



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

***“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN UNA
MUJER ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN DE LAS
PRINCIPALES NECESIDADES DE OXIGENACIÓN Y NUTRICIÓN
E HIDRATACIÓN BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON”.***

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALICIA LEÓN LEÓN
No DE CUENTA: 409017111

DIRECTOR DEL TRABAJO:
L.E.O. ALEJANDRO RAMÍREZ FIGUEROA.

MÉXICO D.F. 2014



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater la **Universidad Nacional Autónoma de México** ella debo mi formación y desarrollo profesional.

A la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia** de la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme los brazos y alojarme en estos cinco años de aprendizaje y conocimiento durante toda mi formación académica.

Al **Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad (PUIC-UNAM)** por haberme apoyado a lo largo de mi trayectoria estudiantil, servicio social y en el trabajo de titulación sin su apoyo no hubiera sido posible culminar mi carrera.

A mi tutora **Karina Pérez** por su asesoría y amistad en todo momento siempre que lo necesité.

A la **Mtra. Araceli Jiménez Mendoza** por su apoyo y orientación en los trámites de Movilidad Estudiantil Internacional.

A la **Dirección General de Cooperación e Internacionalización (DGECI) UNAM** por haberme brindado la oportunidad de vivir la experiencia del Intercambio Internacional que me permitió valorar a mi familia, mi país, mi universidad y sentirme orgullosa de ser mexicana y pertenecer a la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México. De esto aprendí que no existen límites, que en nosotros está el rebasar las fronteras y luchar por hacer nuestros sueños realidad.

A mi asesor el **L.E.O. Alejandro Ramírez Figueroa** por haberme brindado su asesoría con ello tiempo, paciencia, amistad y por su invaluable orientación para la elaboración del proceso.

Al Profesor **Querubín Enríquez González** y a cada uno de mis maestros quienes fueron pilares fundamentales para mi formación profesional con sus conocimientos y experiencias contribuyeron al amor que siento por mi profesión.

A **Francisco Guapio** de quien aprendí que nuestra profesión demanda el empoderamiento del conocimiento y constante actualización.

A cada uno de mis **amigos** quienes me permitieron tener el privilegio de su amistad y seguir en este sueño que día a día se hizo realidad.

MUCHAS GRACIAS A TODOS.!!

DEDICATORIA

A Dios:

Porque me diste la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

A mi hija Michelle Anahí:

Por ser la persona que más amo en el mundo, mi motor e inspiración, siempre presente en mi corazón y en mis pensamientos. Por quien cada día quiero ser mejor persona y madre para ella.

A mis padres Reyna y Antonio:

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi hermano Omar:

Que en todo momento me dio ánimos para continuar con mi carrera y al cual amo mucho.

A Jesús:

Por su amor y cariño además de ser alguien muy especial en mi vida y por demostrarme que en todo momento cuento con él.

A Pilar:

Por ser la hermana que la vida me regalo, su apoyo incondicional y amistad.

INDICE

1. <i>INTRODUCCIÓN</i>	2
2. <i>JUSTIFICACIÓN</i>	3
3. <i>OBJETIVOS</i>	4
3.1 <i>Objetivo general</i>	4
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	4
4. <i>METODOLOGIA</i>	5
5. <i>MARCO TEORICO</i>	6
5.1 <i>Enfermería como disciplina</i>	6
5.2 <i>Historia de enfermería, el cuidado como objeto de estudio</i>	8
5.3 <i>Teoría de Enfermería</i>	11
5.3.1 <i>Concepto de Teoría</i>	12
5.3.1.1 <i>Filosofía de Virginia Henderson</i>	14
5.3.1.1 <i>La persona y las 14 necesidades básicas</i>	16
5.4 <i>Proceso de Atención de Enfermería</i>	25
5.4.1 <i>Antecedentes</i>	25
5.4.2 <i>Definición y Objetivo</i>	25
5.4.3 <i>Importancia del proceso de Atención de Enfermería</i>	26
5.4.4 <i>Etapas del proceso de atención de Enfermería</i>	26
5.4.4.1 <i>Valoración</i>	27
5.4.4.2 <i>Diagnóstico</i>	27
5.4.4.3 <i>Planificación</i>	28
5.4.4.4 <i>Ejecución</i>	29
5.4.4.5 <i>Evaluación</i>	29
6. <i>DESARROLLO DEL PROCESO</i>	30
6.1 <i>Etapas de valoración</i>	30
6.1.1 <i>Presentación del Caso</i>	30
6.1.2 <i>Síntesis valorativa de las 14 necesidades</i>	32
6.2 <i>Etapas de Diagnóstico</i>	36
6.3 <i>Etapas de: Planificación, Ejecución y Evaluación.</i>	37

7. PLAN DE ALTA	53
8. CONCLUSIONES.....	60
9. BIBLIOGRAFIA.....	61
10. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	63
11. ANEXOS.....	64
ANEXO 1. ALTERACIONES EN LA SALUD	64
ANEXO 2. ANEMIA	65
ANEXO 3. OBESIDAD	67
ANEXO 4 .ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL DOLOR DEL 0 AL 10	83
ANEXO 5. ESTILO DE VIDA.....	83
ANEXO 6. LISTA DE EQUIVALENTES ALIMENTICIOS	84
ANEXO 7. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.....	86

1. INTRODUCCIÓN

“El proceso de enfermería es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a la enfermera planear los cuidados para el paciente de forma individual. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, teniendo a la persona como centro de atención.”¹

Como tal es una herramienta metodológica que dota al profesional de enfermería de los elementos para identificar, organizar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad del individuo familia y/o comunidad. Favorece el cuidado enfermero individualizado ayudando de manera óptima a mejorar o mantener la salud de las personas. Su objetivo principal es brindar la estructura que permita identificar las necesidades reales o de riesgo para establecer planes de cuidados individualizados, para cubrir o resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está constituido por un marco teórico donde se abordan las transformaciones de la enfermería a través del tiempo, al modelo de Virginia Henderson y al PAE mismo como guías que sustentan al cuidado.

Se describe la aplicación del PAE y del cuidado de Virginia Henderson en una mujer adulta joven en quien se identificaron principalmente alteradas las necesidades de oxigenación y nutrición e hidratación.

Finalmente se da a conocer un plan de alta para reintegrar a la paciente a su medio familiar con la mayor independencia posible para poder realizar sus actividades cotidianas permitiéndole desempeñarse de la mejor manera.

¹Iyer P. Proceso y Diagnóstico, 3ª edición, Mc Graw-Hill Interamericana. p. 11

2. JUSTIFICACIÓN

La Enfermería como actividad ha existido, desde el inicio de la humanidad. La especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y por tanto, siempre ha requerido cuidar de los más desvalidos. Enfermería aparece así, unida y relacionada a la humanidad desde la antigüedad.

La enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, dentro de los cuidados que caracterizan a la profesión de enfermería, encontramos que para que su trabajo sea reconocido y propio de la validez que se merece, se deben de llevar a cabo procedimientos fundamentados en la teoría y respaldados por documentos de valor en los que se describan cada una de las intervenciones realizadas a la persona como parte de su cuidado, ya sea para su recuperación o para brindar atención de calidad para un bien morir.

El presente proceso de Atención de Enfermería fue elaborado con la finalidad de proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de Enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente, personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de la persona, tomando en cuenta los recursos con los que cuenta, personales y externos con el objetivo de planificar intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.

3. OBJETIVOS

3.1 *Objetivo general*

Describir los cuidados de enfermería otorgados de forma individualizada a la mujer adulta a través del proceso de enfermería para cubrir en forma prioritaria sus necesidades principalmente alteradas de: oxigenación y nutrición e hidratación originadas por el desequilibrio nutricional.

3.2 *Objetivos específicos*

- Identificar las necesidades alteradas en la mujer joven adulta por medio de la valoración basada en el modelo de Virginia Henderson.
- Establecer diagnósticos reales, validados estos de las características definitorias identificadas en las manifestaciones de dependencia de la valoración.
- Planificar intervenciones de enfermería en comunicación terapéutica enfermera-paciente, para contribuir a satisfacer las necesidades alteradas.
- Llevar a cabo el plan establecido con base en la confianza, empatía, afecto, autonomía y la mutualidad.
- Evaluar los resultados obtenidos, dado que esto describen el estado de la mujer adulta joven.

4. METODOLOGIA

Este trabajo se realizó en la comunidad de San Bartolo el Chico, Delegación Tlalpan en el Distrito Federal, de la cual se eligió a la mujer adulta joven, para poder realizar el proceso de Atención de Enfermería. Se solicitó a la Srita. María su consentimiento y colaboración, informándole que los datos brindados serían confidenciales utilizados únicamente para la elaboración del trabajo.

Se llevó a cabo la valoración con apoyo de las técnicas de anamnesis y exploración física. La recolección de datos se realizó en el domicilio y entorno de la persona el día 12 de agosto del 2014.

Con base en los hallazgos los datos se organizaron en manifestaciones de dependencia e independencia, los cuales se analizaron, identificando las necesidades alteradas.

Se establecieron los diagnósticos de enfermería mediante la Taxonomía NANDA para posteriormente planificar las intervenciones de enfermería con el objetivo de mejorar el estado de salud de la persona.

Se mantuvo estrecha relación con la persona y su familia. La Srita. María reconoce sus problemas y necesidades con conocimiento previo de su estado de salud. Se realizan las intervenciones de enfermería y se evalúan los resultados.

Los cuidados de enfermería se centran en el cuidado humanizado, así como la responsabilidad que ofrece al ser humano en todas sus dimensiones, en relación enfermera-paciente-familia-comunidad; con principios propios alcanzados y sustentados en el conocimiento científico, filosófico y metodológico basado en el Proceso Atención Enfermería y reflejado en el trabajo de la práctica diaria.

5. MARCO TEORICO

5.1 *Enfermería como disciplina*

La enfermería ha pasado por diferentes periodos históricos que han ocurrido en forma paralela a los movimientos sociales, políticos o religiosos. El recuperar el pasado de la disciplina, busca crear una identidad, cohesión, sentido colectivo y fortalecer los valores sociales, enfrentar las dificultades del presente y tener confianza para asumir los retos del porvenir.

Una disciplina es la búsqueda científica especializada de una materia determinada y homogénea, que tiene sus propios antecedentes en cuanto a educación, formación, métodos y áreas de contenido. El término disciplina se emplea en el mismo sentido que el de ciencia, aunque disciplina conlleva la noción de enseñar una ciencia.

La ciencia es un sistema histórico y dinámico que tiene un lenguaje específico de conceptos en continuo desarrollo, cuya veracidad se comprueba y demuestra a través de la práctica profesional. La enfermería recurre al método científico para recibir, entender, predecir y finalmente obtener cierto grado de control sobre su objeto de estudio: las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales².

Sus características son: conjunto de hipótesis, teorías y leyes que conforman el conocimiento científico y se manifiesta mediante conceptos, juicios y razonamientos.

La actividad disciplinaria desemboca en una formulación y reformulación incesante del actual cuerpo de conocimientos sobre una materia. Para poder caracterizar a la materia o naturaleza de una disciplina dada y distinguirla de otras, además de la contingencia histórica, los científicos aplican los siguientes criterios: dominio material, dominio de estudio, instrumentos de análisis, aplicaciones prácticas, nivel de integración teórica, y métodos propios de una disciplina dada³.

El **dominio de material** de las disciplinas comprende el objeto de estudio en que está basada la disciplina.

El **dominio de estudio** depende de los supuestos teóricos de una disciplina, diferenciarla de otras y permite delimitar una disciplina de otra.

Instrumentos de análisis se apoyan en las estrategias lógicas, los instrumentos matemáticos y la construcción de modelos para procesos complejos de retroalimentación. Ejemplo modelos de enfermería, la experimentación, la

² Moran V. Proceso de Enfermería: Modelos sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CR. ,2ª ed. México: Trillas; 2006. p.39-40.

³Ibíd. p.41.

estadística descriptiva y la diferencial, los modelos computacionales, la cibernética y la teoría de la información. Son altamente generalizables y pueden aplicarse adoptándolos a dominios de estudio muy diversos.

Aplicaciones prácticas

Las disciplinas que tienen un fuerte componente de práctica profesional, como la enfermera se caracteriza por un “retraso científico” considerable entre el ejercicio de la profesión y último estado de la investigación “pura” sin embargo, en los últimos decenios, la enfermera se consolida cada vez más como una disciplina científica⁴.

Nivel de integración teórica

Según Heckhausen el nivel de integración de la teoría de las disciplinas es el criterio más importante para caracterizar la naturaleza de una disciplina y distinguirla de otras. Toda disciplina teórica intenta reconstruir la realidad de su dominio de estudio en términos teóricos, con el fin de expresarla, entenderla y predecir los fenómenos que conciernen a ese dominio.

Métodos propios de una disciplina determinada

Una disciplina desarrolla su método con dos propósitos: primero delimitar los fenómenos observables que conciernen a su dominio de estudio, y segundo para transformar los fenómenos observables con base en datos más específicos para el problema en estudio. Una disciplina ha ganado su autonomía en el momento en que desarrolla métodos propios. El proceso como método de enfermería, estimula la integración teórica que a su vez propicia el desarrollo de la tecnología.

Como menciona Rosalinda Alfaro, Pensar es cualquier actividad mental, no controlada, por lo tanto no tener ningún objetivo, con frecuencia no somos conscientes de sus beneficios, puede que no recordemos nuestros pensamientos en absoluto. En cambio el pensamiento crítico es controlado, tiene un objetivo, es más probable que conduzca obviamente beneficios. La forma en que pensamos está muy influenciada por nuestros conocimientos y experiencias.

“El pensamiento crítico es un pensamiento deliberado, dirigido al logro de objetivos, que pretende emitir juicios basados en evidencia (hechos) en vez de en conjeturas (suposiciones). Basándose en los principios de la ciencia y el método científico, el pensamiento crítico requiere desarrollar estrategias que maximicen el potencial humano (por ejemplo utilizando los recursos individuales) y compensen los problemas causados por la naturaleza humana (por ejemplo, la poderosa influencia de las percepciones, valores y creencias personales)”⁵.

⁴Ibíd. p.42.

⁵Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería Un enfoque práctico. España: Masson; 1997. p. 9

De lo anterior deducimos que el pensamiento crítico en enfermería requiere de las características antes mencionadas. Por lo tanto el uso del pensamiento crítico es la clave de la resolución de los problemas, nos ayuda a adaptarnos a nuevas situaciones, a tomar decisiones competentes y a aprender. Las enfermeras que no piensan críticamente se convierten en parte del problema.

“El Proceso de enfermería igual que el método de solución de problemas proporciona las bases para el pensamiento preciso, disciplinado, en las situaciones cotidianas, para el pensamiento crítico de enfermería”⁶. Como método de solución de problemas, el proceso de enfermería consta de cinco pasos- valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación- diseñado para agilizar la identificación y tratamiento de los problemas.

5.2 Historia de enfermería, el cuidado como objeto de estudio

“Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo , permitir que esta continúe y se desarrolle y, de este modo , luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo y de la especie”⁷.

A través de los años, chamanes y sacerdotes se encargaron de etiquetar lo “bueno” y lo “malo” hasta la llegada de los cuidados; quienes siendo descendientes del clérigo se enfocaban a eliminar los “males” que aquejaban el cuerpo humano, desencadenando así una particular lucha del médico contra el mal que era percibido como enfermedad y cuyo único objetivo era erradicarla, observando solo lo que se manifestaba y descuidando la atención en lo que aún estaba vivo o lo que de forma espiritual daba sentido a la persona.

La historia de los cuidados ha tenido varias transformaciones durante el tiempo y con ellas la forma de identificar su práctica, desde su identificación de la mujer al inicio de la humanidad y hasta el fin de la edad media, después el cuidado se ejerció como un acto para redimirse o por caridad a finales del siglo XIX (mujer consagrada) y hasta la etapa en donde el cuidado y la disciplina como tal, se convirtieron en auxiliar-medico desde principios del siglo XX y hasta finales de la década de los 60.⁸

Etapa domestica

En esta etapa los cuidados tenían el objetivo de preservar la vida a través de los cuidados básicos y habituales. Los cuidados se conceptualizaron desde el punto de vista del género, la mujer era quien los proporcionaba apoyándose en elementos de

⁶ Ibídem. p. 47.

⁷ Colliere M. Promover la vida. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2009. p. 5

⁸ Ibídem p. 14.

la vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos.

“Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también cuidados a los enfermos y a los moribundos.”⁹

Podemos concluir que esta etapa fue influenciada por aspectos sobrenaturales y espirituales, definidos por el líder espiritual, el cuidado persistía como un acto de vida.

Etapa Vocacional

La etapa vocacional surge con el inicio del cristianismo y se prolongaría hasta los inicios de la etapa contemporánea. El auge del cristianismo empujó, sin lugar a dudas, el desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido.

El cuidado de los enfermos era una actividad que complacía a dios de forma especial y a través de la cual se podía ganar la vida eterna.¹⁰

Pero este pensamiento religioso también obstaculizó el progreso de los cuidados, dada su estrecha relación con la religión y las órdenes religiosas. La enfermedad era una oportunidad de vida, suponía la imitación de la vida de Jesús. Los cristianos tenían la obligación de asistir al enfermo, imitando la práctica de Jesús.

La enfermedad ya no era algo negativo, sino que era una gracia recibida y un modo de redención. En un principio los monasterios proporcionaron los cuidados, pero debido a la demanda las mujeres voluntarias se hicieron presentes con la esperanza de hacer votos de caridad.

La formación era la religiosa y el cuidado tomó un sentido de sumisión, indulgencia, obediencia y benevolencia. Las cuidadoras fueron protagonizadas por mujeres viudas o adultas mayores que eran merecedoras de respeto y constituían un grupo numeroso dedicadas a la asistencia, también se integraron las monjas y las damas voluntarias que pertenecían a un grupo de alto nivel económico de la sociedad. La religión inició la creación de instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos. Tomaron como referencia los hospitales militares del imperio romano, pero incluían cuidados más prolongados.

Etapa Técnica

La etapa técnica inició su largo proceso desde el Renacimiento hasta el siglo XIX. En esta etapa el desarrollo tecnológico tuvo su auge en el gremio médico centro sus objetivos en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento, para

⁹ García C. Historia de la Enfermería evolución histórica del cuidado enfermero. España: Elsevier; 2001. p.16

¹⁰Donague P. Historia de la enfermería. España: Doyma; 1985. p.95

este momento la salud es concebida como ausencia de la enfermedad. Las tecnologías que giraban en torno a los enfermos e volvieron cada vez más complejas y con esto acrecentaban, trabajo el trabajo que los médicos tenían que realizar, razón por la que la utilización del personal como ayuda aligera la carga de trabajo volviendo indispensable al personal. Las cuidadoras se transformaron en auxiliares del médico interviniendo en actividades simples como la toma de signos vitales o ministración de algunos medicamentos bajo orden médica.

La escuela Nightingale fue una enorme importancia para la enfermería. Sirvió de modelo para otras escuelas, envió a sus graduadas a países extranjeros y elevó la enfermería de la degradación y la deshonra al rango de profesión respetable para las mujeres.¹¹

Se profesionaliza la Enfermería con Florence Nightingale (1820). Para ella la enfermería tenía que tener una formación con disciplina y no solo adquirir los conocimientos de manera empírica con técnicas, sino que: todo el quehacer tenía tener un porqué y para qué, se considera fundadora de la Enfermería moderna, es decir que la enfermera representaba la imagen ideal de la mujer acomodada a los tiempos.

Se fundan escuelas propias para comadronas, en 1952 se unifican los estudios de comadrona, practicante y enfermera.

Etapas de profesionalización

Con la creación de escuelas formadoras de enfermeras dio paso a la profesionalización y la integración de la disciplina al campo laboral, si bien esta etapa inicio desde los años 50 al siglo XX, aún la estamos caminando.

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace cincuenta años. Distintos 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.

En la actualidad y a través del tiempo, los 4 elementos del Metaparadigma enfermero se inmiscuyeron en un continuo cambio de percepciones, sin embargo hoy en día están bien definidos y dichas características permiten guiar la práctica profesional.

¹¹ Ibíd. p. 248

5.3 Teoría de Enfermería

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale. La etapa de la teoría fue una extensión natural de la etapa de investigación y de la educación superior.¹² A medida que aumentaba nuestra comprensión del desarrollo de la investigación y del conocimiento, resultó obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente que era la investigación y la teoría juntas las que creaban la ciencia enfermera. La visión de la enfermería que tenía Nightingale se ha estado poniendo en práctica durante más de un siglo, y el desarrollo de la teoría en enfermería ha evolucionado rápidamente durante las últimas décadas, lo que finalmente llevó finalmente al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica¹³.

Supuestos principales¹⁴

Enfermería

Nightingale creía que todas las mujeres, en algún momento de la vida, tendrían que actuar como enfermeras, entendiendo enfermería como la responsabilidad de velar por otros.

Persona

En la mayoría de sus escritos. Nightingale aludía a las personas como pacientes. Las enfermeras trabajaban por y para el paciente y se encargaban de controlar el entorno en el que esté se movía para facilitar su recuperación.

Salud

Nightingale definió salud como un estado de bienestar en el que se aprovechan al máximo las energías de las personas. Imaginaba la salud como un estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno; llamó a esta idea <<enfermería de la salud >>, para distinguirla de la atención a pacientes enfermos en favor de su recuperación o, al menos, de la mejoría de sus condiciones de vida hasta su muerte.

Entorno

Los supuestos de Nightingale sobre las condiciones sociales son también relevantes en el marco de su teoría. Creía que los pobres podrían aliviar sus enfermedades con una mejora en las condiciones ambientales, que podrían influenciar tanto en sus cuerpos como en sus mentes: también se mostraba convencida del papel instrumental que desempeñaban las enfermeras en la

¹² Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997. p.4

¹³ Ibídem. p. 5

¹⁴ Ibídem. P. 73

modificación del estado social de los pobres, siempre mediante el fenómeno de mejoras en sus condiciones de vida.

Nightingale veía la enfermedad como un proceso reparador, un esfuerzo de la naturaleza por remediar un episodio de intoxicación o decaimiento, o una reacción en contra de las condiciones a las que veía sometida una persona.

Los principios de Nightingale para la enfermería siguen vigentes en la actualidad.

La década de 1980 fue un periodo de desarrollo importante en la teoría de enfermería, caracterizado con una transición del período pre paradigmático al paradigmático (Fawcett, 1994; Hardy, 1978). Para los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior de las teorías en enfermería¹⁵. La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas dentro de un Metaparadigma con los conceptos de persona, entorno, salud, y enfermería unía sistemáticamente los trabajos teóricos de enfermería a la disciplina. El cuerpo de la ciencia enfermera, la investigación, la educación, la administración continúa expandiéndose en la enseñanza de la enfermería.

5.3.1 Concepto de Teoría

En la práctica cotidiana nos enfrentamos a eventos y sucesos interesantes. La historia del pensamiento científico es la historia del intento de la inteligencia humana para introducir orden y coherencia en el desorden, unidad en la multiplicidad de las experiencias. Como producto de este concepto surge el concepto de modelo teórico. Los filósofos de la ciencia han subrayado la importancia de los modelos y afirman que su estudio aclara la estructura, la interpretación y el desarrollo de pensamiento científico.

Para poder comprender las diferentes teorías se requiere de un análisis de la terminología sobre el tema:

Metaparadigma: Según Kérovac et cols., es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado enfermero, persona, salud, entorno, en el caso del Metaparadigma enfermero) e intenta explicar sus relaciones¹⁶. Se entiende como un nivel de conocimientos abstractos.

Marriner Tomey y Raile Alligood apuntan que el paradigma es el término utilizado para expresar la relación entre ciencia, filosofía y teoría, aceptado en un cierto campo científico. La ciencia, la disciplina son componentes esenciales de cualquier disciplina científica.

¹⁵ Ibídem. p. 6

¹⁶ Leal C. Fundamentos de Enfermería Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. 1ª ed. Murcia: Librero editor .2010. p. 6

La ciencia se define como un cuerpo unificado de conocimientos que se encarga de cuestiones de temas específicos y también como los procesos y metodologías necesarios para proporcionar dicho conocimiento.

La filosofía es la rama del conocimiento que se ocupa de ofrecer juicios fundados sobre los componentes de la ciencia. “El paradigma es la corriente del pensamiento, manera de ver y comprender que influye en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de la disciplina, proporciona un marco de referencia para intentar describir y explicar de forma sistemática y en ocasiones predecir las relaciones entre los fenómenos”¹⁷. También ofrece distintos puntos de vista de la enfermería según cada modelo.

“Los modelos conceptuales sobre enfermería son conjuntos de conceptos, definiciones y preposiciones que contienen una indicación expresa de sus interrelaciones y buscan configurar una perspectiva organizada que contemple los fenómenos específicos de una disciplina”¹⁸. Representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del Metaparadigma de enfermería. Cada uno de ellos define los cuatro conceptos del Metaparadigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos (Persona, Entorno, Salud y Concepto de Enfermería).

“Los modelos conceptuales tienen tres elementos:

1. Suposiciones o supuestos: Declaraciones de hechos que se aceptan para reforzar el fundamento teórico de los conceptos. Proceden de la teoría científica, de la práctica o de ambas, y son o pueden ser verificados. Por ejemplo: según Henderson existen catorce necesidades.
2. Principios: Desde las suposiciones y los valores se pueden desarrollar siete grandes principios: meta de enfermería, cliente (paciente), papel de la enfermera, origen del problema del cliente, enfoque de intervención, forma de actuación, y consecuencias de la actividad de enfermería.”¹⁹

“Los conceptos son los principales componentes de una teoría, son las etiquetas que se utilizan para identificar los fenómenos”.²⁰

Una teoría debe estar basada en la observación de fenómenos, esto se refiere a la manifestación o acontecimiento de un suceso en la naturaleza.” La teoría es un

¹⁷ Ibídem p. 5

¹⁸ Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.p. 173

¹⁹ Ibídem p. 7-8.

²⁰ Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.p. 5

grupo de conceptos que relacionados proporcionen acciones que guíen la práctica”.²¹

A principios de siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque estos términos estén interrelacionados y a veces se utilicen indistintamente existen diferencias entre ellos:

Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento (Donaldson y Crowley, 1978); Orem, 2001; Styles, 1982). Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; esta creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan.

Los logros de la profesión fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera, aunque no llegaron de forma fácil. La historia demuestra que numerosas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desafiaron el statu quo con ideas creativas tanto para la salud de las personas como para el desarrollo de la enfermería. Hoy en día la enfermería se conoce como una profesión.

El surgimiento de teorías propias de enfermería proporcionó un crecimiento notable para la profesión, se ha convertido en literatura constante para la formación de profesionales

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la enfermería profesional.

5.3.1.1 Filosofía de Virginia Henderson

La filosofía de Virginia Henderson está influenciada por la corriente del pensamiento de la integración y se incluye dentro de la escuela de necesidades. Por lo que respecta a esta escuela se destacan las siguientes características: la primera, es la de basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar a la persona, y la segunda es la de clarificar la función de la sociedad de las enfermeras por su labor.

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

“La cristalización de sus ideas se recogen en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que se define la función propia de la enfermera de la siguiente forma: La única función de una enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud y a

²¹ Marriner A. ,Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. España: Elsevier; 2011. p.8

su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria.”

Henderson califica a su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en auge en aquellos tiempos.

En *The Nature of Nursing*, indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería.

AnnieW.Goodrich

Fue decana de la Escuela de Enfermería del ejército en la que Henderson recibió su formación básica como enfermera y constituyó una fuente de inspiración para ella. Henderson recordaba que << siempre que visitaba nuestra clase exaltaba nuestras reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario>>.

Caroline Stackpole

Era profesora de filosofía en el Teachers College, de la universidad de Columbia, cuando Henderson era estudiante universitaria. Fue ella quien imprimió en Henderson la idea de mantener el equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst

Broadhurst era profesora de microbiología en el Teachers College. Henderson aprendió de ella la importancia de la higiene y la asepsia.

Dr.Edward Thorndike

Henderson se dio cuenta de que la enfermedad << es algo más que un estado patológico>> y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría en los hospitales.

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. Su formación en estas áreas data su relación con Stackpole y Thordike durante sus estudios universitarios en el Teachers College.

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow.

Supuestos principales

Enfermería. Henderson definió enfermería en términos funcionales. <<La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contará con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Salud. Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia.

Entorno. Tampoco dio una definición. Acudió, en cambio, al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como << el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo>>.

Persona (paciente). Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

5.3.1.1 La persona y las 14 necesidades básicas

Henderson define a la persona o individuo como objeto de los cuidados. "Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar peligros.
10. Necesidad de Comunicación.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje.²²

"Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como

²² Fernández C. El proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos. Masson: España; 1993. p. 4

potenciales .En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de sus necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como <<fuerza de voluntad>>,<< falta de conocimiento>>, o << falta de voluntad ...²³

El concepto de Independencia se refiere a la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse – al igual que los de independencia- de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

Como se menciona las causas de dificultad se refieren a los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impide a la persona satisfacer sus propias necesidades Virginia Henderson las agrupa en tres:

1. “Falta de fuerza: Este estado no solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona , sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado, por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos: engloba las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: es la limitación o incapacidad de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe mencionar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la elaboración de la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.”

Como nos menciona Henderson los cuidados básicos de enfermería son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de

²³Ibíd. p. 5

su función propia, actuando según sus criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Como afirma la autora los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis manas, de las necesidades humanas son universalmente los mismo, porque todos tenemos necesidades comunes, varia constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades.

Relación con el paciente en el proceso de cuidar:

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la realización de sus actividades relacionadas con la satisfacción de las necesidades. Nos menciona los tipos de relaciones que pueden existir entre el paciente y la enfermera:

1. Nivel Sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de Ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de Acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

El modelo se basa en la teoría de las necesidades humanas. Henderson identifica 14 necesidades humanas las cuales son:

1. Oxigenación :

Es la necesidad que refiere a la acción de respirar normalmente, por lo que esta se evalúa de manera biofisiologica con la edad, alineación corporal, talla, nutrición, e hidratación, sueño/ reposo/ ejercicio, función cardiaca, función respiratoria, así como estado de la red vascular (arterial y venosa)²⁴.

Por otro lado, en el ámbito psicológico, encontramos que esta necesidad se percibe con las emociones (miedo, ira, tristeza, alegría etc.)

Los factores socioculturales que influyen en esta necesidad son las preocupaciones familiares, sociales (ámbitos y aprendizajes tales como el estilo de vida y hábitos de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación del hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental)

Dentro de las observaciones que la enfermera debe hacer para valorar esta necesidad esta la toma de signos vitales como son el pulso, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios, movimientos de tórax, secreciones, tos,

²⁴ Fernández C. El Proceso de enfermería Estudio de Casos. Masson: España; 1993. p. 14.

estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).

2. Nutrición e Hidratación

Los factores que influyen en esta necesidad están dados primeramente en aspecto biofisiológicos, los cuales son la edad, talla, peso, constitución corporal y patrón de ejercicio.

En los factores psicológicos se encuentran las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y la bebida.²⁵

El aporte sociocultural en esta necesidad se ve reflejado en las influencias familiares y sociales, status socioeconómico, entorno próximo a casa, entorno físico (clima, temperatura) religión y el trabajo.

Para denotar la satisfacción de esta necesidad se debe tomar en cuenta la antropometría (peso, talla, pliegue de la piel) estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir así como el buen funcionamiento del tracto digestivo.

En caso de que se presenten heridas estas se deben evaluar en el aspecto que tienen y tipo, así como el tiempo de cicatrización.

Dolor, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.

Condiciones del entorno que facilitan o dificultan la satisfacción de esta necesidad.

3. Eliminación

Por lo que respecta a la eliminación se sabe que es la evacuación de los desechos corporales. Dentro de los aspectos biofisiológicos, encontramos la edad, nivel de desarrollo, nutrición y ejercicio. Psicológicamente, destacan las emociones, ansiedad, estrés y el estado de ánimo.²⁶

En las cuestiones socioculturales, se determinan los hábitos de la comunidad así como el estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales. El personal de enfermería debe estar pendiente en las características de la orina (la coloración, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos).

En las heces se debe observar el aspecto de las mismas (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales). La sudoración se debe observar en cantidad y olor; en el caso de las

²⁵ *Ibíd.* p.17.

²⁶ *Ibíd.* p.19.

mujeres se debe analizar la menstruación, en aspectos como la cantidad, olor y aspecto. El estado del periné, estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, perceptuales neurológicas y motrices. Y por último las condiciones que ayudan o dificultan la satisfacción de esta necesidad.

4. Movimiento y postura

El moverse y tener una posición adecuada es la que se analiza en esta necesidad. Aquí se determina la constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).²⁷En lo psicológico se evalúan las emociones, personalidad de base y estado de ánimo.

Otros factores que repercuten son las influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad/ ejercicio, hábitos de ocio/ trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura) entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

La manera de evaluar esta necesidad es con el estado del sistema musculoesquelético (fuerza, debilidad, firmeza de la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de presentado y acostado), necesidad de ayuda para la de ambulación y/o mantener una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores ritmo de movimientos y las constantes vitales, estado de apatía, de postración, estado de la conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad y entorno de la persona.

5. Descanso y sueño

La edad, el ejercicio, la alimentación, y la hidratación son factores que terminan el estado del descanso.²⁸ Dentro de estos también encontramos el estado emocional, ansiedad, tristeza, estrés. Las influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes normas sociales, prácticas culturales, siestas) trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura) creencias, valores, estilo de vida.

Las observaciones que resaltan en esta necesidad son: el nivel de ansiedad y estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención) estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón): expresión de irritabilidad o fatiga. Dolor, inquietud, apatía, cefaleas y estado de conciencia y respuesta a estímulos.

²⁷ Ibíd. p.20.

²⁸ Ibíd. p.21.

Condiciones del entorno que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación a la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

6. Vestido

El elegir la ropa adecuada es una de las necesidades que se citan en este listado, por lo que la satisfacción de esta necesidad está dada a la capacidad de la persona de vestirse y desvestirse.

Los factores que influyen son la edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades. Psicológicamente las emociones (alegría, tristeza e ira) personalidad de base, estado de ánimo y auto imagen.²⁹

Socioculturalmente las influencias familiares, status social, trabajo, conducta, cultura, creencias, religión, significado personal de la ropa, entorno próximo, entorno lejano, ideología.

El personal de enfermería debe observar la edad, peso, estatura, sexo, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse, así como la utilización incontrolada del vestirse y desvestirse, vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios. Condiciones del entorno (mobiliario, limpieza).

7. Termorregulación

Al igual que las demás necesidades en esta encontramos factores que influyen en ella: Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos en cuestiones biológicas.

En lo psicológico la ansiedad, las emociones, en lo cultural encontramos que el entorno físico lejano, como son el clima y la temperatura.³⁰ Raza y procedencia étnica/ geográfica, así como el status socioeconómico. Para la evaluación de esta necesidad el personal de enfermería debe de revisar las constantes vitales de la persona, coloración de la piel, transpiración y temperatura ambiental, irritabilidad y apatía.

8. Higiene y protección de la piel

El mantenimiento de la integridad de la piel es una de las necesidades que Virginia Henderson menciona como las básicas.

Dentro de las características que deben ser inspeccionadas que deben ser inspeccionadas en la persona para determinar la satisfacción de esta necesidad están: la edad; ya que la piel de las personas adultas no es de las mismas características que las de un neonato; desarrollo, alimentación, ejercicio,

²⁹ *Ibíd.* p.23.

³⁰ *Ibíd.* p.24.

movimiento, temperatura corporal. Las emociones estado de ánimo, inteligencia, autoimagen y psicomotricidad.³¹ La cultura, educación, corrientes sociales, modas, organización social, influencias familiares, así como el ambiente ajeno.

Por lo que respecta a las observaciones que se deben realizar para la evaluación de este punto es la capacidad de movimiento , estado de la piel(color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones) estado del cabello, uñas, orejas , oídos, nariz, boca (aliento, dientes) y mucosas, olor corporal.

Expresión facial, efectos del baño, condiciones del entorno y recursos para la realización de acciones.

9. Evitar peligros

El objetivo de esta necesidad es la de evitar peligros del entorno y evitar dañar a los demás. Para ello se evalúa que la etapa de desarrollo valla de la mano de la edad de la persona, sus mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora. Los factores psicológicos son los mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.³²

En los factores socioculturales se encuentran presentes los apoyos familiares, y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilos de vida, organización social, valores y creencias entorno lejano, entorno próximo.³³

Para que esta necesidad sea bien evaluada se debe revisar aspectos como la integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.

La presencia de ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, aspecto descuidado , inhibición, desconfianza, agresividad, alteración en la sensopercepción, auto concepto y autoestima; condiciones del ambiente próximo, salubridad del ambiente lejano.

10. Comunicación

En este apartado se evalúa la capacidad de las personas para comunicarse con los demás para expresar las propias necesidades, temores u opiniones así como las emociones.

Los factores que influyen biofisiologicamente en esta necesidad son la integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa de desarrollo; inteligencia, percepción, memoria, conciencia, carácter, estado de ánimo humor de base, auto concepto, pensamiento como factores psicológicos y socioculturales son el entorno físico

³¹ Ibíd. p.25.

³² Ibíd. p.27.

³³ Ibíd. p.27.

próximo , entorno físico lejano, cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares, creencias y profesión. ³⁴

Las observaciones correspondientes son:

1. Estado de los órganos de los sentidos, y del sistema neuromuscular.
2. Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
3. Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, dificultades de la fonación), comunicación no verbal, utilización de la expresión escrita.
4. Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas de entorno.
5. Actitudes facilitadoras de la relación, utilización de mecanismos de defensa y condiciones del entorno que ayudan o limitar la satisfacción de esta necesidad.

11. Creencias y valores

Esta necesidad está dada por la presencia de las creencias en las que se refugian las personas en determinadas y diversas circunstancias.

Las creencias están precedidas de factores que influyen en la fuerza que ejercen en las personas. Biofisiológicos: edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.³⁵

Psicológicos: emociones actitudes, estado de ánimo, personalidad, pensamiento inteligencia, percepción de situaciones en el entorno.

Socioculturales: cultura, religión y creencias (sentido de la vida y muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía e ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales.

Se debe de observar las formas de vestir de la persona, familia y amigos, actitud ante ello. Indicadores de valores en las interacciones (dialogo abierto, estimulante, motivador, etc. Utilización o evasión del tacto como medio de expresión.)

Nivel de integración de los valores de la vida diaria, las condiciones del entorno que ayudan o limitan la satisfacción de esta necesidad. Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona indicio de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente.

³⁴ Ibíd. p.29.

³⁵ Ibíd. p.32.

12. Realización

En esta necesidad se denota el actuar de la persona en la que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.

Los aspectos biofisiológicos que se presentan en esta necesidad son la edad, etapa de desarrollo, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, inteligencia y estado de ánimo como los psicológicos; así como los socioculturales que son las influencias familiares, sociales, valores, creencias, cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar algún trabajo satisfactorio.³⁶

Las observaciones por realizar son la revisión el estado neuromuscular, nervioso y de los sentidos. Las relaciones armoniosas consigo mismo y con los demás que le rodean.

Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación. Auto concepto positivo o negativo de sí mismo. Conciencia de las capacidades y limitaciones de forma realista capacidad de decisión y de resolución de problemas.

13. Recreación

La siguiente necesidad nos habla de la necesidad de disfrutar o participar en diversas formas en entrenamiento.

Los factores que intervienen en ellos son la edad, etapas de desarrollo, constitución, y capacidades físicas. En los psicológico encontramos que la madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, estado de ánimo, auto concepto.³⁷

Finalmente los factores socioculturales como la cultura, rol social, influencias familiares y sociales así como el estilo de vida.

Las actitudes que se deben observar son el estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos. Que la persona presente un estado de ánimo y las expresiones faciales espontaneas directas o indirectas que indiquen el aburrimiento. Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.

Condiciones en el entorno que ayudan a limitar la satisfacción de esta necesidad. Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas.

³⁶ *Ibíd.* p. 33.

³⁷ *Ibíd.* p. 35.

14. Aprendizaje

La última de las necesidades del listado de las 14, en la que se destaca el aprender descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles. Los factores que influyen a esta necesidad por el aspecto biofisiológicos son la edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.³⁸ Psicológicos son las emociones, capacidad intelectual, motivación, carácter estado de ánimo. Los socioculturales son la educación, nivel económico, status, influencias familiares y sociales, raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo femenino o masculino.

Las observaciones que se deben de llevar a cabo son la valoración de las capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de auto cuidado, interés de aprender y/ o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación/ comunicación, de compromiso), situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje y comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud.

5.4 Proceso de Atención de Enfermería

5.4.1 Antecedentes

El proceso de enfermería se originó en Estados Unidos y se introdujo de manera formal en Reino Unido en 1977 cuando el *General Nursing Council* presentó su revisión del programa de estudios de enfermería. Intento para que esta profesión dejará de orientarse a la tarea y adquiriera un carácter más científico e individualizado.

5.4.2 Definición y Objetivo

Definición

“El proceso de enfermería es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a la enfermera planear los cuidados para el paciente de forma individual.”³⁹

No solo se lleva a cabo una vez, con frecuencia cambian las necesidades del paciente y la enfermera debe responder a ellas de forma adecuada.

Objetivo

El principal objetivo del proceso de enfermería es “proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad. Consiste en una interacción entre el paciente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería

³⁸ *Ibíd.* 36.

³⁹ Iyer P. Proceso y Diagnóstico, 3ª edición, Mc Graw-Hill Interamericana. p.11

valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería.”⁴⁰ Lo que nos permite brindar una asistencia individualizada.

5.4.3 Importancia del proceso de Atención de Enfermería

Las enfermeras, como todos los profesionales de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del usuario, continuamente buscan la mejora de su práctica y la satisfacción de los pacientes.

“El proceso de Atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore”.⁴¹

Las normas definen la responsabilidad de todas las profesiones que se dedican a la práctica clínica. Por lo cual exigen a la enfermera planear y evaluar la atención.

Dentro de las ventajas del proceso de atención de enfermería encontramos crecimiento profesional, ya que la elaboración de los planes de cuidado permite compartir el conocimiento y la experiencia, enriquecer la habilidad de una enfermera dejando evidencia del trabajo. Por lo cual nos brinda las directrices de la asistencia de enfermería.

5.4.4 Etapas del proceso de atención de Enfermería

“El proceso enfermero consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.”⁴²

Proceso Enfermero versus método de solución de problemas ⁴³	
Proceso enfermero	Método de solución de problemas
Valoración. Recogida continua de datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a éstos	Detectar un problema. Recoger datos sobre el mismo.
Diagnóstico. Análisis de los datos para identificar claramente los recursos como los problemas de salud reales y potenciales.	Analizar los datos para determinar exactamente cuál es el problema.
Planificación. Determinar los resultados deseados (objetivos específicos) e identificar las intervenciones para lograr los resultados.	Formular un plan de actuación.

⁴⁰ Ibid. p.11

⁴¹ Munrray M. Proceso de Atención de Enfermería, 5ª edición, Mc Graw Hill Interamericana, 1996, México p.4

⁴² Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero, Fomentar el cuidado en colaboración, 5ª ed. Masson, p.4.

⁴³ Ibid.6.

Ejecución. Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales.	Poner en práctica el plan.
Evaluación. Determinar en qué grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios.	Evaluar los resultados.

5.4.4.1 Valoración

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de la persona. Consta de dos componentes: recolección de datos y documentación.

La recolección sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de la persona. Los métodos que se usan para la recolección de datos son la entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas ofrecen al personal de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.

La documentación de datos debería identificar con claridad aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería. Entre ellas se encuentra diversos factores que afectan el estado de salud de la persona o la capacidad de funcionamiento.

Las respuestas percepciones, sentimientos y mecanismo de afrontamiento de la persona, son especialmente importantes en la formulación de diagnósticos de enfermería y en la identificación de intervenciones de enfermería específicas.

5.4.4.2 Diagnóstico

El proceso diagnóstico es una fase fundamental del proceso de enfermería. En esta fase, que sigue a la valoración, los datos son procesados, interpretados y validados. El resultado de este proceso es un diagnóstico de enfermería.

Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación de enfermería.

Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación.

Un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable. El profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud.

La habilidad de enfermería identificar aquellas funciones de enfermería que se pueden ordenar de forma independiente sin que sea necesaria la colaboración con otras profesionales.

Estas funciones pueden incluir: 1) enfoques preventivos, como la educación, los cambios de posición, y la detección de potenciales complicaciones, o 2) enfoques correctivos, como la administración obligada de líquidos, el cuidado de la piel, y el asesoramiento.

Los diagnósticos de NANDA se definen como < un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas o procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones destinadas a conseguir los resultados de los que la enfermera es responsable> (NANDA Internacional 2009).⁴⁴

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnóstico de enfermería: reales de alto riesgo y bienestar.

Real: Es un juicio clínico sobre una propuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud o ante proceso de la vida.

De alto riesgo: juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación similar o igual. Los diagnósticos de riesgo, incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

Bienestar: Un diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

En las etapas del proceso diagnóstico pueden surgir errores, como los datos erróneos o incompletos, la interpretación errónea de los datos o la falta de conocimientos o de experiencia. Estos errores pueden llevar a diagnósticos de enfermería no adecuados para la persona.

5.4.4.3 Planificación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar la respuesta de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas en los diagnósticos de enfermería.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma que el personal de enfermería puede ayudar a la persona a conseguir los objetivos.

La etapa de planificación del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

⁴⁴Herdam, T.H.(2012) (Ed)NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier. p. 134.

1. Establecimiento de prioridades
2. Elaboración de objetivos
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería
4. Documentación del plan

5.4.4.4 Ejecución

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona. La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

5.4.4.5 Evaluación

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con la persona. Como objetivo de esas actividades, determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o necesita de la revisión. Si la persona no ha logrado los objetivos se deberá analizar el plan de cuidados para identificar cual es el problema y poder modificarlo a manera que la persona logre un estado de salud óptimo.

6. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Etapa de valoración

6.1.1 Presentación del Caso

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Ficha de identificación:

Nombre: María Patiño A. **Sexo:** Femenino **Edad:** 24 años

Peso: 79.800 kg **Talla:** 1.54 m **Perímetro abdominal:** 102 cm

Fecha de nacimiento: 16 de abril de 1990.

Lugar de Nacimiento: Distrito Federal **Lugar de residencia:** 5 de mayo # 22
Colonia San Bartolo el Chico Tlalpan, D.F.

Religión: Creyente **Escolaridad:** Licenciatura **Ocupación:** Enfermera

Estado civil: soltera

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Madre padece Obesidad e Hipertensión Arterial en control.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Vive en con su madre y dos hermanos la casa que habita es rentada, la construcción es de cemento. Los servicios con los que cuenta la vivienda son drenaje, agua potable y luz. Servicios públicos de su comunidad: pavimentación, agua potable, alumbrado público, recolección de basura. Realiza 2 o 3 comidas al día. Baño y cambio de ropa total diario, cepillado dental dos veces día. Cuadro de vacunación completo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

- Asma referida desde la infancia.
- Antecedente de ovario poli quístico.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Menarca: 11 años, Telarca: 9 años, F.U.M = 1 de agosto de 2014.

Características de la menstruación: Frecuencia de 90 días (Opsomenorrea), duración de 20 días (polimenorrea), hipermenorrea, inicio abundante.

G.A.P.C=0

Inicio de vida sexual activa: 16 años Método anticonceptivo: preservativo.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se trata de María Patiño . A. quien presenta Obesidad de tipo 1, IMC= 33.3 Kg/m². Presentó hipermenorrea que fue tratada con Ergonovina. Anemia en tratamiento con hierro y ácido fólico por el nivel bajo de hemoglobina de 10.4 mg/dl que presento en sus últimos estudios que se realizó en su unidad de salud.

El tratamiento no ha tenido éxito ya que sus periodos no se han normalizado. Debido a las características del ciclo menstrual y la menstruación su unidad de Medicina familiar No 29 la han enviado al Hospital Gineco Pediátrico 3A. Politécnico para tratar el padecimiento, se encuentra en espera de programación de cita y estudios de laboratorio.

6.1.2 Síntesis valorativa de las 14 necesidades

- **Necesidad de Oxigenación**

Manifestaciones de dependencia: Se fatiga.

ELEMENTO	VALORES EN LA SRITA. MARÍA
ERITROCITOS	3.9 millones / mm ³
HEMOGLOBINA	10.4 mg/ dl
HEMATOCRITO	35.4 %

Manifestaciones de independencia: Dice padecer asma desde la infancia. Utiliza salbutamol 2 disparos en caso de crisis asmática. Frecuencia cardiaca de 74 latidos por minuto. Tensión arterial de 100/60 mm Hg. No fuma. Reconoce que el acto de fumar es nocivo para la salud.

- **Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Manifestaciones de dependencia: Expresa que no cuenta con un horario específico para las comidas. Dentro de los alimentos que consume con mayor frecuencia se encuentran Arroz, pastas, cereales y los alimentos que le desagradan son guanábana y caldo de res. Toma ácido fólico, Fumarato ferroso y complejo B como suplementos vitamínicos en su alimentación. Perímetro abdominal de 102 cm e IMC de 33.3 KG/ m² (obesidad tipo1).

Manifestaciones de independencia: Indica que conoce el valor nutritivo de los alimentos. Toma 1 litro y medio de agua al día.

- **Necesidad de Eliminación**

Manifestaciones de dependencia: Comenta que ha padecido de hipermenorrea con tejido y coágulos abundantes. A la palpación abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con presencia de dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda. distensión abdominal y sensible a la palpación. puntuación del dolor en 4 (ver anexo 4).

Manifestaciones de independencia: Evacúa de 1 a 3 veces al día. Sus heces son color marrón, blandas y formadas, Micciona 4-5 veces al día. Su orina es de color amarillo claro. Su estado emocional no influye en la eliminación intestinal, urinaria y menstrual.

- **Necesidad de Movilidad y Postura**

Manifestaciones de dependencia: Comenta que no realiza actividad física en su vida cotidiana. Cuando se siente cansada deja de hacer ejercicio.

Manifestaciones de Independencia: Refiere que con la actividad física se siente mejor y no se enferma.

Miembros torácicos y pélvicos íntegros, simétricos, sin lesiones. Abducción, flexión y extensión presentes en miembros torácicos. Movimientos coordinados.

- **Necesidad de Descanso y Sueño**

Manifestaciones de dependencia: Expresa que no se duerme fácilmente, cuando está preocupada le cuesta conciliar el sueño. En el lugar en donde habita existen factores ambientales del entorno como el ruido que le dificulta conciliar el sueño y que este sea reparador, se despierta en determinados momentos.

Manifestaciones de independencia: El tiempo que destina para dormir 6-7 horas al día. Verbaliza que roncar es un problema de salud.

- **Necesidad de usar Prendas de Vestir adecuadas:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican.

Manifestaciones de independencia: Se viste y elige su ropa de forma independiente.

- **Necesidad de Termorregulación:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican.

Manifestaciones de independencia: La temperatura de su piel es normal. Su temperatura corporal es de 36°C.

- **Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:**

Manifestaciones de dependencia: A la inspección: se observan piezas dentarias; segundo molar (47) y (37) con caries.

Manifestaciones de independencia: Comenta que el baño diario y el cambio de ropa total son aspectos importantes para conservar la salud y para evitar enfermedades en el hospital.

- **Necesidad de Evitar Peligros:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican.

Manifestaciones de independencia: se encuentra alerta y orientada en sus tres esferas. No padece de ningún tipo de discapacidad y cuenta con un entorno seguro en su casa. Tiene su esquema de vacunación completo.

- **Necesidad de Comunicarse:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican.

Manifestaciones de independencia: La Srita. María es soltera. Comenta relacionarse bien con sus familiares, amigos y vecinos. Su lenguaje es claro.

- **Necesidad de Creencias y Valores:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican.

Manifestaciones de independencia: Verbaliza que es creyente. Cree en un ser supremo y tiene fe en él. Manifiesta que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir por qué trata de aplicar a su vida cotidiana los valores que ella posee de respeto, honestidad, tolerancia y amor. No cuenta con imágenes religiosas.

- **Necesidad de Trabajo y Realización:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican.

Manifestaciones de independencia: Comenta que se encuentra satisfecha con el rol de hija y hermana que desempeña en su familia. Se encuentra satisfecha con su manera de pensar y actuar. El campo laboral le exige constante actualización para responder a las exigencias que le demanda su profesión.

A la inspección percibo a una persona satisfecha con la profesión de Lic. En Enfermería y las actividades que realiza en su trabajo.

- **Necesidad de Jugar y participar en actividades Recreativas:**

Manifestaciones de dependencia: Dice que debido a la falta de tiempo se integra en raras ocasiones en actividades recreativas con su familia. Manifiesta que su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas parcialmente, debido a que ha perdido agilidad y condición física.

Manifestaciones de independencia: Reconoce la importancia de llevar a cabo actividades recreativas.

- **Necesidad de Aprendizaje:**

Manifestaciones de dependencia: No se identifican

Manifestaciones de independencia: Verbaliza que le gusta actualizarse continuamente dice que la escuela es un lugar en el que se tiene la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y relacionarse socialmente.

6.2 Etapa de Diagnóstico

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

Necesidad	Diagnósticos de Enfermería
Oxigenación	<ul style="list-style-type: none">▪ Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno (Hemoglobina=10.4 mg/dl) manifestado por expresión verbal de fatiga.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none">▪ Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por expresar no distribuir comidas durante el día y peso corporal superior en un 20% al peso ideal según la talla y constitución corporal.
Movilidad y postura	<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor agudo relacionado con proceso inflamatorio manifestado por expresar dolor en hipogastrio y en fosa iliaca izquierda.
Sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none">▪ Insomnio relacionado con factores del entorno manifestado por expresar dificultad para conciliar el sueño y sueño no reparador.
Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">▪ Trastorno de la imagen corporal relacionado con factores cognitivos y perceptivos manifestado por expresión de cambio en el estilo de vida.▪ Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje de estilos de vida saludables.

6.3 Etapas de: Planificación, Ejecución y Evaluación.

DIAGNOSTICO REAL		
Necesidad alterada:	Causa de la dificultad:	Nivel de Atención:
Oxigenación	Por fuerza/voluntad	Ayuda
Diagnóstico de enfermería		
<p>Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno (Hemoglobina =10.4 mg/dl) manifestado y expresión verbal de fatiga.</p> <p>Intolerancia a la actividad (00092)</p> <p>Dominio 4:Actividad/ reposo</p> <p>Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Definición</p> <p>Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</p>		
Objetivo: La Srta. María mejorará la tolerancia a la actividad de acuerdo a su capacidad.		
Planeación de las intervenciones	Fundamentación	Ejecución
Valorar la capacidad de la paciente para desempeñar actividades cotidianas, comprobando si refiere, debilidad, fatiga	Influye en la elección de las intervenciones.	Se le preguntó a la paciente como se siente cuando realiza actividad física.

y dificultad para su realización.		
Valorar la presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria antes y después de una actividad física.	Las manifestaciones cardiopulmonares se producen por el intento del corazón y los pulmones de suministrar una cantidad suficiente de oxígeno a los tejidos.	Se tomaron las constantes vitales con los siguientes resultados: Tensión arterial de 100/60 mm Hg. Frecuencia cardiaca de 74 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria de 19 latidos por minuto.
Evaluar el nivel de tolerancia al ejercicio.	El programa de ejercicio elegido y desarrollado para un paciente depende en gran medida de la tolerancia a la actividad del individuo, o la clase y cantidad de ejercicio o actividad que la persona es capaz de realizar ⁴⁵ . Constituye la base para planificar un programa de actividad y evaluar la respuesta al mismo. La tolerancia de la actividad se consigue progresivamente ajustando la frecuencia, la duración y la intensidad de la actividad hasta que se alcanza el nivel deseado.	Se le solicito a la paciente realizar una caminata de 25 minutos.
Informar a la paciente que interrumpa las actividades si manifiesta palpitations, dolor de tórax, disnea, mareos.	La isquemia celular potencia el riesgo de infarto, que puede causar descompensación e insuficiencia.	Se comentó a la paciente que interrumpa la actividad física si manifiesta palpitations, dolor de tórax, disnea, mareos.

⁴⁵LeMone P. Enfermería medico quirúrgica. Pensamiento Crítico en la asistencia del paciente. 4ª ed. Pearson. Madrid. 2009. p. 639-6 640.

<p>Sugerir ejercicios de bajo impacto.</p>	<p>Los ejercicios de bajo impacto son los que minimizan el estrés que actúa sobre el sistema osteomuscular (comprende huesos y músculos). Son los tipos de ejercicio que no los impactan de manera fuerte, por lo que no repercuten tanto en este sistema. Esto hace que haya menos posibilidades de sufrir lesiones o dolores.</p> <p>Entre los ejercicios de bajo impacto, se encuentran los desarrollados con máquinas para músculos, la natación, el ciclismo o las caminatas. Son actividades especiales para gente de la tercera edad, embarazadas, obesos, para la recuperación de lesiones o para personas que quieren empezar con el ejercicio.</p>	<p>En una charla se le recomendó realizar actividades de bajo impacto como natación, ciclismo o caminatas.</p>
<p>Sugerir la posibilidad de concertar una consulta con un especialista en fisiología del ejercicio.</p>	<p>Un programa de ejercicio individualizado favorece la realización de actividades al alcance de las capacidades físicas del paciente. Para mantener y favorecer la salud es importante tener un estilo de vida activo; También constituye una modalidad de tratamiento esencial para las enfermedades crónicas.</p>	<p>Se le explico a la paciente los beneficios de la actividad física en una charla con apoyo de un Tríptico.</p>
<p>Mencionar que el apoyo familiar y social puede ser motivador.</p>	<p>El apoyo social se puede emplear como instrumento motivador para animar y favorecer la realización de ejercicio y mantenimiento de la condición física. Esta compañía favorece la socialización e incrementa el disfrute para algunos</p>	<p>Se organizó una caminata en la que se involucró a amigos de la paciente.</p>

	clientes. La paciente puede solicitar la participación de un amigo o persona allegada, mediante el cual puedan caminar cada día junto en una hora determinada.	
Sugerir la realización de análisis clínicos Hemoglobina, hematocrito, y recuento de eritrocitos.	Identifica deficiencia de eritrocitos que, que afectan al transporte de oxígeno y las necesidades de tratamiento.	Se le sugirió a la paciente la realización de análisis clínicos periódicos.
<p>Evaluación</p> <p>La Srta. María realiza ejercicios de bajo impacto dos días a la semana durante 20 minutos tomando en cuenta que debe suspender la actividad si manifiesta palpitations, dolor de tórax, disnea, mareos, dice que se siente bien, menos fatigada y que está motivada con el hecho de mejorar su salud. La paciente verbalizó que tiene programados laboratorios.</p>		

DIAGNOSTICO REAL		
Necesidad Alterada: Nutrición	Causa de la dificultad: Falta de fuerza/voluntad	Nivel de Atención: Ayuda
Diagnóstico de Enfermería	Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por expresar no distribuir comidas durante el día y peso corporal superior en un 20% al peso ideal según la talla y constitución corporal. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) Dominio 2: Nutrición Clase 1: ingestión Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.	
Objetivo: La Srita. María identificará los hábitos alimentarios deficientes y el tipo de alimentos que debe elegir de acuerdo a su estado de salud.		
Planeación de las Intervenciones	Fundamentación	Ejecución
Ayudar a la paciente a identificar los factores ambientales que contribuyen a unos malos hábitos alimenticios.	Ayudar al paciente a identificar los factores externos puede aumentar su motivación interna para sobreponerse a ellos.	Se le preguntó a la paciente Qué tipo de alimentos se encuentran en el hogar? En el trabajo? Como ocupa su tiempo de ocio o que actividad física realiza?
Sugerir realizar un diario de alimentos semanal.	Proporcionar la oportunidad al individuo para centrarse e interiorizar un cuadro de la cantidad de comida ingerida y los correspondientes hábitos alimentarios.	Se le preguntó a la paciente que alimentos consume más en la semana de los cuales verbalizo los siguientes: Arroz (4x7) Pasta (2x7) Carne roja (1x7) Verduras (3x7) Cereales (3x7) Huevo(2x7) Pan (4x7)

		<p>Leche (7 x7) Pollo (5 x7) Frutas(3 x7)</p>
<p>Enseñar a la paciente lo esencial sobre una ingesta nutritiva equilibrada, incluyendo medidas de apoyo.</p>	<p>Se puede lograr una pérdida y mantenimiento del peso con una dieta baja en grasas.</p>	<p>Se comentó a la paciente que el modo de preparar los alimentos afecta también al contenido total de calorías y grasas. Se recomendó comer más pollo y pescado, que contiene menos grasa y calorías totales. Limitar las salsas con ensaladas con mucha grasa, sobre todo las que contengan mayonesa. Evitar las comidas rápidas, que contienen un elevado contenido en grasas, y calorías totales. Se recomendó disminuir el consumo de alimentos fritos, Cortes grasosos de carne molida, salchichas, carnes procesadas, productos lácteos con alto contenido de grasas. Comer despacio y masticar bien los alimentos.</p>
<p>Sugerir a la paciente incluir alimentos y seleccionar los que favorecen la formación de eritrocitos.</p>	<p>Los glóbulos rojos suministran oxígeno a todas las células del organismo y el hierro es un mineral imprescindible para el transporte del oxígeno. Por este motivo, cuando existe una anemia suele aparecer cansancio, fatiga, debilidad y palidez entre otros síntomas.</p>	<p>Se le proporciono a la paciente una lista de alimentos ricos en hierro, ácido fólico, y vitamina B 12.</p>

<p>Proporcionar educación nutricional necesaria sobre el tipo de alimentos que debe elegir de acuerdo a su estado de salud, con las características de una dieta correcta: completa equilibrada, inocua, variada, suficiente.</p>	<p>El conocimiento capacita al paciente para tomar las decisiones dietéticas adecuadas.</p>	<p>Se valoró los conocimientos de la paciente y se sugirió la planificar comidas que incluyan: -Alimentos ricos en proteínas como carnes magras: pescado, pollo sin piel. -Frijoles, lentejas, habas, chicharos. -Consumir frutas y verduras frescas. Repartir la alimentación en 5 comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.</p>
<p>Sugerir planificar menús con antelación. Sugerir integrarse a un taller de cocina.</p>	<p>Si elegimos qué comer cuando ya tenemos hambre hay mayor probabilidad de elegir alimentos poco recomendables.</p>	<p>Se charló con la paciente para identificar horarios que le dificultan ingerir alimentos y se le comentó el benefició de planificar menús con el conocimiento del tipo de alimentos que debe consumir.</p>
<p>Establecer metas de adelgazamiento a través de objetivos de actividad/ ejercicios realistas.</p>	<p>Las metas accesibles y razonables, con una pérdida de 450-900 gr semanales, aumentan la probabilidad de éxito⁴⁶.El ejercicio reduce la absorción de calorías, aumenta el aporte de oxígeno, ayuda a conseguir un sueño reparador, actúa como supresor del hambre, es divertido y relajante.</p>	<p>Mediante una charla se le sugirió a la paciente plantearse el objetivo semanal de caminar 25 a 30 minutos al día, entre 3 y 5 días a la semana.</p>

⁴⁶LeMone P. Burke K. Enfermería medico quirúrgica. Pensamiento Crítico en la asistencia del paciente. 4ª ed. Pearson. Madrid. 2009. p. 639-640.

<p>Vigilar peso, presión arterial y los datos de laboratorio, incluyendo la glucemia y la lipidemia.</p>	<p>La valoración continua no sólo es importante para evaluar la seguridad de las estrategias de adelgazamiento, sino también para reforzar los beneficios positivos de la pérdida de peso</p>	<p>Mediante una plática se valoró junto con la paciente la importancia de la vigilancia del control de peso, así como laboratorios.</p>
<p>Sugerir la búsqueda de Asesoramiento nutricional.</p>	<p>Es necesario tener presente que la obesidad, por ser una enfermedad crónica, requiere de terapia durante toda la vida. Por su etiología multifactorial es de difícil manejo, especialmente si sólo se orienta en un único aspecto, el dietético-nutricional. Su tratamiento debe ser integral y corresponde a un equipo de trabajo multiprofesional, en el que la motivación tanto de los pacientes como de los tratantes es un hecho fundamental.</p>	<p>Se le comentó a la paciente los beneficios de buscar asesoramiento por parte de un nutriólogo.</p>
<p>Evaluación La Srita. María identificó que en su hogar existen alimentos ricos en carbohidratos. A partir de esto se dedujo que consume mayor cantidad de alimentos ricos en carbohidratos, pocas frutas y verduras. Verbalizó que ha empezado a tratar de disminuir el consumo alimentos ricos en grasa, ha incluido alimentos ricos en hierro, ácido fólico y vitamina B₁₂ en su alimentación diaria y ha aumentado el consumo de frutas y verduras. Actualmente se encuentra en proceso de modificaciones dietéticas para obtener el control del peso a largo plazo, tomando en cuenta los principios de variedad, equilibrio y moderación. Identificó el papel del ejercicio en el control del peso y comentó que incluirá las medidas para lograr la disminución del peso y mejorar su estado de salud. Verbalizó que acudirá con un nutriólogo.</p>		

DIAGNOSTICO REAL.		
Necesidad alterada: Movilidad y postura.	Causa de la dificultad: Fuerza	Nivel de atención: Ayuda
Diagnóstico de Enfermería	Dolor agudo relacionado con proceso inflamatorio manifestado por expresar de dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha. Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular o potencial descrita en tales términos (International Association for the study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.	
Objetivo.	La Srita. María mencionará disminución de la intensidad del dolor.	
Planeación de las intervenciones	Fundamentación	Ejecución
Valorar las características del dolor. Situación Duración Intensidad Factores que lo empeoran Factores de alivio	La localización del dolor proporciona información sobre la causa del dolor y el tipo de dolor que se experimenta. ⁴⁷	Se le solicito a la paciente señalar la localización de dolor. La paciente verbalizo que dolor se localiza en hipogastrio y fosa iliaca izquierda Tipo cólico. Duración: 1 hora. Factor que lo empeora: estrés. Factor que lo alivia: el reposo.
Valorar la intensidad del dolor empleando una escala de puntuación del dolor del (1 a 10).	Una escala de valoración de dolor proporciona la base para evaluar los cambios en el nivel de dolor y las intervenciones.	Se valoró la intensidad del dolor. La paciente verbalizó la puntuación del dolor en 4.(Dolor moderado)
Sugerir el uso de medidas conservadoras de alivio	El uso de enfoques no farmacológicos adecuados para	Se le enseñaron técnicas a la paciente de relajación, distracción y masajes.

⁴⁷ Medico quirúrgica p. 188

(Relajación, distracción, masaje).	ayudar a controlar el dolor, la aplicación de calor o frío, técnicas de distracción, respiración de relajación, escuchar música y ver la televisión.	
Evaluación La Srita. María verbalizó que el dolor disminuyó con técnicas de distracción, menciona utilizará técnicas de relajación.		

DIAGNOSTICO REAL		
Necesidad alterada: Descanso y sueño	Causa de la dificultad: Falta de Fuerza	Nivel de Atención: Ayuda
Diagnóstico	Insomnio relacionado con factores del entorno manifestado por expresar dificultad para conciliar el sueño y sueño no reparador. Insomnio (00095) Dominio 4: Actividad/ reposo Clase 1: sueño/ reposo Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.	
Objetivo: La Srita. María favorecerá un entorno tranquilo para fomentar el sueño.		
Planeación de las Intervenciones	Fundamentación	Ejecución
Sugerir que evite ruidos fuertes, ofrecer un entorno tranquilo y minimizar interrupciones: cerrar la puerta de la habitación, correr las cortinas.	El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita la proliferación celular y la reparación de los tejidos dañados o envejecidos. Tanto la calidad como la cantidad del sueño se afectan por diversos factores. Varios factores pueden afectar la cantidad y la calidad del sueño de manera adversa. Algunos de los más comunes son la enfermedad, el entorno, la fatiga, las emociones.	Se la comentó evitar ruidos que perturben la calidad y cantidad de sueño, recomendándole mantener cerrada su habitación con las condiciones de iluminación adecuadas.

<p>Sugerir el uso de la terapia de relajación simple.</p>	<p>La terapia de relajación proporciona posibles beneficios para personas que están bajo tratamiento médico, y como tratamientos de relajación en su hogar para reducir el estrés y otros problemas relacionados con el estrés y la ansiedad. Algunos de estos beneficios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción del estrés y la ansiedad ▪ Mayor capacidad para sobrellevar el dolor ▪ Mayor capacidad para hacer frente a eventos estresantes ▪ Mayor capacidad para mantener problemas emocionales bajo control ▪ Mayor sensación de bienestar ▪ Mayor capacidad para concentrarse ▪ Mejora la concentración ▪ Mejora el sueño ▪ Mejora la respiración ▪ Reducción de la tensión muscular ▪ Disminución de la presión arterial ▪ Disminución del pulso cardíaco ▪ Reducción del dolor 	<p>Se explicó los beneficios de la terapia de relajación. Se le facilitó a la paciente un CD con música de relajación.</p>
<p>Evaluación La Srita. María mencionó que evitará ruidos favoreciendo un entorno tranquilo y cómodo. La paciente expresó que el uso de la musicoterapia es favorecedor para conciliar el sueño para ella pero que también le sirve para relajarse.</p>		

Diagnóstico Real		
Necesidad alterada: Aprendizaje	Causa de la dificultad: Por conocimiento	Nivel de Atención: Ayuda
Diagnóstico de enfermería	Trastorno de la imagen corporal relacionado con factores perceptivos manifestado por expresión de cambio en el estilo de vida. Trastorno de imagen corporal (00118) Dominio 6: Autopercepción Clase 3: Imagen corporal Definición: Confusión en la imagen del yo físico.	
Objetivo:	La Srita. María expresará sus sentimientos actuales y mejorará su percepción sobre ella misma.	
Planeación de las intervenciones	Fundamentación	Ejecución
Establecer una eficaz relación enfermera- paciente a través de la escucha activa.	La escucha activa significa escuchar atentamente con todo el ser: mente, cuerpo y espíritu. Incluye escuchar los temas de conversación, reconocer y responder, dar la retroalimentación apropiada y prestar atención a la comunicación, completa de la otra persona, incluyendo el contenido, la intervención y los sentimientos expresados. Los cuidados implican más que una interacción personal que es mucho más que dos personas charlando. En una relación de cuidados la enfermera establece una confianza, abrirá líneas de comunicación y escucharía lo que el paciente tenga que decir. Una buena relación enfermera-paciente es esencial para satisfacer las necesidades clínicas, psicológicas y sociales del usuario. Escuchar implica prestar atención a	Se creó un ambiente idóneo para crear las condiciones favorables para una comunicación efectiva. Se escuchó atentamente a la paciente, de manera respetuosa, se hizo uso de las siguientes técnicas terapéuticas de comunicación: observación, empatía, esperanza, humor, sentimientos, se empleó el tacto.

	<p>cada una de las palabras y al tono de la voz, y entrar en su entorno de referencia. Observando las expresiones y lenguaje corporal del paciente. La enfermera puede encontrar indicios que le ayuden a atender al paciente a explorar las maneras de encontrar más paz, actuar o hacer lo que requiere una situación. El entorno es el ámbito de la relación- emisor receptor. El entorno satisface las necesidades del participante de comodidad, seguridad física y emocional. El ruido, temperaturas extremas, distracciones y falta de privacidad o espacio pueden crear confusión, tensión y malestar. Las intervenciones enfermeras más básicas empleadas en la comunicación son las técnicas de comunicación terapéutica, son respuestas específicas que animan a la expresión de sentimientos e ideas y transmiten la aceptación y el respeto de la enfermera.</p>	
<p>Animar a la paciente a que exprese sus sensaciones, en especial lo que siente, piensa y ve de su propia persona.</p>	<p>La imagen corporal desempeña un papel importante en la comprensión de uno mismo. La forma en que una persona piensa de sí misma está relacionada básicamente con lo que siente acerca de su cuerpo. El cuerpo es una parte muy visible y material de uno mismo y ocupa la parte central de las percepciones de una persona. Una imagen positiva de uno mismo nos da confianza y aumenta la autoestima.⁴⁸ El hecho de expresar los sentimientos y percepciones favorece la conciencia de la</p>	<p>En una plática la paciente externó su sentimiento de culpa, manifiesta que se siente así porque ella reconoce que la obesidad afecta su salud. Expreso que no se siente bien con el tamaño de sus brazos y piernas, ellas dicen que son grandes.</p>

⁴⁸ Rochard H. Fundamentos de enfermería, 3ª ed. México: Mc Graw Hill; 2008. p. 226.

	paciente tiene de sí misma. La confirmación de las percepciones del paciente proporciona confianza. ⁴⁹	
Reforzar aspectos positivos y animar a la paciente a incorporarlos a su nuevo auto concepto.	Identificar las cualidades personales y se puede conseguir que la paciente centre su atención y cualidades positivas que contribuyen al concepto global de uno mismo, y no solamente al cambio de imagen corporal.	Se solicitó a la persona expresar aspectos positivos de su persona.
<p>Evaluación</p> <p>La Srita. María se mostró tranquila, su tono de voz era cálida, relajada. Verbalizó que se siente afortunada al contar con su cuerpo integro, que desea cambiar su estilo de vida por salud y para sentirse mejor con su persona. Expreso pensamientos positivos de su cuerpo como sus ojos, su cabello. Además de ser una persona responsable, honesta y respetuosa.</p>		

⁴⁹Ibíd. p.165-168.

DIAGNÓSTICO PROMOCIÓN A LA SALUD

Diagnóstico de enfermería

Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con interés en el aprendizaje de estilos de vida saludables manifestado por el interés en el aprendizaje.

Disposición para mejorar los conocimientos (00161)

Dominio 5: Percepción/ cognición

Clase 4: Cognición

Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Objetivo: La Srita. María adquirirá nuevos conocimientos como tipo de dieta, medicación, actividad física y signos de alarma.

Planeación de las intervenciones	Fundamentación	Ejecución
Proporcionar información sobre la nutrición en los años de vida adulta, el adecuado plan alimentario de acuerdo a su situación actual de salud así como la incorporación de la actividad física para promover un estilo de vida saludable.	El proceso de enseñanza va estrechamente paralelo al proceso de comunicación. Las enfermeras ocupan una posición clave para educar a los clientes sobre los buenos hábitos de nutrición.	Mediante una charla bidireccional, enfermera-paciente y a través de la escucha activa, se indagó los conocimientos existentes en la paciente, aclarando dudas.

<p>Proporcionar un plan de alta con recomendaciones escritas que incluye tipo de alimentos, medicación, actividad física y signos de alarma.</p>	<p>La enfermera tiene la responsabilidad de ofrecer la información necesaria para tomar decisiones informadas debe presentarse de forma clara, relevante y actual. La enfermera debe prever las necesidades de información del paciente sobre la base de su situación física o su plan de tratamiento. La incorporación del conocimiento de la nutrición en el estilo de vida, sirve para prevenir muchas enfermedades. Los contextos ambulatorio y comunitario pueden ser lugares óptimos para la valoración enfermera de las prácticas y el estado de nutrición.⁵⁰</p>	<p>Se fortalecieron los nuevos conocimientos. Se le proporcionó a la paciente un plan de alta que se analizó con la paciente y se evaluó la necesidad de un cambio de estilo de vida.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La Srita. María verbalizo que ha comprendido la importancia del conocimiento del tipo de plan alimentario que debe seguir apoyado de la actividad física de bajo impacto. Se aclararon dudas. También expresó que modificará su estilo de vida debido a la necesidad que su estado de salud actual demanda para conseguir una salud óptima.</p>		

⁵⁰ Potter A. Fundamentos de Enfermería. Volumen II 5ª ed. Harcourt: España; 2002. p.1380- 1381.

7. PLAN DE ALTA

Dieta

La dieta definida como el conjunto de alimentos y platillos que se consume a diario, para que sea correcta es necesario que cumpla las características siguientes:⁵¹

Adecuada: a las condiciones de la persona como edad, condiciones culturales, sociales, económicas, actividad física, clima, zona geográfica.

Variada: Que incluya diferentes alimentos y formas de preparación de los platillos y que incluya alimentos propios de la estación.

Completa: Que contenga los nutrimentos requeridos, incluyendo los tres grupos de alimentos.

1. Cereales y tubérculos.
2. Verduras y frutas.
3. Leguminosas y alimentos de origen animal.

Suficiente: en cantidad que la persona pueda saciar su apetito y la dieta le proporcione los nutrimentos que cubran sus necesidades.

Equilibrada: que la proporción de los nutrimentos ingeridos favorezca la salud, sin excesos o carencias de algún alimento específico, que sea la indicada para el mejor aprovechamiento los mismos.

Inocua: que no implique riesgos ya sea por la forma de preparación o por la calidad de los alimentos.

Dieta rica en hierro se utiliza en pacientes con deficiencia de hierro, con el fin de prevenir una anemia nutricional o para reforzar el consumo de sulfato ferroso, ácido fólico, vitamina B₁₂ y en el manejo de la anemia.⁵²

Alimentos que contienen hierro, ácido fólico y vitamina B₁₂.

Alimentos ⁵³	Ración
1 a 2 mg de hierro por ración	
Acelga	1 taza
Avena	1 taza
Elote en grano	1 taza
Brócoli	1 taza
Calabacita	1 taza
Centeno	1/ 2 taza
chirimoya	1 pieza

⁵¹ Pérez del gallo A. Manual de dietas Normales y Terapéuticas. Los alimentos en la salud y en la enfermedad. 4ª ed. México: La prensa médica; 1999.p.2

⁵² Ibíd. p. 115

⁵³ Ibíd. p. 115

espinaca	1 taza
Germen de trigo	1 cucharada
Huanzontle	Una taza
Levadura de cerveza	1 cucharada
mojarra	100 gramos
Papa	1 pieza
Pollo	100 gramos
Quelite	1 taza
Semilla de calabaza	2 cucharas
Tortilla	1 pieza
Zanahoria	1 pieza
2 a 3 mg por hierro	
Amaranto	100g
Frijol cocido	½ taza
Huevo	1 pieza
4 a 5 gramos hierro por porción	
Carne de res	90 gramos
Hígado de res	30 gramos
Morongua	30 gramos
Pasitas	½ taza

Contenido de Ácido fólico de algunos alimentos	
200 a 300 mcg por ración	
levadura de cerveza	1 cuchara
espinacas	120 gramos
100 a 150 mcg por ración	
Hígado	90 gramos
Brócoli	80 gramos
Jugo de naranja	180 ml
20 a 50 mcg por ración	
Ejotes	1 taza
Pepinos	1 pequeño
Calabacitas	2/3 taza
Fresas	1 taza
Yogurt	½ taza

Alimentos aconsejados:

- Leche y lácteos: Leche, yogures y otras leches fermentadas, productos desnatados.
- Carnes, pescado, huevos y derivados: Todo tipo de carnes (preferir las magras) y pescados, hígado, huevo.
- Cereales, patatas y legumbres.
- Frutas y verduras: Todas.
- Bebidas
- Grasas: Aceites de oliva y semillas (girasol, maíz), mantequilla o margarina vegetal.
- Otros productos: Cereales o legumbres germinadas (trigo, alfalfa).

Alimentos permitidos (consumo moderado y ocasional):

- Leche y lácteos: Productos lácteos más calóricos (flanes, natillas, arroz con leche).
- Carne y sus derivados: Carnes y derivados cárnicos semigrasos (salchichas y hamburguesas comerciales).
- Bebidas: Bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza, sidra) según costumbre.

Alimentos limitados (consumir de forma esporádica o en pequeñas cantidades):

- Leche y lácteos: Leche condensada, lácteos enriquecidos con nata, quesos grasos.
- Carnes: Las más grasas (embutidos).
- Productos de pastelería y repostería.
- Bebidas: Bebidas alcohólicas.

Recomendaciones dietéticas:

- ✓ Reparta su alimentación en 5 comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.
- ✓ No alterne períodos de ayuno con comidas abundantes.
- ✓ No coma entre comidas.
- ✓ Coma sentado, despacio y mastique muy bien los alimentos. Dé bocados pequeños, con pequeñas cantidades.
- ✓ Moderar el consumo de alimentos irritantes (café y condimentos).

EJEMPLO DE UN MENÚ

Régimen de alimentación Hipoenergética	Cantidad
Desayuno	
Naranja en gajos	1 pieza
<i>Chilaquiles verdes</i>	
Tortilla sin freír	1 pieza
Salsa de tomate verde	½ taza
Cebolla picada una cucharada	1 cucharada
Queso panela	45 gramos
Frijoles de olla	½ taza
Te o café	1 taza
Comida	
Sopa de espinaca	1 taza
Filete de pechuga asada	60 gramos
Ensalada (lechuga, jitomate, cebolla)	Al gusto
Calabacitas con jitomate	100 gramos
Bolillo	Una pieza
Gelatina	½ tazas
Mango	½ pieza
Aceite para cocinar	1 cucharada
Agua fresca sin azúcar	
Cena	
Durazno	2 piezas
Taco de nopalitos	1 pieza
Salsa mexicana al gusto	Al gusto
Leche descremada	1 taza
Refrigerio matutino	
Tunas	2 tunas
Contenido nutrimental aproximado	
Energía	1000kcal
Proteínas (19%)	47 g
Lípidos (20%)	23 g
Hidratos de carbono(61%)	142 g
Fibra	35 g

Fármacos y recomendaciones Terapéuticas Medicamentosas:

Los medicamentos se pueden administrar después de las comidas para reducir los efectos adversos gastrointestinales; las heces fecales suelen colorearse de negro, no tomar con lácteos, café, pan, huevos, cereales integrales ni alcohol disminuyen la absorción.

Seguir al pie de la letra las prescripciones de los medicamentos.

Medicamento	Efecto Terapéutico	Efectos adversos	Sugerencias en su ministración
Complejo B: 1 tableta vía oral cada 24 horas por 30 días Cada tableta contiene 10 mg de Tiamina Mononitrato, 10 mg de Riboflavina, 20 mg de Piridoxina Clorhidrato y 50 mg de Nicotinamida.	La Tiamina es esencial para el metabolismo de los carbohidratos y cumple una importante labor en la conducción de los impulsos nerviosos y en el metabolismo del oxígeno. La Riboflavina es esencial para la obtención de energía desde el metabolismo de los carbohidratos y los lípidos de la dieta. La Piridoxina es necesaria para la división y el crecimiento celular, así como para la obtención de energía desde el metabolismo de los carbohidratos. La Nicotinamida es necesaria para producir NADH, NAD ⁺ , y NADPH y NADP ⁺ , que tienen papeles fundamentales en el metabolismo energético de la célula y en el correcto funcionamiento del ciclo celular.	erupción cutánea, náuseas, cefalea, vómito o anorexia	Consumir después de las comidas.

Medicamento	Efecto Terapéutico	Efectos adversos	Sugerencias en su ministración
Fumarato ferroso 5 mg vía oral cada 24 horas por 30 días.	El hierro es un componente esencial en la formación fisiológica de hemoglobina, de la que son necesarias cantidades adecuadas para la eritropoyesis efectiva y la capacidad resultante de transportar oxígeno de la sangre. Indicado en el tratamiento de anemias ferropénica	Diarrea, estreñimiento, hipersensibilidad, náuseas, tinción de heces.	Ministrar después de las comidas. Evite tomarlo con alimentos que contienen productos lácteos, con café, té o cereales, ni alcohol disminuye la acción.

Medicamento	Efecto Terapéutico	Efectos adversos	Sugerencias en su ministración
Ácido Fólico 1 tableta vía oral cada 24 horas por 30 horas.	El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble del complejo B, que se administra por vía oral y parenteral. indicada en estados carenciales de folatos como anemia megaloblástica	Reacciones de hipersensibilidad, así como efectos gastrointestinales como anorexia, distensión abdominal, flatulencia y náusea.	Se debe de tomar con alimentos para evitar una posible irritación gástrica.

Otras Medidas

Ejercicio

El cambio en el régimen alimentario siempre debe estar acompañado de actividad física, lo que aumentará el gasto energético. El ejercicio físico debe de ser de bajo impacto, de 4 a 5 veces por semana por 30 min.

Signos y síntomas de alarma

Acudir de forma inmediata al servicio de urgencias si la Srita. María presenta:

- Reacciones de hipersensibilidad como enrojecimiento y comezón, posterior al ingerir medicamentos.

8. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería es un método, que tiene aplicación en cualquiera de los niveles de atención de la salud, permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados de calidad para el paciente de forma lógica, ordenada y sistemática de tal forma que proporciona las bases para emitir un juicio clínico.

Para poder lograrlo la enfermera requiere de conocimiento científico de la totalidad de la disciplina enfermera para prestar a las personas una atención holística, pero a la vez deben apoyarse en los conocimientos desarrollados por otras disciplinas.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería. La NANDA permite establecer un lenguaje que facilita la comunicación entre profesionales de enfermería sometidos a un proceso de valoración por parte del Comité de Desarrollo de Diagnóstico de Nanda-1. con estrictos criterios para evaluar la solidez del nivel de evidencia en que se basa.

Por lo cual la aplicación del Proceso de atención de enfermería genera las condiciones de partida para la investigación en enfermería y el consiguiente avance profesional en el reconocimiento de la profesión, parte de un equipo interdisciplinario.

El llevar a la práctica el Proceso de Atención de Enfermería ha sido una experiencia enriquecedora para mi desarrollo profesional, me permitió llevar a cabo cada una de las fases de este, contando con conocimientos de diversos temas para planificar las intervenciones apropiadas, además de entablar una relación más estrecha de comunicación con la paciente con el objetivo educarla, con ello permitir que adquiera un estilo de vida saludable. Por otro lado la elaboración del proceso representó un gran aprendizaje desde la estructura, orden, redacción y el plasmar las ideas de manera clara y precisa, y con ello adquirir nuevos conocimientos al realizar la revisión bibliográfica.

Estoy convencida que nuestro papel como educadores de salud es fundamental para evitar la aparición de enfermedades que se encuentran en auge así como promover y mantener la salud.

Concluyo que las decisiones que tomamos con enfermeras repercute en la vida de las personas nuestro pensamiento debe estar guiado por un razonamiento sólido y preciso encaminado a la identificación clara de los problemas que tratamos.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Ackley B. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. España: Elsevier; 2007.
2. Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería Un enfoque práctico. España: Masson; 1997.
3. Beare G.; Myers J. Enfermería principios y práctica. Tomo 1. Fundamentos en el cuidado del adulto. Madrid: Medica Panamericana; 1993.
4. Brown J. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 3ª ed. México: McGraw Hill; 2010.
5. Cerda Enrique. Una psicología de hoy. España: Editorial Heider; 1965.
6. Colliere M. Promover la vida. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2009.
7. Cutcliffe J., Mckenna H. Modelos de enfermería Aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011.
8. Fernández C. El proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos. España: Ediciones científicas y técnicas; 1993.
9. Herdam, T.H.(2012) (Ed) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier.
10. Hernández C. Fundamentos de Enfermería Teoría y Método. España: Mc Graw Hill Interamericana; 1999.
11. Katz D. Nutrición en la práctica clínica. 2ª ed. USA: Wolters Kluwer; 2008.
12. Kerouac S., Pepin J. El pensamiento enfermero. España: Masson; 1996.
13. Leal Costa César, *Fundamentos de Enfermería Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. 1ª ed. Murcia: Librero editor .2010.*
14. Kozier B. Fundamentos de enfermería Conceptos, procesos y práctica. 7ª ed. España: Mc Graw Hill; 2005.
15. Lutz A. Nutrición y Dietoterapia. 5ª ed. China: McGraw Hill; 2011.
16. Martínez J., Astrasarán I, Madrigal H. Alimentación y salud pública. 2ª ed. España: Mc Graw Hill Interamericana; 2002.
17. Morán V. Proceso de enfermería: Modelos sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes Nanda, CIE Y CRE. 2ª ed. México: Trillas; 2006.
18. Morris C. Psicología un nuevo enfoque. 5ª ed. México: Hall Hispanoamericana; 1987.
19. Pérez del G. Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad. 2ª reimpresión de la 4ª ed. México: La prensa Médica; 1999.
20. Potter A. Fundamentos de Enfermería. Volumen II, 5ª ed. España: Harcourt; 2002.

21. Raile M., Marriner A, Modelos y Teorías de Enfermería. España: Elsevier; 2011.
22. Rodota L. Nutrición Clínica y dietoterapia. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2012.
23. Santrock Introducción a la psicología. 2ª ed. México: McGraw Hill, 2004.
24. Tellez M. Nutrición Clínica. México: El manual Moderno; 2010.
25. Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
26. Wilkinson J. Ahern N. *Manual de Diagnósticos de Enfermería*, México: Pearson Educación; 2008.

Ciberografía:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.(internet); (update 2014 Sep 21; cited 1998 Dic 2009); available from <http://bit.ly/1qlgwny>
2. Dr. Octavio Amancio Chassin. Obesidad (internet) ;available from <http://bit.ly/1C2ryqE>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS).(internet);(update 2014 Sep 22; cited May 2014); available from <http://bit.ly/1hBxlq3>
4. Scielo. Tratamiento farmacológico de la obesidad: presente, pasado y futuro. AVFT V.26 n.1 (internet); (update 2014 Sep 24; cited Jul 2007); available from <http://bit.ly/1mT2Llt>
5. Diaz J. Obesidad: Manejo Nutricional V.26 No 1 (internet);(update 2014 Oct 02; cited 1997); available from <http://bit.ly/1r5m5HI>
6. Unam Facultad de Medicina. Departamento de biología celular y tisular.(internet); (update 2014 Oct 12). available from <http://bit.ly/1tSz4AT>
7. Revista Proceso. (internet);(update 2014 Nov 10; cited Nov 2014) available from: <http://bit.ly/118IVJF>

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aprendizaje: es la adquisición intencionada de nuevos conocimientos, actitudes, conductas y habilidades.

Bioimpedancia: También se la conoce como Impedancia Bioeléctrica, que sirve para hacer el cálculo de grasa corporal sobre la base de las propiedades eléctrica de los tejidos biológicos.

Diagnóstico enfermero real: Describe respuestas humanas o condiciones de salud/ procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad. A veces estos diagnósticos son mencionados con diagnósticos problema.

Diagnóstico enfermero de promoción a la salud: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia y comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud.

Diagnostico enfermero de riesgo: Juicio clínico sobre las experiencias / respuestas humanas a condiciones de salud / procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia, grupo o comunidad vulnerable.

Diagnóstico enfermero: Un diagnóstico es un juicio enfermero clínico sobre las experiencias/ respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales.

Hirsutismo: Biol. Brote anormal de vello recio en lugares de la piel generalmente lampiño, más frecuente en la mujer.

Masa magra: constituida por los órganos internos, los músculos y los huesos.

11. ANEXOS

ANEXO 1. ALTERACIONES EN LA SALUD

Los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto. Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. 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 y los crían, es decir, tiene las principales transiciones.

Aproximadamente el 90% de los jóvenes opinan que su salud es excelente, muy buena o buena. La gente de este grupo de edad informa que tiene mucho menos resfriados e infecciones respiratorias que cuando niños; y que cuando tiene resfriados, generalmente se deshace de ellos fácilmente. Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados. Menos de 1% están limitados en la habilidad de moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro.

Cerca de la mitad de todas las dolencias agudas experimentadas en la vida adulta joven son respiratorias, y otro 20% son heridas. Las dolencias crónicas más frecuentes, especialmente en familias de bajos ingresos, son problemas de la espalda o de la columna, deterioro de la audición, artritis e hipertensión. Las razones más frecuentes para la hospitalización en estos años son alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario.

Dado el estado saludable de la mayoría de los adultos jóvenes, no es de sorprender que los accidentes (principalmente de automóvil) sean la causa principal de muerte en la gente entre los 25 y los 34. La siguiente es cáncer, seguida de enfermedades del corazón, suicidio y homicidio provocado por agresión física o verbal. Entre las edades de 35 y 44, sin embargo, el cáncer y las enfermedades del corazón son los asesinos más grandes.

Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida.

La manera como comen los adultos, cuándo beben, si fuman o no, qué clase de ejercicio hacen, cómo manejan las tensiones, todas estas opciones de las formas de vida pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro.

ANEXO 2. ANEMIA

La anemia es una deficiencia de eritrocitos que se refleja en un nivel disminuido de hemoglobina, descenso de hematocrito y recuento menor de eritrocitos.⁵⁴

Anemia

La anemia es una condición en la cual los eritrocitos contienen niveles menores de hemoglobina.

Etiología y Epidemiología

La causa más frecuente es una pérdida excesiva de este elemento. En los adultos, el origen más común es una hemorragia intestinal o uterina crónica. Las pérdidas de sangre menstrual y las relacionadas con el embarazo son causas comunes de la anemia por deficiencia de hierro en las mujeres adultas jóvenes. Desde el punto de vista fisiológico hay anemia cuando la cantidad de hemoglobina es insuficiente para aportar el oxígeno necesario a los tejidos.⁵⁵

Fisiopatología

Los eritrocitos contienen una sustancia denominada Hemoglobina, que se encarga de transportar el oxígeno desde los pulmones al resto del organismo. Cuando la hemoglobina está en niveles por debajo de lo normal, los tejidos y órganos del cuerpo están menos oxigenados, por lo que un paciente con anemia se siente más cansado o débil de lo habitual.

La deficiencia de hierro causada por pérdida o demanda excesiva lleva a la formación de eritrocitos con niveles bajos de hemoglobina y finalmente disminuye el número real de glóbulos rojos. El cuerpo del adulto promedio contiene alrededor de 4 g. de hierro. Tres gramos se encuentra en la hemoglobina, 0,5 a 1 g. en depósitos de hierro en el hígado y en la medula ósea y el restos de ciertos tejidos y sistemas enzimáticos. La pérdida diaria promedio de hierro es aproximadamente 1 a 1.5 mg que se reemplaza con facilidad si se sigue una dieta normal. Sin embargo la pérdida excesiva de sangre altera este equilibrio y la dieta sola no alcanza para compensar la pérdida.⁵⁶

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de un paciente con anemia dependen en gran medida de la causa que lo motivó, de la intensidad de la misma, del estado previo del paciente, pero sobre todo de la velocidad con la que se instauró. En general los signos y síntomas que aparecen son consecuencia de la falta de oxígeno en los diferentes órganos y de los mecanismos de compensación.

⁵⁴ Brunner L. Enfermería Médico Quirúrgica. 12ª ed. China: Wolkers Kluwer; 2013.p.

⁵⁵ *Ibíd.* p. 835.

⁵⁶ *Ibíd.* p. 835.

Los síntomas de la anemia por deficiencia de hierro son: Fatiga, debilidad, disnea. Los signos incluyen palidez y taquicardia. Las mucosas pueden estar inflamadas (estomatitis) y los labios pueden presentar enrojecimiento y fisuras (queilosis).

Diagnóstico

El diagnóstico de la anemia se basa en los antecedentes médicos y familiares del paciente, el examen médico y los resultados de pruebas y procedimientos.

Hemograma completo

Se realiza una variedad de estudios hematológicos para determinar el tipo y la causa de la anemia en una evaluación inicial la hemoglobina, el hematocrito, el recuento de los reticulocitos y los índices de glóbulos rojos.⁵⁷La hemoglobina es la proteína rica en hierro que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y que transporta el oxígeno por el cuerpo. El hematocrito es una medida del porcentaje de la sangre representado por los glóbulos rojos. Un valor bajo de hemoglobina o de hematocrito es un signo de anemia.

	Valores normales en una mujer ⁵⁸
Hemoglobina	12.0-16.0 g/dl
Hematocrito	37-47 %
Eritrocitos	4.20- 5.4 10 ⁶ / ul

Tratamiento

- El tratamiento de la anemia dependerá de cuál sea la causa que la origina y su gravedad:
- Tomar suplementos de hierro, vitamina B12 o ácido fólico.
- Medicamentos que inhiban el sistema inmunitario.
- Eritropoyetina, para ayudar a la médula ósea a fabricar más células sanguíneas.
- Transfusiones de sangre.

⁵⁷ Ibíd. p. 912.

⁵⁸ Unam. Facultad de Medicina. Departamento de biología celular y tisular. Consultado el 22 de octubre de 2014. Disponible en <http://bit.ly/1tSz4AT>

ANEXO 3. OBESIDAD

El concepto de obesidad ha evolucionado a lo largo de la historia, durante mucho tiempo se consideró como la acumulación excesiva de grasa corporal, mayor o igual al 20 % del peso corporal, de acuerdo a las tablas de estatura/peso. También se definió como: una mayor cantidad de grasa corporal, que se presenta cuando es mayor el aporte energético, en comparación con el utilizado en un periodo de tiempo, ocasionando un aumento del peso corporal o como una condición desfavorable de salud, causada por un balance energético positivo mantenido en el tiempo, que se caracteriza por un incremento excesivo en los depósitos de grasa corporal y de peso corporal. Álvarez Cordero R. Define como el incremento del tejido adiposo corporal, con frecuencia acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución afectan la salud del individuo. La NOM 174-SSA1-1998 especifica “a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.” Otros autores, establecen que es un desorden caracterizado por un incremento en la masa de tejido adiposo, que resulta de un desequilibrio sistémico entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía o como la acumulación de grasa en los depósitos corporales por arriba de los valores óptimos, caracterizada por un resultado positivo de energía ingerida que excede el gasto energético y ocasiona aumento del peso corporal o un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física. Como se observa en las definiciones se pueden identificar tres componentes fundamentales: exceso de grasa corporal, mayor aporte calórico con menor gasto energético y aumento de peso corporal

El sobrepeso se define como el incremento de peso corporal en relación a su talla y se considera una fase previa a la obesidad, donde se pueden implementar medidas dietéticas y de estilo de vida que pueden corregir el exceso de peso. En la NOM 147 se caracteriza como “estado premórbido de la obesidad”

Es una enfermedad crónica caracterizada por un aumento en la masa grasa y por consiguiente un incremento de peso (Moreno 2005)⁵⁹.

Epidemiología

La obesidad es una enfermedad que en los últimos años ha aumentado su prevalencia e incidencia, afecta a los países desarrollados en vías de desarrollo y se presenta en cualquier etapa de la vida.

⁵⁹ Tellez M. Nutrición Clínica. México: El manual Moderno; 2010. p. 308

Datos y cifras

“Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.

En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

En 2008, el 35% de las personas adultas de 20 o más años tenían sobrepeso, y el 11% eran obesas.

El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

En 2012, más de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

La obesidad puede prevenirse.

Datos sobre el sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008:

1400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso.

De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.”⁶⁰

En el mundo hay unos 2 mil millones de personas que sufren de una o más deficiencias de micronutrientes, mil 400 millones más viven con sobrepeso y, de éstas, 500 millones son obesas, según expertos de la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

El primer lugar en obesidad en todo el mundo, de acuerdo con el organismo, es México.⁶¹

⁶⁰Organización Mundial de la Salud (OMS).(internet);(update 2014 Sep 22; cited May 2014); available from <http://bit.ly/1hBxIq3>

⁶¹ Revista Proceso. (internet);(update 2014 Nov 10; cited Nov 2014) available from: <http://bit.ly/118IVJF>

México ocupa el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso y el segundo en adultos, después de Estados Unidos.⁶²

A pesar de las costosas campañas publicitarias y de los diversos programas gubernamentales de carácter preventivo, el Distrito Federal concentra a la población con mayor sobrepeso y obesidad, particularmente en menores.

Según datos de la Secretaría de Salud del GDF, 71.2% de los capitalinos, es decir, siete de cada 10 habitantes, están por encima de su peso ideal.⁶³

Fisiopatología

La obesidad es un riesgo conocido para la salud. Se define como una enfermedad crónica de origen multifactorial, caracterizada por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Otras enfermedades con relación clara con la obesidad son la enfermedad arterial coronaria y ciertos tipos de cáncer, incluyendo el de colon, recto y próstata en los hombres y cáncer de vesícula biliar, en las vías biliares, de mama (posmenopáusico), de útero y ovarios en las mujeres. Más aun la obesidad puede causar un distrés psicológico. Ha sido también implicada en enfermedades pulmonares (disnea, hipoventilación alveolar y apnea del sueño), enfermedades degenerativas de las articulaciones, gota y enfermedades endocrinas, como irregularidades menstruales e hirsutismo en las mujeres obesas e infertilidad en los hombres⁶⁴.

El riesgo que la obesidad impone parece estar influido por tres factores principales: el grado de obesidad, la edad, y distribución de la grasa.

Factores que condicionan la obesidad

Existen factores relevantes para considerar, entre ellos, mecanización de las actividades, sedentarismo, mayor dependencia de alimentos procesados, comidas listas para consumir, consumo de alcohol, déficit de horas de sueño, uso de fármacos que ocasionan aumento de peso.

Principales complicaciones asociadas a la obesidad

Son innumerables las complicaciones asociadas a la obesidad, es importante conocerlas para poder tratar.

⁶² Revista Proceso. (internet); (update 2014 Nov 10; cited Feb 2014) available from: <http://bit.ly/118IVJF>

⁶³ Revista Proceso. (internet); (update 2014 Nov 10; cited Feb 2014) available from: <http://bit.ly/118IVJF>

⁶⁴ Beare G.; Myers J. Enfermería principios y práctica. Tomo 1.Fundamentos en el cuidado del adulto. Madrid: Medica Panamericana; 1993.p.326

Endocrino metabólicas
Cardiovasculares
Digestivas
Respiratorias
Reumáticas/ articulares
Cáncer
Genitourinarias
Cutáneas
Diabetes mellitus
Hipertensión arterial

El control de peso corporal también está condicionado por la actividad metabólica y por la dinámica de reservas grasas del organismo. Así, el adipocito desempeña un papel endocrino que autorregula su capacidad de almacenamiento y que interviene en el control hipotalámico de la ingesta y en los mecanismos de utilización y almacenamiento de las reservas.

Tejido adiposo

Es un órgano esencial, complejo, metabólicamente muy activo y con funciones endocrinas. Es la principal reserva energética del organismo (85%).

Cuando el balance calórico es positivo, producido por el mayor ingreso alimentario o la disminución de la actividad física, predomina la lipogénesis(mediada por la lipoproteinlipasa (LPL), que está estimulada por la insulina con la formación de triglicéridos dentro de la célula grasa.

En el balance calórico negativo (ayuno, ejercicio físico) predomina la lipólisis.

Adipogénesis

Es el proceso por el cual una célula precursora se diferencia en un adipocito.

Cuando el peso corporal se mantiene estable, la tasa de proliferación es más alta durante el primer año de vida y en la pubertad, se enlentece en la adolescencia y permanece constante en la vida adulta.

Si bien en la adipogénesis ocurre durante toda la vida, se observan diferencias según el momento biológico:

Infancia y adolescencia: hiperplasia e hipertrofia

Adulthood: solo hipertrofia.

Gasto energético total

Es un componente del balance calórico, conformado por el gasto metabólico en reposo, la termogénesis y la actividad.

Gasto metabólico en reposo (mantenimiento): varía en relación con el peso, la masa magra y, en menor grado, la masa magra (MG), la edad y el sexo.

Esta determinado genéticamente. En las mujeres disminuye por la menor masa magra Declina con la edad en parte por la disminución de la masa magra.

Un gasto metabólico de reposo se asocia con una mayor ganancia de peso.

Balance energético

El control del balance energético se basa en un sistema de retroalimentación. El objetivo es mantener los depósitos energéticos estables.

Para ello señales de tipo hormonal derivadas del tejido adiposo (leptina) o de tubo digestivo (colecistocinina, grelina), así como de tipo neural (mediadas por el nervio vago) , aportarían información a partir de la cual se produciría la finalización de la comida en curso (saciedad) o el control de la ingesta de alimentos a largo plazo.⁶⁵

En el hipotálamo dos tipos de neuronas serían fundamentales en la integración de esta información. Por una parte, las neuronas que expresan el neuropéptido Y (NPY) y el péptido relacionado con la proteína agouti (AhRP) y las que expresan la proopiomelanocortina (POMC).

En situaciones de balance energético negativo la caída en la concentración plasmática de leptina lleva a la activación de NPY/AgRP y la inhibición de POMC; la activación de sustancias oxigenas llevan a una respuesta compleja que incluye aspectos hormonales, de conducta y del sistema nervioso simpático, que deriva en el aumento de ingesta y la disminución del gasto energético.

En un balance energético positivo el aumento en la concentración plasmática de leptina conduce a la activación de POMC y a la inhibición de NPY/AgRP. Esto produce una respuesta integradora, con disminución de la ingesta y aumento del gasto energético.

La sobrealimentación y la baja actividad física producen acumulación de un exceso de grasa corporal. Existen diferencias individuales en el procesamiento energético y en la tendencia hacia el almacenamiento de calorías, así como diferencias poblacionales (etnia, hábitos dietéticos, aumento de la esperanza de vida).

⁶⁵ Pérez del G. Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad. 2ª reimpresión de la 4ª ed. México: La prensa Médica; 1999. p. 102

Valoración Nutricional

Para el diagnóstico de la obesidad, es importante determinar la grasa corporal y su distribución.

A continuación se detallan los parámetros que se pueden evaluar:

- IMC
- Circunferencia de la cintura
- Pliegues cutáneos
- Ecografía
- Densitometría
- Absorciometría dual de rayos X
- Tomografía computarizada
- Resonancia Magnética
- Bioimpedancia
- Isótopo de potasio

En el año 2000 el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) y la North American Association for the Study of Obesity (NAASO) diseñaron una guía práctica para la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en el adulto. Las intervenciones recomendadas se basan fundamentalmente en el índice de masa corporal, la medida de la circunferencia de cintura y la evaluación de los factores del riesgo del paciente.

Mediciones Antropométricas

- Determinación del índice de masa corporal.
- Medición de la circunferencia de cintura.

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Circunferencia de cintura como medida de la grasa abdominal

La circunferencia de cintura es una herramienta práctica para evaluar la grasa abdominal, antes y durante el tratamiento para bajar de peso.

La OMS establece el punto medio entre el reborde costal inferior y la cresta ilíaca. Entre las personas con grados de obesidad inferior y la cresta iliaca. En las personas con grados de obesidad 2,3 y 4 puede resultar una medida difícil de tomar.

Distribución de grasa⁶⁶

Obesidad Androide

La obesidad Androide o central localiza la grasa en el tronco. El tejido adiposo se suele acumular en la mitad superior del cuerpo, sobre todo en la región abdominal. Este tipo de obesidad es más frecuente en hombres, aunque también se presenta en mujeres y sus complicaciones implican un mayor riesgo vascular y alteraciones metabólicas.

Obesidad Ginoide

La obesidad ginoide también llama obesidad ginecoide, gluteofemoral, periférica o tipo pera. Este tipo de obesidad se caracteriza por la acumulación de grasa en caderas y muslos y es más frecuente en mujeres. Las mujeres son mucho más propensas a padecerla que los hombres, y es frecuente que presenten las chaparreras.

Un valor elevado de la circunferencia de cintura se asocia con un incremento en el riesgo de diabetes tipo 2, dislipidemias, hipertensión y enfermedad cardiovascular en pacientes con un IMC entre 25 y 34.9

En 2005, la International Diabetes Federation (IDF) estableció un valor >94 cm en los hombres cm en los hombres y >80 cm en las mujeres (riesgo metabólico).

⁶⁶Tellez M. Nutrición Clínica. México: El manual Moderno; 2010.p. 309

En las personas obesas con un IMC de 35 o mayor, los puntos de corte (>88 cm en la mujer y > 102 cm en el hombre) suelen ser estar excedidos y pierden su valor predictivo.

En los pacientes obesos con complicaciones metabólicas, los cambios en la circunferencia de cintura son predictores de modificaciones en los factores de riesgo cardiovascular.

Factores que se asocian al sobrepeso y la obesidad

Es importante identificar los factores que ayudan a desencadenar la obesidad. Cada individuo tiene una historia familiar, social, cultural y psicológica, así como factores genéticos propios.

Historia familiar

Aunque los genes pueden aumentar notablemente la obesidad, no se han descubierto genes dominantes cuya presencia sea necesaria y suficiente para causarla.

Historia de peso

Es importante conocer en qué etapa de la vida comenzaron los problemas de sobrepeso y entender, los patrones que condujeron a su aumento, relacionándolos con:

Eventos de la vida, grandes oscilaciones de peso en periodos cortos, tratamientos anteriores, sus efectos y el tiempo en que se mantuvieron los resultados.

Alimentación

Para evaluar los hábitos alimentarios del paciente:

- Recordatorio de 24 horas: Aporta detalles sobre el lugar y el tiempo en que se realiza las comidas, la selección de los alimentos y las porciones, las bebidas consumidas, y los disparadores emocionales y ambientales.
- Cuestionario de frecuencia de consumo: es un método rápido para conocer la calidad de la dieta y la selección de los alimentos, pero no aporta información sobre hábitos específicos o disparadores emocionales.
- Recordatorio de 3 a 7 días: se puede estimar un promedio de ingesta calórica diaria, ayuda a detectar hábitos alimentarios, incluidos fines de semana, tiempo y lugar donde se realizan las comidas, descripción de la cantidad de alimentos y bebidas. La ventaja de este método es que el paciente concientiza sobre su ingesta.

Actividad Física

Evaluar los patrones del ejercicio, identifica las potenciales barreras que impiden su práctica, ya sea por falta de tiempo por causas físicas o personales que interfieren para implementar posibles soluciones.

Medicación

Es esencial conocer la historia de la medicación para descubrir posibles fármacos que inducen el aumento de peso o que interfieren en su pérdida.

Motivación personal

Se intentará conocer la motivación del paciente, conoceremos si es por motivación propia, por presiones familiares o si es un problema de salud.

Una vez que se realiza la evaluación de la persona, se identificará si requiere tratamiento y cuál es el más indicado.

Se acuerda con el paciente los objetivos y las estrategias del. Tratamiento para reducir el peso y para controlar los factores de riesgo.

El tratamiento básico consta de:

- Cambios en el estilo de vida.
- Plan alimenticio hipocalórico.
- Actividad física modificación de la conducta.

Se evaluará la utilización de farmacoterapia o en casos especiales gravedad y en individuos seleccionados, la indicación de cirugía para el tratamiento de la obesidad.

Criterios de intervención terapéutica en función del índice de masa corporal		
18.5-22	No justificada	Consejos sobre alimentación saludable y actividad física.
22-24.9	No justificada, salvo en caso de aumento superior a 5 kg/ año	Reforzar consejos sobre alimentación saludable. Fomentar la actividad física.
25-26.4	No justificada si el peso es estable, la distribución de la grasa es periférica y no hay enfermedades asociadas.	Consejos dietéticos Fomentar la actividad física Controles periódicos
27-29-9	Objetivo:	Alimentación hipocalórica

	Pérdida del 5 a 10% del peso corporal.	Fomentar la actividad física Cambios estilo de vida Controles periódicos Evaluar asociación de fármacos si nos hay resultados tras 6 meses.
30-34.9	Objetivo: Pérdida del 10% del peso corporal	Alimentación hipocalórica Fomentar la actividad física Cambios en el estilo de vida Controles periódicos Evaluar la asociación de fármacos si no hay resultados tras 6 meses.
35-39.9	Objetivo: Pérdida > 10% del peso corporal Control y seguimiento en una unidad de obesidad	Actuación terapéutica inicial similar al grupo anterior Si no hay resultados tras 6 meses: Evaluar DMBC (dieta de muy bajas calorías) O cirugía bariátrica si hay comorbilidades graves.
>_40	Objetivo: Pérdida >- 20% del peso corporal Control y seguimiento en una unidad de obesidad	Actuación terapéutica inicial similar al grupo anterior.

Tratamiento Nutricional de la Obesidad

Los objetivos del tratamiento de la obesidad son los siguientes⁶⁷:

1. Pérdida de peso:

Se busca una pérdida de peso de 5 a 10% del peso corporal. Este objetivo es posible para la mayoría de las personas con sobrepeso posible.

2. Identificar y examinar con el paciente una pérdida de peso posible., según las evidencias científicas hasta el 30% es una meta posible.

⁶⁷Pérez del G. Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad. 2ª reimpresión de la 4ª ed. México: La prensa Médica; 1999. P. 106.

3. Una pérdida de peso de más del 5% del peso inicial reduce los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, como dislipidemia, hipertensión y diabetes.
4. Una pérdida de 5 a 7% del peso corporal inicial y su mantenimiento es un buen resultado y su mantenimiento es un buen resultado, incluso si el sujeto no llega al peso deseable.

Un IMC entre 20 y 25 kg/m² permite ubicar al sujeto en una categoría de bajo riesgo. Por lo tanto, las metas del tratamiento son:

- Bajar de peso
- Mantener un peso bajo a largo plazo.

En la actualidad el tratamiento dietético de la obesidad dejó de ser una dieta rígida y monótona que no se podía mantener en el tiempo, para convertirse en un tratamiento de mediano y largo plazo, bajo en calorías, en grasas y en azúcares refinados; rico en fibra y proteínas.

Guía de tratamiento

La guía de tratamiento del NHLBI- NAASO indica cuales son las intervenciones recomendadas en el Índice de Masa Corporal y factores de riesgo.

En muchos de los casos las intervenciones convencionales para baja de peso fracasan debido a que las personas obesas encuentran más fácil disminuir la ingesta dietética que aumentar la actividad física para inducir un balance energético negativo.

Plan alimentario

La ingesta excesiva de calorías de cualquier fuente, asociada a un estilo de vida sedentario, provoca aumento de peso y obesidad. El objetivo de la terapia dietética, es reducir la ingesta calórica de los alimentos.

Los planes alimentarios para la reducción de peso se categorizan según la ingesta calórica.⁶⁸

Influencias de diferentes dietas sobre la pérdida de peso			
Tipo de dieta	semanas	Pérdida de peso (kg)	Disminución (cm)
Bajas en calorías (800-1200 kcal)	14	7-13	10
Muy bajas en calorías (400-800 kcal)	2	4-5	-

⁶⁸ Rodota L. Nutrición Clínica y dietoterapia. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2012.p. 109

Altas en proteínas (30%)	12	7- 9.5	8-9
Baja en grasas(20%)	24	5-6.5	6.7
Fuente: Radulian et al. Metabolic effects of low glycemc index diets. Review. Nutr J 2009.			

Dieta modificada en el contenido de energía

La alimentación modificada en la cantidad de energía se utiliza para producir un balance energético un balance energético negativo y en consecuencia una disminución de peso.

En adultos se emplea en adultos obesos que tiene un exceso de grasa corporal cuyo peso es un 20% o más que el peso teórico o con un índice de Quetelet mayor de 27, en diabéticos que necesitan mantenerse en el límite inferior del peso saludable para la talla y la complexión.⁶⁹

Una dieta para perder peso debe ser reducida en kilocalorías totales, pero adecuada en todos los nutrientes, y proporcionar cuando menos:

- 45% de kilocalorías provenientes de carbohidratos.
- 20% de kilocalorías provenientes de grasa.
- 10% de kilocalorías de proteína o 0.8 g/ kg, el que sea más alto.
- El 25% restante de kilocalorías depende de la negociación con el paciente.
- 25 a 35% g de fibra.
- Todas las vitaminas, minerales y fibras esenciales.

Son dietas que proveen más de 800 kcal/ día, pero menos de las que cubren las necesidades energéticas diarias: oscilan en general entre 1000 y 1200kcal/día. Tienen la desventaja que a largo plazo los pacientes pueden presentar deficiencias de vitaminas y minerales, en especial niacina, tiamina, hierro y calcio. Su ventaja es la inducción de pérdidas rápidas de peso inicialmente, lo que resulta motivador para el paciente⁷⁰.

Alimentos restringidos: bebidas alcohólicas, alimentos de elevado contenido en azúcar y/o grasas.

La dieta hipoenergética debe ir acompañada de aumento de la actividad física, con valoración individual.

⁶⁹Pérez del G. Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad. 2ª reimpresión de la 4ª ed. México: La prensa Médica; 1999. p. 99

⁷⁰Rodota L. Nutrición Clínica y dietoterapia. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2012.p.109.

A continuación se menciona un ejemplo de régimen alimentario:

Régimen de alimentación hipoenérgica	Cantidad
Desayuno	
Naranja en gajos	1 pieza
<i>Chilaquiles verdes</i>	
Tortilla sin freír	1 pieza
Salsa de tomate verde	½ taza
Cebolla picada una cucharada	1 cucharada
Queso panela	45 gramos
Frijoles de olla	½ taza
Te o café	1 taza
Comida	
Sopa de espinaca	1 taza
Filete de pechuga asada	60 gramos
Ensalada (lechuga, jitomate, cebolla)	Al gusto
Calabacitas con jitomate	100 gramos
Bolillo	Una pieza
Gelatina	½ tazas
Mango	½ pieza
Aceite para cocinar	1 cucharada
Agua fresca sin azúcar	
Cena	
Durazno	2 piezas
Taco de nopalitos	1 pieza
Salsa mexicana al gusto	Al gusto
Leche descremada	1 taza
Refrigerio matutino	
Tunas	2 tunas
Contenido nutrimental aproximado	
Energía	1000kcal
Proteínas (19%)	47 g
Lípidos (20%)	23 g
Hidratos de carbono(61%)	142 g
Fibra	35 g

El cambio en el régimen alimentario siempre debe estar acompañado de actividad física, lo que aumentará el gasto energético. El ejercicio físico debe ser moderado y de 4 a 5 veces por semana por 30 min, esto ayuda a mejorar la composición corporal del paciente, disminuyendo el porcentaje de grasa, todo esto es benéfico para el paciente (Casanueva, 2008).

Modificación de la conducta

Un punto inicial es no hacer referencia a “dieta“, una palabra poco conveniente que da la pauta de durabilidad y restricción. Se trabajará sobre la modificación de conductas y la incorporación permanente de una nueva manera de comer.

El tratamiento de la obesidad busca la modificación de las conductas alimentarias, lograr la adhesión del paciente, su persistencia y el mantenimiento en el tiempo.

Es fundamental pautar objetivos acordes con el paciente. Para poder lograrlo es necesario la motivación y la disposición al cambio personal. Un aspecto muy importante es lograr una relación profesional desculpabilizadora y no autoritaria. No se debe juzgar al paciente sino tratarlo y darle lineamientos firmes. Se persigue que el tratamiento sea juzgado más por sus efectos sobre la salud y el bienestar del paciente que por sus resultados en la pérdida del peso.

Ejercicio

El ejercicio físico y la actividad son importantes componentes de la pérdida de peso, especialmente en el mantenimiento a largo plazo. La disminución de la grasa abdominal implica a efectos beneficiosos sobre la salud cardiovascular:

Beneficios de la actividad:

- Facilita la pérdida de peso.
- Reduce la pérdida de masa libre.
- El ejercicio localizado mantiene el incremento de la masa muscular y evita la disminución del metabolismo
- Mejora el perfil lipídico
- Mejora el control glucémico y la sensibilidad a la insulina y puede prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2.
- Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En el año 2000 el American College of Sports Medicine (ACSM) publicó recomendaciones en la que indicaba un mínimo de 150 minutos por semana de intensidad moderada de actividad física para los adultos con sobrepeso y obesidad para mejorar la salud. Sin embargo, 200 a 300 minutos fue la recomendación para lograr la pérdida de peso a largo plazo.

ACTIVIDAD FÍSICA		
ACTIVIDAD FÍSICA	Tiempo (minutos por semana)	Resultados esperados
INTENSIDAD MODERADA	150-250	Prevención del aumento de peso Pérdida de peso moderada
INTENSIDAD MODERADA	>250	Pérdida de peso clínicamente significativa
INTENSIDAD MODERADA MODERADA RESTRICCIÓN CALÓRICA	+ 150-250	Mejor logro en el descenso de peso.

FUENTE: Donnelly, et al. appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults medicine science in sports: February 2009.

Ejercicio y pérdida de peso a corto plazo

La actividad física, aun en ausencia de restricción calórica, produce mínima pérdida de peso. La realización de actividad física moderada (150 a 250 minutos por semana) puede ocasionar una pérdida aproximada de 2 a 3 kg durante 16 a 52 semanas de tratamiento.

Ejercicio y control

La actividad física a largo plazo es crucial para mantener la pérdida de peso. Después de un año puede mantenerse el peso con un gasto aproximado de 2500 kcal/ semana, lo que equivale a caminar 1 hora por día los 7 días a la semana.

Farmacoterapia

Según el consenso de la OMS se justifica el uso de fármacos cuando fracasa el tratamiento con plan alimentario, ejercicio y manejo conductual en los pacientes con IMC > 30 kg/ m² >27 kg/ m² y comorbilidades de relevancia médica, como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia.

La United States Food and Drug Administration (FDA) conjuntamente con el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) sugieren que la instauración de drogas debe limitarse a individuos con IMC mayor o igual a 30 Kg/m² en ausencia de entidades patológicas asociadas. Por otra parte, si el sobrepeso se acompaña

de co-morbilidades, las drogas pueden emplearse en pacientes con IMC de 27 Kg/m² o más.⁷¹

Tratamiento	Indicaciones
Dieta	Todos los pacientes
Incremento de la Actividad Física	Todos los pacientes
Dieta Muy Baja en Calorías	>25 Kg./m ² IMC <25 Kg./m ² con justificación
Farmacoterapia	IMC >30 Kg./m ² IMC >27 Kg./m ² acompañado de una complicación
Cirugía	IMC>40 Kg./m ² IMC>35 Kg./m ² acompañado de una complicación

En un consenso de la OMS establece que el fármaco ideal para uso en la obesidad es aquel:

- Que presente reducción demostrada de peso y enfermedades asociadas.
- Con efectos colaterales tolerables y Transitorios.
- Sin reacciones adversas mayores después de años de uso.
- Con eficacia mantenida a largo plazo.
- Con mecanismo de acción conocidos.
- Sin propiedades adictivas.

Existen diversos fármacos para tratar la obesidad, que se distinguen entre sí por su mecanismo de acción.

Fármacos en el tratamiento de la obesidad	Nivel de acción	Tipo de fármaco
Anorexígenos	Centro del apetito	Dopaminérgicos, noradrenérgicos (mizandol) (sibutramina)
	Centro de la saciedad	Serotinérgicos (fenfluramina, sibutramina y fluxetina)
Termogénicos	simpaticomiméticos	Efedrina+ cafeína
	Compuestos Tiroideos	T3 y T4
Inhibidores enzimáticos	Lipasa	Orlistat
	Absorción de grasas	

⁷¹Scielo. Tratamiento farmacológico de la obesidad: presente, pasado y futuro. AVFT v.26 n.1 (internet); (update 2014 Sep 24; cited Jul 2007); available from <http://bit.ly/1mT2Llt>

--	--	--

Los medicamentos nunca deben utilizarse sin modificar el estilo de vida. El tratamiento farmacológico de la obesidad debe recibir vigilancia continua para estimar la eficacia y seguridad, y suspenderlo si el paciente no pierde peso.

Cirugía

La cirugía bariátrica es una opción para pacientes seleccionados que presentan una obesidad clínicamente extrema o grave (IMC > o igual a 40 o IMC > o igual a 35 con padecimientos comorbidos), cuando los métodos invasivos de pérdida de peso han fallado y el paciente está en alto riesgo de morbilidad asociadas con la obesidad.

ANEXO 4 .ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL DOLOR DEL 0 AL 10

Se le pide al paciente que situé su nivel del dolor actual en una escala que va del 0 al 10.La puntuación consiste en registrar el numero identificado por el paciente.

Basado en una escala de 10 puntos, un grado que oscila entre el 0 y el 2 es considerado con un nivel bajo de dolor; uno que lo haga entre 3 y 5, un nivel moderado de dolor, uno que lo haga entre 6 y 10, un nivel elevado de dolor.

ANEXO 5. ESTILO DE VIDA

El estilo de vida alude a la forma de vivir general de la persona, incluyendo las condiciones de vida y aquellos patrones de conducta individual influidos por factores socioculturales y por características personales.⁷²

Se considera el conjunto de conductas y actividades sobre las cuales las personas tienen control. Las opciones de estilo de vida pueden tener consecuencias positivas o negativas sobre la salud.

Estilo de vida saludable

Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.⁷³

Algunos ejemplos de acciones de estilo de vida saludables son:⁷⁴

- Ejercicio regular.
- Control del peso.
- Evitar grasas saturadas.

⁷² Kozier B. Fundamentos de enfermería Conceptos, procesos y práctica. 7ª ed. España: Mc Graw Hill; 2005 p. 194

⁷³ Bibeau G. D., Pedersen D. y Fuentes C. (1985) Documentos de referencia para el grupo de trabajo. Estilos de vida y sistemas de trabajo. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.

⁷⁴ Kozier B. Fundamentos de enfermería Conceptos, procesos y práctica. 7ª ed. España: Mc Graw Hill; 2005 p. 194

- Evitar alcohol y tabaco.
- Uso de cinturones de seguridad.
- Actualización de las vacunas.
- Revisiones de mantenimiento de la salud para exploraciones o pruebas de detección sistemática.

ANEXO 6. LISTA DE EQUIVALENTES ALIMENTICIOS ⁷⁵

Leche libre de grasas y muy baja en grasas contiene 90 calorías por porción.	
Leche, libre de grasa	1 taza
Yogur natural sin grasa o bajo en grasas	$\frac{3}{4}$ de taza
Yogur artificialmente	Edulcolorado

Proteína muy magra tiene 35 calorías y 1 gramo de grasa por porción	Una porción equivale
Pechuga de pavo o de pollo, sin piel	28.35 g (1oz)
Filete de pescado	28.25 g
Atún enlatado en agua	28.35 g
Mariscos (almejas, camarones)	28.35 g
Queso Cottage, sin grasa o bajo en grasa	$\frac{3}{4}$ de taza
Claros de huevo	2
Queso libre de grasas	28.35 g
Frijoles negros, rojos, garbanzos, lenteja	$\frac{1}{2}$ taza

⁷⁵ Escott Stump. Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento. 6ª ed. China: Wolters Kluwer: 2008.

Fruta contiene 15 g de carbohidratos y 60 calorías	Una porción
Manzana plátano, naranja,	1 pequeña
Durazno fresco	1 mediano
kiwi	1
Toronja	½
Mango	½
Moras frescas (fresas, frambuesas)	1 taza
Cubos de melón fresco	1 taza
Jugo no endulzado	118 ml (4 oz)

Las elecciones de proteína magra contiene 55 calorías y de 2 a 3 gramos de grasa por porción	
Pollo: carne oscura, sin piel	28.35 g
Pavo: carne oscura, sin piel	28.35 g
Salmón	28.35 g
Carne magra de res(falda, pulpa,lomo,costilla)	28.35 g*
Ternera, costillar o chuleta magra	28.35 g*
Cerdo, lomo o jamón fresco	28.35 g*
Carnes frías bajas en grasa	28.35 g*
sardinas	2 medianas

*Limítese a una o dos veces por semana.

ANEXO 7. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL
ADOLESCENTE Y EL ADULTO

ACADEMIA: ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE,
DEL ADULTO Y DEL ANCIANO I
Febrero-2012

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____
Sexo _____
Fecha de nacimiento _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
Estado civil _____ Lugar de residencia _____

1. Necesidad de Oxigenación:

¿Padece de algún problema relacionado con la respiración? _____

¿Cuál? _____

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? _____

¿Usted fuma? _____ ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? _____ ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? _____

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? _____

_____ ¿En qué forma? _____

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? _____

Fármacos _____
específicos _____

Otros _____

Exploración Física Pulmonar
(inspección, auscultación, palpación, percusión)

Exploración Física Cardiovascular
(inspección, auscultación, palpación, percusión)

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

¿Qué alimentos consume regularmente? _____
¿Cuántas veces se alimenta al día? _____ ¿Qué alimentos prefiere? _____
_____ ¿Qué alimentos le desagradan? _____
_____ ¿Tiene problemas para masticar o
deglutir? _____ ¿Cuáles? _____

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de
alimentos? _____ ¿Cuáles? _____

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? _____ ¿Cuáles? ¿Cómo
influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? _____

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? _____ ¿De qué
manera? _____

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? _____

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? _____

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? _____ ¿Cuáles? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física Gastrointestinal
(inspección, auscultación, palpación, percusión)

Peso _____ Talla _____ Índice de masa corporal _____

3. Necesidad de Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Qué características tienen sus heces?

¿Cuántas veces micciona al día? _____ ¿Qué características tiene su orina? _____

¿Qué características tiene su menstruación? _____

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? _____ ¿Cuáles? _____

_____ ¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación o la micción? _____ ¿Cuál? _____

_____ ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal y urinaria? _____ ¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física en la Eliminación
(inspección, auscultación, palpación, percusión)

Nota: para valorar las necesidades de nutrición e hidratación y de eliminación, la exploración se hará en un solo momento.

4. Necesidad de Movilidad y Postura:

¿Cómo es su actividad física cotidiana? _____ ¿Realiza ejercicio? _____

¿Qué tipo de ejercicio? _____

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? _____

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? _____

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? _____

¿Cuál? _____ ¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura?

¿De qué tipo? _____

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? _____

¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? _____

Fármacos específicos _____

Otros _____

Exploración Física
(Inspección, palpación)

5. Necesidad de Descanso y Sueño:

¿Cuánto tiempo destina para descansar? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

¿Se duerme fácilmente? _____ ¿Cree tener alteraciones del sueño? _____ ¿A qué considera

que se deban estas alteraciones? _____

¿Ronca ruidosamente?_____ ¿Usted cree que el roncar es un problema de salud? _____

¿Qué ha hecho para solucionarlo?_____

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño?_____

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño?_____

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño?_____

Fármacos o sustancias específicas_____

_____ Otros _____

Exploración física
(Inspección * fascias, expresión corporal, escala del dolor)

6. Necesidad de usar Prendas de Vestir adecuadas:

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse?_____ ¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente?_____ ¿Por qué? _____

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? _____

¿Cómo influye el clima en la selección de su prendas de vestir? _____

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? _____

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? _____

Exploración física
(Inspección)

7. Necesidad de Termorregulación:

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? _____

¿Regularmente qué temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja? _____

_____ ¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna?

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? _____

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? _____

¿Cuál? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física
(Inspección, palpación) *tomar temperatura corporal

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

¿Con qué frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? _____

¿A qué hora del día prefiere bañarse? _____

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____ ¿Cómo se lava los dientes?

¿En qué casos se lava sus manos? _____
¿Con qué frecuencia se realiza el corte de uñas? _____ ¿Cómo lo hace? _____

¿Qué aspectos de la higiene considera más importante? _____
¿Qué significa para usted la higiene? _____
Fármacos o sustancias _____
Otros _____

Exploración Física
(Inspección, palpación)

9. Necesidad de Evitar Peligros:

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? _____ ¿Qué vacunas no se le han aplicado? _____

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? _____

¿Con qué frecuencia se realiza autoexploración física? _____
¿Tiene vida sexual activa? _____ ¿Qué preferencia sexual tiene? _____
¿Utiliza algún método de protección? _____
¿Cuál? _____
¿Ha padecido algún tipo de enfermedad de transmisión sexual? _____
¿Cuál? _____
¿Toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Desde cuándo y con qué frecuencia? _____

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? _____

¿Consumes drogas? _____ ¿De qué tipo? _____ ¿Desde cuándo y con qué frecuencia consume drogas? _____

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? _____

¿Ha tomado fármacos o “remedios” sin prescripción médica? _____ ¿Qué fármacos o “remedios” ha tomado sin prescripción médica? _____

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? _____

¿Cuál? _____

¿En el lugar donde usted vive, estudia o trabaja; existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? _____ ¿Cómo cuáles? _____

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? _____

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? _____

¿Cómo maneja una situación de estrés? _____

Otros _____

Exploración Física

(Inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial o motriz) *además, ver entorno

10. Necesidad de Comunicarse:

¿Con quién vive? _____

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? _____

¿Pertenece a algún grupo social? _____ ¿A qué grupo social pertenece? _____

¿Durante cuánto tiempo está sólo? _____

¿Tiene pareja? _____ ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? _____

¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? _____

¿Cuál? _____

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? _____

¿Cuáles? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración física

(Inspección *retomar exploración de la necesidad de evitar peligros) además, ver entorno

11. Necesidad de Creencias y Valores:

¿Tiene alguna creencia religiosa? _____

¿Cuáles? _____

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? _____

¿Con qué frecuencia acude a su centro religioso? _____

¿Tiene algún problema que le impida o limite, asistir a su centro religioso? _____

¿De qué tipo?

¿Sus creencias religiosas pudieran intervenir en su salud? _____ ¿Por qué? _____

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué significa para usted un valor? _____

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? _____
¿Por qué? _____

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? _____

Otros _____

Exploración Física
(Inspección) * Además, ver si cuenta con imágenes religiosas

12. Necesidad de Trabajo y Realización:

¿Cuál es su rol familiar? _____ ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? _____

¿Por qué? _____

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? _____

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? _____

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? _____

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? _____

¿Realiza alguna actividad altruista? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? _____

Exploración Física
(Inspección)

13. Necesidad de Jugar y participar en actividades Recreativas:

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? _____ ¿Por qué? _____

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? _____

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? _____

¿Por qué? _____

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración Física

(Inspección) * e identificar áreas destinadas para satisfacer ésta necesidad

14. Necesidad de Aprendizaje:

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Qué significado tiene para usted la escuela? _____

¿A qué tipo de escuela asiste? _____ ¿Cómo ha

sido su rendimiento escolar en éste último trimestre? _____

¿A qué cree usted que se deba ese rendimiento? _____

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? _____

¿Con qué fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? _____

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? _____

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad *
