pero dormir algunas siestas lo largo del día aporta también un efecto reparador muy beneficioso.

Algunas actividades en provocar el sueño, favorecen el descanso físico y psicológicos: la música, la relajación, andar por el campo, la meditación.

Necesidad de vestirse y desnudarse:

necesidad de proteger el cuerpo del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales

Funcionamiento: el cuerpo tiene necesidad está protegido contra el frío, el viento, la humedad, el calor, los rayos ultravioletas y las inclemencias del tiempo. El vestido, alcanzado, los sombreros, medias, guantes etc. aseguran esta protección.

La necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

Funcionamiento: la temperatura corporal está asegurada por mecanismo termorregulación situado en el hipotálamo. Este centro funciona como un termostato: recibe su información de los receptores térmicos cutáneos, que reaccionan al frío y al calor.

El consumo de proteínas ayuda a la termogénesis, y la grasa con gran constituye un buen aislante calorífico. Algunos estados alteran la termorregulación, sobre todo

la inmadurez del centro cerebral que asegura el equilibrio, el envejecimiento, los tumores y los traumatismos cerebrales, pero la causa más frecuente son las infecciones.

Necesidad de higiene y protección: necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

Funcionamiento: la piel constituye la envoltura extrema del organismo. Se transforma en mucosas para precisar los orificios de los aparatos respiratorios, digestivos (boca, nariz) y urogenital (uretra, vagina, ano). La piel y las faneras (pelo, uñas etc. coronel aparatos de tegumentarios que asegura la protección contra la invasión microbiana y permite la termorregulación de excreción de algunos desechos del organismo.

Asimismo, hay que limpiar la piel y los otros argumentos del zurdo, en la materia grasa secretada por las glándulas sebáceas, del polvo y la suciedad. Es importante que se proteja y trata cualquier tipo de lesión.

Con la edad la piel se adelgaza, reseca y es mas frágil, los hábitos de limpieza pueden cambiar y la capacidad física para mantener la higiene puede alterarse. Asimismo, la persona mayor que esta perdiendo la autonomía suele necesitar ayuda para satisfacer sus necesidades.

La necesidad de evitar peligros:

necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

Funcionamiento: a lo largo de la vida se dan muchas agresiones amenazan la integridad de la persona. Para satisfacer la necesidad de protegerse, es necesario poder ejercer un cierto control sobre uno mismo y sobre el entorno para prevenirse o defenderse de peligros. La medida preventiva, una alimentación sana, higiene adecuada, régimen de vida equilibrado (trabajo, ocio, sueño).

La necesidad de comunicarse con los semejantes

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

Funcionamiento:

La comunicación es esencial el equilibrio del ser humano. Se trata de un proceso verbal y normal que permite entrar en relación con el prójimo intercambia sentimientos, opiniones, experiencias informaciones.

El ejercicio de la sexualidad se integra también en este proceso de apertura al otro puede constituir un vínculo importante entre los seres humanos.

Dedazo de llevar consigo modificaciones sensibles a la manera de comunicarse, tanto desde el punto de vista de órgano de los sentidos como de la sexualidad.

La necesidad de actuar según las propias creencias y valores:

necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones están de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, el optar ideas creencias religiosas o una filosofía de vida se les convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

Funcionamiento: la política, la religión. Se relacionan con valores, lo que significa que concede importancia ciertas cosas, con el sistema por consentimiento que orienta el comportamiento. Los valores son diferentes de la fe, que es una creencias solucionen ser superior, en una persona en el sistema.

En cuanto a lo espirituales, es un conjunto de creencias, de aspiraciones de prácticas propias de alma y espíritu.

Necesidad de preocuparse de la propia realización:

necesidad de realizar acciones que permite a las persona ser autónoma, utilizando recursos de que dispone para asumir roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

Funcionamiento:

esta necesidad estabilidad evolución de la persona a lo largo de su crecimiento. Afecto desarrollo de la autonomía, a la voluntad de realizar cosas por sí misma, de

sonido diferente roles que le corresponden según sus sexo y edad, y desempeñar las tareas propias de los diferentes estadios de su desarrollo. Se le añade el rol enferma, impregnado de sumisión a las indicaciones terapéuticas y de voluntad de colaborar con el tratamiento para curarse.

La necesidad de distraerse:

necesidad de la persona de basarse física y psicológicamente mediante actividades de gozo y diversiones.

Funcionamiento para conservar su equilibrio, la persona debe repartir equitativamente el trabajo, el sueño y el tiempo de ocio. La necesidad de distraerse completa las necesidades de comunicarse de preocuparse de la propia realización; aporta un matiz especial al desarrollo personal ser humano. Favorecer las relaciones humanas, de expresión personal, la iniciativa, la creatividad y el incremento de la cultura personal. La necesidad puede ser satisfecha mediante la práctica de un deporte o de una actividad a física, el ejercicio físico, las fiestas, los viajes con los pasatiempos.

En las personas mayores, las actividades de ocio son algo más que una forma de expresión a diversiones; se convierten en un medio de evitar la soledad y de conservar la agilidad del cuerpo y el tono de sus facultades intelectuales.

Necesidad de aprender:

necesidad del ser humano decidir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratamos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. El necesidades de aprender afecta toda la demás necesidades, puesto que para satisfacer las bien la persona debe recibir a menudo información.

Funcionamiento:

Ser humano está constantemente situaciones de aprender. experiencia diaria de proporcionar una multitud de conocimientos diversos, de los cuales, algunos, más útiles, son almacenados en los escritos de su memoria, dispuestos para ser recuperados en el momento oportuno.

Todos experimentamos constantemente la necesidad de aprender, y la persona que requiere permanecer sanas, combatir enfermedad modificar sus hábitos de vida debe recibir información a menudo. Lo menos sucede cuando sea de seguido tratamiento o un régimen. Aunque la persona mayor tiene haber dificultades para concentrarse memorizar, ella no le impide aprender. El ser humano puede aprender durante toda su vida. Aprender, la persona debe estar en situaciones de disposición lo que significa que debe estar abierta, preparada para recibir los conocimientos. En este sentido, influencia de enfermera es determinante.⁹

Supuestos principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere dependencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

⁹ Proceso de enfermería Metodología para la practica profesional.
Ma Elena Ledesma.

Afirmaciones teoricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física , voluntad o conocimientos.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

6.3 OBESIDAD

La obesidad es entidad patológica crónica y recidivante, que se caracteriza por una porción excesiva de grasa corporal o tejido adiposo que da como resultado un 20 % o mas de peso, del peso promedio para la edad, estatura y complejión de la persona. Se relaciona con riesgos de salud se han identificado una variedad de factores predisponentes, que incluyen factores hereditarios, ambientales y psicológicos, edad y en ocasiones raras anormalidades endocrinas. La obesidad conduce a complicaciones graves, como diabetes o enfermedades cardiovasculares, es un factor de riesgo en la enfermedad por cálculos biliares, osteoartrosis y presión arterial alta.¹

Las personas obesas están en alto riesgo de padecer también apnea del sueño, insuficiencia respiratoria, además el paciente obeso presenta a menudo problemas psicosociales asociados a su condición.²

Requerimientos calóricos:

Los requerimientos calóricos varían de acuerdo a la edad, sexo, tamaño del cuerpo, gasto de energía, clima, raza. La ingestión de energía recomendada para la edad y el sexo puede variar hasta 1,800 calorías.

Fisiopatología de la obesidad

Fisiopatología: Las células de grasa (adipositos) constituyen un deposito de energía que aumenta o disminuye según el balance energético del organismo.

Distribución regional del tejido adiposo: la masa adiposa se distribuye de manera diferente en varones y mujeres. El patrón androide o masculino se caracteriza por una distribución preferente de la grasa en la parte superior del cuerpo, arriba de la cintura, en tanto que el patrón ginecoide o femenino, se deposita de preferencia en la parte inferior del cuerpo, es decir, abdomen bajo, glúteos, caderas y muslos. La grasa corporal superior es de mucho peor pronostico en cuanto morbilidad y mortalidad que la grasa corporal inferior.

Factores etiológicos: de sobrepeso es multifactorial y compleja. Actualmente se pone atención a la obesidad infantil como factor de riesgo de obesidad en el adulto y el posterior desarrollo de enfermedades crónicas. En condiciones normales hay un equilibrio bastante preciso entre la ingestión de alimentos y las necesidades del organismo. En algunos individuos dicho equilibrio se pierde y entonces se ingieren alimentos en exceso no se conoce bien causas del desequilibrio. La acumulación excesiva de grasa corporal es consecuencia de presiones ambientales y sociales y factores genéticos. La susceptibilidad genética habitual a la obesidad es de

naturaleza poli genética, se cree que entre el 30 y 50% de la variabilidad de los depósitos totales de grasa ésta determinado genéticamente.

El que los individuos ganen o pierdan peso está determinado por el equilibrio entre el aporte de energía (alimento) y el consumo de energía.

Durante siglos se ha considerado un trastorno de hábitos de alimentación. Casi todos los obesos comen de más. Entre la diversidad de factores que contribuyen a la etiología de la obesidad están los genéticos, los ambientales, los nutricios, y la actividad física, entre otros.

Aspectos geneticos: existen una clara tendencia entre los miembros de una familia a tener un IMC similar. Se ha demostrado una correlación entre IMC de los padres y los de sus hijos, lo cual sugiere que quizá tanto los genes como el ambiente familiar contribuyente a la producción de obesidad. Diversos estudios con gemelos, hijos adoptivos y familias han explorado el grado de herencia de la obesidad; la fracción de la variabilidad es un rasgo que se puede expresar por transmisión genética.

Factores nutricionales: Se señala que la obesidad es el resultado de ingerir más energía de la que se necesita. No hay duda de que las personas obesas consumen una mayor cantidad de calorías en sus alimentos diarios. Este consumo excesivo puede iniciarse desde edad muy temprana de la vida, y ello depende fundamentalmente influencias culturales y de los hábitos familiares en particular.

Factores metabólicos:

Se ha postulado que una anormalidad metabólica básica podría incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo y producir obesidad por varios caminos:

La desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos;

El aumento de la deficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos graso y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en tejido adiposo.

Una mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, lo que da por resultado una situación en la que se requiere menor energía y el exceso de esta se convierte en triglicéridos, que almacenan en el tejido graso.

La inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo..

Se puede catalogar al individuo con obesidad como un sujeto con una eficiencia del metabolismo energético superior al promedio habitual

Factores ambientales:

El aumento de la ingesta en un momento determinado de forma persistente, sea cual sea la causa.

Los malos Hábitos alimentarios suelen ser a menudo causa de obesidad y no necesariamente en personas hiperfágicas. Ejemplo el abuso de alimentos ricos en calorías o en grasas, que influyen en el desarrollo de obesidad en personas que en realidad no comen en exceso.

Aspectos socioeconómicos y psicológicos en el desarrollo de la obesidad

En los países industrializados la obesidad prevalece en los grupos socioeconómicos de ingresos y nivel educativo bajo.

Además se han reconocido factores psicológicos en las causas de la obesidad. las perturbaciones emocionales a menudo precipitan episodios de sobrealimentación “obesidad reactiva”

En personas deprimidas o con otro tipo de reprivación emocional, la comida puede tener una función compensatoria que favorezca de manera crónica la ganancia de peso.

Las teorías de la obesidad relaciona la clasificación del depósito excesivo de grasa en dos categorías: hipertrofica, con incremento en el tamaño de las células grasosas. E hiperplásticas, , con aumento en el número de adipocitos.

Termogénesis: los cambios metabólicos en el gasto de energía puede ocurrir mediante termogénesis dietética, o explicarse por el concepto de “ consumo lujoso “o sea, metabólico de energía ineficiente, con desperdicio, en algunas personas, que las conserva delgado. La energía se disipa como calor, sin almacenarse. Las calorías en general, y en especial las dietas ricas en carbohidratos, incrementan la actividad del sistema nervioso simpático con aumento a la respuesta de noradrenalina.

Otra alteración metabólica

El bombeo deficiente de sodio a través de las membranas celulares es otra manifestación de alteración de la eficacia metabólica de las personas obesas. El contenido de sodio de las células aumenta por un defecto en la ATPasa dependiente de sodio. El incremento de la lipasa de lipoproteínas del tejido adiposo.

Clasificación:

Existen varias clasificaciones de la obesidad algunas de ellas en desuso y otras poco significativas fisiopatológicas a pesar de ser empleadas, como la obesidad endógena y exógeno. Otra clasificación usada tiene en cuenta los tipos morfológicos, partiendo de la base de la masa grasa del varón y la mujer son diferentes, no solo en cantidad sino también en su distribución. Así el varón tiene de un 12- 20 % de la grasa y en la mujer de 20 a 30 %.

Se divide la obesidad en androide y ginecoide.

Obesidad androide:

Más 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. Generalmente, no se da aumento en volumen de caderas y extremidades inferiores. Una característica de la obesidad es la hiperfagia, consecuencia de una polifagia más o menos importantes. La obesidad abdominal puede asociarse a hiperinsulinemias, resistencia a la insulina e hipertrigliceridemia.

Se ilustran dos tipos de obesidad androide:

obesidad tipo I exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación.

Obesidad tipo II: Exceso de grasa subcutánea en el tronco y el abdomen.

Obesidad ginecoide

Frecuentemente, se observa en la mujer con actividad ovárica.

El aumento de grasa en la parte inferior del organismo parece ser consecuencia de los estrógenos.

La mujer con este tipo de obesidad no suele hacer una dieta excesivamente calórica. Las complicaciones más habituales de la obesidad ginecoide son las deambulatorias o motoras, como la artrosis de columna o rodillas, y los problemas de circulación de retorno (varices, etc).

Se ilustran dos tipos de obesidad ginecoide:

Obesidad tipo III exceso de grasa abdominal visceral.

Obesidad tipo IV exceso de grasa en la región glútea y femoral.

Algunos autores clasifican la obesidad en hiperplásica e hipertrofica.

Hiperplásica.

Cuando se inicia en la infancia en adolescencia, en la que hay un aumento del número de adipositos. Correspondería a las obesidades “ rebeldes “ con ingesta no desmesuradas, y con escasas posibilidades de éxito con el tratamiento (personas que engordan con mucha facilidad y, en cambio, adelgazan con gran dificultad). De ahí la importancia del control de la obesidad en los primeros años de vida.

Hipertrofica:

Cuando la obesidad aparece en la edad adulta. En ella hay un aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo, es decir, del tamaño de los

adipositos. Esta obesidad es menos rebelde que la anterior, en general responde bien a la dieta hipocalórica.

Mixta:

Cuando se da una asociación de obesidad hipertrofica e hiperplasica. En realidad se ha demostrado que si bien la obesidad hiperplasica suele corresponder a la iniciada en edad temprana y la hipertrofica a la que aparece en la edad adulta, cuando hay un estimulo suficiente el tejido adiposo es capaz de aumentar el numero de células (produciendo una obesidad hiperplasica e hipertrofica a la vez).

Clasificación de acuerdo al IMC

Clasificación	TIPO DE OBESIDAD	IMC kg / m2
Bajo peso		< 18.5
Normal		18.5 – 24.9
Sobrepeso		25.0 – 29.9
Obesidad	I	30.0 – 34.9
Obesidad	II	35.0 – 39.9
Obesidad extrema	III	> 40

Complicaciones de la obesidad

Diabetes tipo II: la frecuencia de diabetes se triplica al aumentar el peso relativo de lo normal a 150 % del ideal.

Hipertensión: las presiones arteriales sistólicas y diastolitas se incrementan en un 15 a 10 mm, respectivamente, al aumentar el peso relativo a 150 % del ideal.

Ateroesclerosis: la obesidad es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la ateroesclerosis o cardiopatía coronaria.

Osteoartritis: no se conocen bien los factores de riesgo de esta enfermedad, pero cada vez hay mas evidencia acerca de asociación del sobrepeso con la osteoartritis, sobre todo en articulaciones de manos y rodillas.

Acido úrico.

Irregularidades menstruales

Enfermedades de vesícula biliar y cálculos vesiculares.

Aumento de cáncer endometrial y de mama: la susceptibilidad al cáncer mamario y endometrial en las mujeres se explica por la mayor producción de estrógenos debida a la aromatización en el tejido adiposo de la androstendiona circulante. En las mujeres posmenopáusicas la obesidad es factor de riesgo del cáncer de mama, aunque esta asociación puede ser inversa en la premenopausia.

Incremento de la propensión a cálculos renales.

Apnea durante el sueño.

Insuficiencia cardiaca.

Tratamiento: Es muy difícil tratar el sobrepeso y la obesidad, porque el principal aspecto debe ser en insistir en el autocontrol activo por el paciente los tres métodos para el control de peso son dieta, ejercicio y medicamentos.

Dieta: debe ser nutricionalmente apropiada. Si la dieta es baja en calorías, se requiere de suplementos vitamínicos y minerales. El objetivo de la perdida de peso es disminuir la mayor cantidad de grasa posible. Una estrategia útil es para inducir y mantener la reducción de peso consiste en educar en forma correcta al paciente con sobrepeso respecto al contenido calórico de los alimentos. Los alimentos ricos en fibra deben usarse en forma liberal, por la baja densidad calórico. Es preciso reducir los azucares refinados, porque proporcionan calorías sin vitaminas o minerales útiles. Se sugiere no comer entre comidas, comer siempre en la mesa, solo tres veces al día, vigilar las raciones de alimentos que se ingieren, no llevar otras actividades cuando se come y comer con lentitud y concentración. .

Ejercicio: dado a que la obesidad se debe a que se ingiere más calorías que las que se gastan, para perder peso el balance debe modificarse en sentido inverso, con un gasto mayor que el ingreso. No solo se consigue con una dieta hipocalórica, si no también con aumento de la actividad.

En los obesos, el ejercicio moderado no disminuye en realidad la ingestión de alimentos, pero esta no aumenta para compensar el gasto adicional, como sucede en personas delgadas.

Tratamiento de medicamentos: se han utilizado medicamentos para el control de peso, como coadyuvantes a corto plazo de la dieta y el ejercicio, pero su uso prolongado ha sido desalentador, debido a sus pequeños efectos en la pérdida de peso.

VI. CASO DE ESTUDIO

G. L. V. es una joven de 25 años de edad, soltera. Vive con su familia en Guarapo una comunidad de Valle de Santiago Guanajuato, cuenta con todos los servicios como es agua, luz, teléfono, etc.

G. es la penúltima de 7 hermanos, la relación con ellos es buena que se lleva muy bien con ellos solo con uno de sus hermanos .

Estudia en la universidad de valle de Santiago y por las tardes en ocasiones le ayuda a su papá a vender plantas

Mide: 150cm.

Pesa: 80 Kg.

T/ A: 130 /80 mm/Hg

Pulso: 80 x1

Respiración: 20 x 1

Temperatura: 36 °c.

Diagnostico medico: Obesidad, en ocasiones le da un dolor en el estomago, ha notado que le da cuando toma refresco. Hace medio año le diagnosticaron principios de anemia, no siguió las recomendaciones del médico. En ocasiones se siente deprimida, impotente, e inútil. Trata de dormir en el día, Ella dice que cuando se levanta se siente cansada y le cuesta levantarse por las mañanas, duerme máximo 5 horas por la noche ya que no puede conciliar el sueño y es interrumpido por que se levanta a orinar dos veces por la noche.

Su menstruación inicio a la edad de 12 años, es muy irregular, tiene amenorrea . Su menstruación es cada cuatro meses. Hace 4 años fue a consulta con un ginecólogo el cual le dijo que era por su peso que tenia que realizar ejercicio, hubo un tiempo que realizaba ejercicio y menstruaba muy seguido.

Su alimentación es a base de huevo, carne muy poca, leche muy poca, pastas, arroz leguminosas, frutas, verduras, agua.

Por la mañana no desayuna, come como a las 2 de la tarde, cena antes de dormir.

Defeca una vez en el día , orina como 10 veces , y 2 veces por la noche, en ocasiones se estriñe, sin ayuda de laxantes.

Por ahora no realiza ejercicio, ni deporte, camina poco antes salía a jugar fut bol y boli bol.

Se viste y desviste sola, se viste de acuerdo a su edad, su vestido completo y limpio.

Esta ubicada en cuanto a tiempo lugar y espacio.

A veces le cuesta expresar sus sentimientos se encuentra ansiosa, le gusta pasar tiempo a solas, o mirar televisión, con sus familia tiene buena relación, ocupa el lugar séptimo en su familia.

Es de religión : cristiana le provoca tristeza el por que en su casa no puede leer la Biblia solo cuando esta sola y no puede compartir con su familia de Cristo..

Su actividad que le agrada es salir a pasear con su familia.

6.2 CLASIFICACIÓN POR NECESIDADES

1. Necesidad de oxigenación y respiración: su frecuencia respiratoria es de 20 x', sin ruidos a la auscultación, no presenta tos, ni secreciones, no presenta tipo de alergia, no fuma, su frecuencia cardiaca es de 80 x min.
2. Necesidad de nutrición e hidratación: peso de 80 Kg. Talla 1.50cm, no desayuna nada, comida . consume carne una vez por mes, huevo una vez por semana, verduras cada 3 días, frutas diario, leguminosas cada 3 días, agua diario 2 litros por día, leche una vez por semana.. dieta normal, , sin problemas de intolerancia a alimentos, come mucho, sin horario diario de comidas, sin problemas de masticación, cuenta con toda su dentadura no come entre comidas, cena mucho antes de dormirse. la piel y mucosa oral están hidratadas, sin vomito, sin nausea.
3. Necesidad de eliminación: evacua 1 vez al día, en ocasiones con estreñimiento, no utiliza laxantes, sin problemas de hemorroides. Orina diez veces en el día y se levanta dos veces por la noche a orinar, su orina es amarillo claro, sin problemas urinarios presenta sudoración normal,. Su menstruación es irregular tiene 4 meses que no menstrua, refiere que a veces siente molestias fuera de su menstruación.
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura. Con postura erecta, camina poco, no realiza ejercicio, antes salía a jugar algún deporte. Se encuentra alerta, modo de andar normal, sin limitaciones físicas.
5. Necesidad de descanso y sueño. Duerme 5 horas por la noche, a veces se siente cansada al levantarse. Se acuesta en el día para tratar de dormir un rato . No hace nada para conciliar el sueño, lo que le quita el sueño es el café.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse adecuadamente. Se viste y se desviste sola sin problemas, sin alergias a los tejidos. Le da importancia a su aspecto, su forma de vestir es adecuada al lugar y estaciones, se viste diario.
7. Necesidad de termorregulación. Su temperatura se encuentra en límites normales. Mantiene su temperatura de 36 y se adapta a los cambios de clima.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel. Se baña diario, se cepilla dos a tres veces los dientes en el día sin ayuda, su pelo es corto limpio y reseco se le cae mucho. Sus uñas son largas limpias, piel grasa, sin lesiones en la piel.
9. Necesidad de evitar peligros se encuentra tranquila, orientada en tiempo, lugar, persona, día y estación. sin alteraciones de los sentidos se describe alegre, sentimientos de inferioridad en ocasiones se siente impotente, inútil, deprimida.
10. Necesidad de comunicación y sexualidad. Su lenguaje es coherente, organizado, tono tranquilo, su forma de expresión clara y tranquila, humor a veces deprimida y ansiosa. vive con su familia, sus confidentes son dos de sus compañeras y uno de sus hermanos, se relaciona con sus compañeras, su relación es satisfactoria, le gusta estar sola.
Menstruación es cada cuatro meses a veces le dan cólicos en esos días.
11. Necesidad de vivir según creencias y valores. Lo más importante para ella es conocer de Dios y que pueda compartir con su familia de el amor de Dios, es de religión cristiana evangélica, le gusta ir a las reuniones de la iglesia.

12. Necesidad de trabajar y realizarse dedica tiempo al ocio, se pasa la mañana en la escuela, por la tarde a veces le ayuda a su papá.

13. Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas. Reserva poco tiempo para divertirse, su diversión preferida es salir con su familia a pasear o ir a ver el fut bol.

14. Necesidad de aprendizaje. Sin alteraciones en la memoria, adaptado al momento, le gusta escuchar para aprender.

6.5.- DIAGNÓSTICOS

1.- DIAGNOSTICO Alteración de la nutrición por exceso relacionado con ingesta abundante por la tarde y noche, no tener un horario establecido para sus alimentos manifestado por un índice de masa corporal de 35.5 y peso de 80 kgs

OBJETIVO: La paciente consumirá los requerimientos nutricionales de la dieta de acuerdo a sus necesidades metabólicas tratando de que tenga un horario para la ingesta.

PLANES DE INTERVENCIONES

1. Alteración de la nutrición

- × Llevar el control de peso durante 4 meses, pesar 1 vez por semana a la paciente, en la misma bascula con ropa muy ligera y a la misma hora.
- × Valorar el deseo del paciente de perder peso y de llevar una dieta adecuada de acuerdo a sus necesidades.
- × Determinar la altura del paciente y su peso corporal ideal.

- × Valorar antecedentes dietéticos, considerando problemas hereditarios, edad, cultura, religión y aspectos médicos.
- × Tratar de explicarle al paciente y hacer énfasis en la importancia de un programa de ejercicio.
- × Estimular al paciente a que mantenga una ingesta diaria (que alimentos puede ingerir, cuando y donde).
- × Darle a conocer los requerimientos diarios que debe consumir en la dieta como son lípidos , proteínas, carbohidratos.

FUNDAMENTOS CIENTIFICOS: el aumento de la actividad física facilita el adelgazamiento **porque?**

Las personas con alteración del gusto o del olfato pueden consumir una mayor cantidad de alimentos para tratar de satisfacer sus sentidos.

EJECUCIÓN:

Se le explico la importancia de llevar una dieta balanceada y los requerimientos de nutrientes en su alimentación y el porque consumir en un horario establecido, y que alimentos ingerir y donde de acuerdo a sus posibilidades.

Se inicio con su control de peso determinando la altura del paciente y su peso corporal ideal.

EVALUACIÓN: G. L. V trata de consumir la dieta de acuerdo a sus requerimientos ya que a veces se le hace difícil por la noche llevar la dieta muy ligera, se lleva su control de peso, el cual a logrado bajar 5 Kg.

2.- **DIAGNOSTICO** Alteración del patrón del sueño relacionado con problemas económicos y manifestado verbalmente.

OBJETIVO: El paciente dormirá por lo menos 7 horas diarias por la noche ininterrumpidas.

PLAN DE INTERVENCIONES

- × Valorar e identificar factores causales del insomnio.
- × Límite de ingesta de líquidos siempre que sea posible, después de las 18 hrs.
- × Incremente la actividad hasta el punto de tolerancia para favorecer cansancio.
- × Limitar el sueño durante el día.
- × Ayudarle a que el paciente realice actividades de diversión.
- × Animar al paciente a que exprese sus miedos y ansiedades que podrían impedir o interrumpir el sueño.

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS: el ciclo del sueño comprende una fase REM, y una fase NREM y el despertar. Una persona atraviesa normalmente cuatro o cinco ciclos de sueño completo cada noche.

Despertarse durante un ciclo, puede hacer sentirse a la mañana siguiente que se a descansado mal.

Las siestas matutinas generan mas sueño REM que las siestas por la tarde. Las siestas de mas de 90 minutos disminuye el estímulo para cada ciclo de sueño mas largo más largo en lo que alcanza la fase REM. Los patrones del sueño irregulares, pueden alterar los ritmos cardiacos normales conduce posibles problemas de sueño. aunque muchos piensan que una persona necesita 8 horas de sueño, cada noche, no existen pruebas científicas que confirmen esta idea. Las necesidades de sueño varían notablemente, por lo general, una persona que puede relajarse y descansar fácilmente, necesita menos sueño para sentirse renovada. Con la edad puede disminuir el tiempo de sueño total (en especial la fase 4 del sueño) y aumentar la fase 1. El sueño es difícil sin relajarse.

EJECUCIÓN: Se le explico porque después de las 6 pm. ya no debe ingerir muchos líquidos, y porque debe andar activa en el día realizar actividades que la mantengan despierta. tratar de que en el día no se acueste.

EVALUACIÓN: G.I.V. Esta logrando recuperar el sueño ya que ahora duerme 7 horas, ya se despierta menos a orinar por la noche, ahora esta trabajando por la tarde, realiza actividades en su tiempo libre para mantenerse despierta, y a veces mejor se sale a la plaza para no dormirse temprano.

3.- **DIAGNOSTICO.** Déficit de actividades recreativas relacionada con falta de motivación manifestado por apatía.

OBJETIVO: La paciente realizará actividades de recreación diarias o 4 veces por semana.

PLAN DE INTERVENCIONES.

- × Mostrarle interés para poder motivarla a realizar actividades.
- × Pasar tiempo con la paciente para platicar de temas que le sean de interés.
- × Realizar una rutina diaria de ejercicio,
- × Salir a realizar actividades que le sean de su agrado como tomar un curso de pintura, dibujo, tejido y jugar con sus amigas etc.
- × Proporcionar material de lectura, radio y televisión, videos.

FUNDAMENTOS CIENTIFICOS: las actividades informales favorecen más el bienestar que las actividades organizadas.

Ser conciente de que uno esta aburrido permite redirigir las actividades para aumentar la estimulación.

Formar parte de un grupo puede impulsar a la autoestima y la autovaloración, proporcionar una sensación de pertenencia y fomentar actividades que la persona descartaría.

Invertir tiempo en recordar cosas pasadas importantes puede ser un pasatiempo satisfactorio y estimulante para la persona aburrida.

EJECUCIÓN: Se le motiva a la paciente para que realice actividades que son de su agrado como dibujar, cortar en fomi y realizar figuras etc.

Se pasa tiempo platicando de sus experiencias que ha tenido y de temas de su agrado.

Se realizo una rutina para que realice ejercicio.

Se le dio opciones de lo que ella desea realizar para mantenerse ocupada como leer, ver televisión, escuchar música etc.

EVALUACIÓN: G.L.V puede realizar ejercicio 6 días a la semana y el otro día lo toma libre para realizar otras actividades y salir con su familia a ver los deportes en otras comunidades, y dedica 40 minutos para realizar actividades recreativas, escucha música que le ayuda a mantenerse tranquila, trata de leer más, puede platicar con confianza sus experiencias.

4.-**DIAGNOSTICO.** Ansiedad relacionado con su peso .manifestada verbalmente por falta de confianza en sí misma.

OBJETIVO: Ayudarle a reducir el grado de ansiedad.

PLAN DE INTERVENCIONES

- × Platicar con la paciente para que pueda recuperar la confianza en ella misma, permitirle que hable grite, llore para que se desahogue.
- × Hablarle lenta y tranquilamente.
- × Transmitir comprensión y empatía.
- × Respetar el espacio personal.
- × Proporcionar medidas físicas que le ayuden a relajarse (como baño de agua tibia, masajes y música.

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS: la participación es la toma de decisiones puede proporcionar al paciente una sensación de control que mejore su capacidad de afrontamiento.

La sensación de pérdida de control puede dar lugar a un sentimiento de impotencia seguido de desesperanza.

El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación puede ayudar al paciente a esclarecer y expresar verbalmente sus temores, permitiendo a la enfermedad a aportar esfuerzo realista y seguridad.

Un paciente ansioso tiene un campo de percepción estrecho y menor capacidad de aprender. El paciente puede experimentar síntomas causados por el aumento de tensión muscular y alteración del patrón del sueño.

La ansiedad tiende a aumentar atrapando al paciente en un espiral de ansiedad creciente, tensión y dolor emocional y físico.

Algunos temores o información errónea puede aliviarse proporcionando información exacta.

La expresión verbal permite la comunicación y proporciona la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos erróneos.

Las técnicas de relajación fomentan la sensación de control del paciente sobre la respuesta de su cuerpo al estrés.

EJECUCIÓN. Se pasa tiempo con G.L.V. Se le permite que ella hable de sus preocupaciones y de lo que le agrada. Se respeta su espacio personal.

Por las noches se le dan masajes para que ella pueda relajarse y descansar.

EVALUACIÓN. Se logro que G.L.V tenga confianza en los demás, saque sus temores que platique lo que le agrada, se le deja sola cuando ella lo desea.

Se le da su masaje por las noches para que descanse.

5.- **DIAGNOSTICO.** Riesgo de soledad relacionada con apatía social.

OBJETIVO: La persona deberá manifestar menores sentimientos de soledad.

PLAN DE INTERVENCIONES.

- × Identificar razones de sus sentimientos de apatía social.
- × Comentar las maneras de aumentar las relaciones con compañeras y amigos.
- × Animar a que la paciente hable de sus sentimientos de soledad y de las causas que lo han provocado.
- × Fomentar a que la paciente acuda al sistema de apoyo de su familia y amigos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA. La persona que esta socialmente aislada suele ser incapaz de poner en marcha o coordinar por su parte varias actividades para reducir el aislamiento.

La capacidad funcional de los sentidos de las personas influye enormemente en su percepción del mundo, en su conducta y en la conducta de los demás hacia ella. Longino y Kart (1982) documentaron que el tipo y la calidad de las interacciones sociales son mas importantes que la cantidad. Las actividades informales favorecen más el bienestar que las actividades formales y estructurales.

EJECUCIÓN. Se le identificaran las razones de sus sentimientos de aislamiento Que G.L.V. pase más tiempo con su familia que pueda ser de calidad.

EVALUACIÓN. G.L.V. logro que pase mas tiempo con su familia.

Ahora puede hablar de sus sentimientos de soledad y como se provocaron.

REVALORACIÓN

1.- Necesidad de respirar: Reaspiración con frecuencia de 20 x', calidad normal, sin ruidos a la auscultación, frecuencia cardiaca 80 x' pulso regular.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación. Peso de 75 Kg., talla 1.50. desayuna yogurt, comida. Pasta, arroz, leguminosas cada tercer día, leche 2 veces por semana, poca verdura y fruta diario, carne 2 veces por mes, huevo 2 veces por semana, agua medio litro diario, sin dieta especial, apetito normal, perdió 5 kilogramos. Sin problemas de masticación, piel hidratada, no come entre comidas.

3.- Necesidad de eliminación: Frecuencia cada tercer día, con esfuerzo excesivo, evacuación prolongada.

Frecuencia para orinar 5 veces al día color amarillo, menstrua cada dos meses con dolor.

4.- Necesidad de moverse y mantener buena postura camina lento sin problemas, expresión facial adecuada, a veces sale a caminar con sus hermanas o deporte cuando tiene cuando se siente aburrida.

5.- Necesidad de descanso y sueño. duerme 8 horas por la noche, despierta temprano con sensación descansada.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse adecuadamente. Se viste sola sin limitaciones le da importancia a su aspecto, forma de vestir es de acuerdo a tiempo, estación.

7.- Necesidad de termorregulación. Temperatura de 36.6 °C. Se le tomo la temperatura axilar.

8.- ,Necesidad de higiene y protección de la piel. se baña diario, cepillado de dientes 3 veces al día sin ayuda, pelo reseco, piel grasa.

9.- Necesidad de evitar peligro. Esta orientada en tiempo, lugar, espacio y persona. Se describe tranquila , alegre, seria. auto evaluación a veces se siente feliz.

10.- Necesidad de comunicarse y sexualidad. Lenguaje organizado, coherente, se expresa de forma clara. vive con sus papas y hermanos las personas de más significado son sus papas y la relación es mucho mejor con su hermano el menor pasa poco tiempo con amigos.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores. Es importante en su vida que su relación con Dios sea cada día mejor para poder ser testimonio de lo que Dios esta haciendo en su vida le gusta escuchar música cristiana y escuchar predicaciones ya que no puede ir a la iglesia por lo lejos que esta.

12.- Necesidad de realizarse y trabajar. Dedicar 11 horas al trabajo, tiempo de ocio media hora solo descansa el domingo.

13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas. Le gusta jugar al fútbol, y ver jugar dedica poco tiempo a divertirse, sale a caminar con sus hermanas.

14.- Necesidad de aprendizaje. sin alteraciones en la memoria

6. - **DIAGNOSTICO:** estreñimiento relacionado con falta de ejercicio y dieta deficiente con fibra manifestado con esfuerzo excesivo y evacuaciones prolongadas.

OBJETIVO: Que la paciente puede defecar mínimo de una vez a dos veces en el día.

PLAN DE INTERVENCIONES:

- ★ Explicarle que la hora de defecación debe formar parte de la rutina diaria y el beneficio que le trae.

- ★ Comer sin limitaciones frutas con cáscara, verduras, y fibra.
- ★ Tomar 2 litros de agua.
- ★ Realizar ejercicio como las sentadillas.
- ★ Tomar un vaso de agua caliente media hora antes de desayunar.
- ★ Después de las comidas intentar defecar y esperar el tiempo que sea necesario en el baño.
- ★ Fomentar el consumo de frutas y verduras propias de la estación.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Un hábito intestinal normal se mantiene mediante el aporte diario de fibra, 6 a 8 vasos de agua y ejercicio diario.

Además la persona debe ser capaz de apreciar la necesidad de evacuar y establecer una rutina.

La actividad física frecuente favorece el tono muscular necesario para la expulsión de heces. También aumenta el riego sanguíneo del tubo digestivo, lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de heces.

Para mantener el habito intestinal y conseguir una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros de agua diarios.

Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo y favorece la formación de heces firmes pero blandas y bien formadas disminuye el riesgo de heces duras y secas. la contracción voluntaria de los músculos de la pared abdominal ayuda a expulsar las heces.

El reflejo gastrocolico y el reflejo duodeno cólico, estimula los movimientos intestinales en masa dos o tres veces al día, sobre todo después de las comidas.

EJECUCIÓN:

Se le explico la importancia de la rutina de defecar aun cuando este trabajando y el consumo de frutas con cáscara, verduras, tomar líquidos y realizar ejercicio.

7.- **DIAGNOSTICO:** Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con una ingesta insuficiente de líquidos.

OBJETIVO: La paciente consumirá 2 litros de agua diariamente.

PLAN DE INTERVENCIONES:

- ★ Platicar e informar a G la importancia de mantener el equilibrio de líquidos diarios.
- ★ Se le dará a conocer las desventajas de consumir refresco o agua de sabor.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA: La deshidratación puede disminuir la filtración glomerular por lo que existe el riesgo de la diuresis, no consiga eliminar correctamente los desechos. El tejido bucal es más resistente a las úlceras cuando se encuentra bien hidratado.

Una ingesta de líquidos como mínimo dos litros de agua es necesario para conservar un patrón de eliminación normal y una consistencia adecuada de heces.

EJECUCIÓN: se le informo la importancia de aumentar líquidos en su dieta diaria y las desventajas de consumir refresco.

VII. CONCLUSIONES

El proceso enfermero es un método que permite al profesional de enfermería tener una atención de calidad tanto con el paciente como sus familiares que todos podamos formar parte en la recuperación de los pacientes tanto para la prevención , curación y rehabilitación, tratando de que las y los pacientes entiendan el proceso de su enfermedad para que participen para su pronta recuperación y también la familia pueda participar en el proceso de recuperación.

VIII. SUGERENCIAS

Que en las instituciones educativas se le de más importancia al proceso de enfermería y se lleve a cabo como una materia en el primer semestre en la carrera para que haya unificación de criterios entre docentes para impartir el proceso enfermero.

Es importante que en las instituciones de salud se le de énfasis al proceso ya que esto puede ayudar a una mejor atención a con los pacientes ya que el proceso permite que se atiendan sus necesidades de una manera individual, y es una manera más practica que se tenga su plan de cuidados y objetivos a lograr de manera independiente.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.-Harrison principios de medicina interna 14aEdición Pág. 242- 245.
- 2.-Medicina interna Wintrobe thorn Adams Bennett Harrison reimpresión 1978 4Aedición en español Pág. 299 – 303.
- 3.-Tratado de medicina Interna Vol.1 20 edición Bennett y Plum. Gill/ Kokko/ mandell / Ockner / Smith. McGraw – Hill Interamericana. Pág. 1334- 1341.
- 4.-Tomey Marriney “ Modelos y Teorías de enfermería.
- 5.-Alimentación y dietoterapia Mc Graw Hill P. Cervera. J. Clapes, R. Rigolfas.4a edición interamericana Pág. 301- 315.
- 6.-Principios de nutrición clínica Eline B. Feldeman. Pág. 426- 438. manual moderno.
- 7.-Alimentación y salud publica J. Alfredo Martínez – Iciar Astiasarac Herlinda Madrigal 2ª Edición. McGraw- Hill- Interamericana.
- 8.-Manual de enfermería practica de Lippncott. Nettino. McGraw- Hill. Interamericana. Pág. 679- 685.

X. ANEXOS

ANEXO 1

VALORACIÓN

1.- DATOS GENERALES:

Nombre _____

—

Fecha _____ de

nacimiento. _____ Edad _____

Sexo _____

Ocupación _____

Escolaridad _____ Estado

civil _____

Domicilio _____

—

Teléfono _____

—

2.- VALORACIÓN OBJETIVA:

T/A _____ Tem _____

F.C. _____ F.R. _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____

otras _____

Edemas: si _____ no _____ descripción/

localizada _____

Lesiones: si _____ no _____ descripción

/localización _____

Prurito: si _____ no _____ descripción / localización.

Sentidos corporales: vista. _____ oído. _____
olfato _____
Gusto _____ tacto _____

ANTECEDENTES:

Enfermedades

anteriores _____

Enfermedades graves / operacionales: si _____ no _____
cuales _____

Secuelas: si _____ no _____
cuales _____

Historia familiar de enfermedades:

Diabetes _____ Hipertensión _____ Alergias _____

Especificar. _____

Cáncer _____ Tabaquismo _____ Alcohol _____ Uso de otras sustancias
tóxicas _____

II.- VALORACIÓN POR NESECIDADES

1. NESECIDAD DE OXIGENACIÓN.

Respiración

Frecuencia _____ / min.

Calidad: normal _____ superficial _____
rápida _____ otros _____

Ruidos de auscultación: si _____ no _____ descripción /
localización _____

Tos: si _____ no _____ secreciones: si _____ no _____ Dolor al respirar: si _____
no _____

Tabaquismo: si____ no____ Por día
consume_____

lo dejo especificar fecha

otras drogas: si____ no____ Tipo____
Uso_____

¿ Tiene alergias respiratorias? Si____ no____ ¿De que
tipo?_____

T.A____ F.C _____ Pulso: fuerte____ débil____
regular_____

Irregular_____

2.- NESECIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso____ Talla_____

Ingesta habitual:
desayuno_____

Comida:_____

—

Merienda_____

—

Cena_____

—

Dieta especial: si _____ no____ Tipo de
dieta_____

Intolerancia a alimentos: si _____ no____ ¿
cuales?_____

Alimentos que no le
gustan_____

Apetito: normal____ disminuido____
aumentado_____

Náuseas____ vómito_____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si___ no___

Kg._____ Ganados o perdidos

Problemas de:

Masticación: si___ no___

Deglución: si___ no___ sólidos___ líquidos___
ambos_____

Digestión: si___ no___ tipo: gases___ ardor___
pesadez_____

Dolores___ otros_____

Usa prótesis dental: si___ no___ superior ___
inferior_____

¿ la piel está hidratada?

(¿cuando se pellizca. La marca dura rato?) si___
no_____

¿ come entre comidas?: rara vez___ con
frecuencia_____

con mucha frecuencia_____

¿ necesita ayuda?: para preparar la comida_____
comer_____

trocear los alimentos_____

Ingesta de líquidos: menos de un litro / día_____ 1-2 litros /día

Mas de 2 litros / día_____

Alcohol: si___ no___ cantidad ___ /
día_____

Grupo de alimentos	1 vez por semana	2 o 3 veces por semana	Toda la semana
Verduras			

Frutas			
Carnes			
Huevo			
Cereales			
Legumbres			

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia _____ Cantidad _____ aspecto _____

Estreñimiento: _____ diarrea _____ incontinencia _____

Ostomía: si _____ no _____ tipo _____ autocuidado: si _____ no _____

Problemas de:

Hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____ otros _____

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

Urinaria:

Frecuencia _____ Cantidad _____ aspecto _____

Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____ pañal _____

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

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si _____ no _____ ¿cuál? _____

sonda vesical _____ fecha de ultimo sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si _____ no _____ sudoración profunda: si _____ no _____

Retención de líquidos: si _____ no _____ localización de edema _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿ son abundantes? Si _____

no _____

¿ tiene molestias (fuera de la menstruación) si _____

no _____

otras _____ manifestaciones _____
¿cuáles? _____

4.- NESECIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Expresión facial:

adecuado _____ alerta _____ inexpresivo _____ hostil _____
inadecuado _____

comportamiento motor inhibido:

inhibición _____ agitación _____ temblores _____
rigidez _____
incoordinación _____ inquietud _____

Postura: Independiente _____ dependiente _____
prótesis _____

erecto _____ decaído _____

modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____
lento _____

limitaciones físicas: temporales _____ permanentes _____

¿cuales? _____

aparatos de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____

andador _____

otros _____

vertido: si _____ no _____ ¿siente dolor o rigidez articular?

Si _____ no _____

¿Hace ejercicio? Si _____ no _____

tipo _____

¿Cuanto tiempo? _____ ¿practica algún deporte? Si _____

no _____

¿

Cual? _____

—

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno_____ siesta_____ otros
descansos___

Problemas de sueño:

Al inicio___interrumpido___ #de veces___ despertar
temprano_____

Sueño excesivo_____ pesadillas_____ (tipo_____)

Sensación después de dormir:

descansado_____ cansado_____ confuso_____ otros_____

factores que afectan el sueño._____

ayuda 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_____ ¿ cuales?_____

¿Qué importancia da su aspecto? Poca___ mucha___ bastante___

¿su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias?

Si_____ no_____ otros datos de interés_____

7.- NESECIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal:

normal____ hipotermia____ hipertermia____ temperatura

sudoración cutáneo: si____ no____

¿ están fríos sus pies y manos? Si____
no_____

¿ si fuere necesario seria capaz de mirarse usted mismo la tem.?

Si____ no____

Es muy friolento____
caluroso_____

8.-NESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño____ ducha____
frecuencia_____

Cepillado de dientes: si____ no____
frecuencia_____

Autónomo: si__ no__ Necesita ayuda: si____
no__ especificar_____

Descuido en: cabello____ dientes____
uñas____

su piel es: seca____ grasa_____

¿ Ha notado alguna lesión? (ulcera, edema)
describalo_____

su cabello es: seco____ graso____ se rompe con
facilidad_____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si____
no_____

estado de piel / mucosas: color____
aspecto_____

9.- NESECIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento_____ confuso_____ apática_____ hipervigilante_____

Distraído_____ fluctuante_____

No responde a estímulos_____ solo sigue
instrucciones_____

Orientación Espacio- Tiempo- Persona

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

Espacio (país, provincia, ciudad, recinto, sala)
especificar_____

Persona: (reconoce personas significativas)
especificar_____

Alteraciones perceptivas:

auditivas_____ tipo_____

visuales_____ tipo_____

táctiles_____ tipo_____

olfativas_____ tipo_____

Localización de la percepción: interna _____

externa_____

Auto descripción de si mismo:

Alegre_____ triste_____ confiada_____

desconfiada_____

Tímida_____ inquieta_____

Sobre valoración de logros_____ exageración de
errores_____

Infravaloración_____

Auto evaluación general y competencia personal:

Positiva_____ negativa_____

Sentimientos respecto a ella: inferioridad____
superioridad____

Tristeza____ culpabilidad____ inutilidad____ impotencia____

Ansiedad____ miedo____ rabia____ depresión____

otros_____

Alergia a algunas sustancias o medicamentos: si____

no____

Cuales_____

—

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella_____

O _____ para _____ otros_____

especificar_____

Precauciones: más vigilancia_____ poner

barandillas_____

contención

mecánica_____

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: _____ coherente _____ y _____ organizado_____

distorsionado_____

Descripción _____ de _____ la

alteración_____

Curso del pensamiento:

Inhibido____ acelerado____ perseverancia____ incoherencia____

desorganizado____

Formas de expresión:

Claro___ organizado___ coherente___ confuso___ desorganizado___
incoherente___ tartamudeos___ autista___

Comunicación _____ no
verbal_____

Humor:

Deprimido___ eufórico___ ansioso___ triste___
fluctuante___ apático___

Otros_____

Lenguaje:

Dificultad de expresión verbal: si_____ no_____

Velocidad: rápido___ lento___ paroxístico___

Cantidad: abundante___ escaso___ lacónico___
verborreico_____

Tono y modulación: alterado___
tranquilo___ hostil_____

Vive: solo___ acompañado___ lugar que ocupa en la
familia_____

Rol_____

Personas _____ mas
significativas_____

Principal
confidente_____

Personas con las que se relaciona a
diario_____

Su relación es: satisfactoria___ insatisfactoria___
indiferente_____

Tiempo que pasa solo y
porqué_____

Tiempo que pasa con compañeros y
amigos_____

Sexualidad: última regla_____ anticoncepción: si _____
no___método___

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si_____ no_____
motivos_____

De embarazos_____ realiza auto examen: si_____
no_____

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

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

religión: católica romana_____ protestante_____ judía_____ otras_____

desea realizar prácticas religiosas: si_____ no_____

En caso de no tomar decisiones, ¿ qué persona le gusta que lo hiciera por
usted?

12.- NESECIDAD DE REALIZACIÓN COMO PERSONAS

Profesión___ Situación laboral_____ trabajo___ jubilado___ invalidez_____

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si_____

no_____

Si la respuesta es si
explique_____

Problemas laborales: si_____ no_____

cuales_____

Tiempo dedicado al trabajo_____ tiempo dedicado al
ocio_____

Capacidad de decisión: si_____ no_____ resolución de problemas: si____
no____
Grado _____ de _____ incapacidad _____ personal
atribuida_____

13.- NESECIDAD 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 actividades o funciones físicas y corporales._____

Que es lo que le gusta hacer: ver televisión___ lectura___ manualidades__

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Alteraciones en la memoria: recientes_____ remota_____

Inteligencia general: adaptación al momento___ retraso en el desarrollo___

Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:

Pregunta___ escucha___ interés___ desinterés___ propone alternativas _____

Hay problemas que dificulten su aprendizaje: si_____ no_____

¿conoce usted el motivo de la hospitalización? Si_____ no_____ cual es_____

¿ hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se
encuentra?_____

ANEXO 2

IMC= peso / Talla

IMC = 80 / 1.50

IMC = 35.5

PESO IDEAL = talla / 2 - 25

PESO IDEAL = 150 / 2 = 75 – 25 = 50

P.I = 50. + 10% = 55

50 – 10% = 45

ECUACIÓN DE HARRIS – BENEDICT

SEXO: Femenino

EDAD: 25 años

PESO: 80Kg

TALLA: 1.50 cm.

ACTIVIDAD FISICA: 146

MB= (Kcal. día mujer) =655.1 + (9.56 * Kg.) + (1.85 * cm.) – (4.68 * años) +- 600

655 + (9.56)(80) + (1.85)(1 50) – (4.68) (25) + 600

655 +764.8 + 2.775 – 117 +600 o -600

1419.8 + 767.575 – 650.575 +600 ó –600 = 1250.575

50.575

GEB

DISTRIBUCIÓN

CARBIHIDRATO = 55 (1250.57) (55) = / 4 = 171.95

LIPIDOS = 25 (1250.57) (25) = / 9 = 34.73

PROTEINAS = 20 (1250.57) (20) = / 4 = 62.52

Carbohidratos 270- 100%

171.95- X = 63%

lípidos 270 – 100 %

34.73 –x = 13%

Proteinas270 – 100%

62.52 –x = 23 %

63%

13%

23%= 99%

Cuadro de las raciones de alimentos

Alimentos	Ración	Energía	CHO	Lípidos	Proteínas
Cereales y tubérculos	3.5		15 52.5	0 0	2 7
Leguminosas	3		18 54	1 3	6 18
Carnes / huevo	2		0 0	2.5 15	7 14
Lácteos	2		9 18	8 16	9 18
Verdura	3.5		5 17.5	0	7 2
Frutas	2.5		10 25	0	0
Grasa	2		0	5 10	0
Azúcares	.5		10 5	0	0
Total			172 171%	34 34 %	64 62%

DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS

Alimentos	Desayuno 8.30am	Almuerzo 12am	Comida 3.30pm	Cena 8.30pm

Cereales y tubérculos	1	1	1	.5
Leguminosas		1.5	1.5	
Carne y huevo		1	1	
Lácteos	1			1
Verduras		1.5	2	
Frutas	1	.5		1
Grasas		1	1	
Azucares	¼			1/4

MENÚ

LUNES. De 2 a 3 litros de agua durante el día

DESAYUNO

Arroz con leche,
uvas

ALMUERZO

1 huevo,
Lentejas con una tortilla
Cerezas.

COMIDA

Frijoles con una tortilla
1 bistec asado con jitomate y lechuga.

CENA.

Cereal con yogurt, 1 manzana

MARTES de 2 a 3 litros de agua durante el día

DESAYUNO

Avena con leche, 1 mango

ALMUERZO

Acelgas con 1 tortilla

Pollo, habas.

1 naranja.

COMIDA

Frijoles con una tortilla

Pescado

Zanahoria y chayote

CENA

Cereal con yogurt y melón.

MIERCOLES

DESAYUNO

Leche con tapioca.

ALMUERZO

Garbanzo con una tortilla

Soya con atún y jitomate.

COMIDA

Frijoles con huevo y una tortilla

Brócoli con calabazas cosidas.

CENA

Yogurt con cereal, y fresas.

JUEVES

DESAYUNO

Leche con dos galletas marías

ALMUERZO

Arroz con una tortilla

Bistec asado

Zanahoria y repollo.

COMIDA

Lentejas con tocino.

nopales y una tortilla.

CENA

Cereal con yogurt.

una pera.

