
**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A. C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO CLAVE: 8723**



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A MUJER
ADULTA CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
NUTRICION RELACIONADO CON OBESIDAD**

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

SUSANA QUINTERO LEYVA

Número de Cuenta: 407537501

ASESORA:

L.E. MARIA DE LA LUZ NEGRETE PACHECO

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN. OCTUBRE 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A. C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO CLAVE: 8723**



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A MUJER
ADULTA CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
NUTRICION RELACIONADO CON OBESIDAD**

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

SUSANA QUINTERO LEYVA

Número de Cuenta: 407537501

ASESORA:

L.E. MARIA DE LA LUZ NEGRETE PACHECO

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN. OCTUBRE 2011.

DEDICATORIA

Los anhelos y las metas que nos proponemos en la vida no podemos obtenerlos solos, siempre necesitamos del apoyo de los demás, es por ello que reconozco la bendición de Dios, en todo momento de mi vida ha estado presente. Saber que cuento con él, que me comprende cuando las cosas no salen bien, y que mediante un abrazo de amor me demuestra que está conmigo, es lo más maravilloso de este mundo.

Agradezco a Dios por haberme permitido terminar mis estudios y así tener la satisfacción de una meta cumplida, también doy gracias a mis familiares, maestros, y cada una de las Hermanas de las Sagrada Familia, que contribuyeron en mi formación profesional.

Dedico este logro a mis abuelos Esperanza y José Guadalupe, quienes siempre desearon lo mejor para mí, y que ahora junto a Dios celebran este anhelo de mi vida, a mis padres, hermanos, esposo y especialmente a mi hija Ximena, quién en todo momento estuvo dentro de mi corazón, creando las fuerzas necesarias para seguir adelante y vencer todos los obstáculos que se interpusieran.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I. Introducción.....	7
II. Justificación.....	9
III. Objetivos.....	12
• Objetivo general	
• Objetivos específicos	
IV. Metodología.....	14
V. Marco teórico.....	14
5.1 Antecedentes históricos de la enfermería mexicana	
5.1.1 Evolución de la enfermería.....	17
5.1.2 La independencia.....	19
5.1.3 La revolución.....	21
5.1.4 Enfermería moderna.....	22
5.1.5 Enfermería contemporánea.....	23
5.2 Teoría de Virginia Henderson	
5.2.1 Bibliografía.....	25
5.2.2 Fuentes teóricas.....	27
5.2.3 Aplicación de datos empíricos.....	29
5.2.4 Supuestos principales.....	30
5.2.5 Afirmaciones teóricas.....	32
5.2.6 Conceptos de cuidado.....	33

5.2.7	Elementos para el cuidado.....,	35
5.3	Proceso de atención de enfermería.....	36
5.3.1	Etapas del proceso enfermero.....	37
	Valoración.....	39
	♦ Métodos para obtener datos.....	40
	♦ Validación y organización de datos.....	42
	Diagnóstico.....	44
	♦ Tipos de diagnósticos	
	Planeación.....	45
	Ejecución.....	49
	Evaluación.....	50
VI. Mujer etapa adulta temprana		
6.1	Definición de mujer.....	51
6.2	Etapas ser humano clasificadas por Erikson	52
6.3	Edad adulta temprana.....	53
6.4	Desarrollo físico.....	54
6.5	Desarrollo social.....	55
6.6	Desarrollo Psicológico.	57
VII. Obesidad		
7.1	Tipos de obesidad.....	59

7.2 Tratamiento para la obesidad.....	61
VIII. Proceso de atención de enfermería realizado	
◆ Valoración de las 14 necesidades aplicada a la usuaria	62
◆ Familiograma.....	67
◆ Identificación de datos objetivos y subjetivos.....	68
◆ Jerarquización de necesidades.....	70
◆ Diagnostico de enfermería por jerarquización.....	71
◆ Plan de cuidados Noviembre 2010 a Septiembre 2011.....	74
IX. Conclusión personal.....	95
X. Anexos.....	97
XI. Índice bibliográfico.....	133

I. INTRODUCCIÓN

“El ser humano es una unidad compuesta por cuerpo y espíritu, ambos elementos originan diferentes efectos en la persona y no se manifiestan por separado, sino conjuntamente. Además hay que añadir que el hombre es eminentemente social, de manera que se le considera bajo tres aspectos: físico, psicológico y social. Contemplar al ser humano desde estas tres vertientes es lo que se denomina punto de vista integral”.¹

El proceso atención de enfermería es un método sistematizado que utiliza la enfermera para brindar el cuidado integral a la salud, en base a la valoración que se obtiene en la entrevista directa o indirecta del paciente, también se ocupa de las acciones encaminadas a la satisfacción de necesidades y la resolución de los problemas reales o potenciales de salud detectados en la persona, familia o grupo a tratar.

Presentaré la aplicación del proceso de atención de enfermería a la paciente con el nombre de Esperanza; realizado durante el año de servicio en la Clínica del Centro de Salud de Santiago, Tangamandapio; cuyo principal objetivo es brindarle una atención profesional, en base al modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades. ´

¹ Historia de la Enfermería, Catalina García Martín Caro, Editorial Harcourt, Madrid España, 2001, Páginas 214, Página 163.

Los diagnósticos se formularon con etiquetas autorizadas en el libro NANDA 2009-2011, se describen las actividades de enfermería realizadas, fundamentadas de forma científica y evaluando de acuerdo a su impacto con la usuaria. El contenido del marco teórico tiene como finalidad describir la teoría, filosofía, el arte y la herramienta de la profesión de enfermería, por último se describirán los logros obtenidos de la aplicación del proceso y la conclusión personal.

II. JUSTIFICACIÓN

“Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace cincuenta años. Diversos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar.

Así mismo en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros”.²

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

“En respuesta al crecimiento de la obesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación

²Historia de la Enfermería, Catalina García, España, 2001, Página 159.

Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004”.³

“Estudios recientes realizados en el 2008 por el sector salud en México, a través de un instrumento prediseñado para detectar obesidad, hipertensión y diabetes, demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos.

El 25 de enero del 2011, el presidente de México, Felipe Calderón, hizo oficial que México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y adulta, así como el primer lugar en diabetes infantil y anunció un programa nacional “Cinco pasos por tu salud” el cual consiste en lo siguiente: Muévete para hacer ejercicio (correr, caminar, andar en bicicleta, nadar o bailar media hora diaria), Mídete en el peso, consumo de alimentos y bebidas. Bebe agua y que se vuelva un hábito. El cuarto paso es incorporar o aumentar el consumo de frutas y verduras a la dieta, y el quinto socializar el problema y la estrategia.”⁴

En nuestro país las causas de la obesidad tiene diversos factores; entre ellos la genética, cambios de vida producto de la transculturación, reflejando estilos de vida sedentarios, capacidad de producir alimentos industrializados. En cuestiones laborales el esfuerzo físico ha dejado de

³http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas_interes/salud_alimentaria.html

⁴<http://www.rnw.nl/espanol/article/mexico-primer-lugar-mundial-en-obesidad>

ser elemental, sustituido por nuevas tecnologías de menores costos y mayor funcionamiento,

Uno de los programas creados por el sector salud para detectar de forma oportuna el sobrepeso y la obesidad es mediante el Índice de Masa Corporal, el cual, de acuerdo a estándares ya establecidos, proporciona el estado nutricional acorde al peso y talla del paciente, así como las acciones básicas para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, estas son elementales para el ser humano ya que constituyen hábitos de calidad en la vida cotidiana, como: el alimentarse de forma nutritiva, balanceada en cantidad y calidad, así como la actividad física.

En base a la problemática de la obesidad se aplicó el proceso de atención de enfermería a usuaria con obesidad de tercer grado, con alimentación deficiente, sedentarismo y falta de motivación para la realización de ejercicio físico, poniendo en marcha cuidados específicos de enfermería a la usuaria con el nombre de Esperanza, para evitar que el padecimiento origine enfermedades crónico degenerativas, que a su vez puedan condicionar el equilibrio de la salud.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general.

- ◆ Brindar cuidado holístico a una mujer adulta con obesidad de tercer grado, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Realizaré la valoración de la paciente utilizando las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson para detectar sus necesidades.
- Elaboraré los diagnósticos en base a la información obtenida, de acuerdo a la NANDA y los priorizaré para lograr la efectividad de su mejora continua.
- Desarrollaré una planeación de actividades dirigidas para mejorar el estado integral de la paciente a tratar, favoreciendo sus hábitos cotidianos y preservación de la salud.
- Realizaré todas las intervenciones de enfermería, dirigidas a la resolución de las necesidades detectadas y las fundamentaré científicamente a fin de promover la salud y el auto-cuidado.

- Emplearé el pensamiento crítico para realizar la evaluación continua de los cuidados, en cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, para ostentar la profesión de enfermería.

IV. METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO

Se presentará un proceso de atención de enfermería que es considerado descriptivo, ya que describe de forma detallada la obesidad, aspectos socioculturales que influyen para que se desarrolle y su vinculación con otras patologías crónico degenerativas que ponen en riesgo la salud. También se describirán las actividades planeadas y ejecutadas con la usuaria durante el tiempo programado a mediano plazo, se describirán las respuestas a cada de una de las acciones aplicadas, la teoría utilizada, problemas que se encontraron y conclusiones a las que se llegaron.

1. ENTREVISTA

Se efectuará entrevista de forma directa con la usuaria, utilizando guías de valoración de acuerdo al modelo propuesto por Virginia Henderson, se llevará a cabo mediante preguntas claras, concisas y precisas, de lo general a lo particular, logrando con esto la participación activa y dinámica de la paciente.

También se aplica cuestionario para la detección oportuna de diabetes, hipertensión y obesidad, instrumento validado por el sector salud.

Los instrumentos antes mencionados se encuentran dentro de los anexos del presente trabajo.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Se llevó a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión con la usuaria, de forma céfalo-caudal, registrando todos aquellos datos significativos.

IV. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA MEXICANA.

“Los antecedentes de la enfermería se remontan desde los inicios de la humanidad, cuando el cuidado se centró en la preservación de la raza humana. Cuidar era un acto de vida que tenía como finalidad permitir la continuación de su existencia, así como el desarrollo de la persona, del grupo y de la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esa época, el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio, ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado. Más tarde con el abandono de la vida nómada y la consolidación del sedentarismo se establece la división del trabajo.

A partir de esto las mujeres se dedicaron al hogar, al cultivo de las plantas, al cuidado de los animales y al cuidado de los hijos; por las necesidades propias de su comunidad, también se dedicaron a ayudar a otras mujeres y a sus familias con los cuidados durante el embarazo, el nacimiento, la reproducción y la maduración de los seres humanos.

Los hombres se dedicaron a la cacería para proveer alimentos a la familia, este acto fue muy cargado de valores simbólicos por lo que significaba el desafío de la caza, donde los hombres imponían su talento e inteligencia para dominar a los animales que muchas veces eran muy superiores en tamaño. Estos valores simbólicos marcaron la tendencia a sobrevalorar el trabajo de los varones por la sociedad de esa época.

Asegurar la vida era y sigue siendo un hecho cotidiano que no se le ha dado la importancia que merece, puesto que cuidar y vigilar representa un conjunto de actos que tienen el propósito y la función de mantener la vida de los seres para permitirles su reproducción y perpetuación, lo cual seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados”.⁵

5.1.2 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

LA CONQUISTA DE MÉXICO

“Antes de la conquista, eran desconocidas muchas enfermedades para los indios; por lo tanto carecían de inmunidad; con la llegada de los conquistadores el contagio y la propagación resultaban graves. Se producían con frecuencia brotes epidémicos, la lucha contra las enfermedades y el aislamiento de los contagiados fueron urgentes y se hizo indispensable la asistencia hospitalaria.

Aunque la práctica médica no era desconocida por los indígenas, no existían en México muchos hospitales. Se habían construido algunos con el fin de aportar atención médica a invalidados de batallas y ancianos, otros, con el objeto de aislar a los enfermos de lepra. Existían, además, hospitales militares donde los guerreros eran curados de sus heridas y tenían un lugar adecuado para convalecer. Debido a las características alarmantes de las epidemias, a raíz de la llegada de los españoles, tanto la corona Española como los miembros de la iglesia comprendieron que la

⁵ Colliere, 1996

mejor manera de acudir en auxilio de los indios y evitar la propagación de las enfermedades, era la fundación de hospitales”.⁶

“La primera epidemia fue la viruela en 1521, la segunda, sarampión 1531, la tercera en 1545 fue una tremenda peste que decía Sahagún fue pujamiento de sangre, juntamente calenturas y era tanta la sangre que les reventaba por la nariz.

Se puede afirmar que la invasión de los españoles con supremacía en recursos de guerra, más la transmisión de las enfermedades infectocontagiosas como la viruela, el sarampión y la peste fueron las principales causas que propiciaron el sometimiento del pueblo mexicana”.⁷

“Los religiosos que habían llegado ya a la Nueva España se ocupaban de la asistencia hospitalaria para los indios. Fundaron muchos conventos y, anexas a éstos, construyeron pequeñas enfermerías, más tarde hospitales, donde se curaba y adoctrinaba a los indios. La nueva Galicia había empezado a ser evangelizada por los franciscanos. Los dominicos habían fundado varios conventos cerca de México y se habían establecido en Oaxtepec, Morelos y en Oaxaca. Los agustinos, últimos en llegar en 1533, evangelizaron zonas que habían quedado fuera del dominio de los franciscanos y dominicos y se establecieron en Hidalgo, Morelos, Guerrero y llegaron hasta Michoacán. Los religiosos de las distintas órdenes, pero principalmente los franciscanos y agustinos, fueron quienes construyeron las mencionadas enfermerías junto a los conventos

⁶Morales, 1996, Páginas 22-23.

⁷Eibenschutz, 1982, Página 63.

y después hospitales, cuya necesidad era evidente por la frecuencia de las epidemias que arrasaban la población indígena”.⁸

“Para cubrir la necesidad de asistencia médica, originada por las epidemias, se generalizó la construcción de hospitales en los siglos XVI y XVII al parejo de las epidemias sucesivas que afectaron a la Nueva España.

Lo menos que se podía esperar de los colonizadores era la atención a los indígenas sometidos, ya que por un lado los necesitaban como fuerza de trabajo, por otra parte la presencia de los diversos grupos religiosos hizo presente sentimientos de humanidad, lo cual ayudó en alguna medida para que los indígenas recibieran un trato más digno y a la vez se les tuviera consideración para curarlos ante las lesiones de guerra, los trabajos forzados, y las grandes epidemias que padecieron”.⁹

5.1.2 LA INDEPENDENCIA

“Desde la conquista de México el 22 de abril de 1519, hasta después de la independencia de México, el 15 de septiembre de 1810, fueron las religiosas que vinieron a México, las que brindaron los cuidados a los enfermos, incluyendo a la notable poetisa Sor Juana Inés de la Cruz, quien mostró su espíritu de grandeza y dejó su vida en el cumplimiento de su deber, al ser contagiada de peste por estar al cuidado de los enfermos.

⁸Morales, 1996, Páginas 22-23.

⁹Bazarte, 1989, Páginas 21-38.

Destacaron también su participación otras religiosas como las hijas de la Caridad, traídas por la condesa María Gómez de Cortina a quienes se les entregó la custodia del hospital de San Juan de Dios; no sin menos merito se ha considerado el trabajo de las monjas agustinas, franciscanas, capuchinas, clarisas, josefinas y muchas más; sobresale en 1847 Sor Micaela Ayans, notable enfermera religiosa encargada de atender a los heridos que lucharon en la batalla de las tropas anglo-americanas; gracias al cuidado y esmero de su trabajo a los pacientes, se le encomendó la supervisión, administración y dirección de los establecimientos de beneficencia.

Sin embargo, al establecerse las leyes de Reforma, fueron expatriadas las Hijas de la Caridad, Incluyendo a Sor Micaela. A pesar de ello, aún perdura el recuerdo de estas mujeres del siglo antepasado por haber cumplido con su misión de cuidar a los enfermos, la administración, la docencia, la gerencia y la investigación” .¹⁰

Cabe destacar que en esta etapa también sobresalieron mujeres del ámbito religioso para ocuparse del cuidado de los enfermos, así mismo, con la aparición de las leyes de reforma en donde se establece la separación entre la iglesia y estado. Se determina que los diferentes grupos religiosos debían ser repatriados, a pesar del destacado desempeño de ellas respecto al cuidado de la salud.

“En 1894 el Director del Hospital Militar de la ciudad de México, Dr. Fernando López y Sánchez Ramón, fundó la primera escuela de

¹⁰López, 1998, Páginas 210-212.

enfermeras y el Dr. Eduardo Liceága, trajo a las enfermeras alemanas Maude Dato y Gertrudis Friedrich para que se ocuparan de dirigir y formar a un grupo de enfermeras mexicanas. En 1906 ellas regresaron a su patria y su lugar lo ocuparon las norteamericanas Ferry Mccloud y Ana Hamburi.

El primer plan de estudios fue formulado en 1906 y tenía como requisito de ingreso la educación primaria. En 1935 se solicitó, como requisito los estudios de nivel secundaria; además se rediseñaron los programas que operaban desde 1927 e incluían anatomía, fisiología, higiene, curaciones, pequeña farmacia y cuidados al niño, se agregaron las materias de medicina preventiva, ética, dietética, preparación de alimentos y las prácticas hospitalarias”.¹¹

Para la enfermería mexicana esta etapa representa el inicio de la escolarización de la actual profesión de enfermería, hecho relevante de reconocer por las enfermeras modernas.

5.1.3 LA REVOLUCIÓN

“A raíz de la revolución Mexicana del 20 de noviembre de 1910 surgió la enfermería militar. La primera escuela, la improvisó Refugio Estévez Reyes, llamada “Mama Cuca”, quien estuvo al cuidado de los heridos, posteriormente trabajó en el Hospital Militar de Guadalajara con el grado de Sargento Primero, salió a campaña en 1914, más tarde fue administradora del Hospital de Querétaro así como Jefe de Convoy de Cirugía, fue condecorada en 1940 con la medalla al mérito y del Valor y

¹¹Elizondo, 1981, Páginas 164-175.

ascendida al grado de Teniente Coronel. En 1937 se fundó oficialmente la Escuela militar de Enfermería reconocida actualmente como la mejor del país por su disciplina y profesionalismo, encontrándose en vías de su profesionalización.¹²

Esta etapa es valiosa para la enfermería en general y para la enfermería militar, ya que refrendan las bases de la formación profesional y el patriotismo para la defensa de nuestro país.

5.1.4 ENFERMERÍA MODERNA

“Las hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, destacaron por el desarrollo de la enfermería moderna en México, ya que a partir de 1931 empezaron a trabajar como enfermeras en el Sanatorio de San Salvador, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León; y en 1934 quedan a cargo del famoso Hospital Muguerza.

En 1940 fundan la primera Escuela de enfermería incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1943 son llamadas a dirigir los servicios de enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología, abriendo una escuela adjunta, siendo su fundadora Sor María Guadalupe Alacoque Cerisola; así como de la Asociación Mexicana de Enfermería y del Colegio de Enfermeras “Micaela Ayans”.

¹³

¹²Bazarte, 1989, Páginas 40-48.

¹³Elizondo, 1981, Páginas 185-203.

“En 1945 abre sus puertas la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y en 1947 obtiene reconocimiento Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a partir de entonces egresan excelentes enfermeras de calidad mundial.

En 1953 se crea al bachillerato de ciencias de enfermería de la UNAM, siendo este el paso inicial para la creación de la Licenciatura. La apertura de esta última representa un gran avance en el desarrollo de la profesionalización de la práctica de enfermería”.¹⁴

5.1.5 ENFERMERÍA CONTEMPORÁNEA

“Ante las exigencias en los diversos campos de enfermería por la apertura de las instituciones gubernamentales de salud como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE), Hospitales infantiles, de la mujer, Instituto Nacional de Nutrición, Cancerológica, Cardiología, etc.; así como múltiples instituciones privadas, las cuales requerían de personal profesional altamente capacitado; surge la necesidad de incrementar los conocimientos de enfermería a través de la Licenciatura, pasando así de un nivel técnico a una carrera universitaria y es la Escuela de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la que inicia a partir de 1969, seguida por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la actualidad hay escuelas y facultades con la Licenciatura en enfermería en diferentes estados de la Republica que

¹⁴Luna, 1987, Páginas 85-87.

pertenecen a universidades públicas y privadas, incorporadas a la UNAM”.¹⁵

“La apertura de centros de especialidades, requería de personal experto, motivo por el cual la UNAM ofreció en 1953 un curso de obstetricia y en 1955 inician los cursos posbásicos, ya que la mayoría del personal sólo contaba con estudios técnicos; los cursos ofrecidos son muy variados, acorde a las necesidades del campo laboral como: administración de los servicios de enfermería, salud pública, educación materno infantil, técnicas quirúrgicas, cuidados intensivos, oncológica, cardiología, rehabilitación física, enfermería psiquiátrica, enfermería geriátrica, entre otras”.¹⁶

Desafortunadamente no se han unificado criterios con la Secretaría de Educación para que la carrera tenga un reconocimiento profesional, que sólo sea universitaria y esto ocasiona que haya actualmente varias escuelas técnicas.

“La práctica basada en competencias, el holismo, humanismo y respeto a la vida son los retos para el siglo XXI y requiere de autenticidad del profesional de enfermería, estableciendo redes, cambios de actitud superación constante, desarrollo y compromiso; mismos que han empezado a ser abordados por las teóricas de enfermería, ya que varias de ellas han centrado su atención en el abordaje del holismo, la atención de las necesidades, las respuestas humanas y por supuesto el humanismo”.¹⁷

¹⁵ Martínez, 1985, Página 134-135.

¹⁶ Karchemer, 1989, Página 56-65.

¹⁷ Brandi, 2004. Páginas, 24-27.

5.2 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

5.2.1 BIOGRAFIA

“Virginia Henderson nació en 1897. Originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, se despertó en ella el interés por la enfermería. Debido a que sus primos fueron enviados a la guerra y no lo podía evitar”¹⁸.

En 1918 Virginia Henderson intentó ingresar a las escuelas hospitalarias y no fue aceptada, fue entonces que leyó sobre Escuela de enfermería del ejército en Washington D.C., donde fue atendida por Annie Warburton Goodrich, a pesar de no haber cumplido con el requisito de tener 21 años. Según Smith (1996) afirma que el padre habló con Annie Warburton Goodrich para convencerla de que le permitiera su inscripción y que sería una buena enfermera y así en 1918 inicia sus estudios de enfermería, 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera como docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Virginia Henderson tuvo éxito en la conclusión de sus estudios, seguramente por contar con la vocación y una motivación familiar de servir a los soldados lesionados en la guerra.

Cinco años más tarde ingresó en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada y Magíster en la rama de enfermería. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora

¹⁸Smith, 1996, Páginas 9-12.

pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 a su regreso al Teachers College, es miembro del profesorado y dicta cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. De 1948 a 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer, publicado en 1939.

En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de Enfermería. En 1958 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. De 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959. En 1960 se publicó su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse. En 1966 publica su obra The Nature of Nursing donde describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibió nueve títulos doctorales honoríficos, es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

En la convención de la American Nurses Association (ANA) de 1988 recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1966 a la edad de 98 años”.¹⁹

5.2.2 FUENTES TEORICAS

“Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of nursing*. En 1939 había revisado *Textbook of the principles and Practice of Nursing* e identificó este trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta la necesidad de aclarar la función de enfermería. Un aspecto que reconocemos los profesionales de enfermería fue su dedicación para distinguir el trabajo médico del trabajo de enfermería, situación indispensable para romper con la idea de ser ayudante del médico y responsabilizarse desde lo personal y lo profesional ante un desempeño independiente e interdependiente.

Describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. En *The Nature of Nursing*, indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería.

Annie W. Goodrich, fue decana de la escuela de Enfermería del ejército en la que Henderson recibió su formación básica como enfermera y

¹⁹Marriner, 1999, Páginas 99-101.

constituyó una fuente de inspiración para ella, dejando muy gravadas estas palabras “no existen las tareas serviles, si no actitudes serviles respecto al trabajo y se puede acumular mucho resentimiento al tener que realizar ciertas tareas”.²⁰

“Carolina Stackpole era profesora de filosofía en el Teachers collage, de la Universidad de Columbia, fue quien imprimió en Henderson la idea de “la importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurts era profesora de microbiología en el Teachers Collage, aprendió de ella “la importancia de la higiene y la asepsia.

Dr. Edgard Thorndike trabajaba como psicólogo en el Teachers College e investigaba sobre las necesidades básicas de los seres humanos. Henderson “se dió cuenta que la enfermedad es algo más que un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría, en los hospitales.

Thorndike ejerció una influencia definitiva para la consolidación de su filosofía, a Henderson le permitió derivar su propuesta de valoración de las 14 necesidades.

Dr. George Deaver era médico en el Institute for the Crippled and Disable y, más tarde, en el Bellevue Hospital. Observó que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto era recuperar la independencia del paciente.

²⁰Smith, 1996, Páginas 30-40.

Bertha Harper, enfermera de origen canadiense, fue la autora original del *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, aunque no llegaron a conocerse, las coincidencias entre sus visiones de la enfermería eran evidentes. La definición que propuso Harper en 1922 comienza diciendo que la enfermera se enraíza en las necesidades de la humanidad.

Ida Orlando había influido en Henderson en su idea sobre la relación existente entre la enfermera y el paciente, ya que Orlando siempre hacía hincapié en esta relación. Según palabras de Henderson “me ha hecho darme cuenta de lo fácil que es para una enfermera equivocarse al valorar las necesidades del paciente cuando no contrasta con él su interpretación de dichas necesidades”.²¹

5.2.3. APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico. Describió su punto de vista así: Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes

²¹Marriner, 1999, Páginas 101.

psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow como influencia directa. Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

5.2.4 SUPUESTOS PRINCIPALES

“Enfermería: Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos y enfermos, actúa como miembro de un equipo médico,

se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. Henderson subrayó que la enfermera puede trabajar de forma independiente cuando la situación así lo requiere y debe hacerlo así, es la persona mejor preparada.

El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Una enfermera valora las necesidades humanas básicas. Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería. Por lo tanto enfermería tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación, o una muerte tranquila que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Persona (Paciente): Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional. El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar. El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia. El paciente y su familia constituyen una unidad. Así que la persona “es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables.

Salud: Es la calidad de vida, la salud es fundamental para el funcionamiento humano, la salud requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al

enfermo, toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

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

Las personas que no están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad, las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento, deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Los médicos se sirven de las observaciones de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones para aparatos de protección.

5.2.5 AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente:

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

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

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

Relación enfermera – médico:

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

Relación enfermera – equipo de salud:

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

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos”.²²

5.4 CONCEPTOS DE CUIDADO

“El adjetivo caring, en enfermería se utiliza para designar los cuidados profesionales con el compromiso humanista y de interés para sus

²²Marriner, 1999, Páginas 100 -101.

semejantes. El cuidado es el elemento esencial de la relación enfermera-paciente-familia o comunidad y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentirse desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales.

Mayerof en 1971, determina los atributos generales del cuidado: el cuidado ayuda a otra persona, permite el desarrollo y la actualización del yo, es un proceso de interrelación que implica el desarrollo, de la misma manera que la amistad, la cual sólo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

Cuidar no consiste en imponer pautas de conductas ajenas a la persona, sino más bien, contribuir a la realización de su proyecto personal, de aquí se deriva un atributo del cuidado; “la comprensión”. Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro.

Cuidados de costumbres habituales: son los cuidados permanentes y cotidianos (capacidades y habilidades) que tienen como única función: mantener la vida, se basan en todo tipo de costumbre y creencias de un grupo.

Cuidados de curación (cure) garantizan la continuidad de la vida, cuando se obstaculiza por: hambre, enfermedad, guerra, etc. Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella y limitar sus causas.

Cuando prevalecen los cuidados de curación sobre los que se acostumbra “se aniquilan progresivamente las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se

agotan la fuentes de energía vital, ya sean físicas, afectivas, sociales, etc., esta aniquilación puede llegar a un deterioro irreversible”.²³

5.4.1 ELEMENTOS PARA EL CUIDADO

“Se necesitan los siguientes elementos:

1. Conocimientos. Se adquieren durante la formación, son importantes por ser la base de los cuidados, estos deben ser variados, para que puedan cubrirse de manera satisfactoria las necesidades de las personas, familias o comunidades.
2. Tecnología. Es el conocimiento de los instrumentos que emplea enfermería en su práctica, sus cuidados recurren a diversas tecnologías para el mantenimiento de la vida y para curación. El cuerpo es el primer instrumento usado por una persona para prestar cuidados por sus propiedades energéticas, mecánicas., etc. Utiliza de los sentidos para cuidar, a través del tacto puede tocar, levantar, vendar, sentir, entre otros; con el oído transmite mensajes, diferencia silencios anormales, oye llantos e intenta comprender el simbolismo de las palabras. La vista sitúa a las personas en su entorno, descifra mensajes enviados por el cuerpo”.²⁴

²³Mayerof, 1971.

²⁴Collare, 1996.

CREENCIAS Y VALORES.

Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, creencias y valores, estando vinculados tanto los que cuidan como los que requieren cuidados; por eso es importante comprender el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y cambian, para tomar conciencia de la variedad de ellas y los valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería.

5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

5.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

5.3.1 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso de enfermería es un método intelectual y deliberado, cuenta con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados dirigidos al bienestar de la persona, comunidad, o ambos.

El término adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards Nursing Practice, que describe las cinco fases del proceso de enfermería:

1. Valoración: es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los datos de la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
2. Diagnóstico de Enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.
4. Ejecución. Es poner en práctica los cuidados programados.
5. Evaluación. Determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es útil para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los

cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Características del proceso de atención de enfermería:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y valores, se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Sus objetivos son: establecer una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales de la persona, familia o comunidad, planteando los cuidados para resolver problemas y prevenir complicaciones.

Ventajas para la enfermera: Definir el campo del ejercicio profesional a partir de las normas de calidad de los cuidados de enfermería; logrando

como resultado la satisfacción profesional de la enfermera, volverse experta en un área del cuidado y vivenciar el crecimiento profesional

Ventajas para el paciente: Participación en su propio cuidado. Identificación de la continuidad de sus cuidados, experimentar las mejoras en su salud”.²⁵

VALORACIÓN.

“Es la primera fase del proceso de enfermería, puede definirse como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen a la persona como fuente primaria, la familia, el expediente clínico o a cualquier otra persona que dé atención a la persona que esté a nuestro cuidado.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, textos de referencia. A través de la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente, así como otras fuentes que sean de utilidad; se pretende contar con todo aquello referente a la persona que está siendo cuidada, que aporte información importante sobre sus características, dificultades o padecimiento actual, así como sus hábitos, entorno y la relación que existe en su familia.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar

²⁵Phaneuf, 1999.

ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las catorce necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

TIPO DE DATOS:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo que dice sentir o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).

Datos objetivos: están constituidos por información real, observable, se pueden medir por cualquier escala o instrumento. (Murray, 1996)

Datos históricos: antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: información sobre el problema de salud actual.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS.

La entrevista, es un proceso que tiene como finalidad, obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/persona,

permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, además de ayudar a la enfermera a determinar, qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

La observación, Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa de su entorno.

La exploración física, determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y valorar la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

1. Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
2. Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
3. Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel

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

VALIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

Su propósito es confirmar que la información que se ha reunido es verdadera. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados. Los datos observados y que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. La organización de los datos, nos ayuda a identificar problemas y posibles diagnósticos de enfermería, los modos más habituales de organizarlos es por necesidades humanas".²⁶

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

"Es la actividad que informa y registrar los datos para dar un seguimiento al diagnóstico y tratamiento del paciente, los propósitos que siguen esta comunicación y registro son:

1. Mantener la comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
2. Demostrar la calidad de los cuidados al poder compararse con las normas de calidad establecidas.

²⁶Marriner,1999.

3. Permitir la evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la misión de la calidad.
4. Evidencia de carácter legal.
5. Permitir la investigación en enfermería.

Las normas para la correcta anotación de registros en la documentación de acuerdo con Iyer, son:

1. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
2. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
3. Evitar las generalizaciones y los términos vagos (normal, regular).
4. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño.
5. La anotación debe ser clara y concisa.
6. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
7. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán sólo las abreviaturas de uso común.

DIAGNÓSTICO

Es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos obtenidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para la persona, familia o comunidad, así como las fuentes de dificultad que las provoca.

El diagnóstico de enfermería es el “enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de la persona. Los diagnósticos de enfermería, sirven de base para elegir las intervenciones encaminadas a lograr los objetivos que son responsabilidad de enfermería.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

Si se considera el diagnóstico enfermero según su virtualidad, se puede decir que existen cuatro tipos:

1. Real: el problema es actual y las manifestaciones son observables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).
2. Alto Riesgo: es un juicio clínico, de que es más probable que una persona sea vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores de riesgo (E).
3. Posible: son enunciados que describen un problema que se sospecha, por lo cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.

4. De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es una persona que comprenda que puede lograr un nivel funcional más elevado si lo desea”.²⁷

PLANEACIÓN

En esta fase, trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades; según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

1. Alta Prioridad: problemas de riesgo vital.
2. Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.
3. Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería.

La planeación incluye las siguientes sub-etapas:

- Establecer prioridades en los cuidados. Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Todas las necesidades, raras veces pueden ser abordadas al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías: prioridad alta, media o baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando

²⁷Phaneuf 1999.

a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y el tratamiento.

- Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados: Describe lo que la enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

1. Dirigir los cuidados.
2. Proporciona un plazo para las actividades planificadas
3. Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
4. Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos

1. La formulación debe ser simple, clara y concisa.
2. El objetivo debe ser propio de una persona
3. Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
4. La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
5. Debe evolucionar con la situación.
6. Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
7. Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos

Objetivos de enfermería. Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares; de su comprensión, de los cambios biofisiológicos que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo:

1. **Objetivos a corto plazo:** son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia, cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
2. **Objetivos a mediano plazo:** requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
3. **Objetivos a largo plazo:** son los resultados que requieren de un tiempo más prolongado.

Objetivos del paciente. Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona.

La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas, debilidades del paciente, gravedad y urgencia de su estado. Por lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo.

Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Intervenciones dependientes: incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.

Para la actualización de los planes de cuidados se debe considerar que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución, es la etapa de realización del plan de cuidados, en ella se inician las intervenciones previstas. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

1. Continuar con la recogida y valoración de datos.
2. Anotar los cuidados de enfermería
3. Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, incluye al paciente, a la familia, y a otros miembros del equipo de salud. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas, plasmados en los diagnósticos de enfermería, para atender las necesidades de cada persona tratada.

1. Validación del plan de atención. Se necesita buscar fuentes apropiadas para validar el plan, como colegas expertos, otros miembros del equipo de salud, y el paciente, dándole así la oportunidad de participar en su propia atención.
2. Documentación del plan de cuidados. Debe estar escrito y al alcance de los miembros de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los más comunes son: individualizados y estandarizados. Son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. Mantener el plan de cuidados actualizado.

Enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, en el cual se incluye a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo”.²⁸

EVALUACIÓN.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso, la enfermera se da cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.

El proceso de evaluación consta de:

1. La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados.
3. Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

²⁸Kozier, 1999.

VI. MUJER EN ETAPA ADULTA TEMPRANA

6.1 DEFINICIÓN DE MUJER

“Mujer (del latín mulier, -eris) es la persona del sexo femenino, realiza el esfuerzo reproductivo que permite la supervivencia de individuos y sociedades”,²⁹

“Las mujeres a principios del siglo pasado eran educadas para casarse, tener hijos y atender un hogar, eran escasas las familias que mandaban a sus hijas a la universidad”.³⁰

Actualmente las estadísticas reflejan una mayor afluencia femenina en los claustros académicos con gran dedicación a los estudios, que da como resultado un mayor porcentaje de profesionales mujeres que se reciben.

Por otra parte, la participación femenina ya no se limita a carreras estrictamente para mujeres, sino que abarca todos los ámbitos profesionales, habitualmente ocupados por los hombres

Dentro del género femenino puedo distinguir diversos aspectos y actividades relevantes que la conforman como son: su desarrollo físico, social y psicológico, caracterizado por su edad y rol de actividades en relación a su etapa de la vida.

6.2 ETAPAS DEL SER HUMANO CLASIFICADAS POR ERIKSON

²⁹Religión y Género, Sylvia Marcos, España 2004.

³⁰<http://psicologia.laguia2000.com/general/psicologia.yel.rol.de.de.la.muer>

”La vida humana ha sido estudiada desde diversos puntos de vista, cada perspectiva pretende apoyar el proceso de supervivencia y bienestar de las personas como parte del proceso adaptativo por el que pasamos en forma ontogénica (desarrollo individual) o filogénica (evolución por especie).

La teoría de Erikson es un ejemplo del modelo de crisis normativa, que describe el desarrollo humano desde el punto de vista de una secuencia definitiva de cambios sociales y emocionales, relacionados con la edad de acuerdo con su clasificación, tomando como referencia la edad, clasifica de la siguiente forma las etapas de la vida del ser humano.

1. Edad pre-adulta (0 a 22 años), los años formativos desde la concepción hasta el final de la adolescencia.
2. Edad adulta temprana (20 a 40 años), en la que la gente hace elecciones de vida significativas y exhibe la mayor energía pero también experimenta el mayor estrés.
3. Edad adulta intermedia (40 a 65 años), en la cual la mayoría de la gente ha reducido en cierto modo las capacidades biológicas, pero ha aumentado las responsabilidades sociales.
4. Edad adulta (65 años en adelante) la fase final de la vida”.³¹

³¹Psicología la Ciencia Mente y la Conducta, Gross, México, 2004, Página 706.

6.2.1 EDAD ADULTA TEMPRANA

Hay momentos del ciclo vital relativamente apacibles y estables alternados con otros donde aparecen nuevas exigencias y demandas, necesitando un periodo de transición entre los estadios del ciclo vital para adecuarse a éstas. Se necesita tiempo para desprenderse de una situación pasada y adaptarse a otra nueva.

“Los seres humanos cambian y crecen en diversos aspectos de la vida dentro de etapas marcadas de acuerdo a la edad. Durante el período de los 20 a los 40 años se define al joven adulto destacándose por la toma de decisiones que han de repercutir para bien o para mal al resto de la vida con respecto a su desarrollo físico, social y psicológico, tomando como referencia el éxito laboral relacionando su profesionalismo y personalidad, de acuerdo a los valores adquiridos por medio de las experiencias vividas y la formación de una familia propia.

Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos cuidan de ellos y la perspectiva de vida en base a un sustento y futuro familiar.

6.3 DESARROLLO FÍSICO

Dentro de la etapa podremos describir al adulto joven físicamente bueno, lo caracteriza su fuerza, energía y resistencia. Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado debido a la promoción que existe en la actualidad de una mejor alimentación y atención a la salud, el declive de las capacidades físicas está generalmente graduado que se nota difícilmente después de los 50

años. Entre los años 30 a los 45, la altura es estable luego comienza a declinar.

La fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad y luego viene una pérdida gradual de 10% entre las edades de los 30 a los 60. La mayor parte del debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas, un poco menos en los músculos de los brazos. La destreza manual es más eficiente en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de los 30 años.

Los sentidos están agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40. Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años.

Dentro de esta etapa podemos describir la edad con mayor responsabilidad para la reproducción humana y, por tal motivo, la exposición del organismo femenino para el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual y complicaciones cervicouterinas en relación a los embarazos, partos e incluso cesáreas, para llevar a cabo la formación de la familia, los cuales producen cambios físicos, biológicos y emocionales en el organismo”.³²

³²Psicología la Ciencia Mente y la Conducta, Gross, México, 2004, Página 706.

6.4 DESARROLLO SOCIAL

“La cultura que es aprendida y se trasmite de una generación a las siguientes mediante el proceso de inculturación. Sólo los humanos disponen del aprendizaje cultural, dependiente de símbolos que tienen significados y valores particulares para las personas que comparten una misma cultura. Las tradiciones culturales toman los fenómenos naturales, incluidas necesidades de base biológica y los canalizan en directrices completas. Los medios culturales de adaptación han sido fundamentales en la evolución humana, obligan a los individuos a cambiar la cultura.

El estilo de vida se va conformando desde los primeros años y se fortalece cuando llegamos a la edad adulta. Sin embargo, sí es posible modificarlo parcial o totalmente cuando se llega a la adultez intermedia, esto debido a cambios de habilidades y conocimientos para afrontar los retos y las dificultades que se han presentado al paso de los años ya vividos, sobre todo en relación a la educación, economía y la salud.

La educación juega un papel importante en este proceso, ya que una preparación educativa básica se relacionará con una economía estable y en las mejores condiciones de vida posible, aspecto de gran importancia durante la edad adulta; ya que el sueño de lograr un patrimonio es la motivación durante esta etapa y, con relación a la salud, inicia la expectativa de conservarla, sobre todo si ya se tienen hijos y por los que se desea una mejor estancia de vida.

Las creencias culturales compartidas, los valores, los recuerdos, las esperanzas y las formas de pensar y de actuar pasan por encima de las diferencias entre las personas. La inculturación unifica a las personas a proporcionarnos experiencias comunes, los padres de hoy son los hijos

del ayer, absorbieron ciertas creencias y valores transmitidos de generación en generación”.³³

“La cultura toma las necesidades biológicas que compartimos con otros animales y nos enseña a expresarla de formas particulares. Las personas tienen que comer, pero la cultura nos enseña qué, cómo y cuándo.

Los hábitos culturales, las percepciones y la transculturación modelan la naturaleza humana de diversas formas, en cuestiones formativas puede ser de gran utilidad la innovación, pero sin embargo en cuestiones de salud se puede ver afectado por modelos de vida de forma sedentaria, alimentación de poca calidad, propiciando padecimientos crónicos degenerativos que condicionan el bienestar del ser humano.

Las funciones sociales tradicionales de las mujeres de la clase media consisten en las tareas domésticas, el cuidado de niños, y en la actualidad, la sociedad de nuestro país nos integra dentro del ámbito laboral, ya que de forma productiva apoya una mejor condición de vida.

Los prototipos de estilo de vida que nos muestran los medios masivos de comunicación apoyan a que el individuo compare su estado actual y su estilo de vida con las posibles alternativas que el resto del mundo ofrece. Las relaciones sociales nos permiten ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Cuándo? comparar con nuestro entorno inmediato lo que somos, tenemos y aspiramos”.³⁴

“La enfermera debe utilizar aspectos de la cultura del paciente para actuar como agente intercultural y desarrollar diagnósticos e

³³ Antropología Cultural, Kottk, Páginas 59-62.

³⁴ Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Hernan San Martín. Editorial La prensa Medica Mexicana, México. 2006, Página. 48.

intervenciones de enfermería aceptables, tanto como para ella como para el paciente, que sean culturalmente apropiados”.³⁵

6.5 DESARROLLO PSICOLÓGICO

Freud no llevó sus teorías de desarrollo más allá de la adolescencia, pero Erikson continuó y propuso tres crisis en la edad adulta: una en la edad adulta temprana; una en la edad adulta intermedia y una en la última etapa de la edad adulta. La Crisis de la intimidad versus aislamiento es la sexta de las 8 crisis de Erikson y lo que él considera que es el problema principal de la temprana edad adulta.

De acuerdo con esto, los adultos jóvenes necesitan y desean intimidad; es decir, necesitan tener profundos compromisos personales con otros. Si no son capaces, o temen hacerlo, pueden tornarse aislados y abstraídos. La habilidad de lograr una relación íntima, la cual demanda sacrificio y compromiso, depende del sentido de identidad, el cual tiene que haber sido adquirido en la adolescencia. Un adulto joven que ha desarrollado una firme identidad está listo para fusionarla con la de otra persona”.

“Abraham Maslow identificó una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano, de tal forma que cuando una persona ha satisfecho las necesidades más elementales, se esfuerza por satisfacer las del siguiente nivel, y así sucesivamente, hasta que se logra satisfacer el orden más elevado de requerimientos. La persona que satisface las necesidades más elevadas es para Maslow, la ideal, la persona autorrealizada.

³⁵ Cuidados de enfermería. Saunders, Luckmann. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Volumen I. México D.F. 1997 Página 22.

De acuerdo con Maslow, el orden ascendente de estas necesidades es:

1. Fisiológicas: de aire, alimento, bebida y descanso, para lograr el equilibrio dentro del organismo.
2. Seguridad: de protección, estabilidad, para verse libre de temor, ansiedad y caos, mediante una estructura que establece leyes y límites. Minimización de estados de ansiedad por carencia de oportunidad de manifestarse como ser productivo. Tranquilidad de contar con las condiciones mínimas de subsistencia (casa, vestido)
3. Pertenencia y amor: de afecto e intimidad, proporcionados por la familia, los amigos y personas que nos aman.
4. Estima: de auto respeto y respeto de los demás.
5. Autorrealización: el sentido de que la persona hace lo que es capaz y está satisfecha y preparada para “ajustarse a su propia naturaleza”.³⁶

³⁶Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas, Herman San Martín, Editorial La Prensa Médica Mexicana, México, 2006, Páginas 1112.

VII. OBESIDAD

“La obesidad es un estado de exceso de masa de tejido adiposo. Aunque considera como equivalente al aumento de peso corporal, no siempre es necesariamente así, ya que muchas personas sin exceso de grasa pero con una gran cantidad de masa muscular podrían tener sobre peso.

7.1 TIPOS DE OBESIDAD

1. Exógena: Son las determinadas por exceso de ingesta y poco o nada de ejercicio.
2. Endógena: Relacionadas con alteraciones endocrinas o con alteraciones nerviosas.

El método más utilizado para calibrar la obesidad es el índice de masa corporal que es igual al peso /talla² expresado (Kg. /m²). Otras formas de clasificar la obesidad son:

1. Antropometría (Grosor del pliegue cutáneo).
2. Densitometría (peso bajo el agua)
3. Tomografía computarizada
4. Resonancia magnética.

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Sobrepeso se define como un Índice de Masa Corporal igual o superior a 25.

- Obesidad como un igual o superior a un Índice de Masa Corporal 30.

Las tallas y estructuras de los varones y las mujeres oscilan entre 19 y 26 kg/m², tomando como referencia que las mujeres tienen más grasa corporal que los varones. La obesidad es mucho más frecuente en mujeres y personas pobres, aunque la prevalencia en niños aumenta cada día a un ritmo impresionante.

La regulación del peso corporal depende tanto de factores endocrinos como nerviosos, que influyen en la ingesta y el consumo de energía. Las alteraciones del peso mediante la sobrealimentación forzada o privada de alimentos induce cambios fisiológicos destinados a oponerse a estas perturbaciones; con la pérdida de peso, el apetito aumenta y el gasto de energía disminuye; en la sobrealimentación el apetito disminuye y el gasto de energía aumenta, este último mecanismo compensador suele fracasar, lo que permite el desarrollo de la obesidad cuando los alimentos son abundantes y la actividad física es limitada.

Un regulador importante de estas respuestas adaptativas es la hormona que deriva de los adipositos, la leptina que actúa a través de circuitos encefálicos (hipotálamo) influyendo en el apetito, el gasto energético y la función neuroendocrina.

7.2 TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

La clave del tratamiento de la obesidad es la reducción de la ingesta calórica. Las ventajas de las dietas muy bajas en calorías son las de mayor velocidad de adelgazamiento.

En los pacientes que siguen estas dietas se reducen descenso de la presión arterial, la glicemia, el colesterol y los triglicéridos y mejoran la tolerancia al esfuerzo y la función pulmonar. La apnea del sueño puede mejorar también después de algunas demandas. Las complicaciones pueden ser poco importantes y consisten en fatiga, estreñimiento o diarrea, sequedad de la piel, caída del pelo, irregularidades menstruales, mareos ortostáticos y dificultad para concentrarse. La interrupción de estas dietas con una dieta excesiva puede provocar pancreatitis o colelitiasis”.³⁷

De acuerdo con la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, en sus apartados 8. Del tratamiento nutricional, 9 tratamiento psicológico los cuales mencionan el tratamiento para la atención de todas aquellas personas con obesidad o sobrepeso que requieran atención para bajar de peso y en el apartado 11. En el que se describen las medidas restrictivas, como por ejemplo: “no deberá bajar de más de un kilogramo de peso corporal por semana, para evitar el desequilibrio del organismo”³⁸.

³⁷Harrison's Principios de la Medicina Interna. Hauser Kasper, 16ª Edición, Páginas 2600-2629.

³⁸Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010

VIII. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO

FICHA DE IDENTIFICACION DE LA SEÑORA ESPERANZA.

NOMBRE: Esperanza O.F.

SEXO; Femenino.

EDAD: 32 años.

ESTADO CIVIL: Casada

OCUPACIÓN: Ama de casa

RELIGIÓN: Católica (sin profesar)

ESCOLARIDAD: Primaria.

DOMICILIO: Reservado.

ORIGINARIA: Reside en la comunidad de Santiago Tangamandapio; en casa tipo urbana con todo los servicios intra-domiciliarios.

INGRESO ECONÓMICO: Depende de su esposo, el cual trabaja como taxista.

FECHA DE REGISTRO: 03 de Noviembre del 2010.

MOTIVO DE LA VISITA O PRINCIPAL PROBLEMA: Obesidad tercer grado.

TRATAMIENTO ACTUAL: Medroxiprogesterona (Anticonceptivo bimensual).

Fiabilidad: 1

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

- ❖ Madre con obesidad grado 3 y diabetes Mellitus tipo II
- ❖ Padre con asma e Hipertensión Arterial.

1. OXIGENACION

Movimientos respiratorios rítmicos, Tensión Arterial: 120/80, Frecuencia Cardíaca: 72 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 22 por minuto.

2. NUTRICION E HIDRATAACION

Alimentación de poca calidad y en abundante cantidad, con preferencia en alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas. Consume carne cinco veces por semana, fruta, verduras y legumbres 2 a 3 veces a la semana, su ingesta de líquidos es preferentemente de bebidas gaseosas.

Actualmente tiene Talla 1.62, Peso 106. Kilogramos, Índice de Masa Corporal: 40.45, Perímetro Abdominal 115. Buena coloración de piel y tegumentos, mucosa oral hidratada. Refiere realizar dos comidas al día consideradas como fuertes y entre una y otra consume comida chatarra.

3. ELIMINACION

Su eliminación vesical es de tres a cuatro veces al día, la eliminación intestinal es poco frecuente (1 al día) y de consistencia solida, con dolor al evacuar.

4. TERMOREGULACION

Buena coloración de piel y tegumentos. Temperatura: 36 °C.

5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

No realiza actividades físicas ni recreativas por falta de costumbre, no tiene ninguna motivación para la misma; al realizar algún tipo de ejercicio además se siente fatigada, agitada, irritable, esto debido a su obesidad de tercer grado. Asegura que en alguna ocasión que ha intentado hacer ejercicio le ha ocasionado “dolor lumbar”.

6. DESCANSO Y SUEÑO

Duerme de 9 a 10 horas diarias por las noches y refiere “descansar” por las tardes de 2 a 3 horas sentada viendo la televisión.

7. USO DE PRENDAS DE VESTIR

Viste a su gusto, de acuerdo a su edad y a su talla.

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Su higiene corporal la realiza a diario con baño completo y cambio de ropa de igual manera, el aseo bucal lo realiza tres veces al día. Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño. La limpieza de su vivienda es cada día.

9. EVITAR PELIGROS DE SU ENTORNO

Conoce y no aplica las medidas de prevención en su casa y entorno; porque en cuanto a su salud tiene antecedentes de sus progenitores con Diabetes Mellitus Tipo II, Hipertensión arterial, asma bronquial y obesidad, hijo de 14 años con sobrepeso.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Tiene acercamiento y buena relación con sus hijos y su esposo, en cuanto a la familia biológica comenta tener comunicación y ser bien aceptada.

11. NECESIDAD DE VIVIR CONFORME A SUS CREENCIAS RELIGIOSAS

Es católica, no practicante desde hace 5 años que tuvo un aborto espontáneo de 16 semanas de gestación, se encuentra en etapa de negación aún y al platicar del tema manifiesta tristeza. Tiene imágenes religiosas en su casa pero le son indiferentes.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Depende económicamente de su esposo quien trabaja de taxista y considera que es suficiente lo que aporta su esposo para satisfacer sus necesidades económicas.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

No realiza ninguna actividad recreativa, nunca lo ha hecho ni le interesa; sólo se dedica a sus labores del hogar y ver la televisión 2 a 3 horas diarias.

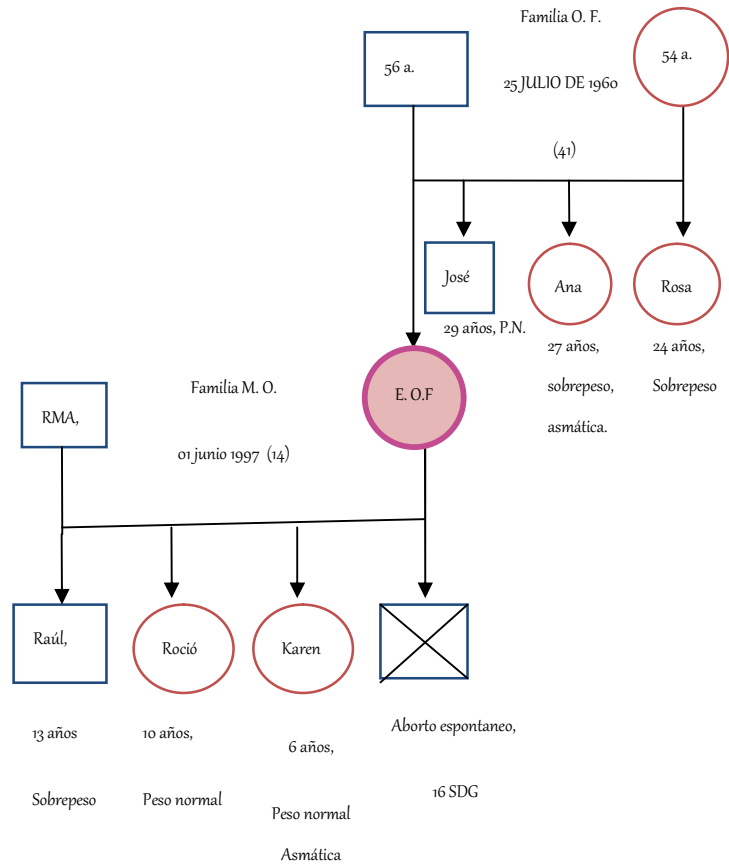
14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Estudio sólo hasta 3° de primaria, refiere deseos de terminar este nivel escolar porque necesita saber para poder apoyar a sus hijos en las tareas. Le resulta complicado el no poder solucionar este aspecto con sus hijo, tiene uno en secundaria, dos en primaria y uno en preescolar. Comenta que sí siente la necesidad de estudiar y aprender algún oficio aunque su duelo patológico no le ha permitido desarrollarse en esta área.

FAMILIOGRAMA

Asmático,
Hipertensión Arterial.

Obesidad 3º Diabetes
Mellitus tipo II



ANÁLISIS Y CLASIFICACIÓN DE DATOS RELEVANTES

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
NUTRICION E HIDRATAACION	Peso 106. Kg, IMC: 40.45., Perímetro abdominal 115 cm.	Alimentación de poca calidad y abundante cantidad con preferencia en alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas
ELIMINACION	Su eliminación vesical es de tres a cuatro veces al día, la eliminación intestinal es poco frecuente (una vez al día) y de consistencia sólida.	Dolor al evacuar.
MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA		Realiza escasas actividades físicas por falta de costumbre y acondicionamiento físico, además se siente fatigada, agitada, irritable y con dolor lumbar cuando lo realiza.

DESCANSO Y SUEÑO	Duerme 9 a 10 horas diarias por las noches y refiere descansar por las tardes de 2 a 3 horas viendo la televisión.	
CREENCIAS Y VALORES		Católica, refiere un aborto el que aún le provoca tristeza y llanto, se encuentra en la etapa de negación.
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Actividad favorita es ver la televisión 2 a 3 horas diarias	No realiza ninguna actividad recreativa.
APRENDIZAJE	Escolaridad 3° de primaria	Deseos de mejorar su grado de estudios.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDAD	JERARQUIA	SITUACION DE LA PERSONA
NUTRICION E HIDRATAACION	NUTRICION	Dependiente Por falta de conocimientos.
ELIMINACION	MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	Dependiente Por falta de voluntad.
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	ELIMINACION	Dependiente, Por falta de conocimientos.
VIVIR CONFORME A SUS CREENCIAS RELIGIOSAS	VIVIR CONFORME A SUS CREENCIAS RELIGIOSAS	Dependiente Por falta de voluntad.
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Parcialmente Dependiente Por falta de voluntad.
APRENDIZAJE	APRENDIZAJE	Parcialmente Dependiente, Por falta de conocimientos.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POR JERARQUIZACION

<p style="text-align: center;">NUTRICION E HIDRATACION</p>	<p>DOMINIO 2: NUTRICION</p> <p>CLASE 1: INGESTION</p> <p>*Diagnóstico real:</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior relacionado con aporte excesivo a las necesidades metabólicas manifestado por factores biológicos, psicológicos y culturales.</p> <p>(NANDA 2009-2011 Página 76.)</p>
<p style="text-align: center;">MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>CLASE 2: ACTIVIDAD Y EJERCICIO</p> <p>*Diagnóstico real:</p> <p>(00168) Sedentarismo relacionado con falta de motivación manifestado por elección de una rutina diaria sin ejercicio.</p> <p>(NANDA 2009-2011. Página 130).</p>

<p>ELIMINACION</p>	<p>DOMINIO 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO</p> <p>CLASE 2: FUNCION GASTROINTESTINAL</p> <p>*Diagnóstico real:</p> <p>(0011) Estreñimiento relacionado al aporte insuficiente de fibras y agua manifestado por dolor al defecar, cambios en el patrón intestinal</p> <p>(NANDA 2009-2011 Página 102).</p>
<p>VIVIR CONFORME A SUS CREENCIAS RELIGIOSAS</p>	<p>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES</p> <p>CLASE 3: VALORES/CREENCIAS/CONGRUENCIA DE LAS ACCIONES</p> <p>*Diagnóstico real:</p> <p>Sufrimiento espiritual relacionado con muerte (aborto de 16 SDG) manifestado por sufrimiento (tristeza y llanto).</p> <p>(NANDA 2009-2011. Página 298)..</p>

<p>JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>CLASE 2: ACTIVIDAD Y EJERCICIO</p> <p>*Diagnóstico real:</p> <p>Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado de forma verbal por la usuaria en deseos de aprender nuevas labores.</p> <p>(NANDA 2009-2011. Página 120).</p>
<p>APRENDIZAJE</p>	<p>DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNICION</p> <p>CLASE 4: COGNICION</p> <p>*Diagnóstico real:</p> <p>Disposición para mejorar sus conocimientos manifestado de forma verbal.</p> <p>(NANDA 2009-2011. Página 170).</p>
<p>MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>CLASE 4: RESPUESTA CARDIO/VASCULAR</p> <p>*Diagnóstico de Riesgo</p> <p>(00094) Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado a la inexperiencia en la actividad.</p> <p>(NANDA 2009-2011. Página 137).</p>

PLAN DE CUIDADOS

NUTRICION E HIDRATACION

Diagnostico Real.

“Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por factores, biológicos, psicológicos económicos y culturales”.

OBJETIVO: La señora Esperanza logrará el equilibrio nutricional, que le proporcione la energía necesaria para las demandas metabólicas acorde a su edad y estilo de vida.

FECHAS Y HORA: Noviembre 08 del 2010 de 17:00 a 19:00.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Facilitar información sobre el plato del buen comer.	La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre un organismo y el alimento que consume. (Kozier Capitulo 37, página. 1074).	Se proporcionó información y mostró interés por la información recibida.

<p>Elaborar una dieta de acuerdo a sus necesidades y requerimientos calóricos, tomando como referencia el plato del buen comer.</p>	<p>Una ingestión adecuada de alimentos consiste en un equilibrio de nutrientes esenciales. (Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. (Kozier. Capitulo 37, Página. 1074).</p>	<p>Coopera en la elaboración de su dieta, eligiendo los alimentos de su preferencia y de mejor tolerancia, queda satisfecha refiriendo no sentir disgusto en llevarla.</p>
<p>Racionar los alimentos de su preferencia acorde a su aporte calórico.</p>	<p>“La obesidad es el resultado de consumir más calorías de las que el cuerpo necesita”. (Nuevo Manual Merck. Beers Mark H., Edición MMVII, Página 1093).</p>	<p>Se compromete a cuidar y moderar su afinidad por comer los azúcares, harinas y grasas saturadas, ahora que conoce el aporte calórico que le proporcionan.</p>
<p>Proponer horarios para realizar tres comidas fuertes y dos colaciones entre cada una de las comidas.</p>	<p>Las colaciones (una ración de fruta o verdura) ayudan a mantener la energía para llevar a cabo las labores del día y a evitar los atracones entre las comidas. (Pautas de la Orientación Alimentaria en México, 2002).</p>	<p>Refiere que al principio el respetar los horarios de comidas le fue difícil, pero ahora inicia con un plato fuerte a las 9:00, 14:00 y 19:00; sus colaciones a las 12:00, y 17:00 horas.</p>

<p>Enseñar la forma correcta de masticar los alimentos antes de deglutirlos.</p>	<p>“Los dientes en su posición actúa como amortiguador de impacto de la masticación triturado los alimentos”.</p> <p>(Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Gerard, México 2006, Página 834).</p>	<p>Reconoce la importancia que tiene la trituración de sus alimentos, pues no se imaginaba que la digestión inicie en la boca.</p>
<p>Sugerir la ingesta de agua natural y evitar las bebidas gaseosas.</p>	<p>“El agua es el mayor componente del organismo contribuye del 45 al 75%”.</p> <p>(Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Gerard, México 2006, Página 911).</p>	<p>Le es difícil dejar el consumo total de las bebidas gaseosas, pero observar su piel con una integridad que refleja juventud al encontrarse hidratada la motiva a la ingesta de agua natural.</p>

<p>Recomendar evitar el consumo de alimentos fritos, capeados, empanizados o con exceso de grasa y embutidos.</p>	<p>“La distribución de calorías es del 50 al 60% de carbohidratos, 15% de azúcares simples menos del 30% de grasa no más del 10% y del 12 al 15% de proteínas”.</p> <p>(Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Gerard, México 2006, Página 966).</p>	<p>Le causa dificultad cocinar sin cantidades excesivas de grasas, pero está consiente que el nuevo habito alimenticio inicia desde la preparación de sus alimentos y poco a poco lo realiza</p>
<p>Capacitar acerca de los alimentos industrializados con relación a las etiquetas, limitando el consumo excesivo de sodio, azúcares y grasas saturadas.</p>	<p>“Es de suma importancia considerar el consumo de alimentos procesados ya que ofrecen una alimentación más compleja por la saturación de conservadores que se emplean en su industrialización”.</p> <p>(Orientación Alimentaria en México, 2002).</p>	<p>Comprende la importancia que tiene revisar de forma detallada el consumo de alimentos procesados que anteriormente no consideraba y sobre todo las consecuencias adversas que causan a su salud.</p>

<p>Explicar los beneficios de llegar a su peso corporal ideal.</p>	<p>“La pérdida de peso disminuye las complicaciones con la obesidad, mejora el estado de ánimo de la persona, su auto estima, imagen física, actividad, capacidad para realizar esfuerzos físicos”. (Nuevo Manual Merck. Beers Mark H., Página 1099).</p>	<p>Reconoce que llegar a tener su peso ideal le proporcionará una mejor calidad de vida para ella y para su familia.</p>
<p>Elaborar calendario programado de cada 15 días para confirmar el seguimiento de actividades sugeridas.</p>	<p>“Los registros constituyen la forma de comunicación escrita, de hechos sucedidos en un lugar y en un momento determinado”. (Fundamentos de enfermería. Potter Perry. Página 46).</p>	<p>Acepta con agrado el calendario propuesto y se le entrega una copia escrita con las fechas y horarios establecidas por ella misma.</p>
<p>Realizar medidas antropométricas y registrar resultados en bitácora para un mejor control, cada 15 días.</p>	<p>La antropometría es un parámetro importante para evaluar la salud. Proporciona información en relación al crecimiento físico y estado nutricional. (Manual de la Enfermería, Cabrera Gabriela, Página 72).</p>	<p>Al obtener cada quince días la valoración de su peso en relación a su talla, se observa la evolución que ha tenido de forma progresiva logrando perder de 100 a 200 gramos.</p>

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnóstico Real:

“Sedentarismo relacionado con falta de motivación manifestado por elección de una rutina diaria sin ejercicio”.

OBJETIVO: La señora Esperanza abandonará el sedentarismo y reconocerá la importancia de realizar actividad física, para disminuir la presencia de su obesidad, lo cual permita ver reflejado el beneficio en su imagen corporal y en su bienestar físico.

FECHAS Y HORARIO: Noviembre 08 del 2010 de 17:00 a 19:00.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Explicar la importancia de realizar ejercicio físico.	El bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal dependen en gran medida de su estado de movilidad. (Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Kozier, 1994, página 935).	Acepta y comprende las explicaciones proporcionadas.

<p>Proporcionar una rutina diaria de ejercicios que le ayude a tonificar los músculos</p>	<p>El tamaño, la forma, el tono y la fuerza de los músculos se mantienen con ejercicio ligero y aumentan con ejercicio intenso.</p> <p>(Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Kozier, Interamericana., Página. 949).</p>	<p>Se observan músculos con mejor apariencia física, buen tono muscular y fuerza, comenta que tiene mejor tolerancia al realizar esfuerzo físico, ya que no le causa dolor ni fatiga.</p>
<p>Fomentar el hábito de caminar por lo menos 30 minutos cada tercer día y elevar paulatinamente la frecuencia y el tiempo hasta realizar la caminata por una hora.</p>	<p>“La movilidad es vital para la independencia”.</p> <p>(Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Kozier, Página. 935).</p>	<p>De primera instancia le parecían demasiado tiempo 30 minutos y ahora puede hacerlo por una hora sin complicaciones y no sentirlo como obligación. Lo realiza a diario.</p>

ELIMINACION

Diagnóstico Real:

“Estreñimiento relacionado al aporte insuficiente de fibras y agua manifestado por dolor al defecar y cambios en el patrón intestinal”.

OBJETIVO: Reconocerá la importancia que tiene la ingesta de fibras y el consumo de líquidos naturales y los incluirá en su dieta diaria, para favorecer la eliminación de los alimentos consumidos.

FECHAS Y HORA: Noviembre 08 del 2010 de 17:00 a 19:00.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Motivar al consumo de fibras fundamentando su importancia.	“El intestino grueso es el responsable de la absorción del agua y los electrolitos de las heces”. (Nuevo Manual Merck. Beers Mark H., Página 840).	Se muestra motivada después de la información otorgada.

<p>Otorgar información sobre los alimentos ricos en fibra y formas creativas de prepararlos.</p>	<p>La fibra tiene la capacidad de facilitar la defecación, al absorber el agua y formarse en heces menos consistentes.</p> <p>(Orientación Alimentaria en México, 2002).</p>	<p>Aprende a preparar alimentos ricos en fibra y los consume en familia.</p>
<p>Proporcionar información con métodos alternos para aumentar los movimientos peristálticos.</p>	<p>“La eliminación de los productos de desecho de la digestión del organismo es esencial para la salud”.</p> <p>(Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Kozier, Página. 1245).</p>	<p>Reconoce que el masaje abdominal, la consistencia, temperatura y trituración de los alimentos son importantes para su digestión y eliminación.</p>

<p>Sugerir la actividad física para el buen funcionamiento del organismo.</p>	<p>“El ejercicio mejora el apetito y aumenta el tono del tracto gastrointestinal, mejorando la digestión y defecación”.</p> <p>(Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Kozier, Página. 1245).</p>	<p>Refiere sentirse liberada de su estreñimiento desde que se mantiene activa, vamos combinando las acciones.</p>
<p>Valorar, de forma verbal, la frecuencia y consistencia de la eliminación intestinal, para confirmar resultados favorables.</p>	<p>“El estreñimiento es la defecación infrecuente o difícil como resultado de motilidad intestinal disminuida”.</p> <p>(Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Gerard, Página 868).</p>	<p>Refiere su eliminación intestinal dos veces al día, de mejor consistencia y sin dolor abdominal.</p>

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico de Mejora.

Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado de forma verbal por la usuaria en deseos de aprender nuevas labores.

OBJETIVO: Esperanza logrará integrarse a grupos sociales donde descubra sus talentos con actividades diferentes a las cotidianas, sintiendo la satisfacción de una nueva enseñanza.

FECHAS Y HORA: Noviembre 22 del 2011, de 17:00 a 19:00.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Motivar la pertenencia a grupos de asistencia social.	La motivación es una fuerza que actúa sobre una persona o dentro de ella que hace que se comporte de una manera determinada, puede derivar de una causa social, laboral o física. (Fundamentos de enfermería. Potter Perry. Página. 489).	Se logra motivar a Esperanza por cambiar su estilo de vida sedentario y aprender nuevas labores, participando en grupos.

<p>Proporcionar información acerca de los diversos talleres que son impartidos por asesores del DIF de su localidad.</p>	<p>Las habilidades, roles, funciones y capacidades requeridas para ejecutar ocupaciones se desarrollan a lo largo de la vida y su desarrollo lo facilitan factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.</p> <p>(Terapia y ocupacional y disfunción física. Turner Annie. Página. 165).</p>	<p>Se logra interesar por pertenecer al taller de manualidades y a clases de belleza.</p>
<p>Realizar calendario de actividades recreativas.</p>	<p>“Vivir como arte y no como harto implica la decisión de revisar todo aquello que hemos acumulado en el intenso ritmo de la etapa de la vida”.</p> <p>(La Segunda Adolescencia, Deborah Legorreta, Página 81).</p>	<p>Realizamos calendario en forma conjunta y se entrega por escrito para darle formalidad a sus actividades.</p>

<p>Confirmar asistencia a las clases de manualidades y su satisfacción.</p>	<p>“La creatividad es una de las formas de pensamiento que genera soluciones originales”.</p> <p>(Psicología conceptos y aplicaciones, Jeffrey S. Nevid, Página 255).</p>	<p>Asiste el día lunes y miércoles de 16:00 a 18:00 horas, donde ha logrado aprender a realizar muñecas de tela, y ángeles formándoles el cuerpo con papel periódico, también aprendió bordados con listón.</p>
<p>Confirmar interés por las clases de belleza.</p>	<p>“Los hábitos culturales, las percepciones y los inventos modelan la naturaleza humana de muchas maneras”.</p> <p>(Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Hernan San Martín, Pagina 48).</p>	<p>Refiere sentirse proyectada al aprender a maquillarse para sentirse bien, así como el aprendizaje de actividades como el realizar diversos peinados, cortar cabello, tintes, entre otros, asiste martes y jueves de 16: a 18:00 horas.</p>

<p>Sugerir poner en práctica las actividades nutricionales en su familia de forma creativa, utilizando diversos alimentos.</p>	<p>“El aprendizaje así como el crecimiento y el desarrollo es un proceso en evolución”.</p> <p>(Fundamentos de enfermería. Potter Perry. Página 490).</p>	<p>Se divierte y participa el consumo de alimentos de mejor calidad y cantidad nutritiva, fomentando un mejor hábito alimenticio en sus hijos.</p>
<p>Involucrar a sus hijos y esposo en la convivencia a través de juegos dinámico.</p>	<p>“La familia se presenta como la primera institución en el proceso de socialización”.</p> <p>(Investigación Educativa; ENEO; UNAM; Páginas. 24-32).</p>	<p>Esta actividad acercó a la familia y Esperanza se siente más comprometida a seguir con el proceso.</p>

APRENDIZAJE

Diagnóstico de Mejora.

“Disposición para mejorar sus conocimientos manifestado de forma verbal”.

OBJETIVO: Descubrirá su propio interés por la adquisición de nuevos conocimientos que permitan una enseñanza y una reflexión para la propia vida, así como la importancia del bienestar físico, social y psicológico.

FECHAS Y HORA: 29 Noviembre del 2010 de 17:00 a 19:00.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Proporcionar alternativas como la lectura en libros de texto de sus hijos de primaria, para adquirir nuevos conocimientos.	“La lectura es un instrumento de aprendizaje en cuanto que permite la reflexión, el razonamiento y al prudencia”. (Fascículo de Redacción y Lectura para Seminario de Tesis, Febrero, 1994).	Refiere que al iniciar el habito de leer le causo estrés, ya que su lectura no es muy buena por su corta escolaridad, pero comprende que entre más lo practique superará este reto.

<p>Proporcionar material gratuito con información de interés para ella y su familia.</p>	<p>“El pensamiento Visual puede ser fuente de creatividad”.</p> <p>(Psicología conceptos y aplicaciones, Jeffrey S. Nevid, 3ª Edición, Editorial Cengage, México, 2009, Capitulo 7, Página 247).</p>	<p>Reconoce que son de gran utilidad los folletos didácticos del centro de salud para la adquisición de nuevos conocimientos.</p>
<p>Informar acerca de los talleres comunitarios organizados por el centro de salud de su localidad para integrarse.</p>	<p>“La inteligencia es la capacidad para pensar y razonar con claridad y para actuar de acuerdo con un propósito de forma afectiva en la adaptación al ambiente y en el logro de metas”.</p> <p>(Psicología conceptos y aplicaciones, Jeffrey S. Nevid, Página 264).</p>	<p>Se integrará al taller, donde se imparte temas para promover la prevención, el auto-cuidado y estilos de vida favorables, son impartidos por personal de salud cada 1ª semana de mes de 11:00 a 12:00.</p>

<p>Confirmar su interés y asistencia en los diversos talleres impartidos por el sector salud.</p>	<p>“Educación y salud son binomio indisoluble”. (Desarrollo Científico de Enfermería; Página 376).</p>	<p>Refiere sentirse con una nueva enseñanza para la vida y en favor de su propia persona ya que está aprendiendo temas en relación a su salud.</p>
---	---	--

“Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado a la inexperiencia en la misma”.

*Diagnóstico de Riesgo

OBJETIVO: Conocerá el tipo de lesiones físicas y orgánicas que se pueden producir a causa de su obesidad y a su inexperiencia al esfuerzo físico y evitarlas.

FECHA Y HORA: Noviembre 08 del 2010 de 17:00 a 19:00.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Capacitar en el uso de la mecánica corporal para evitar lesiones musculares secundarias a ejercicio realizado de forma inadecuada.	“Los músculos producen movimientos al ejercer una fuerza en los tendones, que a su vez tiran de los huesos u otras estructuras como la piel”. (Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Gerard, Página 308).	Muestra interés acerca de la información proporcionada para evitar lesiones secundarias.
Prevenir para la realización de ejercicio físico de alto impacto, evitar lesiones físicas y orgánicas.	Una persona obesa necesita energía extra para poder moverse. (Fundamentos de Enfermería Conceptos, Procesos y Práctica. Kozier, México 1999 Página 948).	Esta consiente de las situaciones que le condiciona la obesidad a su organismo.

EVALUACIÓN GENERAL DEL PLAN DE CUIDADOS

Cuando iniciamos el trabajo con la señora Esperanza, tenía un estilo de vida de poca calidad, manifestado en la valoración mencionada anteriormente, ahora señalo de forma general las metas alcanzadas en base a los objetivos planteados; gracias a la relación enfermera – paciente, considero que realizamos trabajo en equipo, y de parte de la señora Esperanza hubo disposición para recibir cuidados enfermeros.

En la presente valoración su peso es de 75.5 kilogramos, ubicando su Índice de Masa Corporal con un resultado de 28.81, lo cual la coloca en Obesidad de primer grado, de acuerdo al instrumento validado por el sector salud, aún le falta perder 10.2 kilogramos para colocarse en un estado nutricional normal. Espero en un corto tiempo ubicar a Esperanza en su peso ideal de 65.3 kilogramos, cabe señalar la viabilidad de lograrlo con mayor facilidad, ya que tengo a favor un nuevo estilo de vida, con mayor calidad de hábitos alimenticios y el conocimiento orientado en una dieta saludable, equilibrada en calidad y cantidad, pero sobre todo una paciente emocionalmente motivada y apoyada por su familia.

Lo importante e interesante de las actividades enfermeras fue la trascendencia de los cuidados aplicados a Esperanza y proyectados también hacia su familia, quienes por apoyarla siguieron las recomendaciones nutricionales y las actividades físicas, resultando beneficiados: su esposo, quien por su trabajo desarrollaba ciertos niveles de estrés, su hijo de 16 años quien presentaba sobre peso, y sus hermanas quienes también presentaban sobrepeso y obesidad de primer grado.

Toda la familia comenta el cambio radical personal pero sobre todo de la Sra. Esperanza, la observan activa, feliz y con una mejor apariencia física. La relación familiar se transformó considerablemente, hay más cercanía, comunicación asertiva y Esperanza es una persona segura de sí misma.

Al cambiar los hábitos alimenticios de Esperanza por ende su eliminación ya no es dolorosa, mejorando la frecuencia y consistencia de sus evacuaciones.

Correspondiente al dolor lumbar, que refería en un inicio de la primera evaluación, ha desaparecido al corregir su postura, cabe señalar que también la pérdida de peso ha favorecido en disminuir el dolor, ya que el mayor acumuló de grasa se encontraba en la parte abdominal, ahora refiere ligereza para realizar sus movimientos corporales.

Concerniente a su estado emocional que le perturbaba está resuelto, ahora lo puede manifestar sin llantos y con menor tristeza, asimila su dolor y comprende que las situaciones que se nos presentan no siempre las podemos resolver nosotros mismos, y es necesario acudir a los demás en busca de apoyo y superar los duelos, por lo que esta experiencia le proporciona más confianza en sí misma para poder expresar sus sentimientos. También reconoce la importancia de dialogar con su pareja de todo cuanto ella lo considere conveniente, y con la reciprocidad de escucharlo cada vez que sea necesario.

Vive su fe de forma activa y encomendándose siempre a Dios ofreciéndole todas sus acciones, sus logros, etc.

Con relación a los nuevos conocimientos que ha adquirido durante la aplicación de este proceso, refiere sentirse satisfecha por la información

proporcionada para llevar a cabo cada una de las actividades sugeridas, (cada una se le explicó de forma minuciosa para su comprensión), se aclararon dudas e inquietudes y se le señaló el objetivo fundamental. En la mayoría de las entrevistas se aplicaron dinámicas motivacionales para lograr su propia convicción, ahora podemos conversar ampliamente de diversos temas en relación a su autocuidado e intercambiar puntos de vista con la finalidad de preservar la salud. Así mismo los conocimientos para poder ayudar a sus hijos con sus tareas porque se dedicó a leer la información sugerida y los libros de texto.

Respecto a su disponibilidad para relacionarse en su comunidad, pertenece a un grupo coordinado por el DIF que facilita la convivencia social, el cual le permite integrarse sin numerosos requisitos y a muy bajos costos, allí aprendió a hacer diversas manualidades, así como a realizar cortes de cabello, y refiere que sus favoritas son las clases de maquillajes, pues las aplica a ella misma, ahora su imagen es de una persona jovial y arreglada. Le agrada el conjugar estar bien, sentirse bien y lucir bien.

IX. CONCLUSIÓN PERSONAL

El cuidado es el elemento esencial de la relación enfermera paciente, familia o comunidad, representa la principal característica de las relaciones profesionales; es por ello que afirmo la satisfacción personal y profesional de apoyar a la señora Esperanza en su cambio de estilo de vida, a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería.

A medida que fui implementando las etapas confirmo que la aplicación es secuencial, ya que se entrelazan una con otra para cumplir con el cuidado holístico, convirtiéndose así en un arte enfermero.

Aparentemente se plantea fácil, pero no es así, sin embargo la presencia de la enfermera es realmente integradora en la vida del ser humano, con su entorno, sus necesidades y los conocimientos para consolidar el plan de cuidados, logrando el equilibrio físico, social y psicológico en una atención enfermera de calidad y calidez.

Es por eso que me siento firmemente comprometida con mis acciones como profesional de la salud, para lograr el cambio que la sociedad necesita, pues en la actualidad se escapan acciones que se pueden aplicar sin complejidad y sólo necesitan de una guía que las encause de forma sustancial: el proceso de atención de enfermería. Esta situación me compromete a recomendar ampliamente el proceso de atención de enfermería con los estudiantes y con los profesionales, para que se convenzan de las herramientas que se encuentran mediante este proceso de atención de enfermería y los logros que se pueden obtener.

Propuestas para mejorar los cuidados a través del Proceso de Atención de Enfermería.

1. Invitar a los estudiantes para que se interesen por conocer ampliamente las teorías y modelos de enfermería, de forma autodidacta, para lograr motivarlos por la investigación.
2. El personal de enfermería que ya está laborando se actualice en el conocimiento de las teorías y modelos de enfermería, para que pueda aplicar con mayor eficacia el proceso de atención de enfermería.
3. Difundir el presente proceso de atención de enfermería en foros de enfermería
4. Aplicar de forma real programas de educación para la salud y difundirlos a todos los usuarios en las instituciones de salud.

X. ANEXOS

Valoración Programada de talla, peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal.

FECHA	TALLA	PESO	INDICE DE MASA CORPORAL	PERIMETRO ABDOMINAL
03/11/10	1.62	106,000 Kg.	40.45	115
15/11/10	1.62	105,400 Kg.	40.22	115
29/11/10	1.62	104,900 Kg.	40.03	114
11/12/10	1.62	105,000 Kg.	40.07	115
06/01/11	1.62	105,600 Kg.	40.30	114
20/01/11	1.62	104,300 Kg.	39.80	114
07/02/11	1.62	103,000 Kg.	39.31	114

15/02/11	1.62	101,800 Kg.	38.85	111
22/02/11	1.62	99,500 Kg.	37.97	108
01/03/11	1.62	98,000 Kg.	37.44	107
15/03/11	1.62	97,200 Kg.	36.64	105
29/03/11	1.62	95,800 Kg.	36.56	102
12/04/11	1.62	94,500 Kg.	36.06	99
26/04/11	1.62	92, 700 Kg.	35.38	97
06/05/11	1.62	91, 100 Kg	34.77	95
20/05/11	1.62	89.700 Kg.	34.23	95.5
10/06/11	1.62	88.500 Kg.	33.77	93
24/06/11	1.62	86.800 Kg	33.12	94
08/07/11	1.62	84.300 Kg.	32.17	92
29/07/11	1.62	82.900 Kg.	31.64	91
12/08/11	1.62	81.100 Kg.	30.95	90
26/08/11	1.62	79.400 Kg.	30.30	88
09/09/11	1.62	78.100 Kg.	29.80	88

23/09/11	1.62	76.700 Kg.	29.27	87
14/10/11	1.62	76.100 Kg.	29.04	85
28/10/11	1.62	75.500 Kg.	28.81	83

ESCALA CALORICA³⁹

		CALORIAS DIARIAS
HOMBRE	Trabajo pesado.....	3500 a 4000
	Trabajo moderado.....	2700 a 3000
	Trabajo liviano.....	2500 a 2600
MUJER	Trabajo activo.....	2800 a 3000
	Trabajo domestico.....	2500 a 2600
ADOLESCENTE	Hombre de 14 a 18 años...	2800 a 3000
	Mujer de 14 a 18 años.....	2500 a 2800
NIÑOS	12 a 14 años.....	2500 a 3000
	10 a 12 años.....	2300 a 2800
	8 a 10 años.....	2000 a 2300
	6 a 8 años.....	1700 a 2000
	3 a 6 años.....	1400 a 1700
	2 a 3 años.....	1100 a 14000
	1 a 2 años.....	900 a 1100

³⁹ Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Hernan San MartIn. Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1ª Reimpresión México. 2006, 1112 Paginas Totales. Pagina. 561

VARIACIONES DEL METABOLISMO BASAL⁴⁰

PESO	KILO-GRAMOS		ESTATURA EN CENTIMETROS		METABOLISMO BASAL KCAL/DIA	
	H	M	H	M	H	M
EDAD EN AÑOS						
6	20	20	100	100	471	887
12	50	40	140	140	1534	1268
18	70	50	170	155	1824	1357
30	70	60	170	160	1677	1384
50	80	70	170	160	1681	1387

⁴⁰ (Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Hernan San Martn. Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1ª Reimpresión México. 2006, 1112 Paginas Totales. Pagina. 560).

PLATO DEL BUEN COMER

Una alimentación correcta debe de ser completa y equilibrada y debe de fomenta la combinación y variación de los alimentos:

1. Incluye un alimento de cada grupo en cada una de las comidas del día.
2. Tres comidas mayores y dos refrigerios o colaciones.
3. Consume la mayor variedad de alimentos, intercambiando los alimentos dentro del mismo grupo.
4. Consume de acuerdo con tus necesidades y condiciones económicas.
5. Consume la menor cantidad de grasas, aceites, azúcar y sal.



“Una dieta correcta consiste en considerar los siguientes aspectos.

- ✓ Completa: que contenga todos los nutrientes. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.
- ✓ Equilibrada: que los nutrientes guarden las proporciones adecuadas entre sí.
- ✓ Inocua: que su consumo habitual no implique riesgos para la salud.
- ✓ Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrientes, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en caso de los niños que crezcan y se desarrollen de manera correcta.
- ✓ Variada: que incluya diferentes alimentos de cada grupo de las diferentes comidas.

Adecuada: que sea acorde al gusto y la cultura de quien lo consume y se ajuste a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características”.⁴¹

⁴¹ NOM Oficial Mexicana 043 SSA2 2005 Servicios Básicos de Salud.

DIETA EQUIVALENTE A 2,500 KILOCALORÍAS

BASADA EN LOS SIGUIENTES DATOS:

- Talla actual 1.62 centímetros
- Peso 106,000 Kilogramos
- Índice de Masa Corporal actual: 40.45
- Perímetro Abdominal actual: 115 centímetros
- ❖ Peso Ideal= 65,000 Kilogramos.
- ❖ Índice De Masa Corporal Ideal = 24

EQUIVALENTES

- 1 cucharada (cda) = 15 ml
- 1 cucharadita (cdita) = 5 ml
- 1 taza o vaso = 200 ml o 16 cdas
- 1 pizca de sal = 0.01 miligramo (consumo recomendado en una persona sana es de 0.2 gramos/día, la paciente se privará de sodio adicional)

CARNES

(1 equivalente)

Pollo. 40 g	Carne de res 40 g
Clara de huevo 60 g.2 piezas.	1 huevo entero 60 g.
Pescado.45 g	Pollo sin piel o pechuga 60 g.

ACEITES Y GRASAS

(1 equivalente)

Aceite 1 cucharadita	Aceite spray 5 disparos
Aguacate 1/3 pieza	Atún en agua ¼ lata

AZUCARES

(1 equivalente)

Azúcar 2 cditas	Cajeta 2 cditas	Chocolate 1 cda
Gelatina ½ taza	Caramelo 1 piezas	Lechera 2 cditas
Mermelada 1 cda	Nieve 1 bola	Catsup 2 cdas

LACTEOS

(1 equivalente)

Leche descremada.1 taza	Yogurt light ½ taza o 100 ml.
Queso panela 40 g. 1 rebanada	Requesón 60 g. ½ taza

FRUTAS Y VERDURAS (1 equivalente)

Manzana/pera 1 pieza	Elote en grano 1/3 de taza
Durazno/guayaba 2 pzas.	Chayote/acelgas 1 taza
Papaya/piña 1 rebanada	Nopales/chile poblano 1 taza
Ciruelas rojas/lima 2 pzas.	Jitomate/zanahoria 1 pzas.
Zarzamora/tejocote	Calabacitas/verdolagas 1 taza.

AZUCARES (1 equivalente)

Azúcar 2 cditas	Cajeta 2 cditas	Chocolate 1 cda
Gelatina ½ taza	Caramelo 1 piezas	Lechera 2 cditas
Mermelada 1 cda	Nieve 1 bola	Catsup 2 cdas

MENU PARA CADA DIA

DESAYUNO 8:30	COMIDA 14:00	CENA 19:00
<p>Vaso de leche.</p> <p>½ taza de cereal.</p> <p>Quesadilla de panela.</p> <p>1 Manzana. (Colación ½ mañana).</p>	<p>Pechuga de pollo asada con ensalada de lechuga 1 cucharadas De arroz blanco.</p> <p>2 cucharaditas de cajeta.</p> <p>1 Vaso de agua natural.</p> <p>1 pera. (Colación ½ tarde).</p>	<p>1 Taza de atole de avena.</p> <p>½ pieza de pan.</p>
<p>2 Claras de huevo con frijoles.</p> <p>1 tortilla.</p> <p>1 taza de té de frutas.</p> <p>1 rebana de papaya. (Colación ½ mañana).</p>	<p>Crema de zanahoria.</p> <p>2 tostadas de ceviche de soya.</p> <p>Agua de alfalfa con miel.</p> <p>2 duraznos. (Colación ½ tarde).</p>	<p>Vaso de leche descremada</p> <p>2 galletas de avena.</p> <p>1 Chayote chico cocido</p>

<p>1 Enfrijolada con ensalada de lechuga y salsa verde.</p> <p>1 Vaso de jugo de naranja.</p> <p>1 Pepino o jícama (Colación ½ mañana).</p>	<p>1 Bistec en su jugo</p> <p>Ensalada de nopales.</p> <p>Cda. De frijoles de la olla</p> <p>1 Tortilla</p> <p>½ taza de guayaba.</p>	<p>Vaso de leche descremada.</p> <p>1 Hot kakes con mermelada de fresa.</p>
<p>1 Taza de yogurt natural con cereal.</p> <p>1 Taza de té</p> <p>½ taza de calabacitas guisadas.</p>	<p>Sopa tarasca con queso panela.</p> <p>Ensalada de atún con 2 tostadas.</p> <p>Papaya picada (Colación ½ tarde).</p>	<p>Taza de arroz en agua.</p> <p>1 Pan tostado.</p> <p>1 Taza de papaya picada.</p>
<p>1 Vaso de jugo de naranja.</p> <p>1 Quesadilla de panela</p> <p>1 Trozo de camote con dulce. (Colación ½ mañana).</p>	<p>Sopa de lentejas.</p> <p>Filete de pescado al vapor con ensalada de verduras.</p> <p>1 Tortilla.</p> <p>1 Rebana de Sandía.</p>	<p>1 Taza de avena en leche.</p> <p>1 Mollete con margarina sin sal, ensalada de jitomate y zanahoria rallada.</p>

El consumo de las colaciones se recomienda a las 11:00 y 17:00 horas para evitar el exceso de comida a las horas señaladas.

Parte 3. Tres grupos de alimentos				
Grupo de alimentos	Principales fuentes	Aporte nutricional	Derivados	Tips de consumo
Verduras: hortalizas comunes y regionales.	Espinaca, acelga, quintonillo, pepino, ajonjolillo, berro, calabacín, chayote, frijolillo, pepino, lechuga, chile, entre otras.	Aporte principal de: • Fibra dietaria • Vitaminas • Minerales Ni • No-nutrientes bioactivos	• Crudas o frescas • Jugo natural • Jugo industrializado • Enlatados, precocidos congelados • Deshidratadas	✓ Preferir Verduras y Frutas crudas y con cáscara las que se puedan lavarlas antes de comerlas. ✓ Sin aditivos cremosos o dulces. ✓ Cocinar las verduras en una olla con tapa o al vapor, usar agua solo apenas para cocinar. ✓ Preparar jugos de frutas y verduras antes de ingerirlos.
Frutas: Frutas silvestres y cultivadas.	Pepino, melón, sandía, naranjo, zapote, zapote, guayaba, toronja, caqui, fresa, higo, mandarina, naranjo lima, entre otras.	Aporte principal de: • Energía rápida • Fibra dietaria • Vitaminas • Minerales o Ni	• Frescas • Jugo fresco • Jugo industrializado o enlatado • Deshidratadas • Jugo, salsas, Agridulces, etc., industrializadas	
Comer de 3 a 5 raciones al día, integradas en cada plato del día.				
Cereales: Semillas silvestres que se cultivan en cereales cultivados.	Miela, trigo, arroz, amaranto, centeno y avena.	Aporte principal de: • Energía de larga duración • Proteínas • Fibra dietaria • Vitaminas • Minerales Ni	• Pan de caja o pan dulce • Tortitas y/o Galletas • Tortitas y Tostadas • Cereal de caja • Dulce o sereal	✓ Priorizar consumir cereales integrales. ✓ Preparado azudado, hervido o en ensalada. ✓ Evitar agregar grasas o fritos en demasía. ✓ Acompañar con un alimento distinto de los otros grupos de alimentos. ✓ Combinar cereales con leguminosas para un mejor aporte de proteínas vegetal.
Tubérculos: Raíces vegetales.	Papa, camote, yuca.	Aporte principal de: • Energía rápida • Fibra dietaria • Minerales o Ni	• Dulces o postres • Frituras • Harina • Hojuelas • Sopes	
Comer de 5 a 10 raciones al día aproximadamente, con la fuente principal de energía.				
Alimentos de Origen Animal: Ovejas, vacas y productos lácteos de muchos especies.	Cerdo de res, cerdo, pollo, pavo, vaca, leche, queso, yogurt.	Aporte principal de: • Lípidos o Grasa • Proteínas • Vitaminas y Ni	• Carnes de cerdo • Deshidratadas • Congeladas • Embutidos • Masticados	✓ Priorizar comer la carne cruda, asada, hervida, y la panza o en caldo. ✓ Servir la piel y grasa visible de la carne antes de preparar. ✓ Cuidar el queso, evaporado y precocido. Evitar este grupo de alimentos como complemento de carne, si se consumen.
Leguminosas: Frijoles o semillas molidas de vaina.	Frijol, lenteja, haba, garbanzo, entre otros.	Aporte principal de: • Energía • Proteínas • Minerales o Ni	• Cocidos • Deshidratadas • Enlatadas • Tostadas y ensaladas o salsas	✓ Remojar toda la noche antes de cocinarlos, usar el agua de remojo y poner agua limpia para iniciar la cocción.

“La clasificación y beneficios de los tres grupos son:

- ✓ Verduras y frutas: aportan vitaminas y minerales así como fibras los cuales contribuyen al mantenimiento y funcionamiento corporal.
- ✓ Cereales: constituyen una buena fuente de energía y fibra:
- ✓ Leguminosas y alimentos de origen animal: ambos constituyen una buena fuente de proteínas y las leguminosas son una adecuada fuente de fibra⁴².

⁴² Pautas de la orientación alimentaria en México, 2002, adoptado por centro de orientación alimentaria S.C. 2006.

Raciones estandarizadas por grupo de alimentos.

Parte 4. Raciones comunes, raciones estandarizadas

- Cucharadita: 5 ml, 5 g (cafetera)
- Cucharada: 15 ml = 3 cucharaditas (sopera)
- Taza: 250 ml o ¼ de litro
- Píiza: el tamaño más común de un alimento o un puño
- 30 ó 40 gramos: tamaño aproximado de una tarjeta de teléfono

Verduras y Frutas

- 1 pieza de fruta mediana,
- 3 piezas o 2 frutas chicas,
- ½ taza de jugo de fruta,
- 1 taza de fruta picada,
- 1 taza de verduras,
- 1 plato de verduras.

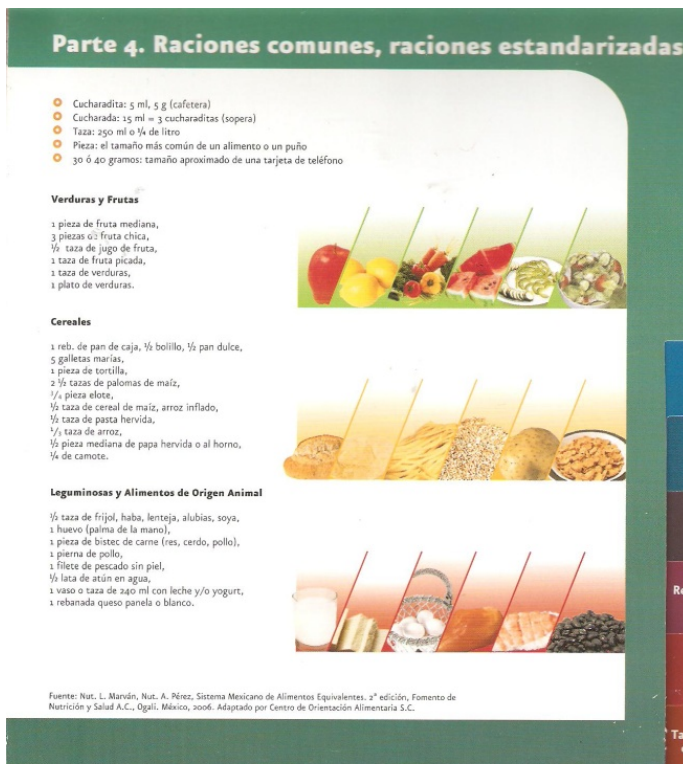
Cereales

- 1 reb. de pan de caja, ½ bolillo, ½ pan dulce,
- 5 galletas marías,
- 1 pieza de tortilla,
- 2 ½ tazas de palomitas de maíz,
- ¼ pieza elote,
- ½ taza de cereal de maíz, arroz inflado,
- ½ taza de pasta hervida,
- ½ taza de arroz,
- ½ pieza mediana de papa hervida o al horno,
- ¼ de camote.

Leguminosas y Alimentos de Origen Animal

- ½ taza de frijol, haba, lenteja, alubias, soya,
- 1 huevo (palma de la mano),
- 1 pieza de bistec de carne (res, cerdo, pollo),
- 1 pierna de pollo,
- 1 filete de pescado sin piel,
- ½ lata de atún en agua,
- 1 vaso o taza de 240 ml con leche y/o yogurt,
- 1 rebanada queso panela o blanco.

Fuente: Nut. L. Marván, Nut. A. Pérez. Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes. 2ª edición, Fomento de Nutrición y Salud A.C., Ogalí, México, 2006. Adaptado por Centro de Orientación Alimentaria S.C.



“La información nutricional ayuda a tomar decisiones sobre el consumo responsable de un producto con base en los nutrientes que proporciona”⁴³.

⁴³ NOM. 086 SSA1 1994 Bienes y servicios, alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición especificaciones nutricionales.

Parte 6. Etiquetado de alimentos

Información Nutricional	
Tamaño de la porción ❶	
Porciones por envase ❷	
Contenido energético por porción ❸	
Cantidad por porción ❹	Unidades ❺
Carbohidratos: <small>(Menos de Carbo)</small>	g
Azúcar	g
Fibra dietética	g
Otro	g
Proteínas	g
Grasas: <small>(Menos de Grasas)</small>	g
Grasa poliinsaturada	g
Grasa monoinsaturada	g
Grasa saturada	g
Colesterol	mg
Grasas trans	g
Sodio	mg
Vitaminas y Minerales	% IDR ❻
Vitaminas	% IDR
Minerales	% IDR
Recomendaciones especiales ❼	

❶, ❷ Se expresa en gramos o piezas, unidades que reportan el contenido. Sirve para saber información exacta y poder comparar entre productos similares.

❸ Número de raciones que se encuentran en el envase.

❹ Se expresa en calorías o kilojoules, estos datos son equivalentes, sólo son 2 formas de medir. Indican cuanto energía proporciona una ración.

❺ Se expresa el contenido de cada uno de los nutrimentos. En algunos casos, muestran la cantidad de cada tipo de grasa y la cantidad de fibra.

❻ Las vitaminas y minerales se expresan como % de la Ingestión Diaria Recomendada (IDR), basada en las necesidades de la población mexicana. Esto permite saber la cantidad que el alimento proporciona de estos nutrimentos en relación a lo que es necesario consumir diariamente de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana en materia de etiquetado.

❼ En algunos casos, en las etiquetas se escriben algunas recomendaciones o advertencias que deben leerse antes de consumir el producto.

La información nutricional ayuda a tomar decisiones sobre el consumo responsable de un producto con base en los nutrimentos que proporciona.

Fuente: NOM 051-SCFI Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados NOM 086-SSA3-1994 Alimentos y Servicios. Alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición. Especificaciones nutricionales



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M **Martínez de Navarrete 611 Tel**
51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza su impresión de tesis A:

SUSANA QUINTERO LEYVA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UNA MUJER
ADULTA CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
NUTRICION RELACIONADO CON OBESIDAD**

Se extiende la siguiente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 29 del mes octubre del año 2011

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Dirección

**Instrumento Utilizado por la Secretaria de Salud Pública para Detectar
Diabetes, Hipertensión y Obesidad**
(Cuestionario de Factores de riesgo)

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO



Instructivo: El cuestionario se da a todo paciente que acuda a consulta, previo registro por la enfermera, de estatura, de peso e IMC. En primera instancia será llenado por el paciente; en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Programa de Salud del Adulto y el Anciano.

Fecha: ___/___/___ Nombre: _____ Edad: ___ años
Domicilio _____
¿Cuenta con Seguridad Social? Sí No IMSS ISSSTE Otro: _____

¿TIENE DIABETES Y NO LO SABE?

Para encontrar si está en riesgo de tener diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted.

	SI	NO
1. De acuerdo con mi IMC, mi peso es: Sobrepeso = 5, Obeso = 10, normal = 0	5	10
2. Si es mujer: y su cintura mide > a 85 cm. Si es hombre: y su cintura mide > a 95 cm.	10	0
3. Normalmente hago poco o nada de ejercicio. (sólo para personas menores de 65 años).	5	0
4. Tengo entre 45 y 64 años de edad.	5	0
5. Tengo 65 años de edad o más.	9	0
6. Alguno de mis hermanos padece o padece diabetes.	1	0
7. Alguno de mis padres padece o padece diabetes.	1	0
8. Si usted es mujer y ha tenido bebés de más de cuatro kilos de peso al nacer	1	0
Suma para obtener su calificación. TOTAL		

■ SI OBTUVO MENOS DE 10 PUNTOS DE CALIFICACIÓN:
Está en bajo riesgo, por ahora de tener diabetes. Pero no se olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario de acuerdo con su edad.

■ SI OBTUVO 10 o MÁS PUNTOS DE CALIFICACIÓN:
Está en un alto riesgo de tener diabetes. Hágase la determinación de azúcar en sangre, consulte a su médico, y procure un estilo de vida saludable.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre? Sí No

Si la respuesta es Sí, indíquelo al personal de salud para que le realicen la determinación de azúcar, independientemente de la calificación obtenida.

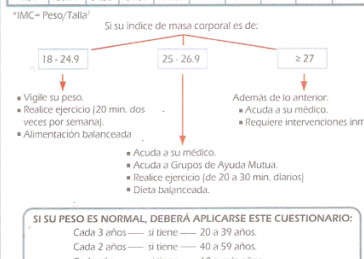
Glucemia en ayunas: _____ mg/dl
Glucemia casual: _____ mg/dl

Positiva: Si su respuesta de glucemia capilar fue > a 100 mg/dl en ayunas o > 140 mg/dl casual, tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

Negativa: Si la prueba de glucemia es menor de 100 mg/dl, tendrá que hacerse otra detección después de un año.

¿SABE QUE SU PESO PUEDE SER UN RIESGO PARA SU SALUD?

Riesgo	0		5		10				
	Normal		Sobrepeso		Grados de obesidad				
Peso					I		II	III	
IMC*:	18	24.9	25	26.9	27	29.9	30	39.9	>40
Estatura:	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Más de:
1.48	39.43	54.54	54.76	58.92	59.14	65.49	65.71	87.40	87.62
1.50	40.50	56.03	56.25	60.53	60.75	67.28	67.50	89.78	90.00
1.52	41.59	57.53	57.76	62.15	62.38	69.08	69.31	92.18	92.42
1.54	42.69	59.05	59.29	63.80	64.03	70.91	71.15	94.63	94.86
1.56	43.80	60.60	60.84	65.46	65.71	72.76	73.01	97.10	97.34
1.58	44.94	62.16	62.41	67.15	67.40	74.64	74.89	99.61	99.86
1.60	46.08	63.74	64.00	68.86	69.12	76.54	76.80	102.14	102.40
1.62	47.24	65.35	65.61	70.60	70.86	78.47	78.83	104.71	104.98
1.64	48.41	66.97	67.24	72.35	72.62	80.42	80.69	107.32	107.58
1.66	49.60	68.61	68.89	74.13	74.40	82.39	82.67	109.95	110.22
1.68	50.80	70.28	70.56	75.92	76.20	84.39	84.67	112.61	112.90
1.70	52.02	71.96	72.25	77.74	78.03	86.41	86.70	115.31	115.60
1.72	53.25	73.66	73.96	79.58	79.88	88.46	88.75	118.04	118.34
1.74	54.50	75.39	75.69	81.44	81.75	90.53	90.83	120.80	121.10
1.76	55.76	77.13	77.44	83.33	83.64	92.62	92.93	123.59	123.90
1.78	57.03	78.89	79.21	85.23	85.55	94.74	95.05	126.42	126.74
1.80	58.32	80.68	81.00	87.16	87.48	96.88	97.20	129.28	129.60
1.82	59.62	82.48	82.81	89.10	89.43	99.04	99.37	132.16	132.50
1.84	60.94	84.30	84.64	91.07	91.41	101.23	101.57	135.09	135.42



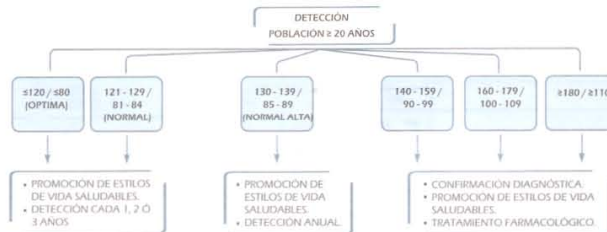
Reg. No. 184M99 SSA IV

No. Entrada: 03310102935



¿TIENE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NO LO SABE?

Detección, presión arterial			1ª Confirmación de hipertensión arterial			2ª Confirmación de hipertensión arterial		
	Sist.	Diast.		Sist.	Diast.		Sist.	Diast.
1ª toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1ª toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1ª toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ª toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2ª toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2ª toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Promedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Promedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



El modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son resultado de estilos de vida inadecuados, como cada factor de riesgo (por ejemplo, el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.



Enfermedades cardiovasculares	Dieta inadecuada	Abuso del Alcohol	Tabaco	Falta de ejercicio físico	Estrés	Contaminación
Cardiopatías	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Embolias	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓
Hipertensión	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓
Cáncer						
Colorrectal	✓✓	✓✓				
Pulmonar			✓✓			✓
Bucal		✓	✓✓			
Gástrico	✓					
Cérvico		✓✓				
Diabetes	✓✓	✓✓		✓✓	✓✓	
Osteoporosis	✓✓	✓✓	✓	✓✓		

✓✓ = alto riesgo, ✓ = riesgo

Si en algunos aspectos, su estilo de vida no es saludable, acuda a su médico y al Grupo de Ayuda Mutua (Club de Diabéticos o Hipertensos), para tomar los cambios necesarios.

Nombre del encuestador: _____



FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____

Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ Ocupación:

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____

Hora: _____

Procedencia: _____

Fuente de información: _____

Fiabilidad: (1-4): _____

Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la

Respiración: _____ Fumador:

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia:

Coloración de piel: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros:

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias:

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel:

Membranas mucosas hidratadas7secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros:

ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las
heces, orina y _____

Menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar:

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Objetivo:

Abdomen/características:

Ruidos intestinales:

Palpación de la vejiga urinaria _____

Otros:

TERMOREGULACIÓN

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable:

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza:

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad:

Posturas: _____

Ayuda para la de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

F) DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siestas: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: ___ Atención: _____ Bostezos: ___ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

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

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

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer:

Después de eliminar: _____

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

.

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente del hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado:

Cuánto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo:

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

Principales valores en su familia:

Principales valores personales:

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

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso):

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?:

Objetivo

Estado emocional

calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico: _____

Otros: _____

**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES
RECREATIVAS**

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?:

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

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?:

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

XI. ÍNDICE BIBLIOGRAFICO

1. Promover la vida. Colliere, MF. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.
2. El Proceso de Atención Enfermería. Estudio de casos. Fernández, FC, Novel, MG. Editorial Masson, 1999. 115 pp.
3. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. García, GM de J. 1ª Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
4. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Hernández, CJ, Esteban, AM. Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. Página 152.
5. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Iyer, W, Taptich, B, et al. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
6. El Pensamiento Enfermero. Kerouac, S, Pepin, J, et al. Editorial Masson, Barcelona, Página 167.
7. Fundamentos de Enfermería Conceptos, Procesos y Práctica. Kozier, 5ª Edición, Vol. 1 Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
8. Modelos y Teorías de Enfermería. Marriner, TA, Raile, AM. 4ª Edición. Editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555.
9. La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Medina, JL. Editorial Alertes, Barcelona, 1999. 307 pp.

10. Proceso de Atención Enfermería. Murray, ME, Atkinsón, LP. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225.
11. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Phaneuf, M. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.
12. Historia de la Enfermería. Siles, J. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
13. El Proceso de Atención de Enfermería. Dueñas, F, JL. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
14. Religión y Género. Sylvia Marcos, 3ª Edición, Enciclopedia Iberoamericana de las Regiones, Madrid España, 2004.
15. Psicología la Ciencia de la Mente y la Conducta, Gross, Richard, 3ª Edición, México, 2004, Paginas 1082, Página 706.
16. Fundamentos de Enfermería, Rosales Barrera Susana, 3ª Edición, Editorial El Manual Moderno, México, 2004, Paginas 634, Página 6.
17. Antropología Cultural. Kottak. Mc Graw-Hill. Undécima Edición España 2006, Pagina totales 609, Páginas 398.
18. Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Hernan San Martin. Editorial La prensa Medica Mexicana, 1ª reimpresión México. 2006, Paginas Totales 1112. Pagina. 48.
19. Cuidados de enfermería. Saunders, Luckmann. Editorial. McGraw-Hill Interamericana. Vol 1. México D.F. 1997 página 22.
20. La Segunda Adolescencia, Deborah Legorreta, Editorial Norma, 1ª Edición Mayo, 2003, Paginas 235, Página 81.

21. Manual de la Enfermería, Cabrera Gabriela, Edición MMV, Editorial Quebecor, Páginas 927, Página 72.
22. Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Gerard, 10ª Edición, Editorial Oxford, México 2006, Páginas 1175, Página 966.
23. Harrison's Principios de la Medicina Interna, Hauser Kasper, 16ª edición, Páginas 13425, Página. 2024- 2629.
24. Nuevo Manual Merck. Beers Mark H., Edición MMVII, Editorial Océano, Páginas, 1119, Página 1099.
25. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros 2009-2011, Editado por Heather Herdman, Editorial Elsevier, España, 2010, Páginas 430.
26. Pautas de la Orientación Alimentaria en México, 2002, Adoptado por Centro de Orientación Alimentaria S.C. 2006.
27. Nutriología Médica Casa Nueva E, Editorial panamericana México, Febrero 2001, Vol. 24, Glosario de Términos.
28. NOM Oficial Mexicana 043 SSA2 2005 Servicios Básicos de Salud.
29. NOM Oficial Mexicana 008 SSA2 2005 Sobrepeso y Obesidad.
30. Historia de la Enfermería, Catalina García, España, 2001, Página 159.
31. Fascículo de Redacción y Lectura para Seminario de Tesis, Febrero, 1994.

BIBLIOGRAFIAS DE INTERNET

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
2. http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=31:articulo-2&catid=10:articulos
3. http://www.makingthemodernworld.org.uk/everyday_life/img/M.0746_zl.jpg