

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA

Proceso de Enfermería con el referente Teórico de Dorothea E. Orem
aplicado de un caso clínico de Obesidad.

Que para obtener el título de Licenciado en Enfermería

Presenta P. L.E Cipriano Munguía Ziranda

Asesoras

Dra. Enf. María Leticia Rubí García Valenzuela
LE: Brenda Martínez Ávila

Revisora
MEM. María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia Michoacán, Octubre del 2011.

DIRECTIVOS

DR. E. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora de la facultad de enfermería

ME. Ruth Pérez Guerrero

Secretaria académica

ME. Roberto Martínez Arenas

Secretario administrativa

MESA SINODAL

Presidente de la mesa sinodal

Dr.Enf. María Leticia Rubí García Valenzuela

Vocal 1

L.E.Q. Brenda Martínez Ávila

Vocal 2

MEM. .María Jazmín Valencia Guzmán

Suplente

ME. Ruth E. Pérez Guerrero

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de Proceso de Enfermería realizado con una paciente con Obesidad le agradezco de todo corazón a la paciente y a su familia por su gran colaboración ya que sin su apoyo el trabajo no se había podido terminar.

También a las personas que colaboraron junto con ella el en grupo de ayuda mutua se le agradece de ante manos, su colaboración.

Les doy las gracias a los dos Maestros que me impartieron el curso de Proceso de Enfermería ya que con su retroalimentación sobre la elaboración de ante mencionado se llevó a cabo de manera adecuada sobre un diagnóstico para mejorar el estado de salud.

A la Facultad de Enfermería le agradezco que implementa el curso de Proceso de Enfermería para mejorar el cuidado de los pacientes.

DEDICATORIA

Este gran esfuerzo que el logrado es gracias a mi Mama y mi Familia, Les dedico de todo corazón mi PROCESO ENFERMERO DE UNA PACIENTE CON OBESIDAD. Ya que me apoyaron incondicionalmente mi familia durante mi estancia en la facultad de Enfermería y siempre el recibido palabras de aliento, y apoyo que me ayudan a seguir adelante y hacer más fuerte para enfrentar los obstáculos de la vida y siempre seguir superándome.

Le dedico también mi trabajo a mi Asesora la DRA.E. Leti Rubí que recibí mucho apoyo por parte de ella ya que siempre estuvo apoyándome en todo para elaboración de mi trabajo de titulación le doy la más sinceras gracias por su gran apoyo.

Les dedico mi trabajo a las personas que me han dado lo mejor de la vida que es la amistad para mis amigos.

A MI MADRE Y HERMANOS (AS)

Una meta más en mi vida se ha cumplido
Mil palabras no bastarían para agradecerles su
Apoyo y comprensión en los momentos difíciles.
Gracias por haber fomentado en mí el deseo de
Superación y el anhelo de triunfo en la vida, por
Compartir mis penas y mis alegrías, mis pequeñas
Victorias y mis dolorosos fracasos, siempre recibiendo de
Ustedes las palabras de aliento que me dio la fuerza
Para seguir luchando.

Hoy, me dispongo a conquistar nuevas metas y
A lograr mi realización personal.
A Dios y a ustedes debo este logro
Y con ustedes lo comparto.
Con todo cariño.

INDICE

Introducción

I. Justificación.....	1
II .Objetivos.....	2
2.1 general	
2.2 específicos	
III. Metodología.....	3
IV. Caso clínico.....	4
V. Marco Teórico.....	5-46
5.1 Proceso de Enfermería	
5.2. Teoría de déficit de auto cuidado de Dorothea E. Orem	
5.3. Obesidad	
VI. aplicación de proceso de Enfermería.....	47-55
6.1 Diagnósticos de Enfermería	
6.1.1 Diagnostico 1	
6.1.1.1 Plan de Enfermería	
6.1.1.2. Ejecución	
6.1.1.3 Evaluación	
6.1.2. Diagnostico 2	
6.1.2.1 Plan de Enfermería	
6.1.2.2. Ejecución	
6.1.2.3. Evaluación	
6.1.3 Diagnostico3	
6.1.3.1. Plan de Enfermería	
6.1.3.2. Ejecución	
6.1.3.3 Evaluación	

VII. Conclusiones y sugerencias.....	56
VIII. Bibliografía.....	57
IX. Referencias bibliográficas.....	58
X. Glosario de términos.....	59-60
XI. Anexos.....	61-74
XII. Apéndices	75

JUSTIFICACIÓN

Mortalidad de la obesidad

En los países desarrollados el desarrollo, indica que el riesgo de sufrir obesidad no es homogéneo entre los distintos estratos socioeconómicos y educativos de la población. En los Estados Unidos, hasta antes de 1980, la prevalencia de obesidad en niños era mayor entre estratos socioeconómicos altos. Sin embargo, recientemente se ha detectado un aumento en la prevalencia en preescolares de bajos ingresos. Del mismo modo, se han encontrado prevalencias más altas entre niños de bajos ingresos, hispanos o indios americanos, en comparación con las de otros grupos étnicos. La obesidad entre adultos en los Estados Unidos es más frecuente entre personas de bajos recursos económicos y entre la población afroamericana y México Norteamericana (Bunavet, 2001).

Diversos estudios señalan que México se encuentra en transición epidemiológica - proceso en el cual se observa un descenso dramático de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y un aumento modesto en la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas (Béjar, 1990).

El mismo autor en México, en general, se ha prestado mayor atención a los problemas de desnutrición que a los de mala nutrición por exceso. Sin embargo, los cambios que el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual atraviesa, indican que la malnutrición por exceso también puede constituir un problema de salud pública importante. La creciente urbanización y el desarrollo económico producen cambios en las condiciones y en los estilos de vida. Estos cambios pueden generar modificaciones en la dieta y en los patrones de actividad física de la población, lo que puede aumentar el riesgo de obesidad.

La Obesidad es una de las enfermedades que tiene mas prevalencia aquí en nuestro país ya que ocupamos el primer lugar en obesidad y donde se esta presentando este problema es mas en los adolescentes por que ellos en su esta se deprimen mas y su alimentación no es adecuada por este motivo tuve el interés de trabajar sobre la obesidad ya que este problema esta avanzando mucho en nuestro país y para evitar la mortalidad en los adolescentes por la Obesidad (Feldman, 1998).

Para difundir más información a los adolescentes de nuestro país sobre este grave problema de la obesidad y que sepan las consecuencias que pueden ocasionar en su estado de salud, puede llegar hasta la muerte.

Considerando, a la vez, que el Proceso de Enfermería es una metodología científica que busca elevar la calidad del cuidado de enfermería, en diversas circunstancias relacionadas con la salud, con este estudio se quiere ayudar a los adolescentes a que se valoren como personas y que no se sientan rechazadas por lo demás ya que valen mucho como personas.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Aplicar el Proceso de Enfermería con referente de la Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem a una paciente con un diagnóstico médico de Obesidad.

2.2 Específicos

- Valorar los requisitos universales de una paciente con obesidad
- Identificar los requisitos de autocuidado del desarrollo alterados de una paciente con obesidad.
- Conocer las causas de la paciente de tener una desviación de la salud con el diagnóstico de obesidad.
- Aplicar intervenciones de enfermería de acuerdo a libro de NIC.

III. METODOLOGÍA

Para elaboración del presente trabajo fue necesario tomar un curso de Proceso Enfermero, ver sus antecedentes y la importancia que tiene en la Profesión de Enfermería, de llevar a cabo en el campo laboral para dar una mejor atención a un paciente con diferente diagnóstico médico.

Desarrollando las cinco etapas que conforman el proceso enfermero:

- Valoración
- Planeación
- Diagnóstico
- Ejecución
- Evaluación

También se realizó una observación de dos semanas de que paciente y que diagnósticos se podía trabajar con el Proceso de Enfermería.

Se llevó a cabo un acuerdo con el paciente elegido para que si estaba de acuerdo en ayudarlo a mejorar su salud, se le dio un cuestionario de la Teoría de Dorotea Orem que consta de varias preguntas básicas y personales sobre su vida y de su problema de salud para así poderla ayudar a resolver su enfermedad.

Se formuló una carta consentimiento y se les llamó a sus padres para explicarles en que consistía el proceso de trabajo que se llevaría a cabo y que será una forma de ayudar a la paciente.

Se realizó una valoración de la paciente para analizar y llegar a una conclusión sobre que alteraciones son las más importantes, estableciendo un diagnóstico de Enfermería, estructurando el caso clínico, planear y realizar intervenciones de Enfermería para mejorar o solucionar su problema.

Se menciona que llevando el orden de Proceso de Enfermería el resultado es favorable de mejorar o de resolver el problema de salud.

También se trabajó con la teoría de déficit de auto cuidado de Dorotea E. Orem para llevar a cabo una mejor atención a la paciente, se trabajó con los diagnósticos de la NANDA, con las intervenciones de Enfermería de NIC para que haya mejor resultado y lograr los objetivos establecidos.

IV. CASO CLINICO

A.CH.Z. Es una mujer de 18 años originaria de Chucandiro municipio de Chucandiro, Michoacán, residente del mismo lugar, escolaridad secundaria desempleada, se dedica al el hogar, religión católica soltera.

Refiere que tiene dos hermanas ella es la tercera de las hermanas no vive en hacinamiento. Vive con sus padres y una hermana. Depende económicamente de sus padres, quien reciben de 1-2 salarios mínimo cubre los gastos de los cuarto; también, lo cual les permite cubrir los gastos de servicios de su casa.

Pesa 64 kg. Talla 1.52 Índice de masa corporal de 27.7, a la obesidad. NO Consume carne roja ninguna veces a la semana, pollo ocasionalmente, verdura una vez a la semana (papa, coliflor zanahoria), fruta una vez por semana (manzana, mango, plátano sandía), pan todos los días; generalmente desayuna café con pan, tres tacos de guisado, galletas; en la comida consume seis tortillas, uno o dos vasos con refresco, una rebanada de pan; merienda: café y pan, dos tacos de guisado, un pan con lechera o mantequilla, en los últimos 6 meses ha aumentado de 1-3 kg No consume una dieta especial para su padecimiento, porque menciona “siempre ha comido lo mismo pues es a lo que están acostumbrados su familia y ella”; consume de trescientos a quinientos mililitros de agua por día, y refresco de 500-1000 mls todos los días; no es alérgica a ningún alimento. Evacúa una vez al día sus heces son duras y de color café, refiere que a defecar tiene dolor.

Orina 1 o 2 veces al día, orina amblar, sin molestias. Baño y cambio de ropa exterior e interior diariamente; cepillado dental tres veces al día. Duerme de 5 a 6 horas al día ininterrumpidas y se levanta cansada. Dedicar aproximadamente 5 horas al trabajo doméstico diariamente. Dedicar su tiempo libre para escuchar música o ver T.V.; su principal diversión es salir al pasear a la plaza. Sale con su familia a la ciudad de Morelia cada quince días al pasear.

Se encuentra alerta, consiente, orientada en tiempo y espacio, con lenguaje fluido y coherente. Menarca a los 11 años, su ciclo menstrual dura cuatro días. Refiere que cuando necesita atención médica acude a médico particular. Sus signos vitales son tensión arterial TA 110/70, FC 80 x', FR 22 x', Temperatura 36.5°C.

La paciente se encuentra ansiosa, preocupada y angustiada. Refiere que no recibió información acerca de su enfermedad, ni tratamiento, ella comenta que sus alimentos los guisan con aceite y consume alimentos grasosos y comida chatarra.

Refiere la paciente que no realiza ningún tipo de ejercicio, ni a recibido información sobre orientación sexual. No acude a ningún chequeo o revisión médica, su convivencia es con su familia “su relación con su familia es buena pero cuando tiene problema no plática con nadie de sus preocupaciones, se siente deprimida, no se acepta su físico, se siente rechazada por sus amigos y familia, le dicen que esta gorda.

V. MARCO TEORICO

5.1 proceso enfermero

Anteriormente al desarrollo del Proceso, los cuidados de Enfermería se llevaban a cabo exclusivamente en las órdenes médicas 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 de un método científico. Ya Florence Nightingale lo señalaba y demostró que la intervención sistemática de las enfermeras disminuía el índice de mortalidad y procuraba niveles más altos de bienestar (Orizaga, 200).

El mismo autor describe que a partir de ella se fueron dejando los sistemas de atención ciegos, 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 específico de la enfermería.

El 1955 Hall introduce el término de Proceso de Enfermería, Johnson 1959-1963 desarrolla un proceso trifásico que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases.

En 1967 Yuri y Walsh crearon el primer texto que describían un proceso de cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

1974-1976 Boch, Roy, Mundinger y Jauron y Aspinall añadieron la fase de diagnóstico. A partir de entonces (1976) el proceso de enfermería ha sido legitimado como el marco de la práctica de enfermería y se ha incorporado en el marco conceptual de los planes de estudio en la mayoría de los países (Carpenter, 2001).

Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en el diagnóstico y tratamiento de respuestas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales (Gonzalez, 2005).

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.

El Proceso de enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de la enfermería que es “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 a mejorar la calidad de vida del cliente. El proceso de enfermería implica una relación afectiva entre el cliente y la enfermera. La enfermera convalida con el cliente las observaciones y conjuntamente utilizan el proceso hacia la atención individualizada (Cervantes, 2005).

Estructura

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

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores .

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Carpenter, 1998).

Características del proceso de enfermería

Sistemático: Parte de un planteamiento estructurado para la acción, implica la utilización de un enfoque organizado para lograr los objetivos.

Flexible: la enfermera puede utilizarlo en cualquiera de sus ámbitos de práctica y puede usar sus fases de forma sucesiva y concurrente (puede utilizar más de una etapa a la vez).

Dinámico: responde a los constantes cambios en el estado de salud de la persona. Se orienta a las respuestas humanas que son múltiples, cambiantes y únicas. Además su naturaleza dinámica favorece la retroalimentación sobre los resultados de las acciones y guía las siguientes.

Resuelto: porque va dirigido a un objetivo: “proporcionar cuidados de calidad centrados en el cliente.

Interactivo: el Proceso de Enfermería se basa en las relaciones reciprocas que se dan entre la enfermera y el cliente, la familia y otros profesionales; este componente garantiza la individualización de los cuidados.

Posee una base teórica: este se ha creado a partir de una amplia de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, pudiendo aplicarse a cualquier de los modelos de enfermería.

Permite la creatividad: tanto a la enfermera como al cliente le permite plantear y abordar el problema de diversas maneras.

Es cíclico: como las etapas están interaccionanadas, no existe un principio o final absoluto.

Es de aplicación universal: se utiliza en cualquier ámbito de la práctica y en cualquier tipo de cliente (Doenges, 2006).

Utilidad de Proceso Enfermero

Su utilidad queda costatada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances que demandan cuidado de calidad, por lo que precisa de acciones de enfermería adaptadas a sus particularidades.

1. Impide omisiones y repeticiones: como consecuencia del registro, cada enfermera mantiene informada de los planes y actividades realizadas al cliente.
2. Favorece la individualidadlizacion: 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 produce un aumento de la satisfacción tanto en el cliente como en la enfermera.

Ventajas del proceso

a) Ventajas para la profesión

1. Demuestra de forma concreta el ámbito de la practica 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).

2. Se ha incorporado a las normas de práctica en algunos países como Estados Unidos de Norteamérica, con lo cual las enfermeras son responsables de ejercer de acuerdo con estas normas (Delgado, 1995).

b) Ventajas para el cliente

1. 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.

2. Continuidad del cuidado: el hecho de contar con un plan por escrito facilita que las personas implicadas puedan acceder.

3. Participación de los clientes en el cuidado de salud: el proceso permite que los clientes desarrollen sus capacidades y sus habilidades en su propio cuidado.

c) Ventajas para la enfermera

1. 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.

2. Facilita el desarrollo de una relación enfermera- cliente significativa.

3. Potencia el desarrollo profesional. La aplicación del Proceso de Enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales.

4. Evita acciones legales.

5. Proporciona un marco de responsabilidad (condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte de del rol profesional (Cervantes,2005).

Etapas de Proceso de Enfermería

Valoración

Proceso organizado y continuo, recolección de datos de distintas fuentes, para analizar el estado de salud de un cliente. Punto de partida del Proceso de Enfermería y base de todas las etapas siguientes, lo que lo convierte en el banco de datos imprescindible para la toma de decisiones.

Elementos que influyen en la valoración La preparación teórica de las enfermeras(os), tanto clínica, de las ciencias humanas, como propia de la disciplina, son elementos decisivos en la valoración. La enfermera(o) tiene que poder analizar los datos de la valoración, reconocer relaciones significativas entre los datos, desarrollar conclusiones válidas y emitir juicios sólidos que contribuyan al proceso de recuperación o control del cliente, “instrumento intelectual para interpretar los datos, detectar los problemas y determinar las intervenciones” (Carpnito, 2001).

Capacidad de interacción

Puesto que el proceso de enfermería es un proceso comunicativo e interactivo, el personal de enfermería debe tener muy bien desarrolladas las capacidades comunicativas, pues éstas facilitan el desarrollo de relaciones positivas entre la enfermera(o) y el cliente.

Estas relaciones positivas facilitan:

- ❖ La determinación de prioridades del cliente.
- ❖ La creación de un ambiente terapéutico donde puedan lograrse los resultados.

El ambiente terapéutico se empieza a desarrollar durante la valoración y requiere que la enfermera(o) posea capacidades comunicativas verbales y no verbales (capacidad para escuchar, para expresarse, sentido común, flexibilidad, creatividad).

Habilidades técnicas

La valoración requiere que el profesional de enfermería además de la preparación teórica y humana cuente con habilidades y destrezas para realizar los procedimientos que la hacen posible. Es necesario un perfecto conocimiento del manejo de los instrumentos o equipo que hacen practicable la observación instrumental (esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, etc.) así como de algunas técnicas, maniobras o destrezas como la inspección, palpación, percusión y auscultación (Jiménez, 2000).

Filosofía profesional

El mismo autor describe que es un conjunto de pensamientos y creencias influido por la escala de valores de cada condiciona desde la etapa de valoración todo el Proceso de Enfermería. Las creencias, ideas y pensamientos sobre el hombre, salud, enfermería, medio ambiente van a determinar e influir sobre toda la actividad profesional. Las enfermeras(os) al elaborar marcos teóricos han impregnado positivamente al área de influencia filosófica e ideológica que afecta a estos profesionales en su práctica.

Por ejemplo, Orem con su teoría sobre el autocuidado; Imogene King con su modelo del logro de metas; o Virginia Henderson con su definición de enfermería.

La adopción de una u otra filosofía determinará de alguna manera el quehacer de la enfermera(o) y el cliente durante el proceso de enfermería (Jiménez, 2000).

Marco conceptual de referencia para valorar

Seleccionar un marco de referencia para valorar sería equivalente a diseñar las prácticas dirigidas a reunir un determinado tipo de información y no otro, es decir, “Que datos recoger” para lograr el análisis del estado de salud del cliente y la identificación de los problemas de enfermería.

En este sentido el marco de referencia para la valoración que se ha seleccionado en la Escuela de Enfermería de Irapuato son los Patrones Funcionales de Salud, que orientan la obtención de datos válidos para identificar problemas de enfermería y que cumplen con las siguientes características:

- ❖ Integrales: contemplan la integridad del ser humano.
- ❖ Globalizadores: conciben a la persona desde una perspectiva total.
- ❖ Personales y orientados hacia las respuestas humanas como unidades de estudio del grado de satisfacción/insatisfacción de las necesidades.
- ❖ Operativos: por que permiten determinar, clasificar y ordenar los datos para identificar los problemas que pueden ser atendidos por las enfermeras(os).

Los patrones funcionales de salud son los siguientes:

- Patrón percepción de salud- manejo de salud.
- Patrón nutricional-metabólico.
- Patrón eliminación.
- Patrón actividad-ejercicio.
- Patrón sueño-descanso.
- Patrón cognitivo-perceptual.
- Patrón autopercepción-autoconcepto.
- Patrón rol-relaciones.
- Patrón sexual-reproductivo.
- Patrón adaptación-tolerancia al estrés.
- Patrón valores-creencias.

Componentes de la valoración

Al hablar de la valoración como proceso entenderíamos que contiene varias fases que en su conjunto están dirigidas a recoger todos los datos necesarios para identificar la situación de salud del cliente. Estas fases se realizan sucesivas y simultáneamente siendo las siguientes.

- A) Recolección de datos.
- B) Validación de datos.
- C) Organización de datos.
- D) Comunicación/anotación de los datos.

Recolección de datos

En el contexto de la valoración los datos podrían definirse como información específica que se obtiene de un cliente y que se constituye en una base de datos fundamentales para el resto de las etapas del proceso.

La recolección de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Con la recolección sistemática se disminuye la posibilidad de omitir información y con la recolección continua se asegura la actualización (Ledesma, 2006).

Tipos de datos

Los datos se clasifican según puedan ser observados, medidos y/o supuestos en:

Objetivos (signos manifiestos): son aquellos que son observables y mensurables; por tanto delatan una información concreta y exenta de parcialidad. Habitualmente estos datos se obtienen a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del cliente. Ejemplo:

- Signos vitales: respiración, pulso temperatura, tensión arterial.
- Coloración de la piel.
- Llanto
- Edema
- Peso

Subjetivos (síntomas o datos encubierto): son los datos que reflejan hechos y situaciones expresados por el propio cliente, solo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirlos y verificarlos.

Estos datos se obtienen generalmente durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas de cliente sobre si mismo y sobre el estado de salud personal.

A menudo los datos objetivos y subjetivos se justifican entre si ejemplo: siento como si los putos me fueran a estallar (datos subjetivos); la enfermera los verifica con los signos encontrados de palidez, sudoración, protuberancia intestinal, edema (Ledesma, 2006).

A veces los datos subjetivos y objetivos pueden ser contrarios. Ejemplo: el cliente niega sentir dolor; la enfermera observa facies de dolor y aumento de la frecuencia cardiaca. En este caso la enfermera deberá reunir más información para probar la discrepancia.

Los datos también pueden ser:

- a) Históricos: antecedentes (hechos acaecidos con anterioridad).
- b) Actuales: los que refiere el cliente como dato del momento, del presente.
- c) Es muy importante que la enfermera no haga generalizaciones o interpretación específica del comportamiento de cliente, ya que las causas de este deberán ser investigadas.

También deberá asegurarse de que la información sea lo mas completa posible, pues a menudo los clientes omiten o generalizan la información.

Los datos deberán también ser concisos, la enfermera tiene que resumir la información recogida con un lenguaje correcto y científico.

Fuentes de datos

Primaria: el cliente es la principal fuente de datos.

Secundaria:

Familia y otras personas significativas. Los allegados, familiares y amigos que conocen bien al cliente y pueden dar información así como completar o verificar la dada por éste.

Los profesionales de la salud. Se pueden recurrir a los registros de enfermería, registros médicos o consultas verbales.

Bibliografía relevante que apoye el conocimiento sobre la situación presentada por el cliente (Merigo, 1968).

Procedimientos para la recolección de datos

Los datos deben obtenerse a través de los siguientes métodos: observación, entrevista personalizada o estructurada y exploración física.

Observación

La observación sistemática implica el uso de los sentidos para adquirir información relativa al cliente, personas allegadas, el entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. Es una técnica que requiere disciplina y práctica, experiencia y conocimiento. Cada uno de los datos identificados durante la observación deberá ser más estudiado, pudiendo justificar o negar las impresiones iniciales de la enfermera(o).

La observación implica:

- 1) Reconocer los estímulos: por ejemplo, la enfermera(o) observa la cara del cliente enrojecida.
- 2) Seleccionar, organizar e interpretar los datos (mediante la percepción): el dato anterior lo puede relacionar con hipertermia o temperatura ambiental o presión arterial.

La observación debe ser organizada, por ejemplo:

- Signos clínicos de alteración: palidez, enrojecimiento, fatiga, comportamiento indicativo del dolor.
- Riesgos en la seguridad del cliente: barandilla de la cama baja, piso resbaladizo, soluciones derramadas.
- Funcionamiento del material: equipos de percusión, oxígeno, aire.
- Medio inmediato incluyendo a las personas que se encuentran en él (Delgado, 1995).

Entrevista personalizada/estructura

Es el método que tiene más relevancia en la obtención de información. La cantidad de datos pertinentes obtenidos dependerá de las habilidades que como entrevistadora tenga la enfermera(o), es decir, de la habilidad para establecer una relación de confianza, para observar, escuchar y preguntar, que fomente la relación interpersonal satisfactoria y el acercamiento con el cliente.

Propósitos de la entrevista

- 1) Identificar problemas/alteraciones.
- 2) Crear un clima agradable y de confianza.
- 3) Evitar o reducir la angustia.
- 4) Motivar la participación del cliente (. (Delgado, 1995).

Factores que influyen en la entrevista

- 1) El lugar: Debe proporcionar la intimidad adecuada para facilitar la comunicación (usar cortina, cerrar la puerta). Una habitación bien ventilada, iluminada, acogedora, sin ruidos, movimientos o interrupciones estimula la comunicación.
- 2) La posición: ésta puede facilitar o dificultar la entrevista, es importante no permanecer de pie o con un obstáculo intermedio (mesa, escritorio), ya que esto da señales de superioridad. Es importante permanecer de frente pero podría hacerlo al lado del cliente y colocando una silla junto a él. Cuando se entrevista a un grupo se puede hacer en círculo o en herradura.
- 3) La distancia: mucha gente se siente incómoda cuando les hablan demasiado cerca; la distancia que se considera óptima es de 1 a 1.2 metros para que el cliente no se sienta distanciado. La altura también afecta a la comunicación. No hacer la entrevista de pie.
- 4) Tiempo: la entrevista con un cliente hospitalizado debe programarse de forma que esté cómodo físicamente y sin dolor y que las interrupciones sean las menos posibles. Cuando es en el domicilio, el cliente fija el horario.

Componentes o partes de una entrevista

1) Introducción/ presentación

En esta fase la enfermera(o) y el cliente empiezan a crear una relación terapéutica. La actitud profesional de la enfermera(o) es probablemente el factor más significativo a la hora de crear un ambiente de relación positiva. El enfoque de la enfermera(o) deberá transmitir respeto hacia el cliente. La enfermera(o) deberá garantizar la confidencialidad de los datos y fomentar la participación.

Consta de dos etapas:

- Establecimiento de una buena relación: Es el proceso de creación de un ambiente de buena voluntad y confianza. Se puede iniciar con el saludo y la presentación acompañada de expresiones no verbales como una sonrisa. Se pueden hacer dos o tres preguntas generales sobre la persona misma, su familia y gustos. Cuidando de no excederse y caer en la superficialidad y en la ansiedad para el cliente.
- Orientación: En esta etapa se debe explicar el objetivo de la entrevista y se le debe comunicar al cliente que tiene derecho a no facilitar la información y, además, qué destino tendrá ésta (Cervantes,2000).

2) Núcleo/cuerpo.

Si la fase de presentación ha sido positiva, la persona puede comenzar a expresar sus percepciones, ideas, pensamientos y/o sentimientos. Durante esta parte de la entrevista la enfermera(o) se centra en áreas específicas, para ello utiliza un esquema o formato que le permita una recolección lógica y sistemática de la información. También es aquí en donde la enfermera(o) hace uso de las técnicas de comunicación como es la escucha activa y la respuesta profesional.

3. finalización/ cierre

La Enfermera concluye la entrevista cuando se han logrado las fases o por cansancio del cliente. Es importante utilizar las siguientes formas para cerrar una entrevista.

- Indique que la entrevista esta llegando a su fin.
- Haga saber al cliente que se ha cumplido el objetivo.
- Manifieste satisfacción (gracias por su tiempo y por su ayuda).
- Exprese interés por el bienestar y la seguridad del cliente (“espero que todo vaya bien”; si tiene algún problema, dígamelo”).
- Planifique el nuevo encuentro (si va a ocurrir).

Técnicas para entrevistar

Las entrevistas resultan muy reveladoras y completas cuando la enfermera empieza a utilizar técnicas verbales para obtener los datos.

La combinación de ambos enfoques facilita la adquisición de una base de datos exacta y completa.

Preguntas

Permiten obtener información del cliente; aclarar percepciones de las respuestas del cliente y ratificar otros subjetivos. Estas pueden ser.

Abiertas: estas por su naturaleza obtienen la percepción que el cliente tiene de un hecho o la descripción de temas que le preocupan o de sentimientos. Son las que dirigen o invitan al cliente a investigar sobre si mismo, le dan libertad de expresarse y generalmente requiere respuestas de una o más palabras.

Cerradas: son aquellas que se responden brevemente con una o dos palabras, son restringidas. Generalmente empieza con cuando, donde, quien, cuanto.

Dirigidas: conducen la respuesta del cliente y pueden sr abiertas. En este tipo de preguntas el entrevistador sugiere la respuesta (Jiménez, 2000).

Reflexión (reintroducción)

La misma autora describe que se repite la percepción que la enfermera tiene de la respuesta del cliente. Esto ayuda al cliente a continuar la conservación sobre un determinado tema examinándolo mas a fondo, ampliándolo, aclarando o corriendo la percepción de la enfermera.

Técnicas no verbales

Consiste en el uso de lenguaje no verbal; a menudo, las técnicas no verbales transmite un mensaje más eficaz que las palabras habladas. Los componentes no verbales más frecuentes son:

- La expresión facial del revela información importante. La enfermera deberá observar la propiedad de la expresión, es decir, la expresión facial debe ser congruente con las palabras.
- El ceño fruncido puede indicar desacuerdo, falta de entendimiento, dolor sordera o desdicha. La falta de contacto visual podrá significar que el cliente esta incomodo, es tímido, aburrido, retraído. De igual manera estos elementos deberán ser considerados en la enfermera.
- Postura corporal y actitud. La enfermera lograra un ambiente de efecto y confianza en tanto muestre una postura tranquila y relajada, pues ello hará sentir al cliente que existe interés y preocupación por su estado.

Es importante mencionar que la voz aunque es una técnica verbal puede transmitir mensajes no verbales dependiendo de sus características como tono, velocidad y volumen. Lo cual también deberá ser observado por la enfermera.

Técnicas para responder terapéuticamente durante la entrevista

a) Parafrasear consiste en repetir el mensaje de forma resumidas para confirmarlo (se hace consciente al cliente de sus mensajes).

b) clarificación: para que el mensaje se entienda mejor, cuando este es confirmado.

c) validación: se utiliza para permitir la expresión libre.

e) reconducción: permite la reorientación de la entrevista hacia su objetivo (Delgado2005).

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 (Jiménez 2005).

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

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

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 susceptibles 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 (González, 2005).

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 (Gordon, 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.

Para llevar a cabo la organización de datos se requiere:

- a) Conocimientos científicos de la disciplina para inferir los datos que tienen especial valor.
- b) Experiencia profesional que facilita y aumenta las condiciones para identificar los datos.
- c) Marco teórico- profesional que proporciona la estructura mental organizativa.

Comunicación/ documentación de datos

Se refiere al registro de los datos acumulados durante la valoración. Esta fase forma parte de todas las etapas del proceso de enfermería.

El registro de los datos en el expediente o historia de enfermería tiene las siguientes ventajas

- a) Establece la comunicación entre los miembros del equipo de salud evitando los interrogatorios y exploraciones repetidas al cliente y asegurando la continuidad del cuidado.

Directrices para la documentación

- a) Objetividad de las anotaciones:

Las anotaciones de enfermería deberán escribirse sin prejuicios, valores, juicios u opiniones personales. Deberá incluir la información subjetiva dada por el cliente, la familia u otros. Usar las comillas para identificar estas afirmaciones.

b) Las descripciones o interpretaciones de los datos subjetivos deberán ir apoyadas por observaciones específicas.

c) evitar las generalizaciones (es decir, el uso de los adjetivos “bueno”, “moderado”, “justo”, “normal”).

d) evitar términos que tengan connotaciones negativas (borracho, drogadicto).

e) descripción amplia de los datos (incluyendo las características que lo definen como tamaño, forma y color).

f) anotación clara y concisa de los datos (evitar la información superflua y las frases largas y confusas).

g) escritura legible con tinta permanente.

h) anotaciones sin faltas de ortografía y sin abreviaturas.

Diagnóstico de Enfermería

La integración del diagnóstico de enfermería en el ámbito de la práctica y educación de esta disciplina ha experimentado un continuo desarrollo. El estudiante de enfermería debe considerar el diagnóstico como:

- Herramienta de aprendizaje.
- Vía de computación de la ciencia de enfermería.
- Enfoque para la toma de decisiones.

El diagnóstico de enfermería solo tiene sentido si se le considera como una pieza clave del proceso de enfermería, pues permite identificar los problemas que como profesionales independientes podemos y debemos tratar.

El proceso de diagnóstico es una compleja función intelectual que comprende las siguientes fases:

- A) Preparación de los datos.
- B) Formulación del diagnóstico
- C) Convalidación
- D) Documentación

Definición

El diagnóstico Enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales
Diagnóstico reales o potenciales. Los diagnósticos proporcionan la base para los objetivos de los cuales la enfermera tiene la responsabilidad (definición dada por NANDA).

Requisitos para diagnosticar

1. Capacidad de acción: se refiere a la capacidad de la enfermera para recoger datos, lo cual requiere contar con un marco teórico conceptual y un instrumento de valoración.
2. Capacidad intelectual: es decir, el tener como norma de comportamiento el indagar y el cuestionar.
3. Conocimientos clínicos y experiencia. Esto le permitirá inferir las conclusiones.

Fases del proceso de diagnostico

a) Preparación de los datos.

Comprende la clasificación y recolección de información, la interpretación y la convalidación de los datos reunidos

Clasificación y recolección de información

Implica distribuir la información en categorías específicas (por ejemplo, patrones funcionales de salud). Estimula la discriminación de los datos y ayuda a identificar otros datos que requieren mayor discusión, observación o exploración física (Jiménez, 2005).

b) Formulación del diagnostico

Existen varias formas de exponer los diagnósticos de enfermería usando una serie de sistemas de clasificación de diagnostico. El sistema utilizado con mas frecuencia fue desarrollado por NANDA, y adoptado por el sistema oficial de diagnostico para los estados unidos de Norteamérica en 1988.

c) Convalidación

La enfermera intenta verificar la exactitud de la interpretación de los datos. Se hace mediante:

Interacción directa con el cliente (mediante afirmaciones reflexivas).

Consulta con otros profesionales.

Comparando los datos con otras referencias.

d) Documentación

Después de desarrollar y verificar la declaración de diagnóstico de enfermería, lo anota en el expediente clínico del cliente siguiendo las políticas o directrices de la institución (el diagnóstico se anota en el plan de cuidados, en las notas de enfermería o en el resumen de evolución).

Elaboración del diagnóstico de Enfermería

Antes de describir la forma en que debe ser construido un diagnóstico de enfermería, es necesario distinguir los diferentes tipos de diagnóstico que podemos encontrar en un cliente:

Diagnóstico real:

Define o describe un estado o situación alterada que existe y que ha sido confirmado mediante las características definitorias (signos y síntomas principales) del diagnóstico. En este tipo de diagnósticos el enfoque de las actividades de enfermería se dirige hacia la eliminación, reducción del problema y el control de signos y síntomas presentes.

Diagnóstico potencial o de alto riesgo:

Describe una alteración que todavía no existe pero que puede presentarse si no se ordenan o ejecutan ciertas actuaciones de enfermería. Las características que lo definen se presentan como factores de riesgo. Para estos diagnósticos las actividades de enfermería se enfocan hacia la prevención de los factores de riesgo.

Diagnóstico posible:

Describe problemas que pueden estar presentes pero que requieren de una recolección de datos adicional para confirmar o descartar su presencia.

Las actividades de enfermería se dirigen hacia la búsqueda de información que permita descartar o confirmar el diagnóstico (Delgado, 2005).

Diagnóstico de bienestar:

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un más alto (NANDA).

Reconoce a los clientes sanos que desean lograr un mejor funcionamiento en un área específica. En estos diagnósticos el personal de enfermería se enfoca hacia la enseñanza de un mayor nivel de bienestar.

Directrices para la formulación de los diagnósticos de enfermería

1. escribir el diagnostico en cuanto a la respuesta del cliente (problema) en lugar de la necesidad de la enfermera.

La primera parte del diagnostico de enfermería (el problema) identifica la respuesta del cliente ante la salud o la enfermedad. Necesidades terapéuticas o funcionales como "necesidades de frecuentes cambios de posición" o "necesidad de hacer respiraciones profundas", describe las intervenciones de enfermería no la respuesta del cliente (carpenito,1998).

2. Usar el término "relacionado para unir el problema con la etiología y" manifestado por" para unir la etiología con los signos y síntomas. Esto identifica una relación entre la respuesta humana y los factores etiológicos o relacionados.

3. Redactar el diagnostico en términos legalmente aconsejables un diagnostico como: "deterioro de la integridad cutánea relacionado como cambios infrecuentes y manifestado por ulceración de la dermis en la cara posterior del antebrazo". Esta declaración implica negligencia o culpa que podría no ce exacta y ocasionar posibles problemas legales para el personal que atienda al cliente. Lo correcto será relacionarlo con una inmovilidad prolongada.

4. Escribir los diagnósticos sin emitir juicios de valor.

Los diagnósticos de enfermería deben basarse en la recolección de datos objetivos y convalidarse con el cliente. El comportamiento de cliente no debe juzgarse por los valores y patrones personales de la enfermera. La utilización de palabras como pobre, malo, inadecuado o deficiente, en la declaración de un diagnostico a menudo implica un juicio de valor.

5. evitar cambiar las partes de la declaración del diagnostico. Si se cambia las clausulas (P-E por E-P) se podría producir una comunicación poco clara acerca de la respuesta del cliente y los factores etiológicos o relacionados, dificultando la redacción de unos resultados e intervenciones de enfermería apropiados.

6. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnostico. El primer enunciado del diagnostico. El primer enunciado del diagnostico se obtiene a partir del análisis conjunto de signos y síntomas observados durante la valoración; se pueden producir errores si el diagnostico se centra en un signo o síntoma aislado.

7. No deberán significar lo mismo las dos primeras partes del diagnóstico. Pues esto puede ocasionar dificultades para determinar las intervenciones para los factores relacionados.

8. Expresar los factores etiológicos o relacionados de forma que pueden cambiarse. El diagnóstico identifica respuestas reales o potenciales del cliente, estas respuestas y los factores que contribuyen a su existencia deberán poder modificarse mediante las intervenciones de enfermería.

9. No incluir diagnósticos médicos en la declaración del diagnóstico de enfermería.

10. Escribe el diagnóstico de forma clara y concisa. No es necesario incluir todas las declaraciones en el diagnóstico.

11. Añadir las palabras descriptivas necesarias para que el diagnóstico quede claro, cuando en este aparece la palabra especificar entre paréntesis

Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes

Modelo de práctica bifocal

En la práctica de enfermería se distinguen dos focos de interés:

- Las actividades colaborativas.
- Las actividades propias.

Lo cual da lugar a un modelo de práctica bifocal en el que se detectan tanto problemas clínicos como diagnósticos de enfermería. Los problemas clínicos corresponden a la dimensión interdependiente de la práctica de enfermería y los diagnósticos de enfermería corresponden a la dimensión autónoma o independiente de la práctica de enfermería.

Problemas interdependientes o interdisciplinarios:

Puesta de manifiesto la responsabilidad de las enfermeras en la identificación y el tratamiento de los problemas de las personas en cualquiera de las dimensiones de su práctica, revisemos ahora lo que son los problemas interdependientes.

Se define como Problemas interdependientes:

“un problema de salud real o potencial, cuya responsabilidad de tratamiento recae sobre otro profesional, que puede ser identificado por la enfermera y que esta ayuda a resolver mediante actividades-propias o de colaboración- de tratamiento”. Por lo tanto, los problemas interdependientes se refieren a complicaciones que se producen generalmente como consecuencia de tres situaciones:

- Enfermería primaria
- Estudios diagnósticos
- Tratamiento

Enunciado diagnostico de los problemas interdependientes

Su enunciado se puede realizar anteponiendo:

CP: “complicación potencial” cuando el problema es interdependiente potencial y sea necesario emprender acciones para evitar que se produzca.

PI: “complicación real” cuando el problema es interdependiente real y es necesario emprender acciones para contralarlo o eliminarlo.

A) Convalidación del diagnostico

Antes de pasar al diagnostico, es necesario verificar su exactitud y se puede hacer tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

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

B) Documentación

Después de desarrollar y verificar la declaración del diagnóstico de enfermería, la enfermera lo anota en el expediente clínico del cliente siguiendo las políticas o directrices de la institución (el diagnóstico se anota en el plan de cuidados, en las notas de enfermería o en el resumen de evolución).

Importancia de una taxonomía única

Como cualquier sistema taxonómico con ambiciones de validez universal, tiene que ser resultado de la aplicación sistemática de la metodología científica a la investigación. Carpenito destaca la importancia de los siguientes puntos:

Para la práctica:

Facultad el entendimiento, proporcionado in discurso común y científico, con el que se reconozcan, y que defina el ámbito de enfermería (definición de funciones, aéreas de responsabilidad y lo que se puede esperar de ellas)

Educación e investigación

- a) Conocidos los problemas de los que se ocupa la enfermera, la educación puede centrarse en capacitar a este profesional para resolverlos.
- b) La existencia de una taxonomía única fomentara la investigación y contribuirá a la consolidación del cuerpo de conocimientos de la disciplina (Carpenito, 1998).

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución consiste en la respuesta en marcha de plan de cuidados de enfermería.

Etapas de la ejecución:

Preparación

- Repaso intervención, priorizar, jerarquizar
- Analizar conocimientos y técnicas necesarios
- Reconocer las posibles complicaciones
- Perfeccionar el ambiente favorecedor

Realización

En esta fase es continua, importante nuevamente valorar, recoger y procesar datos.

Habilidades ejecución

- Cognitivas o intelectuales
- Interpersonales
- Técnicas o manuales

Documentación:

Completa anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.

- Genera comunicación profesional
- Genera responsabilidad
- Crea líneas de investigación

Implica las siguientes actividades la ejecución

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios

criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Grifito y Chris tensen (1982).

Deficion evaluar es comprobar una situación con los resultados esperados. Por tanto, es el conjunto relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basando en una situación presente (juzgar o valorar).

Tipos de evaluación

- Continua
- Intermitente
- final

Características de la evaluación constituye un proceso continuo: por que se realiza durante todas las etapas del proceso.

Es un u proceso terminal: por que después de que la enfermera completa su plan de cuidado, evalúa si se han cubierto o no los objetivos de cliente.

Es una actividad sistemática: supone una actividad intelectual que requiere orden para dar continuidad al ciclo dinámico en el que se desarrolla la atención de enfermería.

Permite obtener resultados sobre la calidad de los cuidados en su conjunto. Esto motiva a que la enfermeras acepten la responsabilidad de sus acciones, haciendo patente su interés y preocupación por estas (tantos individuales como de conjunto), para repetir las ineficaces modificarlas por otras.

Fases de proceso de evaluación

- a) Identificación de los estándares de medida (objetivos)
- b) Recolección de datos
- c) Comparación de datos con datos con resultados
- d) Emisión de un juicio sobre el proceso del cliente
- e) Revisión del plan de cuidados (análisis y modificación).

Identificación de los estándares de medida

Estos estándares tienen el propósito de orientar la clase de datos que se necesita recoger para la evaluación y proporcionan un medio para enjuiciar esos datos. cuando los objetivos están bien definidos, son precios, mensurables y contemplan la condición, el criterio de ejecución y el tiempo, representan los estándares de medida que orientan el siguiente paso del proceso de evaluación que es la recolección de datos.

Recolección de datos

Se lleva a cabo a través de las técnicas de valoración ya explicadas en la primera etapa del proceso (observación, exploración física, entrevista). Los datos se recogen de forma que se puedan sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la siguiente fase de la evaluación.

Emisión de un juicio sobre el progreso del cliente

Después de recoger los datos sobre el estado de salud del cliente y compararlos con los resultados, la enfermera emite un juicio sobre el logro del resultado por parte del cliente. Existen dos posibles respuestas resumidas en:

- Se ha logrado el resultado.
- No se ha logrado el resultado.

Recolección de datos:

- Se valora a través de la observación, la piel en la región sacra, codos, cadera y talones, principalmente buscando que el cliente no presente enrojecimiento ni úlceras en las regiones inspeccionadas.

Comparación de datos con resultados:

- Se compara el resultado real: “No hay zonas de enrojecimiento” con el resultado esperado, “El cliente no presentará signos de irritación cutánea”.

Juicio sobre el progreso del cliente:

- Se ha logrado el resultado. Ya que el cliente no presenta signos de irritación cutánea en las prominencias óseas.

Revisión del plan de cuidado

La evaluación de objetivos proporciona la retroalimentación para determinar si el plan de cuidados ha resuelto, reducido o prevenido eficazmente los problemas del cliente. El profesional de enfermería requiere revisar todos los aspectos del plan de cuidados independientemente de que los objetivos se hayan cubierto o no.

Cuando los objetivos se han cubierto se debe tomar una de las siguientes decisiones: que el problema planteado en el diagnóstico ya se ha solucionado y por lo tanto el plan trazado para alcanzarlo se abandona o que el problema (Camperio, 200).

5.2 Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem, una de autoras teóricas de enfermería mas destacadas de Norteamérica, nació en Baltimore, Maryland, su madre, ama de casa, era muy aficionada a la lectura. La menor de dos hermanas, Orem inicio su carrera profesional en la escuela de enfermería de Providence hospital, de Washington, D.C; donde obtuvo el diploma de enfermería a principio de la década de 1930. Continuo después su formación y consiguió el B.S .N. The Catholic University of America y el M.S. educación de enfermería por esta misma universidad en 1945.

En el desempeño de su profesión, Orem trabajo como enfermera privada Hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Province Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, paso siete años (1949- 1957) en Indiana, donde trabajo en la división de servicios Hospitalarios e institucionales de Board of Health del estado de Indiana. En estos años su meta principal fue siempre mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generales de todo estado. Fue en esta época perfilo su deficion de la practica de la enfermería.

En 1957 se traslado a Washington D.C., contrada por el office of eduction de los estados unidos, desde 1958 hasta 1960. Durante su permanecía en este departamento trabajo en un proyecto para mejorar la formación en enfermería practica, lo que la indujo a plantearse era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina.

En la actualidad, se dedica a impartir conferencias y a redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría. También sigue contribuyendo al trabajo de sus colegas a través de debates sobre la estructura de teoría y su aplicación en el campo de enfermería (Antología de enfermería, 2004).

Aplicación de datos empíricos

Orem formulo su concepto de enfermería relativo al auto cuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales que realizo en su estancia en el departamento de salud del estado de Indiana. Orem desde la primera publicación de su teoría del Orem ve su modelo del deficit de auto cuidado como una teoría general compuesta por tres su teoría interrelacionadas que describe: 1) el auto cuidado (como y por que la enfermería puede ayudar las personas) y 3) los sistemas de enfermería (que relaciones deben crearse y mantener se para que exista la enfermería).

La teoría del déficit de auto cuidado de Orem ha alcanzado un notable nivel de aceptación centro de la comunidad de enfermería, tal como lo prueba la elevada cantidad de trabajos publicados sobre ella.

El primer uso documentado de la teoría de Orem como base para estructurar el ejercicio profesional de la enfermería se puede encontrar en las descripciones de clínicas dirigidas por enfermeras en el Johns Hopkins Hospital en 1973.

Desde entonces, se han ofrecido descripciones sobre la aplicación de la teoría de Orem en diversas poblaciones de la teoría de Orem en diversas poblaciones clínicas y grupos de edad, desde neonatos a ancianos. En la bibliografía existente se pueden hallar también reseñas al uso de la teoría del déficit de autocuidado en poblaciones con distintos rasgos étnicos y culturales.

Se han publicado numerosos artículos de investigación sobre la inculcación del autocuidado en personas que padecen diabetes mellitus. Asimismo, existen múltiples investigaciones sobre trastornos en enfermos renales terminales, de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

En 1979 se publicó en la revista de alumnos de la escuela de enfermería del Johns Hopkins su artículo *Levels of Nursing*

Principales y definiciones

Desde los conceptos primera publicación de su teoría de Orem ve su modelo del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionales que describe:

El autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas),

El déficit de autocuidado (por qué la enfermería puede ayudar a las personas)

Los sistemas de enfermería (qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería)

En este apartado se señalan los conceptos principales de estas teorías, explicados en todo detalle en el libro de Orem *Nursing Concepts of Practice*

Autocuidado: el autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Requisitos del autocuidado. Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija: 1) el factor que se debe controlar u Orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, 2) la naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin normal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquel

Requisitos del autocuidado universales:

Los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital (González, 2005).

En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
2. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
3. La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
4. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
5. La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
6. La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

El termino normalidad se utiliza aquí para referirse a los que es humano en esencia y se corresponde con las cualidades y las características genéticas y constitutivas del individuo.

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo:

Estos requisitos se desgajan de los universales en la segunda edición de Nursing: concepts of practice, y se definen como aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.

Requisitos del autocuidado cuando falla la salud:

Estos requisitos son comunes en las personas que estén enfermas o que han sufrido algún accidente y que presenten algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnostico y se ha iniciado un tratamiento medico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto periodo de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Las enfermedades o lesiones no solo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos psicológicos, si no también al funcionamiento global del cuerpo, Cuando este funcionamiento global esta seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnostico o el tratamiento. En el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud.

Las medidas sanitarias que se adopten para resolver las necesidades de autocuidado cuando falla la salud deben ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes del individuo.

La complejidad de los sistemas de autocuidado dependientes es aun mayor por el alto número de tipos de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacerse dentro de un intervalo de tiempo determinado (Hernández, 2005).

Principales conceptos y definiciones

El mismo autor describe que el individuo y la complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes es aun mayor por el alto numero de tipos de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacer dentro de un intervalo de tipo determinado

Demanda de autocuidado terapéutico.

El mismo autor en esta categoría se encuadra la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concreto o a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo, que dependen en particular de cada enfermedad y de las circunstancias y requieren la aplicación de métodos apropiados:1) controlar o gestionar factores identificados en las necesidades, de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo como, por ejemplo, el aire, el agua y suficiente alimento,2) cumplir con el elemento de actividad de la necesidad, por ejemplo, mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La demanda de autocuidado terapéutico en cualquier momento:1) describe factores en el paciente o en el entorno que(en pro de la vida, la salud o el bienestar del paciente) deben mantenerse estables dentro de un rango de valores o conducirse hasta este rango de forma permanente,2) posee un grado conocido de eficacia instrumental que se deriva de la selección de la tecnología y las técnicas específicas que se van a aplicar, con el fin de tratar y en cierto modo, controlar a un paciente o a unos factores cambiantes del entorno.

Actividades de autocuidado: Esta actividad se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual.

Agente. Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

Agente de cuidado dependiente: Por lo general, estos agentes son personas adolescentes o adultos que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependiente de ellas, o bien que regulan el desarrollo o el ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir un autocuidado.

Déficit de autocuidado: Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autosistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

Actividad de enfermería. Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

Diseño de enfermería. Función profesional realizado antes y después del diagnóstico y la prescripción a través de la cual las enfermeras, aplicando criterios prácticos sobre trastornos reales, sintetizan los elementos concretos para descubrir relaciones ordenadas que permitan estructurar las unidades operativas. El propósito del diseño de enfermería es ofrecer líneas maestras que ayuden a lograr resultados necesarios y previstos creados por la enfermera para alcanzar determinadas metas; las unidades en conjunto constituye el modelo que orienta la actuación de la enfermera.

Sistema de enfermería serie y secuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad autoasistencial (Jiménez, 2000).

Métodos de ayuda. Desde el punto de vista de una enfermera, un método de ayuda es una sucesión de acciones que, al aplicarse, Resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas, en el ámbito de la salud, para regular su funcionamiento y desarrollo propios o de otras personas que atienden, en función de las limitaciones asociadas al estado de salud de aquellas:

1. Actuar por otros.
2. Orientar y dirigir.
3. Ofrecer apoyo físico y psicológico.
4. Proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal.
5. Enseñar.

Principales supuestos

La misma autora dice a principios de la década de 1970, Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general, que fueron presentados en la Escuela de Enfermería de la Marquette University en 1973. En este modelo se identifican cinco premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería.

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos de liberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se presta uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de accione a la hora de cuidar de si mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de forma o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás

Orem expuso los supuestos previos de sus teorías de autocuidado, definid de autocuidado y sistemas de enfermería en su libro Nursing: Concepts of practice.

Afirmación teórica

El modelo demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuados o insuficiente para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que cópense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependiente. En la obra de Orem Mersin concepts of practica se explican las relaciones existentes dentro de esta estructura como supuestos previos, ideas centrales y proporciones de las tres teorías interrelacionadas de autocuidado, y sistema de enfermería. Las proporciones se definen a modo de anunciados que actúan como principios y guías Para un posterior desarrollo teórico. Las tres subteorias están bien descritas y elaboradas y, en otros capítulos, se incluyen descripciones de sus procesos.

En la edición más reciente de esta obra, Orem (1991), explico la teoria a partir de tres grupos de elementos l) hechos, acontecimientos y circunstancias observadas u observables en sociedad, en situaciones concretas de la vida humana, para los cuales se diseño la teoria;

LI) la idea central de la teoría (el modelo expresado)

y) un resumen de los materiales y modelos en los que se fundamenta esta idea central.

Es importante resaltar que el modelo del déficit de autocuidado se configura a partir de la suma de estas tres subteorías consideradas en su conjunto. La más general de ellas es la de los sistemas de enfermería, que incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería. La teoría de los sistemas de enfermería comprende la del autocuidado y la del déficit del mismo.

Esta última desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería; en cambio, la del autocuidado es la que fundamenta el modelo.

Teoría de los sistemas de enfermería

Esta teoría sugiere que en la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras, a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado pendiente.

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas, jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o, en cierto modo, dirijan los factores que regulan el desarrollo y el buen funcionamiento propio o de las personas a su cargo. Déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción, orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado (Delgado, 1998).

Teoría del autocuidado el autocuidado: es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es, por tanto, un sistema de acción.

Método lógico

Orem extrajo la formulación inicial y la posterior expresión de su concepto general de enfermería de sus propias reflexiones. Esta generalización dio paso después a la aplicación de un modo de razonamiento inductivo y deductivo acerca de esta profesión.

Aceptación por la comunidad de la enfermería

La teoría del déficit de autocuidado de Orem (1991), ha alcanzado un notable nivel de aceptación dentro de la comunidad de enfermería, tal como lo prueba la elevada cantidad de trabajos publicados sobre ella. Mediante música informatizada se pueden encontrar más de 600 referencias de esta teoría.

El contenido del presente apartado se basa en una revisión de 225 de las más recientes de estas referencias (a partir de 1990). En el repaso de los artículos relativos al autocuidado, cabe advertir que no todas las referencias se relacionan especialmente con la teoría de enfermería de Orem.

Ejercicio profesional

El primer uso documentado de la teoría de Orem como base para estructurar el ejercicio profesional de la enfermería se puede encontrar en las descripciones de clínicas dirigidas por enfermeras en el John Hopkins Hospital de 1973. Desde entonces se han ofrecido descripciones sobre la aplicación de la teoría de Orem de diversas poblaciones clínicas y grupos de edad, desde neonatos a ancianos.

Formación

Si bien la visión original de Orem sobre el autocuidado y las razones por las que una persona necesita la atención de una enfermera surgió en un centro de investigación práctica, el segundo estado de desarrollo teórico se produjo en el ámbito de la educación.

Investigación: La investigación derivada de la teoría de Orem o relacionada con ella se pueden asociar con: 1) El desarrollo de instrumentos de investigación destinados a medir los elementos conceptuales de la teoría y 2) el estudio de dichos elementos en grupos de población específicos.

5.3 OBESIDAD

Es un aumento de peso o un exceso de grasa corporal en relación con el peso estándar, que viene dado fundamentalmente por la talla, el sexo y la edad.

En realidad, la obesidad es un exceso de tejido y no solamente de peso.

El mismo autor la obesidad es una enfermedad crónica tratable. Se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. Aparte del problema que de por sí representa la obesidad, los expertos advierten de que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que exagera y agrava a corto plazo y de forma muy evidente patologías graves como la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica), e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales (Arnaiz, 2000).

Clasificación de la obesidad:

Obesidad androide

Más frecuente en el hombre 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 un aumento de volumen en caderas y extremidades inferiores.

Una característica de esta obesidad es la hiperfagia, consecuencia de una polifagia más o menos importante.

Obesidad ginoide

Frecuente se observa en la mujer con actividad ovárica.

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

Hiperplasia

Cuando se inicia en la infancia o adolescencia, en la que hay un aumento del número de adipocitos.

Mixta

Cuando se da una asociación de obesidad hipertrófica e hiperplasia.

Hipertrofia

Cuando la obesidad aparece en la edad adulta (Martínez, 2001).

Síntomas de Obesidad

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos (Hernández 2008).

El mismo autor los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

Causas de la obesidad

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza. Los factores genéticos y ambientales influyen en el peso del cuerpo, pero su interacción para determinar el peso de una persona no está todavía aclarada.

Factores genéticos:

Los factores genéticos como causa de obesidad son muy discutidos. Es cierto que hay familias de obesos, pero frecuentemente dichas familias suelen tener unos hábitos alimentarios hipercalóricos.

Factores psicológicos: los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales (Méndez, 2003).

Factores químicos

Los factores psíquicos como causas de obesidad son frecuentes, ya que influyen sobre el apetito.

Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides.

- Obesidad hipotiroidea
- Obesidad gonadal

No obstante, los adipocitos están aumentados de tamaño por acción de los ácidos grasos libres que penetran a éstos y, por medio de un proceso de esterificación, se convierten de nuevo en triglicéridos. Éstos antes han sido el resultado de la activación de VLDL circulantes en la absorción de ácidos grasos.

Es una enfermedad en cuya génesis están implicados diferentes factores, muchos de los cuales todavía no se conocen muy bien. Los genes, el ambiente, el sedentarismo, son condicionantes básicos que están implicados en la génesis de la obesidad así como los producidos por medicamentos o por distintas enfermedades.

Considerando su inicio, se clasifica como obesidad de la infancia o del adulto, considerando la distribución del exceso de grasa corporal en obesidad del tronco y hombros y obesidad de tronco y caderas, pero para propósitos de pronóstico y tratamiento, la obesidad se clasifica de acuerdo al índice de masa corporal o IMC como clase I (moderada), Clase II (severa) o Clase III (mortal).

El IMC entre 25 y 29 es sobrepeso, excepto en personas con una estatura de 5 pies (150cm) o menor, donde la obesidad clase I se alcanza con un IMC de 27 y la clase III o mortal con IMC de 35 (en vez de 40). No existe un determinado índice de masa corporal (IMC) o proporción de peso a talla, en el cual podamos decir que las enfermedades asociadas que acortan la vida y la limitan, van a aparecer.

Obviamente el riesgo de desarrollarlas es mayor entre mas alto el IMC y entre mas pronto la obesidad es corregida, mas enfermedades asociadas serán evitadas y prevenidas. Incluso esta clasificación es subjetiva, personas con obesidad clase I refieren síntomas de la clase III y presentan sus complicaciones.

Mientras otros que han sido diagnosticados como clase III, no los tienen, este ultimo ejemplo esta muy relacionado con la edad, sucede comúnmente entre gente joven, una vez que el sobrepeso y obesidad han aparecido, es solo cuestión de tiempo, esta es la razón por la que cada caso debe ser diagnosticado y estudiado de forma individual, el pronóstico debe ser explicado al paciente así como las opciones de tratamiento. La persona que sufre de sobrepeso y obesidad, necesita ser diagnosticada tan pronto como sea posible independientemente de sus síntomas, ya que sin el diagnostico, no se puede discutir el pronóstico con el paciente, tampoco establecer un tratamiento adecuado y por lo tanto el enfermo no disfrutara de una perdida significativa y constante de peso (Vargas,1995).

Clases de obesidad:

Obesidad de Clase I -IMC de 30 a 34.9

Obesidad de Clase II -IMC de 35 a 39.9

Obesidad de Clase III -IMC de 40 ó más

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD:**Problemas cardiovasculares:**

- Opresión torácica y estenocardia.
- Desplazamiento cardíaco con disminución de la repleción de la aurícula derecha.
- Estasis vascular-pulmonar.
- Taquicardia de esfuerzo.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.
- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.
- Estasis venoso periférico.
- Varices.
- Tromboflebitis.
- Ulceras varicosas.
- Paniculopatía edematofibroesclerosa (celulitis).

Arteriosclerosis:

Causa frecuente de retinitis, nefroesclerosis y alteraciones coronarias.

Menos frecuente la arteriosclerosis cerebral, causa de trombosis y hemorragias cerebrales.

Diabetes mellitus tipo II.

Alteraciones metabólicas:

- Hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina.
- Hipercolesterolemia.
- Hipertrigliceridemia.
- Hiperuricemia.

Problemas respiratorios:

- Hipo ventilación alveolar.
- Aumento de la incidencia de catarros, bronquitis crónica, neumonía...
- Síndrome de Picwick (cuadro de insuficiencia cardio-respiratoria). Apnea nocturna.

Problemas osteoarticulares:

- Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie.
- Aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con neuralgias y espondilitis deformante.

- Artrosis generalizada: especialmente en rodillas, caderas y columna lumbar.
- Atrofia muscular.
- Gota.
- En niños: pie plano, genu valgum, desplazamiento de la epífisis de la cabeza femoral(Méndez, 2003).

Problemas digestivos:

- Dispepsia gástrica, con acidez, flatulencia, digestiones pesadas....
- Dispepsia biliar, con colecistitis y colelitiasis.
- Úlcera gastroduodenal.
- Estreñimiento, con frecuentes hemorroides.
- Insuficiencia hepática en grado variable por infiltración grasa.
- Aumento de la frecuencia de cirrosis hepática.
- Insuficiencia pancreática.

Problemas renales:

- Nefroesclerosis con hipertensión arterial.
- Albuminuria y cilindruria.
- Retención líquida con edemas.

Problemas cutáneos:

- Cianosis por estasis vascular y telangiectasias.
- Estrías cutáneas.
- Lesiones por rozaduras.
- Lesiones por maceración cutánea.
- Intertrigo.
- Mayor frecuencia de forúnculos, ántrax...
- Caída de pelo, a veces hirsutismo.
- Exceso de sudoración.
- Úlceras y celulitis.

Problemas gonadales:

- Alteraciones menstruales variables: hipomenorrea, hipo e hipermenorrea, amenorrea.

Problemas gestacionales:

- Mayor incidencia de toxemia preeclámpsica, malposiciones fetales y partos prolongados.

Problemas sexuales:

- Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica).
- Compulsividad e impulsividad sexual.
- Problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

Problemas neurológicos:

- Cefaleas.
- Insomnio.
- Múltiples trastornos psicósomáticos.

Problemas hematológicos:

- Policitemia con aumento de la hemoglobina.

Infecciones:

- Aumento de las infecciones cutáneas y respiratorias.
- Peor pronóstico en casos de fiebres tifoideas, neumonías y gripe.

Problemas parietales:

- Hernias umbilicales, inguinales y crurales.

Problemas quirúrgicos y anestésicos:

- Aumento en general del riesgo quirúrgico inducido por otras complicaciones (cardíacas, pulmonares, metabólicas, etc).
- Aumento de la mortalidad operatoria proporcional al incremento de peso.
- Dificultad para adoptar ciertas posiciones quirúrgicas (Trendelenburg).
- Incremento de la dificultad en la realización de venopuntura, intubación y punción lumbar.
- Complicaciones de cicatrización.
- Elevado riesgo de eventraciones postquirúrgicas.
- Aumento de las embolias y trombosis postquirúrgicas.
- Mayor riesgo de infecciones postquirúrgicas.
- Incremento de la dificultad de ajuste de la dosis anestésica.
- Hipoventilación postanestésica.

Problemas oncológicos:

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

Problemas psicológicos:

- Miedo e inseguridad personal.
- Pérdida de la autoestima.
- Desorden de conductas alimentarias.
- Perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Tristeza e infelicidad.
- Ansiedad, frecuente en niños, por pseudomicropenia y pseudoginecomastia.
- Depresión.
- Frigidez e impotencia.

Problemas sociales:

- Angustia por presión social frente a su obesidad.
- Angustia por presión social frente a su adelgazamiento.
- Aislamiento social.
- Dificultades para vestir, usar transportes públicos...
- Sobreprotección familiar.
- Rotura del núcleo familiar o de la pareja.

Mortalidad:

- Incremento de la mortalidad general a consecuencia de las complicaciones, especialmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y cáncer. (Hay quien considera que cada kilo perdido equivale a 2 años de vida).

Suicidio:

- La tasa de suicidios en personas obesas es mayor que en individuos normales o delgados.

Actualmente se considera que la reducción del peso corporal entre un 5 y un 10% ya supone una importante mejora ante los factores de riesgo asociados con la obesidad.

Complicaciones médicas y sociales de la Obesidad infantil

La persistencia de la obesidad infantil hasta la edad adulta aumenta significativamente el riesgo de padecer el síndrome metabólico, enfermedad de la vesícula biliar e hígado graso. La mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en personas obesas es el resultado en su mayor parte de la asociación de estos tres factores de riesgo. Dicha incidencia puede aumentar, si se asocian otros factores de riesgo cardiovascular como son el sedentarismo y el tabaquismo.

La estrategia de la OMS para prevenir el sobrepeso y la obesidad

La Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular. La Estrategia pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, y tiene por objetivo lograr una reducción significativa de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, y en particular de las dietas poco saludables y de la inactividad física (Gómez, 2000).

La labor de la OMS en materia de dieta y actividad física es parte del marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas que tiene el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, cuyos objetivos estratégicos consisten en: fomentar la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas; promover la salud, especialmente entre las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables debidas a las principales enfermedades crónicas (Martínez, 2000).

Tratamiento

El mismo autor indica que la mejor forma de tratar la enfermedad es previniéndola, identificando precozmente a los pacientes en los que a partir de los 20-25 años comienza a cambiar el peso. Los médicos consideran que el obeso debe ser considerado como un enfermo crónico que requiere un tratamiento a largo plazo, con normas alimentarias, modificación de los hábitos de conducta, ejercicio físico y terapia farmacológica. Los nuevos enfoques terapéuticos están basados en promover una pérdida de peso con programas de control de las enfermedades, problemas asociados, que dan lugar a problemas vasculares, cardíacos y metabólicos.

El obeso no debe perder kilos sino masa grasa, con pérdidas pequeñas y duraderas que impliquen una rentabilidad metabólica. Es necesario consolidar la pérdida de peso a largo plazo, y además, reducir el riesgo de muerte prematura, de enfermedad cardíaca, metabólica y vascular. En ciertos casos, los médicos pueden decidir que, además de cambiar la dieta y realizar ejercicio físico, es necesario completar el tratamiento con fármacos, que deben ser administrados con una dieta moderadamente hipocalórica y equilibrada.

VI. APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERIA

Factores condicionantes básicos	Requisitos de autocuidado Universales	Requisitos de desarrollo de autocuidado	Requisitos de desviaciones de la salud
Sexo : femenino Edad: 18 años Edo. Civil so Ltera Religión catolica Escolaridad secundaria Ocupación Hogar Familia nuclear hija Principal apoyo del paciente: familia Dependencia económica: SUS padres Condiciones del hogar: propia,	Aporte suficiente de aire FR : 22 ^{x1} SPO2 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua 300-500ml Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos Peso: 64kg Talla: 1.52cm IMC: 27.7 Dextrostix Eritrocitos urea creatinina sérica BUN Ácido úrico Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos. Características de la diuresis Ámbar	Etapas de desarrollo Rol (es) hija Orientación sexual (no. Parejas sexuales)	No ha asistido al ningún chequeo

cuentas con los servicios básicos	Características de las evacuaciones Color café Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Consiente Orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador Características del movimiento (postura, posición, deambulación) T/A 110/70 FC 80^{x1} Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. No se acepta su aspecto físico, su autoestima esta muy mal, se siente no se siente auto realizada, no se siente aceptada por su familia.		
-----------------------------------	--	--	--

6.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

6.1.1 Diagnostico 1:

Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración en la percepción manifestado por verbalización de sentimientos, que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo sentimientos, negativos sobre el cuerpo.

Objetivo: Ayudar a la paciente a que acepte la realidad sobre su imagen corporal, motivarla a realizar actividades recreativas, actividades deportivas para mejorar su imagen corporal y aumentar su autoestima.

6.1.1.1 Plan de Enfermería

INTERVENCION:

5220 Potenciación de la imagen corporal.

ACTIVIDADES:

- ❖ Determinar perspectivas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- ❖ Ayudar al paciente al determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo en su nivel del funcionamiento.
- ❖ Ayudar al paciente al separar el aspecto físico de los sentimientos y valía personal.
- ❖ Ayudar al paciente al determinar la influencia de los grupos que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- ❖ Observar la frecuencia de las frases de la autocrítica.
- ❖ Determinar si un cambio de imagen corporal al contribuido a aumentar el aislamiento social.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Medidas establecidas que no pueden ser modificadas, por que es deseo personal que lograrla contribuye a la satisfacción personal.

Objetivos razonables y alcanzables adaptables a la condición físico, económica, social.

Diferenciar la importancia que tiene lo interior de la persona de su físico.

Criticas constructivas, sobre el mejoramiento personal.

Descripción, del aspecto físico sentimental sobre los demás.

Identificación, ordenamiento de factores que contribuyen al el aislamiento de persona.

6.1.1. 2. Ejecución

Se le oriento a la paciente sobre medidas de mejorar, para lograr que baje peso.
(Diseñar una dieta balanceada de acuerdo a sus condiciones económicas, actividad, física.

Se realizo una vez al mes una evaluación con la paciente y su familia sobre, su mejoramiento de imagen corporal y de su auto estima y los logros que se alcanzaron.

Se le dio orientación al paciente sobre centro de auto ayuda de adolescentes que se siente de bajo autoestima por imagen corporal y le ayuden aceptase y valorarse como persona

Se observaba al paciente en conversación, con su familia o amigos, sus críticas auto constructivas, o negativas de su persona.

Se le recomendó y se le explico que tiene que saber escoger sus amigos que realmente la acepte como es sin y apoyarla incondicionalmente.

Se le elaboro una lista de que cambios positivos pude realizar para su vida personal y que se sepa valorar como persona, y enfrentar obstáculos que se le presente en la vida.

6.1.1.3 Evaluación:

Si se logro el objetivo ya que la paciente acepto su realidad sobre su imagen corporal y puso mucho interés, en la actividad que se realizo con la paciente

6.1.2. DIAGNOSTICO 2

Diagnostico: Estreñimiento:

Relacionado por la actividad física insuficiente y el aporte insuficiente de fibras, aporte insuficiente de líquidos manifestado por la disminución del volumen de las heces, eliminación de heces duras, secas y dolor a defecar.

Objetivo: Lograr que las evacuaciones de la paciente sean normales y que consuman alimentos que contengan fibra, que ingiera por lo menos 2 litros de agua al día.

6.1.2.1. Plan de Enfermería

0440 Entrenamiento intestinal

- ✓ Enseñar al paciente/ familia los principios de la educación intestinal.
- ✓ Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido de fibra.
- ✓ Proporcionar alimentos ricos en fibra y /o que haya sido identificados por el paciente como medio de ayuda.
- ✓ Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- ✓ Asegurarse de que se realice ejercicios adecuados.
- ✓ Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.

Fundamento científico

- Aprender o identificar las reacciones del cuerpo.
- Orientar sobre el porcentaje de cada alimento que contenga fibra.
- Consumir, o llevar un aporte de líquidos para un buen funcionamiento del intestino.
- Paramentos, u horario para el buen funcionamiento del cuerpo humano.

6.1.2.2. Ejecución:

Se les dio una práctica a la paciente y a su familia sobre el funcionamiento y de desarrollo de nuestro intestino y la importancia de evacuar.

Se le dio orientación sobre los alimentos con un alto contenido en fibra.

Se le explico a la a la paciente y a su familia la importancia de consumir líquidos y las consecuencias de no consumir líquidos.

Se realizo actividad física cada tercer día para mejorar el funcionamiento intestinal.

Se le explico que tiene que implementar un horario para cada evacuación y la importancia.

6.1.2.3 Evaluación:

Se logro el objetivo ya que la paciente evacua 3 veces al día y sus evacuaciones son normales y realiza 30 minutos de ejercicio todos los días.

6.1.3. DIAGNOSTICO 3

Diagnostico: actividad / reposo

Relacionado por ansiedad, depresión, sueño interrumpido manifestado por la dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño.

Objetivo: Que la paciente duerma las horas normales y que su sueño sea satisfactorio.

6.1.3.1 Plan de Enfermería

407 fomentar el sueño

Actividades:

- Observar / registrar el esquema y numero de horas de sueño de paciente.
- Facilitar el manteamiento de las rutinas habituales del paciente en la hora de irse a la cama, indicios de presueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de la ingesta de alimentación y medidas la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o realizar una relación muscular congénita u otros formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Disponer/ llevar a cabo medidas agradables: masajes colocar y contrato a afectuoso.
- Fomentar el aumentar de las horas de sueño, si fuera necesario.

Fundamento científico

- La observación es la manera de verificar o valorar un suceso o situación realizada.
- Alcanzar o llevar a cabo una mejor manera de facilitar o lograr algo que se propone.
- Verificar o identificar situaciones que te puede alterar tu estado de salud.
- Llevar un control para una mejor satisfacción de los resultados planeados.
- Educar o proponer situaciones que mejore su estado de salud como persona.
- Es ordenar o realizar medidas de mejorar o preventivas.

6.1.3.2. Ejecución:

Se realizo un registro de cuantas horas diarias dormía de cada semana.

Se realizo actividades de relajación para disminuir el estrés y la preocupación y para conciliar el sueño (masajes, leer novelas, cuentos, o ir música instrumental.

Se elaboro una lista para la paciente sobre las actividades de ayuda para aumentar conciliar el sueño. Baño de agua tibia, con hojas de lechuga antes de dormir, tomar un baso de leche tibia, caminar de 20 a 30 minutos antes de dormir.

Se le explico al la paciente sobre lugares que existen de relajación y reflexión.

6.1.3.3 Evaluación:

El paciente ya logro dormir sus horas normales y al despertar se siente descansado.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El Proceso de Enfermería es un instrumento metodológico utilizado en el método científico, en campo laboral de enfermería para llevar a cabo el proceso de cuidar y ayudar al mejorar su estado de salud.

La elaboración de este Proceso de Enfermería, fue de gran importancia ya que se trabajo con una paciente con diagnostico de obesidad, con el objetivo de llevar a cabo un plan de cuidados personalizado y de acuerdo a sus necesidades.

Este trabajo de titulación a la vez se convierte en una referencia para realizar otros procesos en el transcurso del ejercicio profesional, visualizando los cuidados que se le pueden proporcionar a un paciente que presente diferente diagnóstico.

También se trabajo con la Teoría de Dorotea Orem, fue útil para identificar los requisitos de déficit de autocuidado, los requisitos de la desviación de la salud, y así saber que intervenciones de enfermería y acciones implementar.

En la situación actual, en la cual en México, se registra el primer lugar de obesidad, principalmente en los adolescentes, se requiere buscar las estrategias necesarias para apoyar integralmente a las personas con este problema, sin perder de vista que son individuos holísticos conformados por 5 esferas a las cuales se debe cuidar.

Se concluyo este trabajo de investigación satisfactoriamente ya que llevo a cabo de manera adecuada la recolección de datos y su elaboración. También se lograron los objetivos establecidos en el proceso de enfermeria sobre un paciente con Obesidad.

Que el Gobierno implemente más programas de atención para adolescentes como recreativas o educativas o informativas y así poder evitar la obesidad, drogadicción y el alcoholismo.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Arnaiz, Toledo, Carlos. Nutrición básica (2ª.ed). México: 2000.
2. Cervantes,Jaimes. Bertha. Antología de Enfermería, México: 2005.
3. Antología de enfermería de teorías y modelos. Celaya Guanajuato: 2004.
4. Bejar, Sánchez, Susana. Principios de la nutrición (1ª ed.). España: 1990.
5. Bunavet, Amparo, Fundamentos de Enfermería (2ª. ed.). Barcelona: 2001
6. Cervantes, Hernández, Javier. Elementos de la nutrición (3ª ed.) México: 2005.
7. Carperito, diagnósticos de Enfermería. (2ª. ed.) México: 2001.
8. Carperito, diagnostico Tono I. (3ª. ed.).España. 1998
9. Díaz, López Elizabeth, dieto terapia I (3ª.ed).México: 1998.
10. Doenges, MaryInn. Planes de cuidados de enfermería. (6ªed). Francia:2006.
11. Elaine, Feldeman. Principios de teorías y Modelos (5ª ed.).México: 1998.
12. Estrada, flores, José. Nutrición y alimentación Humana. (1ª. ed.). México: 1999.
- 13 .Delgado, Díaz. Elena, mitología del proceso de enfermería. México: 1995.
14. Gómez, Sánchez, Ismael. Nutrición II. (1ª. ed.).España: 2000.
- 15 .Hernández, Jiménez, Juana. Alimentación y Dieto Terapia (2ª.ed) Brasil: 2002.
16. Hernández, Conesa, Roberto.la salud y Tu.(3ª ed.) México: 1999.
17. Jiménez, Álvarez, Ana Bertha. Elementos de enfermería para la práctica.(2ª. ed.). Francia: 2000.
18. Ledesma, Delgado, Ma. Elena. Antología de proceso de enfermería. México: 2006.
19. Merigo, Jane, Jorge principios de la nutrición. (1ª. ed.). México: 2002.
- Méndez, Chávez, Dr. Jorge. Principios de la nutrición clínica.(4ª. ed.). México: 1968.
20. Méndez, Ortiz, Francisco. Alimentación de Enfermos(1ª.ed). México: 2003.
21. Martínez, Gómez, Alfredo. Alimentación y salud pública (2ª. ed.). Madrid: 2001.
22. Orizaga, Samperio, Dr. Jorge.Tratado de Enfermería Practica.(4ª.ed). México: 2000.
23. Vargas, Ávila, Javier. Nutrición básica y aplicada. (2ª. ed.) México 1995.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kozier Bárbara, Fundamentos de enfermería volumen: I (6^a. Ed.).México: 2002.
2. Potter, Patricia, Fundamentos de enfermería volumen:II. (5^a. ed.).España: 2004.
3. Lynda, juali, Carpenito, Diagnósticos de enfermería. (9^a.ed). México: 2005.
4. Gailw,.Stuart, Michele, Enfermería.(3^a ed.).España: 2006.
5. Ávila, González, José, Elementos de la Nutrición. (1^a.ed).México: 2007.
6. Sánchez, Dimas, Rafael, Elementos de la Nutrición. Tomo I (2^a. ed.).

X. GLOSARIOS DE TERMINOS

- ❖ **OMS:** Un sistema de las Naciones Unidas. Su objetivo principal es que todos los pueblos alcancen el nivel de salud más alto posible
- ❖ **Sobrepeso:** Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud
- ❖ **Obesidad:** Se define como una enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad.
- ❖ **Suicidio:** Es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente mortales, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada.
- ❖ **Adolescencia:** Es el principio de un gran cambio en el que empezamos a tomar decisiones propias, y en el que a medida que va pasando el tiempo, sabemos que esas decisiones antes tomadas, tendrán una consecuencia buena o mala. Es el principio de nuestra propia vida.
- ❖ **Angustia:** Es el sentimiento que experimentamos cuando sin motivo nos preocupamos en exceso por la posibilidad de que en el futuro nos ocurra algo temido sobre lo que no tenemos control y que, en caso de que sucediera consideraríamos "terrible" o haría que nos consideráramos personas totalmente inútiles.
- ❖ **Impotencia:** Se refiere a la incapacidad o falta de poder para realizar o hacer algo.
- ❖ **Depresión:** Es un trastorno, ya sea desde la psicopatología o desde la psiquiatría. Según el modelo médico, psiquiatría la describe como trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.
- ❖ **factores psicológicos:** El comportamiento de todo ser humano está influenciado por los estímulos que recibe de su entorno.

- ❖ **Miedo:** Es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.
- ❖ **inseguridad :** Es un miedo a algo, que se refleja a partir de la incapacidad de realizar tareas por temor a equivocarse, además se podría tener en cuenta que la persona se siente inferior de los demás y considera que todo lo que hace está mal
- ❖ **autoestima:**
Es un conjunto de actitudes que dependen de las percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo.
- ❖ **emocional :** Es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos
- ❖ **Insomnio:** Es un desorden del sueño que impide dormir durante períodos prolongados de tiempo, e incluso puede impedir a una persona dormirse por completo.
- ❖ **Estreñimiento:** Es una condición que consiste en la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que produce una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras. La frecuencia defecatoria normal varía entre las personas, desde un par de veces al día hasta tres veces a la semana

XI. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION
(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

1. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 3 de febrero 2011 Nombre: A. CH. Z sexo: Masc. ()

Fem. (X) Edad: 18 años religión: -----

Edo. Civil: -----escolaridad: -----

Lugar de residencia: CHUCANDIRO domicilio actual (calle, número,
Colonia):-----

Características de la vivienda:

Renta-----propia X otros-----

Material de construcción:

Adobe-----ladrillo X otros-----

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable si luz SI eléctrica: SI

Drenaje----- pavimentación-----

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público (x) recolección de basura (x)

Drenaje y alcantarillado (x)

Rol que ocupa en la familia

Padre () madre () hijo () esposo/o()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1() 2() más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buena es su relación con la familia:

Buena (x) Regular () mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria (x)

Bachillerato () Licenciatura () otros-----

Ocupación: al hogar Horario: -----

Antecedentes laborales: -----

Ingreso Económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2.m. (x) mas de 3 S.m ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien : padres (x) esposo/a ()

Otros -----

b) Patrón de vida

¿Que actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () culturales (x) deportivas () Religiosas () otras -----

¿Qué hace usted para cuidar su salud?-----

c) Estado de sistema de salud?

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (x) regular () deficiente ()

¿A que servicio de salud acude usted regularmente?

IMMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () Particular (x) otros -----

Diagnostico Medico: -----

Estado de salud: grave () delicado () estable ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la elaboración del cliente:

d) estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento medico?

Si () No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento medico?

III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSLES

a) mantenimiento del aporte suficiente de aire

Si () No x() especifique -----

¿Cocino con leña?

Si () No (x) especifique -----

Normal (x) disnea () bradipnea () Taquipnea () Polipnea () otros -----

Desviación de tabique () pólipos () secreciones () dolor () otros -----

Tórax

Tonel () En quilla () En embudo () otros -----

Ruidos respiratorios:

Estertores () sibilancias () murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No () especifique -----

Cardiovascular:

T/A: 110/70 FC: 22x¹ Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: -----

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si (x) No ()

Apoyo ventilatorio: -----

b) Mantenimiento de aporte de alguna suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada ()

Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal (x) Escasa ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml (x) 500- 1000ml ()

1500-200ml () < a 2000ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () pipa () entubada (x) garrafón ()

Otros -----

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No () Especifique: -----

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (x) No ()

Especifique cantidad: 500- 1000ml

Aporte de líquidos parenterales

Especifique -----

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso ----- talla ----- IMC----- Cintura -----

Ha observado variaciones en el peso:

Si (x) No ()

Perdida () Ganancia (x)

1-3 kg (x) 4-6kg () 7-9kg () >10kg ()

Dentadura:

Completa (x) falta piezas ()

Prótesis fijas () prótesis extraíble ()

Especifique -----

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (x)

Especifique:

Lengua en timica () Estomatitis () xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Alteraciones en cara y cuello: -----

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal () Distensión abdominal ()

Otros -----

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (x)

Cual: acidez () nauseas () vomito () hematemesis () disfagia ()

Pirosis () regurgitación polidipsia ()

Polifagia () bulimia anorexia () reflujo ()

Sialorrea () saciedad eructos ()

Otros: -----

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (x)

Especifique -----

Tipo de nutrición:

Sonda Nasogastrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis () nutrición parental ()

¿Que tan frecuente usted come?

1= cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4= nunca

Alimento /frecuencia	1	2	3	4
Leche		✓		
Deriv. De la leche		✓		
Carnes				✓
Cereales		✓		
Verduras		✓		
Frutas		✓		
Huevos	✓			
Pescado			✓	
Pastas y harinas	✓			

¿con que guisa los alimentos?

Aceite (x) manteca () otros-----

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (x) diabética () hiposodica ()

Hipoproteica () hiperproteica () Otros: -----

d) provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal: colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros -----

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () pujo () cólico () Otros -----

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene () Otros -----

Evacuación intestinal:

Espontanea () estreñimiento (x) Diarrea () Otros -----

Características de las eses fecales:

Café (x) acolia () melena () Otros -----

Consistencia de las eses fecales:

Pastosa () Semi pastosa () líquida () Semilíquida () Dura (x)

Grupos de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () retención urinaria () tenesmo () disuria ()

Alteraciones Uretero-visicales -----

Alteraciones en la micción:

Poliquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Cateterismo vesical () Higiene () Otros -----

Características de la micción:

Ámbar (x) Coluria () Hematuria () Turbia () Otros -----

Grupo perpiracion:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () ausente () Ausente (x) Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: ----- Dolor () Alt.emocionales ()

Temperatura ambiental: 18° Otros -----

Grupo menstruación:

Menarca: 3 - 4 Días del ciclo menstrual: -----

Tipo, cantidad y características del flujo: -----

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No (x) Ocasional () Especifique -----

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuál horas duerme habitualmente?

>6Hr() 6-8Hr(x) 8-10 () >10Hr()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Casado (x) Descansado () Fatigado () Otros -----

¿Tienes dificultad para conciliar el sueño?

Si (x) No ()

¿Desde cuando?

1 semana () 15 días (x) 1 mes () 1>mes ()

Presencia de:

Bostezo (x) Insomnio () hipersomio () pesadillas () alucinaciones ()

Orejas () ronquido () Enuresis () Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: vecinos

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No (x)

¿utiliza alguna ayuna para con ciliar el sueño?

Si () No (x) Especifique -----

ACTIVIDAD

Sistema musculo Esquelético:

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones ()

contracturas () Especifique -----

Tratamiento: -----

¿alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (x) Especifique: -----

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (x) Cual: -----

Frecuencia/Duración: -----

F) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (x)

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (x)
Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos ()

Malformaciones () Tumores () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No (x) Especifique: -----

Utiliza lentes:

Armazón () Contacto () tiempo: -----

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (x) Especifique: -----

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (x) Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie (x) Otros -----

Observar:

Seguridad (x) Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros -----

Razones que le impiden socializar

Lejanía () Enfermedad () Rechazo (x) Miedo (x)

Dificultad para la comunicación () Otros -----

g) prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consciente (x) Inconsciente () Sopor () Estupor ()

Confusión () Coma () Glasgow: -----

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar -----

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Sillas de ruedas () Andador () Otros: -----

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si (x) No () especifique: diabetes

Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (x) Especifique: -----

h) Funcionamientos humanos y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No (x) Especifique: -----

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No (x)

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades Básicas?

Si () No () Especifique: -----

¿Considera que su vida es o sido productiva?

Si () No (x) Especifique: -----

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (x) No ()

Depresión () Ansiedad () Verguersa () Temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cual es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad (x) Culpa ()

Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) crear y mantener las condiciones que apoyen en los procesos vitales y Promuevan los procesos

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto revalente referente a su salud en alguna

de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No (x) Especifique -----

Edad escolar Si () No (x) Especifique -----

Adolescente Si () No (x) Especifique-----

Adulto Joven Si () No (x) Especifique-----

Edad fértil Si () No (x) Especifique -----

Adulto maduro Si () No (x) Especifique -----

2. salud sexual

Sistema reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si () No (x) Especifique -----

Cual es su orientación sexual -----

con que frecuencia tiene actividad sexual

Si () No () porque -----

Numero de parejas sexuales -----

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () Especifique / tiempo -----

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/ tiempo -----

Numero de hijos: -----

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (x) Especifique: -----

Causa / Tratamiento: -----

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No (x) Especifique: -----Tratamiento: -----

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: -----

¿Acude a examen próstata / Testicular?

Si () No () Frecuencia: -----

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: -----

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () tratamiento: -----

Mujer:

Menarca 11 años Días del ciclo menstrual: -----

Tipo, cantidad y características del flujo: -----

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No (x) Ocasional () Especifique -----

Embarazo ----- Partos ----- Cesárea ----- abortos -----

Óbitos ----- Partos prematuros -----

Embarazo de alto riesgo ----- periodo inter genésico -----

Menopausia ----- fecha de Ultimo Papanicolaou -----

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal ----- características -----

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No (x)

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Cómo que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () >12 mese ()

No se realiza (x) Especifique -----

¿Sabe usted de que esta enfermo?

Si () No (x)

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? -----

¿Cuándo hay campaña de salud orientadas a la detención oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No (x)

¿ En que caso de deficiencia o incapacidad física, cual es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (x)

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados

Para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () personales ()

Especifique -----

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANALISIS DEDUCTIVO (dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnostica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas)
Mujer que se siente gorda ,es rachada por sus amigos, familia,	Dominio: 6 Autoperccion Clase: 3 Imagen corporal Req. Autocuidado: universales promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales Desviación de la salud.	00118 Trastorno de la imagen corporal Pág. 194	Percepciones, rechazada por los demás, psicosociales.	Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo, sentimientos negativos sobre su cuerpo.
Paciente que evacua una vez al día sus heces son duras, secas de color café refiere que a defecar le ocasiona dolor, consume alimentos sólidos, ingiere una vez al día agua.	Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal Req: autocuidado universales Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos Desviación de la salud.	00011 Estreñimiento Pág. 102	disminución en la frecuencia, eliminación de heces duras, secas, dolor a defecar	Actividad física insuficiente, depresión, estrés emocional, aporte insuficiente de fibras, aporte insuficiente de líquidos.
Paciente que refiere no poder dormir, se siente ansiosa, preocupada, deprimida, refiere tener temor, sueño es interrumpido duerme de 5 a 6 horas al día se levanta cansada de mal humor.	Dominio: 4 Actividad /reposo Clase1: Sueño/ reposo	00095 Insomnio Pág.: 116	El paciente informa de cambios de humor, paciente informa de dificultad para conciliar el sueño,insatisfacion con el sueño (habitual) el paciente informa despertarse demasiado temprano	Ansiedad, deprimido,temor,sueño interrumpido,deteriodo de patrón de sueño

XII. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo A. CH.Z doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y conciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la)

PLE Cipriano Munquía ziranda doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

PLE

Testigo

Morelia, Mich. A 20 de febrero del 2011