



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA, A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8723



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE MASCULINO, CON DEFICIT EN EL
AUTOCUIDADO, RELACIONADO CON DIABETES MELLITUS
TIPO II, CON HERNIA EN DISCO LUMBAR L4**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MENDOZA RAMÍREZ MARÍA DE JESÚS

No. De cuenta: 411525170

A S E S O R A:

L.E.O IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA, A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8723



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE MASCULINO, CON DEFICIT EN EL
AUTOCUIDADO, RELACIONADO CON DIABETES MELLITUS
TIPO II, CON HERNIA EN DISCO LUMBAR L4**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MENDOZA RAMÍREZ MARÍA DE JESÚS

No. De cuenta: 411525170

A S E S O R A:

L.E.O IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015

DEDICATORIA

Este trabajo quiero dedicárselo a mi madre Carmen Ramírez Gómez que jamás dejo de confiar en mí, siendo ella la que desde pequeña ha cultivado en mí, valores, que me han ayudado a ser mejor persona, ella quien en mis momentos de flaqueza y alegría siempre estuvo ahí para compartir conmigo. Ella que nada le parecía imposible y que por eso ahora soy quien soy, siendo una de las piedras fundamentales en las que me fortalecía, recordándome que con la ayuda de Dios y mi constancia no habría obstáculo que no se pudiese disolver. Quien en mis dificultades me confortaba con sus consejos y muestras del amor tan grande que me tiene. Mi madre que me ha ayudado a ver la vida con optimismo, valentía y quien ha sido mi ejemplo de vida.

También le quiero dedicar este trabajo a mi padre Rafael Mendoza Fernández quien ha sido la persona, que desde mi niñez jamás me ha desamparado, y me ha mostrado que con sacrificio y constancia podría llegar a cualquier meta. Quien ha dado lo mejor de sí para que sus hijos sean los mejores, y que con sus muestras de cariño me impulsaba a seguir adelante. El que es mi ejemplo a seguir y mi motor. Mis padres, los pilares en mi vida, que desde que nací me han llenado de amor, afecto, y que no han hecho otra cosa más que velar por mi bienestar, por estar preocupados de que recibiera una excelente educación y tuviera una buena calidad de vida, y día a día dar lo mejor de sí para que no me hiciera falta nada.

Quiero que sepan que este triunfo no es solo mío, sino, también de ustedes por su tolerancia y apoyo, para que yo culminara mi preparación profesional, este es el fruto de su esfuerzo y va por ustedes, los quiero.

AGRADECIMIENTOS

Desde mi nacimiento Dios me mostró lo bondadoso que es dándome la vida, obsequiándome el mejor de los regalos que una persona pudiera tener MI FAMILIA. Para Él es mi mayor agradecimiento por brindarme lo más maravilloso, por cada amanecer, por cada minuto de vida y por ponerme en esta hermosa profesión.

Desde muy pequeña, en casa de mis padres me enseñaron entre muchos, el valor del agradecimiento y hoy más que nunca siento la necesidad de agradecer a todos los seres que de alguna u otra manera han contribuido en mi realización como profesional

Gracias Dios por permitirme llegar hasta este momento, el inicio de una etapa y la culminación de otra, nuevos retos y metas que cumplir siempre en tu compañía.

Gracias a mis padres, que sin su apoyo no había llegado a este logro. Agradecida por siempre estaré con ustedes por compartir mis alegrías, mis tristezas, mis derrotas y mis triunfos; pero sobre todo por su apoyo incondicional en todo momento y por siempre tener palabras de aliento cuando las necesitaba. Cada paso que doy es por ustedes, mi mayor motivación, mi mejor inspiración. Gracias por enseñarme lo fácil que puede ser la vida cuando haces lo correcto, cuando estás con los que quieres, cuando luchas por tus sueños sin olvidarte de dónde vienes, pero sobre todo cuando te levantas con la frente en alto en esa tu peor derrota.

Gracias a esos ángeles maravillosos que Dios trajo para mí, mis hermanos. Para siempre estar unidos, animarme y apoyarme en todo momento. Con quienes he compartido travesuras, regaños y momentos felices a su lado.

Y desde luego le agradezco a la directora de la escuela de enfermería la LEO. IGNACIA ESCALERA MORA, que desde mi ingreso a la institución, se mostró interesada en que estuviera en las óptimas condiciones para facilitar mi aprendizaje y aprovechamiento, siendo una persona con gran sentido de humanidad que en repetidas ocasiones no solo se preocupó por mi ámbito académico, sino también en lo personal, sobre todo mis momentos de flaqueza siendo empática, apoyándome con sus consejos y experiencia.

Ahora como mi asesora me siento bendecida, y más que agradecida por su apoyo incondicional en este proceso de titulación, que no pude tener mejor guía y soporte académico que el suyo. Gracias por el tiempo dedicado, por la tolerancia mostrada ante mi indecisión, por la confianza y la oportunidad de aprenderle más de sus conocimientos y experiencia en este periodo de tiempo.

Gracias a todos mis profesores y personal de la Escuela de Enfermería que participaron en mi formación académica, por regalarme de su tiempo y compartir sus conocimientos. Por siempre mostrar preocupación sobre mi aprendizaje y estar en todo momento pendiente de hasta el más mínimo detalle

para llevarme los mejores conocimientos y grandes aprendizajes.

A los de la beca FAFI y UNAM que de no ser por su gran colaboración, y apoyo mi carrera quizá hubiera quedado trunca.

A mi paciente que de una manera muy grata acepto serlo, y se mostró muy flexible ante las sugerencias que se le realizaban, gracias por apoyarme en esta última etapa de mi profesión y por la confianza, permitiéndome conocer una parte muy privada de su vida.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INTRODUCCION	10
APARTADO I	
	12
1.1 JUSTIFICACIÓN	
1.2 OBJETIVO	16
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	16
1.3 METODOLOGIA	17
APARTADO II	
2.1 MARCO TEORICO	19
2.1.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA	19
2.1.1.1 CUIDADOS DE ENFERMERIA	19
2.1.2 HISTORIA DE ENFERMERIA	20
2.1.2.1 EDUCACION DE LAS ENFERMERAS	20
2.1.3 ENFERMERIA MODERNA EN MEXICO	21
2.1.4 ENFERMERIA CONTEMPORANEA	23
2.2 MODELO DE ENFERMERIA. VIRGINIA HENDERSON	24
2.3 PROCESO ENFERMERO Y DEFINICION	31
2.4 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	33
2.4.1 VALORACION	33
2.4.2 DIAGNOSTICO	33
2.4.3 PLANEACION	34
2.4.4 EJECUCION	34
2.4.5 EVALUACION	34
2.5 DIABETES MELLITUS	35
2.6 OBESIDAD.	40
2.7 HERNIA EN DISCOS LUMBARES	45
APARTADO III	
3.1 APLICACIÓN DE PAE	52
3.1.1 CASO CLINICO	52
3.2 VALORACION	61

3.2.1 VALORACION POR APARATOS Y SISTEMAS	61
3.2.2 VALORACION CON MODELO VIRGINIA HENDERSON	65
3.3 ANALISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS	73
3.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES	73
3.5 PLANEACION, FUNDAMENTACION Y EVALUACION	74
APARTADO IV	
4.1 CONCLUSIONES	95
4.2. PLAN DE ALTA	96
APARTADO V	
5.1 BIBLIOGRAFIA	99
5.2 ANEXOS	102

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE), es una manera sistematizada para brindar cuidados holísticos y humanísticos, cuyo objetivo es mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo, siempre individualizando las necesidades de él, de las familias o de las comunidades; se trata de valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar con conocimientos fundamentados y centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Una de las características más importantes del Proceso Enfermero es que es dinámico, ya que implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas (forma en que responde la persona); así mismo, es interactivo, porque hay una relación continua y efectiva entre el enfermero y el paciente, donde el enfermero planifica y brinda los cuidados, considerando los intereses, deseos y necesidades del paciente.

En la actualidad, la aplicación de dicho proceso es un requisito para ejercer la maravillosa profesión de enfermería; se ha utilizado por los enfermeros desde hace ya dos décadas aproximadamente; sin embargo, ha sido en los últimos años cuando ha experimentado un desarrollo vertiginoso.

Este trabajo está integrado por diversos capítulos, en donde se aborda la justificación del trabajo, el porqué de la realización de éste. Seguiremos con los objetivos que queremos alcanzar tanto general como específicos. La metodología que habla de cada paso realizado.

En el marco teórico se desarrollan los siguientes contenidos: los antecedentes históricos de la enfermería en México, la teoría de Virginia Henderson que es en la que nos basamos, el proceso de atención de enfermería, sobre las diabetes mellitus tipo dos, sus complicaciones así como de los diferentes tipos de obesidad y complicaciones adyacentes, además de la columna vertebral y las complicaciones que abarca tener una hernia interdiscal a nivel de L4.

Lo siguiente es la aplicación del proceso de enfermería a un caso clínico en donde veremos la valoración de mi paciente, al cual se le realizaron cuidados domiciliarios durante tres meses y que en base a la valoración se le hicieron los diagnósticos; la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados y por ultimo las conclusiones a la que se llegó, la bibliografía, el glosario y los anexos.

APARTADO I

1.1 JUSTIFICACIÓN

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60% del total de las defunciones en el mundo. Tan sólo en el último año, este tipo de padecimientos causaron 35 millones de defunciones en todo el planeta, lo que significó el doble de defunciones ocasionadas en conjunto por enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición. Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. En México la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales.

(PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO Diabetes Mellitus, 2007-2012).

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.

La prevención y control de la diabetes representa un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo. Éstos, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad (Diabetes: A National Plan for Action. US. Department of Health and Human Services. December 2004)

El personal de enfermería juega un papel crucial en la educación y promoción para la salud, así como para el control y en la persona diabética, para concientizarlos sobre su situación epidemiológica de los diabéticos, de igual forma a los familiares del mismo que cuentan con diversos factores potencialmente desencadenantes.

(Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones; 2007.)

Además de ello existen otras patologías tales como las hernias de pared abdominal representan un serio problema de salud pública en el mundo.

Que según el reporte del SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud), en el 2006 se reportaron 100,774 egresos hospitalarios en instituciones públicas relacionados con esta patología. La cual afecta al 10 al 15% la población general, con importante repercusión en el desempeño social y laboral de hasta el 25% de la población económicamente activa (30 a 59 años).La hernio plastia es una de las 2 principales intervenciones quirúrgicas electivas en los servicios de cirugía general y cirugía pediátrica y la segunda causa más común de consulta en cirugía general.

La patología herniaria en los últimos años ha sido foco de atención en los ámbitos académicos y científico-tecnológicos, tanto por su impacto en frecuencia como en incapacidad laboral, social y complicaciones relacionadas con esta entidad. Esto ha llevado al desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico y abordaje quirúrgico tanto abierto como laparoscópico, así como la creación de un gran número de materiales protésicos de contención y aditamentos o accesorios para la fijación de los mismos. La propia comunidad quirúrgica en los últimos años ha desarrollado instituciones especializadas para su

manejo y hoy contamos con cirujanos cuya práctica se limita exclusivamente a la atención de esta patología.

Pocas aéreas de la cirugía han presentado este dinamismo, lo que ha redituado en la necesidad de que cada día las hernias sean atendidas por personal quirúrgico y auxiliar involucrado en los avances y actualizaciones en este campo.

(ASOCIACION MEXICANA DE HERNIAS A.C.: Guía clínica para hernia 2009:2

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Utilizar el pensamiento crítico para realizar una evaluación continua de cuidados al paciente en cada una de las etapas del proceso enfermero y realizar adaptaciones necesarias y oportunas para el restablecimiento de las condiciones óptimas del paciente.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar una valoración completa al paciente a fin de identificar las necesidades afectadas.
- Priorizar las necesidades afectadas del paciente para satisfacerlas en su totalidad.
- Asignar un diagnóstico que vaya de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Construir un plan de cuidado encaminado a la satisfacción de necesidades.
- Aplicar los cuidados planeados de manera individualizada.
- Evaluar los cuidados brindados

1.3 METODOLOGÍA

El proceso se realizó en el domicilio del paciente en la calle Camelinas número 338, fraccionamiento Palo Alto en la ciudad de Zamora Michoacán a partir del mes de junio del año en curso, teniendo acceso a la información con su consentimiento.

Basado en la teoría de Virginia Henderson de las catorce necesidades, se inicia con la valoración de cada una de las necesidades, se realizó también un interrogatorio por aparatos y sistemas por aparatos y sistemas, incluyendo una exploración física céfalo/caudal a través de la palpación, auscultación, percusión y observación. Después de realizar completamente la valoración, se emiten diagnósticos enfermeros encaminados a buscar respuestas humanas y fisiológicas positivas para la salud del paciente, incluyendo planes de cuidados que serán ejecutados en intervalos de tiempo donde se trabaje cada uno de ellos. Por último se evaluó constantemente, ya que el proceso de atención de enfermería es un proceso dinámico y cambiante.

Proceso elaborado a partir de un enfoque mixto, el cual representa un conjunto, siendo esta la integración sistemática del modo cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno. Estos pueden ser conjuntados de tal forma, que, las aproximaciones cuantitativas y cualitativas conserven sus estructuras y procedimientos originales. Alternativamente, estos métodos pueden ser adoptados alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio (Samperi,2006).

Es un proyecto de investigación con alcance descriptivo que consiste en buscar, especificar, propiedades así como características o rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analiza, se busca especificar las propiedades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno sometido a cualquier análisis. Es decir únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta, como por ejemplo se buscan los datos relevantes del paciente que estén alterando sus necesidades. Con una evolución retro prospectiva debido a que la información se recoge durante todo el proceso, ya sea antes de realizar los planes de cuidado y/o después de aplicar a los mismos. Su intervención es experimental ya que introduce cambios durante el proceso para observar los cambios que este tiene. Y es longitudinal ya que la información será medida a través del tiempo.

. El proceso enfermero es un método sistemático, en el cual las enfermeras, organizan los cuidados de los usuarios, familias o comunidades. Así mismo los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de la valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación.

APARTADO II

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA

La enfermería en la actualidad y en nuestro país al igual que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una de las disciplinas científicas, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología (sistemas de creencias y valores) y por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requieren de una redefinición que deje claro lo que es la enfermería como profesión.

2.1.1.1 CUIDADOS DE ENFERMERIA

Hasta la primera guerra mundial la enfermera se ocupaba mucho de los cuidados de limpieza y orden para lograr una mayor comodidad del enfermo, encargándose también de la confección de sus alimentos.

Las prácticas de enfermería eran más simples.

El problema de encontrar enfermeras en calidad y cantidad se hizo más obvio al estallar la guerra. Los administradores de hospitales militares, urgidos por la necesidad, idearon a la auxiliar de enfermera mucho se discutió sobre su aceptación alegando desde luego su inhabilidad. La terrible epidemia de influenza que se extendió desde después de la primera guerra mundial mostro la gran ayuda que podría presentar esas auxiliares que fueron empleadas en gran escala por la cruz

roja. Al presente las auxiliares de enfermería tienen un importante papel que desempeñar y son de gran ayuda en los hospitales se ha hecho necesario en los hospitales, desde luego, el impartirles cierta información en algunas partes ya hay escuela de auxiliares. (MARIE, 1961)pp 309

2.1.2 HISTORIA DE ENFERMERÍA

2.1.2.1 EDUCACIÓN DE LAS ENFERMERAS

La educación es el proceso por el cual un individuo desarrolla sus potencialidades mientras que ciertas cualidades personales son esenciales al éxito de una enfermera, su educación y su disciplina son necesarias. Las enfermeras se hacen, no nacen con los conocimientos de la enfermería. En 1896 se hizo el primer esfuerzo por unificar un programa de teoría y práctica, lo intento el comité de curriculum uniforme de la sociedad americana de superintendentes de escuela de enfermería. Poco a poco bajo la dirección de las primeras diligentes, se fue desarrollando un plan de estudios y prácticas combinadas. Pero la enseñanza se hacía siempre por medio de conferencias sustentadas por médicos, sin participación activa de la estudiante y muchas veces por encima de su comprensión. Este sistema era inadecuado y en él había siempre más práctica que teoría. Las estudiantes eran enviadas a los pabellones de los enfermos desde el primer día de la entrada a la escuela. La primera conferencia venía a escucharla hasta 4 meses después. No se hacía selección de estudiantes y se seguía solo a la necesidad de número para

cubrir el trabajo del hospital. Esta práctica introdujo dentro de las filas de la enfermería muchas personas ineptas que nunca pudieron rendir los servicios propios de enfermería. Y solo se exigía la introducción primaria como requisito previo, aunque había jóvenes con mayor preparación. Estos fueron, con su mayor visión, las que hicieron adelantar la enfermería.

La introducción de maestras de escuela en el programa de estudios de la enfermera, eligieron la tarea de enseñar a las jefas de piso pero estableció una división entre la teoría y la práctica, porque se descuidaba la enseñanza a la cabecera del enfermo. Al presente, con enfermeras maestras, se logra una correlación más inteligente. La preparación preliminar de las estudiantes se inició en Dublin, Irlanda, en la escuela técnica para enfermeras, que tenía un programa preclínico para los candidatos. En Escocia y Londres también lo tenían establecido 1895. En los estados unidos lo estableció Adelaida Nutting 1901, directora de la escuela John Hopkins a quien se le debe mucho en el adelanto de las escuelas. (MARIE, 1961)

2.1.3 ENFERMERÍA MODERNA

Las hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, destacaron por el desarrollo de la enfermería moderna en México ya que a partir de 1931 empezaron a trabajar como enfermeras en el Sanatorio de San Salvador en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León y en 1934 quedan a cargo del famoso Hospital Muguerza. (MARIE, 1961)

En 1940 fundan la primera Escuela de enfermería incorporada a la Universidad Autónoma de México; en 1943 son llamadas a dirigir los servicios de enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología abriendo una escuela adjunta al Instituto siendo su fundadora Sor María Guadalupe Alacoque Cerisola, así como de la Asociación Mexicana de Enfermería y del Colegio de Enfermeras “Micaela Ayans”. (LOPEZ, 1987)

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

En 1950 surgen los programas de Salud pública y con ello las primeras instructoras formadoras de enfermeras en pueblos apartados, contribuyendo con esto a un mejor panorama de salud para los mexicanos, sin olvidar que la primera enfermera sanitarista fue Isabel Cendela Gómez. (LOPEZ, 1987)

En 1953 se crea al bachillerato de ciencias de enfermería de la UNAM siendo este el paso inicial para la creación de la Licenciatura.

La apertura de la licenciatura representa un gran paso en el desarrollo de la profesionalización de la práctica de enfermería.

2.1.4 ENFERMERÍA CONTEMPORANEA

Ante las exigencias en los diversos campos de enfermería por la apertura de las instituciones gubernamentales de salud como la secretaria de salud, el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del estado. (ISSSTE), Hospitales infantiles, de la mujer, Instituto Nacional de Nutrición, Cancerológica, Cardiología, etc.; así como múltiples instituciones privadas las cuales requerían de personal profesional altamente capacitado, surge la necesidad de incrementar los conocimientos de enfermería a través de la Licenciatura, pasando así de un nivel técnico a una carrera universitaria y es la Escuela de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la que inicia a partir de 1969, seguida por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México. En la actualidad hay escuelas y facultades con la Licenciatura en enfermería en diferentes estados de la Republica que pertenecen a universidades públicas, y privadas, incorporadas a la UNAM. (MARTINEZ, 1985)

La apertura de centros de especialidades, requería de personal experto, motivo por el cual la UNAM ofreció en 1953 un curso de obstetricia y en 1955, inician los cursos de pos básico, ya que la mayoría del personal solo contaba con estudios técnicos; los cursos ofrecidos son muy variados, acorde a las necesidades del campo laboral como: administración de los

servicios de enfermería, salud Pública, educación Materno Infantil, técnicas quirúrgicas, cuidados Intensivos, oncológica, cardiología, rehabilitación física, enfermería psiquiátrica y enfermería Geriátrica, etc. (KARCHEMER, 1989)

Desafortunadamente no se han unificado criterios con la Secretaría de educación para que la carrera tenga un reconocimiento profesional, que solo sea universitaria y esto ocasiona que haya actualmente varias escuelas técnicas. (CADENA, 2004)

Los retos de la etapa contemporánea han empezado a ser abordados por las teóricas de enfermería ya que varias de ellas han centrado su atención en el abordaje del holismo, la atención de las necesidades, las respuestas humanas y por su puesto el humanismo. (PURATA, 2004)

2.2 MODELO DE ENFERMERÍA. VIRGINIA HENDERSON

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

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto

de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

* Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1º .- Respirar con normalidad .

2º .- Comer y beber adecuadamente .

3º .- Eliminar los desechos del organismo .

4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .

5º .- Descansar y dormir .

6º .- Seleccionar vestimenta adecuada .

7º .- Mantener la temperatura corporal .

8º .- Mantener la higiene corporal .

9º .- Evitar los peligros del entorno .

10º .- Comunicarse con otros , expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones .

11º .- Ejercer culto a Dios , acorde con la religión .

12º .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado .

13º .- Participar en todas las formas de recreación y ocio .

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se

satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración

de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del meta paradigma de enfermería:

- Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

2.3 PROCESO ENFERMERO Y DEFINICIÓN

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.” (R., 2003)

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del usuario, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y método científico. (M.T., 2003)

Es sistemático porque está conformado de cinco etapas que obedecen un orden lógico y que conducen al logro de resultados. Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no debe de fraccionarse. Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas de los problemas o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos o capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera. Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. Es interactivo por requerir de la interrelación humano- humano con el usuario y lograr objetivos comunes (M, 1996).

BENEFICIOS DEL PROCESO ENFERMERO

Delimita un campo de acción, demuestra que la enfermería no solo se basa en la prescripción médica. (Alfaro; 1999:10)

Por otra parte el PAE compromete al usuario, familia, comunidad para tomar parte activa en la toma de decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

2.4 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

2.4.1 VALORACIÓN

La valoración es la etapa en la cual se obtienen datos del paciente, que suele incluir cuatro aspectos: la interacción que se dé entre el usuario y el enfermero, la entrevista, la observación y por último, la exploración física. Es la base del trabajo de enfermería, porque es el medio que nos va a permitir establecer el diagnóstico, y a partir de él, proponer y llevar a cabo acciones para que el cliente mantenga o recobre su salud. El planteamiento de la entrevista para realizar la valoración, se basó en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, por tratarse de la filosofía más aceptada actualmente sobre el otorgamiento de los cuidados enfermeros, ya que contempla al paciente como un ser holístico (integral).

2.4.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería es muy diferente al del médico; mientras que este se basa en las respuestas fisiopatológicas (la forma de respuesta del organismo ante estímulos mórbidos), nuestro diagnóstico es un juicio clínico que se apoya en las respuestas humanas, o sea, en la manera en la que un individuo responde ante un estado de salud o enfermedad, que describe problemas de salud reales o potenciales. Para la elaboración de nuestros diagnósticos, se tuvo como directriz la nomenclatura (NANDA 2009-2011.)

2.4.3 PLANEACIÓN

Una vez elaborado el diagnóstico enfermero, se da inicio a la planeación, que consiste en determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o fomento de la salud. Esta fase es muy importante porque dirige el actuar del personal de enfermería para cubrir las necesidades del paciente.

2.4.4 EJECUCIÓN

Durante la ejecución, se realizarán todas las intervenciones enfermeras orientadas hacia la resolución de problemas. Consiste en realizar y registrar las actividades que son actuaciones de enfermería necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

2.4.5 EVALUACIÓN

Por último, la evaluación tiene como propósitos determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos, y juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería que le proporcionamos a nuestro paciente.

2.5 DIABETES MELLITUS

La diabetes glucosúrica es una enfermedad metabólica caracterizada por un trastorno morbosos en la formación de la insulina y la utilización de glucosa en el organismo. La glucosa penetra defectuosamente en las células y se reducen en su seno de combustiones energéticas intracelulares deparadas por la glucosa. La consecuencia de ello es la inundación de glucosa en los tejidos intersticiales y en la sangre (Hiperglicemia). (ROBERT)

La diabetes mellitus es la más común de las enfermedades metabólicas graves en los seres humanos. La enfermedad se ve caracterizada por una serie de anormalidades metabólicas, inducidas por hormonas, por complicaciones a largo plazo que va afectando a los ojos, riñones, nervios, y vasos sanguíneos, y por una lesión de las membranas basales demostrable mediante la microscopia electrónica. En los últimos años se ha aclarado que bajo el término general de diabetes están comprendidos una variedad de síndromes, los cuales difieren tanto en sus manifestaciones clínicas como en sus patrones hereditarios. (ISSERBACHER, 1979)

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

El diagnóstico de la diabetes sintomática no presenta dificultad cuando un paciente manifiesta signos y síntomas atribuibles a diuresis osmótica y, al mismo tiempo, se demuestra que tiene

hiperglucemia, todos los médicos estarán de acuerdo en que se trata de diabetes mellitus. Así mismo, habrá poco desacuerdo acerca de un paciente asintomático con evaluación persistente de las concentraciones de glucosa plasmática en ayunas. El problema surge con el paciente asintomático que por una u otra razón es considerado como un diabético potencial pero tiene concentraciones normales de glucosa plasmática en ayunas. En este tipo de pacientes con frecuencia se hace una prueba llamada curva de tolerancia a la glucosa por vía bucal, y si se encuentran cifras anormales, se establece el diagnóstico de diabetes química. Al parecer hay poca duda en cuanto al hecho de que una prueba normal de tolerancia a la glucosa es un argumento seguro contra la existencia de diabetes. Sin embargo, el valor pronóstico de una prueba positiva es menos categórico. Numerosos informes señalan que con el uso de la prueba estándar de tolerancia a la glucosa se diagnostica con mucha frecuencia casos de diabetes que habían pasado inadvertidos, probablemente porque algunos estados de tensión pueden producir una respuesta normal. Se piensa que el mecanismo casual podría ser la descarga de adrenalina se sabe que esta bloquea la secreción de insulina, estimula la liberación de glucagón, activa la transformación del glucógeno y disminuye la acción de la insulina en los tejidos blanco, de manera que la producción de glucosa por el hígado aumenta y la capacidad para responder a una cantidad exógena de glucosa queda alterada. Aun la ansiedad que acompaña a las punciones venosas necesarias

para la prueba puede generar suficiente adrenalina como para una prueba normal. Las enfermedades concomitantes, dieta inadecuada y la falta de ejercicio físico también contribuyen a la elevada frecuencia de resultados falsos positivos. Para tratar de resolver esos problemas el “NATIONAL DIABETES DATA GROUP” de los institutos nacionales de salud ha recomendado nuevos criterios para el diagnóstico de diabetes después de una prueba con glucosa por vía bucal. Estos criterios, que son similares a los adaptados por la organización mundial de la salud (OMS), son los siguientes, ayuno por la noche concentración de glucosa plasmática en la sangre venosa $\geq 140\text{mg}/100\text{ml}$. Al menos en dos determinaciones hechas por separado.

Después de la ingestión de 75grs. De glucosa= Concentración de glucosa en sangre venosa $\geq 200\text{mg}/100\text{ml}$ a las dos horas y por lo menos en otra ocasión durante la prueba de dos horas (Ósea deberán obtenerse cifras $\geq 200\text{mg}/100\text{ml}$. En dos ocasiones para establecer el diagnostico).

Si la cifra a las dos horas se encuentra entre 140 y 200mg/100ml. Y otra cifra adicional es igual o mayor a 200mg/100ml durante el periodo de prueba de las dos horas se pensara en el diagnóstico de “alteración de la tolerancia a la glucosa” se considera que las personas dentro de esta categoría están más propensas a presentar hiperglucemia en ayunas o la diabetes sintomática, en comparación con las que presenta tolerancia a la glucosa normal. Pero que tal

progresión es impredecible en cada paciente. Diversos estudios sugieren que la mayoría de los pacientes (-75%) con alteración de la tolerancia a la glucosa nunca presentan diabetes. Aun los sujetos diagnosticados como diabéticos, por medio del segundo criterio, quizá nunca presentan hiperglucemia en ayunas o deterioro sintomático. Por dichas razones, el autor piensa que la prueba de tolerancia a la glucosa no es útil en la práctica clínica, aunque puede seguir ocupando un lugar en los estudios de investigación. NOTA. Para la valoración de estudios realizados en el pasado, aplicándoles los criterios del NATIONAL DIABETES DATA GROUP, las concentraciones de glucosa plástica medidas en la sangre total deberán aumentarse en un 15% para ser equivalentes a las concentraciones del plasma. Se recomienda una corrección similar para la sangre capilar tomada en ayunas, pero no después de la ingestión de glucosa).

CLASIFICACIÓN DE DIABETES

A.- PRIMARIA

1. Diabetes mellitus insulino dependiente (IDDM, TIPO 1)
2. Diabetes mellitus no insulino dependiente (NIDDM, TIPO 2)
 - a) NIDDM en no obesos
 - b) NIDDM en obesos
 - c) Diabetes de tipo maduro que aparece en los jóvenes

B. SECUNDARIA

1. Enfermedad pancreática
2. Anormalidades hormonales
3. Inducida por medicamentos o compuestos químicos
4. Anormalidades en los receptores de insulina
5. Síndromes genéticos
6. Otros

2.6 OBESIDAD

La obesidad puede determinarse más fácilmente usando el peso y la talla de un sujeto. El termino obesidad implica un exceso de tejido adiposo, tomando este exceso como un riesgo para la salud, así mismo como la predisposición para otras patologías. Como etiología se sabe, que cuando la ingestión de calorías exceden al consumo, el exceso de calorías se acumula en el tejido adiposo, y si se prolonga este equilibrio calórico positivo se produce la obesidad.

No se conoce completamente la regulación de la conducta alimentaria, en algún grado el apetito se controla en el hipotálamo, teniendo un centro del hambre en el núcleo ventrolateral del hipotálamo HVL y un centro de saciedad en el hipotálamo ventromedial HVM. La corteza cerebral recibe señales positivas del centro del hambre que estimulan la alimentación, y el centro de la saciedad regula este proceso enviando impulsos inhibitorios al centro del hambre. Se han propuesto varios procesos reguladores de estos centros hipotalámicos. El centro de saciedad puede activarse por aumento en la glucosa plasmática, en la insulina plasmática, o en ambas, que sigue a las comidas. En relación a HVM es interesante hacer mención de que tiene receptores de insulina y por lo tanto es sensible a la misma.

La distensión gástrica inducida por los alimentos es otro posible factor inhibitorio. La actividad de los centros hipotalámicos también puede influir en la masa total de tejido

adiposo, esto quiere decir que hay un punto de equilibrio para el grado de adiposidad corporal relativamente fijo.

Finalmente, la corteza cerebral controla la conducta de la alimentación y los impulsos provenientes del centro de hambre solamente la inician. Los factores psicológicos, sociales, y genéticos también influyen sobre la conducta de alimentación.

Aunque la mayoría de los individuos la causa de la obesidad es la hiperalimentación, aunque también pueden participar otros factores. Las necesidades calóricas varían entre 31 y 35 kcal/kg de peso corporal, esto es mayor en los individuos activos y un poco menor en los sedentarios. No hay duda de que la actividad física regula totalmente el equilibrio calórico, y los individuos obesos tienden a ser menos activos que los de peso normal. Esto puede ser un factor que contribuya al mantenimiento del exceso de peso, pero la disminución de la actividad física es poco probable que sea la causa más importante en el aumento del peso en la mayoría de los obesos. Más bien, la obesidad en si misma determina la inactividad. El aumento moderado de peso que frecuentemente acompaña a la edad media y puede relacionarse más directamente con la deficiencia de la actividad física, así como una lesión o enfermedad puede determinar una restricción total de la actividad y predisponer a un aumento de peso, a menos que el individuo disminuya la ingesta calórica de manera adecuada. Tal vez el factor más importante que tiende a

disminuir el lado del gasto de la ecuación sería en sí, el sedentarismo.

También se ha postulado que en la patogénesis de la obesidad de la obesidad interviene una disminución en el gasto calórico y una utilización calórica muy eficaz debida a anormalidades metabólicas.

El ritmo metabólico en reposo explica entre 60 y 75% del gasto calórico diario, y se mide en un ambiente termo neutral mientras el sujeto permanece en reposo después de una noche de ayuno, y varias horas después de cualquier actividad física importante. La tasa metabólica en reposo debe expresarse como una función del peso corporal libre de grasas, restando la masa adiposa total del sujeto al peso corporal, ya que la masa de triglicéridos, que es considerable en los obesos esta inerte metabólicamente.

La relación que la obesidad presenta con la diabetes mellitus, es estrecha ya que la obesidad es un factor contribuyente en estos pacientes, principalmente por la influencia sobre la sensibilidad a la insulina. Siendo que la obesidad exacerba el estado diabético y en la mayoría de los casos la patología llega a tener un mejor control con la reducción de peso.

Existen diferentes métodos de reducción de peso, entre los cuales se encuentra la modificación de la dieta, donde se tiene que hacer una restricción calórica, ya que es la piedra fundamental, siendo simples los pasos a seguir teniendo en

cuenta que pueden ser frustrantes para el paciente, considerando que si la ingesta calórica es menor al gasto calórico se consumirán las calorías almacenadas, principalmente en forma de grasas. En general, una deficiencia de 7700 kilocalorías determina una pérdida aproximada de un kilogramo. Estimando los requerimientos calóricos diarios del paciente se puede calcular una deficiencia diaria necesaria para lograr una velocidad determinada de pérdida de peso.

La restricción de la dieta puede variar desde el ayuno total hasta la privación leve de calorías, y estas variaciones se estudiarán por separado. Ya que las recomendaciones dietéticas son más efectivas si son específicas y se adaptan al sistema de vida del paciente.

Otro método sería el ejercicio, este es básico y tiene relevante importancia en el equilibrio calórico, que cabe decir que como se muestra en la tabla sus resultados se ven a largo plazo. Por lo cual es importante mencionar que aunque quizá no sea la manera de perder peso más fácilmente, si colabora de manera importante para que se mantenga esa pérdida de peso.

Como último método esta, la modificación de la conducta en el usuario, reconociendo los problemas que abarca, existen diferentes tipos de técnicas para guiar al usuario en esta modificación de conducta alimenticia. Existen varios estudios que demuestran que los obesos responden en menor grado que los individuos normales a las claves internas que regulan la conducta de la alimentación, tales como las contracciones

gástricas y temor antes de la ingestión de más alimento. Por el contrario los obesos tienen respuestas exageradas a señales externas, tales como olor, sabor, atractivo de los alimentos, abundancia, y la cantidad de trabajo que les represento obtenerlos.

La modificación de la conducta comienza con una historia clínica detallada de los episodios de alimentación del paciente con respecto a la hora del día, longitud del periodo de la comida, lugar de la ingestión como restaurante, mesa, de pie, así como de las actividades simultaneas que pudiera ser viendo el televisor, el celular, lectura, ociosidad, estado emocional, compañía, y finalmente el tipo y la cantidad de alimentos ingeridos. Una vez que el terapeuta tiene esos datos, puede diseñar ahora si un plan para ir modificando paulatinamente sus hábitos alimenticios y la conducta ante ellos. (ROBERT) CAP 79 PP608'617

2.7 HERNIA EN DISCOS LUMBARES

COLUMNA VERTEBRAL

Las vértebras son huesos cortos que, unidos los unos con los otros forman en conjunto la columna vertebral, está situada en la línea media y en la parte posterior del cuerpo. Se extiende desde la base de la cabeza, recorre el cuello, el tórax y el abdomen en su parte posterior y termina en la pelvis o cadera. La columna vertebral, tiene distintas regiones o partes:

*Parte cervical que corresponde al cuello, y está formada por siete vértebras.

*Parte dorsal que forma parte del tórax y consta de doce vértebras

*Parte lumbar que corresponde al abdomen y consta de cinco vértebras.

Parte sacra que compone la cadera y consta de cinco vértebras soladas entre sí, formado aparentemente un solo hueso llamado el sacro.

*Parte coccígea que siendo un vestigio de cola, está formada por tres o cuatro vértebras rudimentarias.

Hernia Discal significa la salida del núcleo pulposo al canal raquídeo, que en la mayoría de las ocasiones va a producir compresión en las raíces nerviosas, lo que dará lugar a un cuadro clínico de lumbociática. Es la causa más frecuente de lumbociática entre los 20 y 60 años de edad, y por su alta incidencia y las complicaciones laborales que conlleva, representa una patología a la que con frecuencia tiene que enfrentarse el médico en la práctica diaria.

La hernia discal lumbar involucra una gama de problemas que abarcan desde los estrictamente médicos hasta alcanzar los socioeconómicos. Múltiples y de diversas formas han sido los tratamientos indicados con el fin de curar esta enfermedad, iniciando desde un tratamiento con medicamentos y llegando a la complejidad del tratamiento quirúrgico, que es la finalidad de esta investigación. A través del presente estudio se pudieron definir incógnitas y confirmar otras aseveraciones que en la literatura se han descrito.

En el presente trabajo se concluye que el tratamiento quirúrgico convencional de macro cirugía es eficaz en el manejo de la hernia discal lumbar, estableciéndose que no hubo ninguna complicación neurológica derivada del tratamiento y por el contrario hubo alivio del dolor, la principal molestia del paciente. Asimismo y desde el punto de vista epidemiológico, se determinó que en pacientes consultantes a la Unidad de Columna Vertebral del Departamento de Traumatología y Ortopedia, en su mayoría el resultado de la cirugía fue el esperado: aliviar los síntomas neurológicos del paciente.

TIPOS DE HERNIA DISCAL

Dejando aparte las hernias discales que se desarrollan hacia el interior de la parte esponjosa del cuerpo vertebral (hernias intraesponjosas o nódulos de Schmorl), es clásico considerar algunos tipos de herniación discal en la región lumbar.

Según la cantidad de disco herniado: puede ser parcial, la más frecuente y consiste en la salida de parte del material del núcleo pulposo hacia atrás y lateralmente, comprimiendo la raíz nerviosa correspondiente a su entrada o en el trayecto, a través del agujero de conjunción. En la herniación masiva, poco frecuente, sale el núcleo pulposo en su totalidad, y a veces también parte del anillo fibroso ya roto. Si la cantidad de material extruido es muy grande, se puede originar el Síndrome de la cola de caballo.

- Por su localización: en esta categoría se incluyen las hernias posterolaterales, que son las más frecuentes, correspondiéndose con lo referido en las parciales y que producen una compresión mono radicular.

Las posteromediales, tienen como característica comprimir el saco dural, dando lugar a un cuadro clínico variable. Y por último, las foraminales, en las cuales el material herniado se sitúa en la zona del agujero de conjunción, dando lugar a un intenso cuadro doloroso con cualquier mínimo movimiento.

- Por la cantidad del material herniado: la protrusión discal consiste en el fallo del anillo fibroso en su capacidad de contención del núcleo pulposo. La hernia discal, consiste en la ruptura del anillo fibroso; y por último, la extrusión discal ocurre cuando además se rompe el ligamento vertebral común posterior.

CUADRO CLÍNICO

El síntoma principal que conlleva al diagnóstico de hernia discal lumbar, lo constituye el dolor, y éste a su vez puede tener diversas causas, siendo una de ellas el acortamiento de los músculos paravertebrales que actúan a través de los espacios discales y se activan por la presencia del disco herniado; también el músculo acortado comprime el disco. Otros síntomas asociados incluyen, debilidad muscular vertebral, parestesias y paresias.

Examen físico: dos consideraciones clave en el examen físico son: la presencia o ausencia de dolor que se irradia a las extremidades inferiores (ciática), en especial si se extiende más allá de la rodilla, y la presencia o ausencia de deficiencias neurológicas, con base en la evaluación de la fuerza muscular, los reflejos y la sensibilidad.

Esta evaluación neurológica inicial proporciona una base para referencia futura. Típicamente, la progresión de las deficiencias neurológicas es lo que señala la necesidad de una evaluación quirúrgica. Más del 90 % de las radiculopatías causadas por hernia de disco afectan a las raíces nerviosas L5 o S1 al nivel de los discos L4 – L5 o L5 - S1. En cualquier tipo de daño neurológico que siga la distribución de las raíces nerviosas, se afectan los mismos sitios. Por lo tanto la mayoría de estos problemas puede detectarse investigando el reflejo Aquileo (disfunción de S1), la dorsiflexión del 1er artejo y el pie (L5), así como el tacto ligero o la sensación de piquetes sobre la cara interna (L4), dorsal (L5) y externa (S1) del pie. También

deben buscarse signos de debilidad muscular, incluyendo la capacidad para caminar de puntas y elevarse varias veces sobre las puntas de los pies (S1), caminar sobre los talones (L5) o hacer una sentadilla y levantarse (L4). La prueba de Lassègue positiva, hace pensar en hernia de disco, en especial si el paciente sufre dolor antes de que la rodilla tenga 70° de elevación. El dolor de esta prueba a se agrava con la dorsiflexión del tobillo y la rotación interna.

Estudios de imágenes: son secundarios para el diagnóstico, pero indispensables para plantear el tratamiento y descartar o confirmar otras patologías que causan lumbociática. Entre ellos tenemos:

1. Radiografía simple: sirve para descartar otras patologías como espondilólisis, algunos tumores óseos, espondilitis, etc. Pero en la mayoría de los casos de hernia discal lumbar la radiografía simple suele ser normal. Algunos signos relacionados con hernia discal lumbar lo constituyen la disminución de la lordosis lumbar, la reducción del espacio intervertebral correspondiente al disco herniado y escoliosis.

2. Radiculografía: mal llamada mielografía, consiste en inyectar un medio de contraste hidrosoluble en el líquido cefalorraquídeo, el cual llena el espacio dural y contrasta con las raíces. Cuando existe una masa extradural produce una zona de defecto de llenado del saco o de la raíz. Sin embargo,

es muy inespecífico en el caso de hernias externas al canal foraminal.

3. Tomografía Axial Computarizada: es uno de los exámenes más utilizados para el diagnóstico de hernia discal lumbar, pero tiene el inconveniente de no mostrar la anatomía intratecal.

4. Resonancia Magnética: constituye el último recurso para complementar el diagnóstico clínico de hernia discal lumbar. Tiene mayor capacidad de resolución entre las partes blandas que ocupan espacio dentro y fuera del canal vertebral.

5. Electromiografía: su máxima utilidad está en ayudarnos a saber cuándo una radiculopatía es antigua o reciente y a diferenciar una radiculopatía de una polineuropatía o miopatía.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de compresión radicular es eminentemente clínico. La mayoría de las veces se debe a herniación del núcleo pulposo, pero hay que considerar también que existen otras causas, con las cuales se debe hacer el diagnóstico diferencial. Clínicamente el diagnóstico se basa en:

- Anamnesia
- Examen físico
- Examen neurológico

Los exámenes de gabinete son complementarios en el diagnóstico, y se utilizan cuando:

- La evolución no ha sido satisfactoria, pese a un buen tratamiento.

- Para descartar otras patologías, cuya sospecha es razonable.
- Cuando se plantea el tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO

La gran mayoría de hernias discales lumbares son de tratamiento médico. Lo más importante es el reposo en cama, habitualmente en posición fetal, al cual hay que agregar analgésicos, antiinflamatorios, e infiltraciones. Este tratamiento tiene éxito en el 90% de los casos, y a aquellos que no mejoran en 3 semanas, se les somete a examen radiológico porque son susceptibles de tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico de las hernias discales lumbares se encuentra rodeado de un ámbito de desprestigio, y ello es debido a los frecuentes malos resultados posteriores a la intervención. Los resultados quirúrgicos han mejorado notablemente en los últimos 15 años llegando a más del 90% de desaparición del dolor en el post-operatorio inmediato y a más del 85% de satisfacción de los pacientes operados, a largo plazo.(Banti, JB. "Correlación diagnóstica y evolución post-operatoria en pacientes con hernia discal lumbar intervertebral. Revista Cubana de Ortopedia. 1998; 12(1-2): 7 – 12)

APARTADO III

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL USUARIO:	R.P.O
EDAD:	57 años
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Casado
ESCOLARIDAD	Primaria Completa
RELIGION	Católica
OCUPACION	Pintor De Casas
DOMICILIO ACTUAL	Camelinas #338 B Fraccionamiento Palo alto, Código Postal 59618 Ciudad De Zamora Michoacán

PERFIL DEL PACIENTE

1. AMBIENTE FÍSICO

Se le realiza una visita domiciliaria al usuario, en la cual vive solo con su esposa C.R.G. y su hija R.P.R. y M.J.P.R., se observa que vive en fraccionamiento Palo Alto ubicado en las orillas de la ciudad de Zamora, que su hogar mide 6m x 15m, siendo una casa en la planta baja, siendo casa propia, fabricado su techo de concreto, muros de tabique, y piso con azulejo. Cuenta

con tres recamaras de las cuales están habitadas de la siguiente manera: una recamara para cada una de sus hijas, y el usuario junto con su esposa habitan la recámara principal, una cocina separada, un baño completo familiar, su higiene se observa que es buena, todo se ve ordenado y limpio.

Tiene todos los servicios intradomiciliarios como agua, drenaje intradomiciliario, por su domicilio pasa el camión recolector de basura de lunes a sábado siendo esta la manera en la que la eliminan, su calle se encuentra adoquinada, fauna negativa.

Su medio de transporte es el público, utilizando preferentemente el camión o taxi para su traslado por la ciudad.

2. RECURSOS DE SALUD

El usuario cuenta con seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social con su número de filiación, además de que en casos de urgencia recurre a la asistencia particular con Jorge Enríquez Maldonado siendo el su médico internista, y en caso de necesitar algún servicio médico urgente recurre al Hospital San José.

HÁBITOS HIGIÉNICOS

El usuario refiere que realiza baño de regadera diario, así como el cepillado de dientes lo realiza dos veces al día, es importante hacer mención de que cuenta con placa movable la cual la aseá posterior al lavado de dientes. No tiene uso de hilo dental. Sus encías se muestran saludables. Sus dientes frontales superiores e inferiores tienen presencia de una coloración amarillenta por el consumo de tabaco, no hay presencia de halitosis.

El lavado de manos lo realiza antes y después de comer, de ir al baño, cuando se ven aparentemente sucias, al llegar a su casa.

Refiere que se afeita dos veces a la semana, tratando de cuidar su aspecto personal. Y corte de cabello cada tres semanas.

Corte de uñas de manos y pies cada semana tratando de mantenerlas limpias, el padece pie de atleta y onicomicosis en uñas de los pies.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

El señor R.P.O. realiza 4 comidas al día, desayuno, almuerzo, comida y cena.

CLASIFICACIÓN DE ALIMENTO SEGÚN EL PLATO DEL BUEN COMER	CONSUMO A LA SEMANA
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL (HUEVO, CARNE ROJA, PESCADO, CARNE DE RES, POLLO LACTEOS)	7/7
LEGUMBRES(FRIJOL, LENTEJAS, HABAS)	7/7
CEREALES(PAN DULCE, ARROZ, AVENA, TRIGO)	7/7
FRUTAS	3/7
VERDURAS	4/7

HÁBITOS DE HIDRATACIÓN

El usuario toma agua natural diario, consumiendo aproximadamente una cantidad promedio de dos litros y medio. Ingiere ocasionalmente bebidas gaseosas como Coca Cola ingiriendo aproximadamente 300 mililitros. Refiere el usuario que su ingesta de bebidas alcohólicas es de dos cervezas 2 días a la semana. Los alimentos que son de su

preferencia son las legumbres y la carne de cerdo en cualquier presentación, hace mención de que no es de su agrado aquellos alimentos que son muy grasosos, y que no acepta los alimentos muy dulces.

ELIMINACIÓN

Urinaria: Orina según su ingesta de líquidos, predominando de 6 micciones al día y 2 por la noche, no teniendo ninguna molestia para hacerlo, con chorro a una misma presión durante la micción, refiere que cada que orina logra el vaciamiento total de su vejiga, que su hábito urinario no le incomoda en su estilo de vida.

Intestinal: Comenta que suele tener dificultad para evacuar en algunas ocasiones debido a que padece de varices rectales. Evacua 1 vez al día, con una formación normal de las heces fecales, y con una coloración café claro, con una consistencia semisólida. Niega algún trastorno intestinal.

DESCANSO

Me comenta que normalmente sale de su casa al trabajo a las seis de la mañana y regresa a las 5 de la tarde, y que posterior a su alimentación toma una siesta que dura aproximadamente 30 minutos, con mención de que no satisface su necesidad de descanso. Y que esporádicamente hay días en los que se puede dedicar una hora extra para ver alguna película.

SUEÑO

El usuario tiene un horario de sueño de 11:30pm a las 5:00am teniendo 5:30 horas para dormir, comentando que se le dificulta conciliar el sueño

DEPORTES TIPO Y FRECUENCIA

Solo es esporádico caminatas dominicales, 1 vez al mes con 40 min de duración

ESTUDIO

Primaria completa

TRABAJO

Obrero pintor de casas.

DINÁMICA SOCIAL

La familia del usuario está conformada de la siguiente manera R.P.O es el jefe de la familia tiene 57 años de edad, su esposa con iniciales C.R.G. tiene 57 años de edad, su hijo S.P.R. que tiene 37 años de edad, su hija R.P.R. de 33 años de edad, su hija C.P.R. con 28 años de edad y su hija menor M.J.P.R. de 23 años de edad.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	Iniciales
ESPOSA	57	Ama de casa	C.R.G.
HIJO MAYOR	37	Psicólogo	S.P.R.
HIJA	33	Ama de casa	R.P.R.
HIJA	28	Maestra de primaria	C.L.P.R.
HIJA	23	Enfermera	M.J.P.R.

PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

El usuario es diabético con 8 años de evolución controlada, hernia discal lumbar a nivel L4.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

El usuario refiere que de niño tuvo varicela, parotiditis, niega fracturas, cirugías, y enfermedades crónicas degenerativas excepto diabetes.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

MATERNOS

Ambos abuelos finados desconoce si ellos padecieron alguna patología

Mama

Hermana que padeció cáncer mamario.

PATERNOS

Ambos abuelos finados desconoce si ellos padecieron alguna patología

Padre finado por infarto fulminante.

PERSONALES

7 hermanos y una tía diabéticas e hipertensas, hermana menor padeció cáncer mamario.

TRATAMIENTOS

MEDICAMENTOS E INDICACIONES

Metformina 850mg tomar $\frac{1}{2}$ por la mañana y $\frac{1}{2}$ por la noche posterior a su alimentación de por vida.

OBTENCIÓN DE DATOS MEDIANTE LA PALPACION, PERCUSION, AUSCULTACION Y MEDICION DE ACUERDO AL ESTADO DEL PACIENTE

A la observación: está consciente, presenta facies de tranquilidad; su piel es de tez morena. Su complexión es robusta, con abundante masa adiposa en la región abdominal; tiene una distribución uniforme del cabello; no presenta deformidades visibles.

A la exploración física, no hay datos de compromiso cardiopulmonar; tiene buena coloración de piel y tegumentos; abdomen blando, depresible y globoso a expensas del panículo adiposo; no hay presencia de adenomegalias.

En cuanto a sus antecedentes personales patológicos, el usuario refiere que desde hace aproximadamente veinte años sufrió un accidente de tipo laboral, quedando colgando de un andamio, tuvo una caída desde unos 3 metros de altura y la lesión que le quedo diagnosticada fue hernia discal a nivel de L4, desde entonces el paciente quedo susceptible de esa región, por lo que al realizar alguna actividad no utilizando higiene postural pues nuevamente vuelve a tener molestias a este nivel, siendo esta la causa de que forma un arco y se le dificulta la deambulaci3n, y cada que le dan esas crisis de dolor ya tiene un tratamiento establecido.

Adem3s el paciente padece de DM diagnosticada hace cuatro a3os, pero actualmente se encuentra controlado con tratamiento.

VALORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

PIEL

Ante la inspección se observa una pigmentación morena, con presencia de lunares de pigmentación café oscuro, planas, sin presencia de vellos.

Ante la palpación su piel es tibia, humectada, de buena turgencia, la piel de su rostro y brazos tiene una pigmentación más oscura debido a la exposición solar, presenta acantosis nigricans alrededor del cuello como signo de su diabetes, en la zona torácica presenta una coloración más clara con vellosidad en la región esternal, en la parte torácica anterior presenta seis lunares planos, simétricos sin vellosidad y refiere que siempre los ha tenido, en extremidades inferiores presenta coloración normal, con apariencia de varices en ambas piernas.

CABEZA

Durante la inspección pude percatarme de que tiene simetría su cráneo y presenta buena distribución del cabello, este se muestra con buena implantación es de color castaño oscuro y en la parte temporal se puede observar que tiene presencia de canas.

Ante la palpación se descartan nódulos, tumoraciones ni deformaciones, pediculosis negativa.

OJOS Y VISION

Ante la inspección presenta ojos simétricos con borde palpebral normal, su iris es de color café oscuro, buenos reflejos pupilares, negando deformidades ni patologías oftálmicas.

Ante la palpación no existe hipersensibilidad en párpados ni tensión.

OIDOS Y AUDICION

En la inspección su pabellón tiene un tamaño proporcional al tamaño de su cara, con forma normal, y buen cartílago, sin presencia de lesiones.

En la palpación no hay hipersensibilidad.

NARIZ Y SENOS

La nariz esta normal simétrica sin presencia de pólipos nasales, el tabique nasal es central, sin desviaciones, presenta buena permeabilidad y mucosa nasal hidratada, color rosado y sin exudados.

Podemos sentir que los senos frontal y maxilar no muestran tener hipersensibilidad.

BOCA:

Ante la inspección nos podemos percatar de que el paciente presenta dentición de 1 frontal y un premolar de los cuales por el momento trae placa. Podemos observar que presenta caries

y manchas amarillas en todos los dientes ocasionado por el consumo de cigarrillos.

Ante la palpación no se encuentran anormalidades.

CUELLO

Ante la inspección no se encuentran masas presentes ni ingurgitación de la yugular, en cuanto a tono de los músculos es la esperada. La tráquea está en línea media además que no se encuentran ganglios inflamados, la tiroides tiene un tamaño normal, y se pueden palpar las carótidas en su pulsación de tipo normal.

TÓRAX Y PULMONES

No hay retracción xifoidea ni respiración anormal, los campos están normales, y no se escuchan estertores, ni sibilancias.

CORAZÓN

Ante la auscultación podemos ver que no presenta anomalías ni arritmias.

CIRCULACIÓN PERIFÉRICA

Ante la inspección son observables las varices que presenta en los miembros pélvicos.

Ante la palpación no presenta edema.

ABDOMEN

Tiene abdomen protuberante, donde se puede apreciar una hernia umbilical, ante la auscultación hay presencia de perístasis, ante la percusión no se encuentran datos relevantes debido a que son negativos.

RECTO

Tiene presencia de varices rectales.

SISTEMA MUSCOLOESQUELÉTICO

Puede realizar todo tipo de movimientos articulares, pero ante la palpación se refiere dolor en la región lumbar L4 debido a una hernia discal que cuando se encuentra en la etapa agudizada genera inestabilidad, limitación del movimiento, deambulación y actividades rutinarias.

3.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Los signos vitales valorados por la tarde, a las 3:00 pm, indican una tensión arterial de 138/86mm/Hg; una frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto y un pulso (frecuencia cardíaca) de 78 pulsaciones por minuto, su temperatura corporal es de 36.3°C. No presenta cianosis peribucal ni acrocianosis. Sus vías aéreas están permeables, sin presentar ninguna dificultad al respirar. El llenado capilar ungueal es de 3 segundos. El cuarto donde el habita tiene una adecuada ventilación. Refiere que nunca ha tenido problemas respiratorios; solo congestión nasal y rinorrea hialina cuando se enferma de gripa; además que menciona no padecer de infecciones respiratorias frecuentes no padece de infecciones respiratorias frecuentes. Presenta toxicomanías, tales como tabaquismo, fuma desde los 15 años de edad y la cantidad varía según su estado de ánimo y va de 3 cigarros al día a 8 si se encuentra muy ansioso. Comenta que cuando está ansioso o estresado por alguna situación, su respiración se siente agitada. Su casa es pequeña, cuenta con buena ventilación. Es sedentario generalmente; esporádicamente practica caminatas por la mañana teniendo una duración de aproximadamente 40 minutos, refiere que no alcanza a realizarlo diario debido a sus horarios de trabajo. Su casa está muy bien ventilada, contando con un patio que está

descubierto. Cocina con gas y nunca ha empleado leña para hacerlo. De todas las personas con quienes convive, es el único que fuma en su casa. Comenta que cuando está ansiosa, molesta o estresada por alguna situación en particular, su respiración no se altera.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Pesa 95 kilogramos y tiene una talla de 1.76 metros. Su índice de masa corporal es de 30.6 kg/m². No refiere tener dificultad para deglutir, le faltan 2 piezas dentarias, que fueron sustituidos por placa. Su dieta es normal, consumiendo un café y una pieza de pan para el desayuno; pollo o pescado asado, carnes rojas, verduras y agua fresca o natural para la comida; y fruta tiene un consumo bajo de las mismas, para la cena es un vaso de leche con cereal. Menciona que realiza cuatro comidas al día, con un valor nutricional bueno, más no el adecuado para su enfermedad. Refiere que sí consume alimentos en la calle; no se enferma de diarreas ni padece estreñimiento. Dice que tiene horarios establecidos para comer. No tiene periodos de ayuno prolongado. En cuanto a la ingestión de líquidos, el usuario toma agua natural diario, consumiendo aproximadamente una cantidad promedio de dos litros y medio. Ingiere ocasionalmente bebidas gaseosas como Coca Cola ingiriendo aproximadamente 300 mililitros. Refiere el usuario que su ingesta de bebidas alcohólicas es de dos cervezas 2 días a la semana. Los alimentos que son de su preferencia son las legumbres y la carne de cerdo en cualquier

presentación, hace mención de que no es de su agrado aquellos alimentos que son muy grasosos, y que no acepta los alimentos muy dulces.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Urinaria: Orina según su ingesta de líquidos, predominando de 6 micciones al día y 2 por la noche, no teniendo ninguna molestia para hacerlo, con chorro a una misma presión durante la micción, refiere que cada que orina logra el vaciamiento total de su vejiga, que su hábito urinario no le incomoda en su estilo de vida.

Intestinal: Comenta que suele tener dificultad para evacuar en algunas ocasiones debido a que padece de varices rectales. Evacua 3 veces a la semana, con una formación normal de las heces fecales, y con una coloración café claro, con una consistencia semisólida. Niega algún trastorno intestinal, no utiliza ningún laxante. Refiere que si ha tomado fibra para ver si mejora la actividad intestinal.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Al momento de la exploración se observa que tiene modificaciones en la marcha, mostrando deterioro para su movilidad física; usa faja diariamente. No se evidenció hipotonía muscular ni falta de movilidad articular. Señala que en casa realiza todas las actividades por el mismo y que solo cuando se encuentra con inflamación lumbar presenta dolor y

prefiere tener reposo ya que presenta dificultad para deambular; no obstante, dice que su enfermedad lo limitó un poco para hacer las tareas arduas, tales como cargar objetos pesados o realizar esfuerzos grandes. Como ejercicio esporádico, realiza caminata dominical, mínima 40 minutos. Comenta que el tipo de calzado que usa son tenis bastante cómodos o aquel que le sea no sintético.

5. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

Está vestido con un pantalón de mezclilla y una camisa holgada. En casa, no necesita de la ayuda de nadie para vestirse ni desvestirse. Usa lo que tiene para vestir, elige por sí misma su forma de vestir. Sabe adecuar su vestimenta de acuerdo a la estación del año: usa prendas ligeras (blusas y faldas) en épocas de calor, y ropa abrigadora (chamarras y pantalones) en invierno. Generalmente viste con pantalones o shorts, y playeras tipo polo cómodas; el tipo de zapato que usa son zapato cerrado. Se ve que usa las prendas adecuadas de acuerdo a su edad, además de que es muy cuidadoso de su aspecto, la cual es limpia y agradable

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DESCANSO

Me comenta que normalmente sale de su casa al trabajo a las seis de la mañana y regresa a las 5 de la tarde, y que posterior a su alimentación toma una siesta que dura aproximadamente 30 minutos, con mención de que no satisface su necesidad de

descanso. Presenta ojeras y bostezos. Comenta que esporádicamente hay días en los que se puede dedicar una hora extra para ver alguna película.

SUEÑO

El usuario tiene un horario de sueño de 11:30pm a las 5:00am teniendo 5:30 horas para dormir, comentando que se le dificulta conciliar el sueño debido a que en su habitación tiene una televisión y su esposa la mantiene prendida durante toda la noche y hace mención que siente que ese es un factor que le impide conciliar con facilidad el sueño, no toma ningún medicamento inductor del sueño.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Su temperatura corporal axilar es de 36.5 °C; no tiene datos de hipertermia ni hipotermia. No se encuentra diaforético. Señala no tener sensibilidad excesiva al frío ni al calor. Dice protegerse de los cambios ambientales bruscos de temperatura, que en épocas de frío se abriga con chamarras.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

El usuario refiere que realiza baño de regadera diario, así como el cepillado de dientes lo realiza dos veces al día, es importante hacer mención de que cuenta con placa móvil la cual la aseá posterior al lavado de dientes. No tiene uso de hilo dental. Sus encías se muestran saludables. Sus dientes frontales superiores e inferiores tienen presencia de una

coloración amarillenta por el consumo de tabaco, no hay presencia de halitosis.

El lavado de manos lo realiza antes y después de comer, de ir al baño, cuando se ven aparentemente sucias, al llegar a su casa.

Refiere que se afeita dos veces a la semana, tratando de cuidar su aspecto personal. Y corte de cabello cada tres semanas.

Corte de uñas de manos y pies cada semana tratando de mantenerlas limpias, el padece pie de atleta y onicomicosis en uñas de los pies.

La turgencia de su piel es anormal, por la resequedad; acostumbra usar crema hinds solo en los pies y manos porque si no le produce exceso de sudoración. Tiene un olor corporal agradable, y su cuerpo se muestra aseado. Suele usar desodorante axilar.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Señala no ser alérgico a nada. Su esquema de vacunación está incompleto de acuerdo a su edad le hace falta la aplicación de toxoide tetánico su refuerzo y la ministración de este año de influenza. Refiere consumir alcohol ocasionalmente, tabaco positivo, drogas negativas. Identifica las medidas de seguridad, de prevención de accidentes y de

actuación en siniestros. Dice tener en casa: alcohol, gasas y medicamentos en un pequeño botiquín

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

El señor tiene un estado civil de casado por 33 años y vive con su esposa, y dos de sus hijas que son solteras. Refiere que ahora su mayor preocupación es solventar los gastos económicos y deudas de su casa, juega el rol de jefe de familia, comenta que si platica con su familia sobre sus preocupaciones; mi paciente habla de manera clara muestra dificultad para observar de lejos por sus facies.

11. NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A LAS CREENCIAS Y VALORES

Lleva con él una cadenita con un crucifijo del Señor de la Salud, su religión es católica y refiere ir a misa todos los domingos con su familia; los principales valores que comparten él y su familia son el respeto, solidaridad, honestidad, alegría humildad, etc..

12. NECESIDAD DE REALIZACIÓN Y ESTIMA

Su ocupación actual es pintor de casas, comenta estar satisfecho con el rol que tiene, aunque corre riesgos como lastimarse y afectar su estado de salud.

13. NECESIDAD DE RECREACIÓN

Cuando tiene tiempo libre sale con su familia a caminar o ir de visita con algunos familiares; le gusta jugar o participar en eventos sociales.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

El señor tiene un nivel de educación de primaria completo, comenta que dejó de estudiar por falta de recursos económicos; su memoria es buena recuerda con claridad sucesos de su vida desde que era muy pequeño, presenta interés por resolver problemas de salud.

3.3 ANALISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

DATOS SIGNIFICATIVOS	GRADO DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • SEDENTARISMO • ALIMENTACION INADECUADA • DEFICIT DE ACTIVIDADES LUDICAS • MODIFICACIONES EN SU MARCHA. • DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO • ANSIEDAD • ESQUEMA DE INMUNIZACION INCOMPLETO • OBESIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> • PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD • PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD • PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD • PARCIALMENTE DEPENDIENTE • PARCIALMENTE DEPENDIENTE • PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD • PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE VOLUNTAD

3.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES

NECESIDADES AFECTADAS	ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • NUTRICION E • HIDRATACION • MOVERSE Y • MANTENER BUENA POSTURA • DESCANSO Y SUEÑO • EVITAR PELIGROS 	<ul style="list-style-type: none"> • NUTRICION E • HIDRATACION • MOVERSE Y • MANTENER BUENA POSTURA • DESCANSO Y • SUEÑO • EVITAR PELIGROS

3.5 PLANEACION, FUNDAMENTACION, EVALUACION DE CUIDADOS

Riesgo de glicemia inestable (00179) relacionado con conocimientos deficientes del manejo de diabetes mellitus II. Dominio 2 clase (NANDA 2012-2014;81)

OBJETIVO GENERAL

Establecer un régimen terapéutico que favorezca un nivel adecuado de glucosa en sangre.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Orientar al usurario y familia acerca de los cuidados generales sobre su patología, mediante la aplicación diaria.

Realizar un régimen terapéutico, mediante la un plan de alimentación

Modificar estilo de vida, mediante la ayuda de su familia y por voluntad para que mejore su calidad de vida.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Orientación acerca de la patología. Favorecer la aceptación a su enfermedad.	En la mayoría de las ocasiones los pacientes diabéticos desconocen la trascendencia de las complicaciones de dicha patología, así como de los datos fisiológicos que nos indican alteración, es por ello que se les debe dar promoción a la salud para evitar daños secundarios. (HALL, 2015)	El paciente ante diversas preguntas demostró comprender un noventa por ciento de la información proporcionada, comenzó con resistencia a la información pero, tras hablar de todo lo que implica cualquiera de las complicaciones comenzó a concientizarse.

<p>Tomar estudios de laboratorio de control y curva de tolerancia a la glucosa.</p> <p>Fomentar el autocontrol de niveles glicémicos.</p>	<p>El desarrollo de equipos de determinación domiciliar de la glucosa y tiras reactivas ha simplificado la determinación de glucosa por parte de los pacientes diabéticos permitiendo tener un seguimiento terapéutico y una simplificación de la atención domiciliar de los mismos. (ERB, 2013)</p>	<p>Por medio de la educación para la salud, el usuario comprendió la importancia de este hábito, externando enseguida que no se le dificulta la realización de esta práctica, más sin embargo por cuestiones de tiempo en su trabajo no le tomaba la trascendencia a dicha actividad. Se compromete a realizarlo tal como fue indicado.</p>
<p>Enseñar al paciente la importancia del aseo bucal</p>	<p>La diabetes puede ser una amenaza para la salud oral. Por ejemplo, hay un mayor riesgo de inflamación de las encías (gingivitis) en las personas con mal control de la glucosa. La gingivitis, a su vez, es una causa importante de pérdida de dientes y también puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares. (DUELL, 1996)</p>	<p>Se educó al usuario sobre la higiene oral y su trascendencia como medio de prevención de complicaciones.</p>
<p>Instruir acerca de la importancia de la</p>	<p>La ministración de los hipoglucemiantes</p>	<p>El usuario logró su independencia con</p>

<p>ministración adecuada de los hipoglucemiantes.</p>	<p>donde el usuario tiene la posibilidad de controlar su tratamiento, siguiendo de manera ambulatoria las indicaciones que fueron prescritas por su médico. (GOMEZ, 2004)</p>	<p>apoyo de su familia consistiendo este en la observación de la ingesta de los hipoglucemiantes hasta lograr la identificación de los mismos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el seguimiento del régimen dietético al paciente y familia. 	<p>Una terapia medica nutricional es una modalidad de tratamiento reconocida para procesos patológicos tanto agudos como crónicos es por ello que para que la farmacoterapia tenga un resultado favorable, debe de ir acompañado de una dieta individualizada según las necesidades del paciente. (HALL, 2015)</p>	<p>La familia apoyo demasiado en este proceso ya que no lo dejaron solo y mostraron empatía con la alimentación que el llevaba, para que fuera menos tormentosa la adaptación.</p>

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición e hidratación

DIAGNOSTICO DOMINIO 1: Promoción a la salud **CLASE 2:** Gestión de la salud

Disposición para mejorar la nutrición (00163) manifestado con expresión verbal de deseos de mejorar la nutrición.
(NANDA 2012-2014 Pág. 70)

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan alimenticio que vaya de acuerdo a sus requerimientos dietéticos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Examinar hábitos alimenticios, por medio de la reflexión.
Organizar tiempos para tomar sus alimentos, mediante la formación de un horario.
Evitar ayunos prolongados y sobre ingesta, mediante la aplicación del plan terapéutico

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Analizar alimentación actual, y tiempos en que se alimenta. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Explicar el propósito de la dieta Informar al paciente a llevar un diario de comidas. Enseñar al paciente a planificar comidas adecuadas.	En los usuarios diabéticos, es fundamental que se lleve un control de glucosa en sangre para evitar las complicaciones, el realizar un plan alimenticio con apoyo de un nutriólogo es de vital importancia, la dieta del diabético según la FID dice que debe ser dividida en 5 tiempos con tres (GRIMM, 2006)	Se revisó el estilo de vida y su alimentación, sin embargo en una alimentación variada se observa que su jornada laboral le generan ayunos prolongados, el paciente se implementaron medidas familiares para que pueda implementar una dieta balanceada en quintos.

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener buena postura

DIAGNOSTICO DOMINIO 1: Promoción a la salud CLASE 1 Toma de conciencia de la salud.

Estilo de vida sedentario (00168) relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico manifestado por verbalización de una rutina diaria con falta de ejercicio físico. (NANDA2012-2014 Pág. 152.)

OBJETIVO GENERAL

Educar al usuario acerca del impacto de la actividad física para control de peso y otros beneficios a su salud mediante diversas intervenciones independientes de enfermería

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Informar al paciente del propósito y beneficios de la actividad física

Enseñar al usuario a que tenga una rutina de ejercicios en lo posible.

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad física prescrita.	La actividad física también es importante para el bienestar general y puede ser beneficiosa en el caso de muchos otros problemas de salud. (C., 1996)	Se valoró en un inicio al usuario y su actividad física habitual era solamente realizar caminatas esporádicas dominicales. Por lo que su resistencia era pobre.

NECESIDAD AFECTADA: Recreación

DIAGNOSTICO: DOMINIO 4 CLASE 2

Déficit de actividades recreativas (00097) relacionado con estilo de vida desprovisto a las actividades recreativas manifestado por expresión verbal de que son muy pocas las cosas en las que se puede distraer. (NANDA 2012-2014 Pág.120)

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un organigrama de actividades para hacer espacio al área recreativa

OBJETIVO ESPECIFICO

Destinar un tiempo específico para recrearse, por medio de un organigrama de actividades

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.• Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes en sus capacidades físicas, psicológicas y sociales• Explicar los beneficios para una variedad de modalidades sensoriales.	Los juegos recreativos para adultos son actividades pensadas para fomentar una serie de valores de una forma divertida y amena. Que favorecen para mejorar la confianza en sí mismo, la comunicación con los demás, aprender a resolver conflictos o a mejorar la coordinación con equipo de trabajo. (DUELL, 1996)	Se cumplió con los objetivos deseados, ya que por medio de la constancia se logró que el usuario aceptara convivir y compartir con su familia actividades lúdicas, haciendo un espacio dentro de sus actividades diarias. Mediante la conversación con el usuario se percibe que existe cierta rigidez mental hacia las actividades lúdicas ,finalmente logra superar la motivación con ayuda de su familia

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener buena postura

DIAGNOSTICO DOMINIO 4 Actividad/ Reposo CLASE 2 Actividad/
Reposo

Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con patología lumbar manifestado por modificaciones en la marcha. (NANDA 2012/2014 Pág. 226)

OBJETIVO GENERAL

Apoyar al usuario a corregir su marcha mediante rehabilitación lumbar y acciones interdependientes de enfermería

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fortalecer la fuerza muscular del usuario para disminuir el impacto en columna lumbar

Educar al usuario acerca de higiene y mecánica postural.

Orientar al paciente acerca de la aplicación de los medios físicos para control de dolor.

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Colaborar con fisioterapeuta ocupacional en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.	La fisioterapia tiene por objetivo disminuir el dolor de la espalda, incrementar su funcionalidad y que el fisioterapeuta provea un programa de mantenimiento para prevenir futuras recaídas. El realizar los ejercicios adecuados puede ser la diferencia entre una recuperación y el dolor crónico. (Gallego, 2007)	Se trabajó en colaboración con su fisioterapeuta y traumatólogo para armar su plan de ejercicios.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Enseñar al usuario a aplicar en su vida cotidiana las diferentes técnicas de mecánica corporal para evitar lesiones.</p>	<p>La mecánica corporal trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculo esquelético junto con el sistema nervioso, es por ello que una posición correcta permite disminuir el gasto de energía muscular, así como prevenir complicaciones musculo esqueléticas, favoreciendo su independencia basándose en sus principios de alineación corporal. (GOMEZ, 2004)</p>	<p>Aprendió el usuario a realizar las técnicas de mecánica corporal a su vida cotidiana, y se comprobó mediante la observación de su aplicación.</p>
<p>Desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir fortaleza, flexibilidad, y resistencia e incorporarlos en su vida diaria.</p>	<p>Existen diferentes tipos de ejercicios para reforzamiento muscular los cuales se clasifican en ejercicios para fijar cuádriceps, ejercicios para fijar glúteos así como impulsos hacia arriba en posición sentada, impulsos hacia arriba en posición prona. (LIEBENSON, MANUAL DE REHABILITACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL , 2008)</p>	<p>Se le genero un plan de rehabilitación diario donde se le programaba 30 minutos destinados para hacer sus ejercicios intra-domiciliarios.</p>

<p>Enseñar la utilización de calor para control de dolor.</p>	<p>La ministración de medios físicos tienen efectos fisiológicos, el calor se aplica al organismo en busca de un efecto como analgesia, desinflamando. (GOMEZ, 2004)</p>	<p>Se elaboró una bolsa térmica para facilitar su aplicación, refiere el usuario que percibe gran disminución de la molestia.</p>
<p>Colaborar con el tratamiento farmacológico y asistencial prescrito por su traumatólogo</p>	<p>El tratamiento en una hernia discal principalmente es un periodo corto de reposo acompañado de analgésicos y antiinflamatorios seguidos de fisioterapia. (LOIS, 2004)</p>	<p>Se obtuvo un resultado inmediato favorable, al inicio el usuario cursaba con una lumbalgia por su hernia modificando su marcha como medio de compensación, sin embargo con el tratamiento farmacológico y fisioterapéutico refiere el usuario sentir un alivio notable.</p>

NECESIDAD AFECTADA: COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO DOMINIO 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés
CLASE 2 Respuestas de afrontamiento.

Ansiedad (00146) relacionada con problemas económicos manifestado irritabilidad, nerviosismo. (NANDA 2012-2014 Pág.351)

OBJETIVO GENERAL

Disminuir el grado de ansiedad por medio de acciones independientes de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Disminuir ansiedad por medio de planificación de ingresos y egresos de la economía familiar.

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Escucha activa	La escucha activa es una técnica y estrategia específica de la comunicación humana es en sí, un término que define una serie de comportamientos y actitudes que preparan al receptor, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuestas (ERB, 2013)	Con el usuario se implementaron diversas técnicas para control del estrés y la que me funciono fue la escucha activa ya que permitió al usuario sentir la empatía de mi parte y externan sus preocupaciones para que entre los dos buscáramos soluciones.
Crear un ambiente terapéutico	<p>La relación terapéutica como una relación entre personas, en la que hay roles definidos y una intencionalidad. El personal de salud se propone promover la salud y el paciente, acepta la ayuda.</p> <p>Esta relación propicia un ambiente de confianza y facilita la comunicación por ende la colaboración del usuario con su tratamiento. (RICON, 2001)</p>	<p>Por lo tanto logre esa relación paciente enfermera con ese ambiente de confianza el usuario aprendió a utilizar diferentes métodos de relajación y autocontrol del estrés.</p>

<p>Enseñar al paciente a que prepare un ambiente tranquilo</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación</p>	<p>Existen diversas técnicas que permiten al individuo mejorar su estado de relajación. Algunos de los métodos pueden ser efectuados por el propio individuo como los ejercicios de respiración diafragmática, visualización entre otros. (LOIS, 2004)</p>	<p>El usuario logro aprender a manejar su estrés económico y a propiciar un ambiente tranquilo que le permita relajarse y reincorporarse integro a sus actividades cotidianas.</p>
<p>Implementar un plan económico para la familia</p>	<p>Administrar el hogar no se reduce únicamente a la administración del dinero; implica también administrar los recursos y el tiempo. Tomarte un tiempo para organizar tu casa, tus gastos y los recursos que puedes aprovechar, puede hacer la diferencia entre vivir estresada o tener la tranquilidad de lograr tu independencia financiera sigue estos prácticos consejos: 1. Lleva un registro de tus gastos, 2. Haz un presupuesto de gastos y apégate a tus planes, 3. Comienza un pequeño almacén familiar, 4. Delega asignaciones de aseo y ayuda en el hogar. (PONCE, 1992)</p>	<p>Se hizo una reunión con la familia nuclear del paciente para darles una idea de cómo se pensaba manejar su aspecto financiero y como eso ayudaría en la tranquilidad de su paciente, así como su colaboración dentro de dicho plan para que se puedan obtener resultados</p>

NECESIDAD AFECTADA EVITAR PELIGROS

DIAGNOSTICO: DOMINIO 1 Promoción a la salud CLASE 2 Gestión de la salud.

Disposición para mejorar el estado de la inmunización (00186) manifestado por expresión verbal de mejorar el registro de las inmunizaciones. (NANDA 2012/2014 Pág. 155)

OBJETIVO GENERAL

Completar el esquema de vacunación del usuario de acuerdo a su edad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Aplicar toxoide tetánico al usuario para completarle el esquema de vacunación según su grupo etario

Educar al usuario acerca de sus próximas vacunas

Instruir al usuario acerca de la importancia de la prevención específica.

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Revisar los registros de inmunizaciones en su cartilla para complementar esquemas. Procurar el consentimiento informado para la ministración de las vacunas. Completar esquema. Programar las inmunizaciones	La cartilla nacional de salud es un documento médico legal existiendo una diferente por cada grupo etario, en el cual contiene una serie de acciones de salud propias de dicho grupo, donde hace mención cuáles son esas actividades que el usuario debe realizar para mantenerse sano, evitar enfermedades, educación para la	Se le aplicó un refuerzo de Td, en la región deltoides con técnica intramuscular profunda, dándole orientación acerca de su próxima dosis, contra que enfermedades está protegido, y efectos secundarios normales del biológico, así

próximas intervalos adecuados.	a	salud, protección específica, diagnóstico oportuno y tratamiento de enfermedades (PUBLICA, 2008)	como medidas para controlar sintomatología
Explicar que un retraso en la administración en serie no significa que haya que comenzar el programa desde el principio otra vez		Las vacunas que el usuario debe tener aplicadas de acuerdo a su riesgo por el grupo etario es Toxoide tetánico (Td) e Influenza.(SALVERAGIO, 2008)	Se le orienta acerca de la dosis pendiente de influenza haciéndole mención de las fechas de campaña de vacunación contra dicha patología, el usuario se compromete a la aplicación de dosis subsecuentes.

NECESIDAD AFECTADA EVITAR PELIGROS

DIAGNOSTICO DOMINIO 1 Promoción a la salud CLASE 2 Gestión de la salud.

Gestión ineficaz de la propia salud (00078) relacionado con déficit de conocimientos manifestado por elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud. (NANDA 2012/2014 Pág. 157)

OBJETIVO GENERAL

Fomentar en el usuario el autocuidado mediante intervenciones independientes de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes

Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Considerar su cultura al fomentar actividades de autocuidado</p> <p>Alentar la independencia en su tratamiento.</p> <p>Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</p> <p>Orientar al usuario acerca de su patología y sus medicaciones.</p>	<p>La adopción del autocuidado como estrategia para ser utilizada durante la vejez armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud en términos del desarrollo de aptitudes personales, y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud. (GOMEZ, 2004)</p> <p>El ambiente terapéutico se propicia por la relación entre personas, en la que hay roles definidos y una intencionalidad. El personal de salud se propone promover la salud y el paciente, acepta la ayuda. Esta relación propicia un ambiente de confianza y facilita la comunicación por ende la colaboración del usuario con su tratamiento. (RICON, 2001)</p>	<p>El usuario estaba mal acostumbrado por cuestiones culturales de su familia en donde se tenía la creencia de que la mujer es la que debe saber acerca de lo relacionado con las medicinas, en base a platica continua e insistencia se logró la comprensión de la importancia que él sea autosuficiente con su tratamiento.</p> <p>Sirvió bastante la comunicación asertiva que tengo con mi paciente para que quisiera colaborar.</p>

<p>Evaluar la capacidad del paciente para ministrarse los medicamentos el mismo.</p>	<p>La educación para la salud es “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. (RICON, 2001)</p>	<p>Se le otorgo educación para la salud, enseñándole desde que es su patología hasta las ventajas de cuidarse y se mostró alentado y entusiasta. Durante el tiempo que trabaje con él se hizo independiente para la auto ministración de sus hipoglucemiantes.</p>
--	---	--

NECESIDAD AFECTADA NUTRICION E HIDRATACION

DIAGNOSTICODOMINIO 2 CLASE 1

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) relacionado con aporte excesivo con relación a la actividad física manifestado por peso superior en un 20% al ideal según su talla y constitución corporal. (NANDA 2012/2014 Pág. 176)

OBJETIVO GENERAL

Ayudar al usuario a que tenga una alimentación acorde a su talla y complejión para lograr la disminución ponderal de peso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada

Fomentar sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.

Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y el modo de satisfacerlas.

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Realizar la somatometría del paciente semanalmente</p> <p>Tener registro de peso semanal, para tener vigilado la pérdida gradual de peso.</p>	<p>Es el conjunto de técnicas para obtener medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona. Las dimensiones corporales son: longitud, peso y perímetros. (GOMEZ, 2004)</p> <p>La pérdida y aumento de peso en un paciente que no es acorde a su edad y talla implica trastornos en su salud. Obesidad significa tener un exceso de grasa en el cuerpo. Se diferencia del sobrepeso, que significa pesar demasiado. El peso puede ser resultado de la masa muscular, los huesos, la grasa y/o el agua en el cuerpo. Ambos significan que el peso de una persona es mayor de lo que se considera saludable según su estatura. (ERB, 2013)</p>	<p>Al realizar la valoración y la toma de somatometría se encontró que el usuario tenía dimensiones por arriba del percentil esperado, con un IMC que nos marca obesidad tipo 2</p> <p>Se realizó la toma de peso semanalmente para ver su evolución con aquellas actividades que fueron encaminadas para control de peso, nutrición y actividad física, durante estos tres meses se logró solamente que disminuyera 5 kilos, por lo que estamos viendo resultados favorables en base a mis objetivos, el usuario se compromete a la continuación con esa rutina para alcanzar su peso ideal.</p>

<p>Ayudar a ajustar su alimentación según su estilo de vida y nivel de actividad física.</p> <p>Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</p> <p>Explicar el propósito de la dieta</p>	<p>Una dieta para diabético contiene alrededor de 50-60% de carbohidratos, 25-30% de grasas y 15 a 20% de proteínas. (ASSOCIATION, 1998)</p> <p>El objetivo de la dieta es llegar a un peso ideal o saludable y con ello lograr el control de la enfermedad sin comprometer su salud. En algunos casos, cuando hay una dieta apropiada se pueden reducir las dosis de los medicamentos que ayudan a controlar los niveles de glucosa. (HALL, 2015)</p>	<p>La dieta se llevó a cabo tal como la indico el nutriólogo y acompañado de actividad física, al parecer el paciente domina actualmente toda esta información y sabe adaptarla a sus necesidades.</p>
---	---	--

NECESIDAD AFECTADA DESCANSO/ SUEÑO

DIAGNOSTICO : DOMINIO 4 Actividad y reposo CLASE1
Sueño y reposo

Trastorno del patrón del sueño (00198) relacionado con ruidos externos manifestado por expresión verbal de insatisfacción del sueño. (NANDA 2012/2014 Pág. 219)

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y cantidad del sueño mediante acciones independientes de enfermería

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Inducir al usuario al sueño fisiológico través de la aplicación de diferentes técnicas de relajación

Brindar un ambiente de confort, libre de estímulos externos

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Observar y registrar el esquema y número de horas del paciente.</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama</p> <p>Otorgar al usuario un ambiente de confort</p>	<p>Siempre se ha dicho que la calidad de vida depende de la calidad del sueño, esto realmente es cierto, los problemas de insomnio, además de afectar su salud, afectan sus relaciones personales, maritales y laborales es por ello que, lo más apropiado es que el individuo realice actividades totalmente distintas a lo que ha sido la actividad del día y que se relaje.</p> <p>Normas de higiene del sueño. Cuidar el dormitorio para que se asegure que es un lugar seguro, confortable, tranquilo y relajado.</p> <p>Elegir la cama, la ropa de cama y el colchón cuidadosamente. En lo posible aislarse de estímulos externos (ruido y luz), ventilar y humidificar el dormitorio. (DUELL, 1996)</p>	<p>Se planeó con el usuario la posibilidad de que por medio de mis intervenciones el pudiera tener un sueño con mayor calidad y cantidad. El de inmediato se interesó y colaboro conmigo, comenzamos con la deducción de sus hábitos de descanso posterior con la realización de un plan.</p> <p>Como el agente causal del insomnio que el mencionaba era ese se le planteo que antes de disponerse a dormir siga las normas de higiene del sueño. Se tuvieron que implementar medidas en su dormitorio para favorecer el descanso</p>
<p>Sugerir al paciente una ducha caliente antes de ir a la cama</p>	<p>Cualquier sensación agradable o desagradable para realizar una actividad</p>	<p>Posterior a una semana de adaptación el usuario refiere si</p>

<p>Se le realiza la aplicación de aromaterapia para la inducción del sueño</p>	<p>el ser humano debe ignorar el ambiente (tener confort). (HALL, 2015)</p> <p>Es una rama especializada de la medicina alternativa que utiliza extractos vegetales concentrados llamados aceites esenciales para mejorar la salud física y mental.. (Gallego, 2007)</p>	<p>sentir mejoría, y una sensación de descanso al levantarse.</p> <p>Con la técnica de aromaterapia no fue de agrado del usuario por lo cual la suspendimos inmediatamente</p>
--	---	--

NECESIDAD AFECTADA: ELIMINACION

DIAGNOSTICO

Riesgo de estreñimiento (00015) relacionado con presencia de varices rectales.

(NANDA 2012/2014, Pág. 204)

OBJETIVO GENERAL

Evitar estreñimiento mediante una dieta rica en fibra

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Instruir al paciente y familia acerca de cómo llevar una dieta rica en fibra para minorar el esfuerzo durante la evacuación.

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento para que se tenga una intervención oportuna.

Fomentar la ingesta de líquidos

PLANEACION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Explicarle la etiología del problema y las razones para intervenirlo oportunamente.</p> <p>Vigilar la existencia de buen peristaltismo</p> <p>Instruir al usuario acerca de los procesos digestivos normales.</p> <p>Identificar agente causal del estreñimiento.</p> <p>Instruir al paciente acerca de aquellos alimentos ricos en fibra o con efecto ablandador.</p>	<p>En una persona estreñida, la acción muscular normal del colon no funciona apropiadamente; el movimiento peristáltico se detiene temporalmente, o funciona muy lentamente. También el colon puede estar deshidratando las heces en exceso. (GRIMM, 2006)</p> <p>El sedentarismo, es decir, la falta de actividad física tanto en las actividades de la vida diaria como en las laborales, académicas o de tiempo libre. (C., 1996)</p>	<p>Mis objetivos se cumplieron en su totalidad el paciente al terminar de trabajar con él, tiene conocimientos suficientes acerca del tipo de alimentación que debe de tener para evitar el estreñimiento,</p>
<p>Instruir al usuario acerca de la relación de dieta, ejercicio, ingesta de líquidos con estreñimiento.</p> <p>Orientar al paciente acerca del riesgo de estreñimiento que tiene.</p> <p>Enseñar al paciente principios de la educación intestinal</p>	<p>La hidratación insuficiente también puede agravar la situación. La ingesta de agua y alimentos ricos en fibra evita el estreñimiento, es importante valorar forma en que se ingiere, o los horarios, por lo que debemos prestar atención a este punto. (C., 1996)</p>	<p>Incrementó su ingesta de líquidos, incremento la actividad física, mejoró su alimentación en relación, evita el sedentarismo y aprendió a realizar ejercicio para evitar educar el intestino</p>

APARTADO IV

4.1 CONCLUSIONES

Hoy en día la enfermera juega un papel crucial en la atención otorgada a los usuarios independientemente de su edad, sexo, cultura y condición, apoyándoles a ellos desde la promoción a la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno o bien en su caso rehabilitación a aquellos usuarios incapacitados o pacientes en situación terminal. Es por ello que, enfermería necesita un cuerpo de conocimientos propios con fundamentación teórica, un paradigma y necesidad de una metodología propia como lo es el proceso enfermero, así como también una taxonomía que nos es brindada por la NANDA.

En realidad el realizar este proceso de enfermería me dejó una gran experiencia por que se obtienen resultados inesperados, y me permitió de alguna manera tener más palpables los resultados gracias a la cercanía que tenía con mi paciente. Como pudieron observar el usuario tuvo una notable evolución y con ello su familia mejoro y aprendieron como mejorar su estilo de vida repercutiendo así, en aumentar su calidad de vida. Es por ello que agradezco a todas las personas que hicieron posible este trabajo.

4.2 PLAN DE ALTA

El día 30 de Agosto se da por concluido la realización de los cuidados de enfermería al usuario R.P.O con diabetes mellitus tipo II, hernia discal a nivel de L4 y déficit en el autocuidado. Obteniendo los siguientes resultados:

- Riesgo de glicemia inestable (00179) relacionado con conocimientos deficientes del manejo de diabetes mellitus II.

Al comprender la información el usuario, ha modificado su estilo de vida, siendo representado en sus cifras de glucemia dentro de los parámetros normales. Se sugiere al usuario que siga teniendo cuidado en su higiene oral con fin de evitar complicaciones futuras.

- Disposición para mejorar la nutrición (00163) manifestado con expresión verbal de deseos de mejorar la nutrición.

Se logró implementar de manera familiar un plan alimenticio para favorecer el cumplimiento de sus requerimientos calóricos, según su patología. La familia colabora favorablemente.

- Estilo de vida sedentario (00168) relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico manifestado por verbalización de una rutina diaria con falta de ejercicio físico.

El usuario R.P.O tolero favorablemente su nuevo organigrama en el cual se le implemento actividad física diaria que fue aumentando su frecuencia e intensidad.

- Déficit de actividades recreativas (00097) relacionado con estilo de vida desprovisto a las actividades recreativas manifestado por expresión verbal de que son muy pocas las cosas en las que se puede distraer

A través de los nietos del usuario es como se logra la lluvia juegos familiares que le gustarían realizar, me apoye con juegos de mesa y recursos materiales para la realización de diferentes actividades recreativas como dibujo, pintura, domino, se mostró feliz con una actitud más despejada mientras jugaba con su familia.

- Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con patología lumbar manifestado por modificaciones en la marcha.

Aprendió el usuario a realizar las técnicas de mecánica corporal a su vida cotidiana, y se comprobó mediante la observación de su aplicación.

- Ansiedad (00146) relacionada con problemas económicos manifestado irritabilidad, nerviosismo.

Se logró una buena relación paciente enfermera, con ese ambiente de confianza el usuario aprendió a utilizar diferentes métodos de relajación y autocontrol del estrés.

- Disposición para mejorar el estado de la inmunización (00186) manifestado por expresión verbal de mejorar el registro de las inmunizaciones.

Se logró completar el esquema del usuario según su grupo etario, comprometiéndose a continuar con las próximas dosis.

- Gestión ineficaz de la propia salud (00078) relacionado con déficit de conocimientos manifestado por elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

El usuario logro mejorar su autocuidado de tal manera que el identifica ahora perfectamente sus medicamentos y se encuentra comprometido con su familia y el mismo a cuidarse.

- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) relacionado con aporte excesivo con relación a la actividad física manifestado por peso superior en un 20% al ideal según su talla y constitución corporal

El usuario durante los tres meses de trabajo logro perder 5 kilos por lo cual continua trabajando para lograr tener un índice de masa corporal dentro de los parámetros normales.

- Trastorno del patrón del sueño (00198) relacionado con ruidos externos manifestado por expresión verbal de insatisfacción del sueño.

Mediante la aplicación de diversas técnicas el usuario sabe ahora proporcionarse un ambiente apto para el descanso, y la variedad de

técnicas de relajación para mantenerse en óptimas condiciones mediante el descanso.

- Riesgo de estreñimiento (00015) relacionado con presencia de varices rectales

El usuario implemento una dieta rica en fibra y eso mejoro su evacuación intestinal, se le sugiere que continúe con esa dieta para evitar la exacerbación de sus varices rectales u otras posibles complicaciones.

APARTADO V

5.1 BIBLIOGRAFIA

- 1) 1 ASSOCIATION, A. D. (1998). DIABETES MELLITUS AND EXERCISE
DIABETES CARE. *ASOCIACION AMERICANA DE DIABETES*, 21,40-
44.
- 2) BARRERA, S. R. (2004). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 3RA
EDICION*. MEXICO DF : MANUAL MODERNO .
- 3) C., B. (1996). *ESTILO DE VIDA Y ESTANDAR DE VIIDA* . MEXICO D.F.:
FONDO DE CULTURA.
- 4) CADENA, G. (2004). *DESARROLLO CIENTIFICO DE ENFERMERIA* .
MEXICO : ENFERMERIA CLINICA .
- 5) DUELL, S. F. (1996). *ENFERMERIA BASICA Y CLINICA*. MEXICO DF:
MANUAL MODERNO .
- 6) ERB, K. Y. (2013). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 9ª EDICION VOL
1* . MADRID, ESPAÑA : PEARSON EDUCACION .
- 7) Gallego, T. (2007). *BASES Y FUNDAMENTOS DE FISIOTERAPIA 1ª
EDICION* . MEXICO D.F.: PANAMERICANA .
- 8) GOMEZ, S. R. (2004). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 3ª EDICION* .
MEXICO DF.: MANUAL MODERNO .
- 9) GRIMM, H. K. (2006). *ATLAS DE NUTRICION* . MEXICO DF:
PANAMERICANA .
- 10) HALL, P. S. (2015). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA* . S.L. ESPAÑA :
ELSEVIER .
- 11) ISSERBACHER. (1979). *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* . MEXICO
D.F. : INTERAMERICANA .
- 12) KARCHEMER. (1989). *HISTORIA DE LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
EN MEXICO* . MEXICO DF: REVISTA PERINATOLOGIA .

- 13) KILDUFF TS, L. E. (2008). *EXPRESION DEL SISTEMA NEUROLOGICO* . CANADA: GENETICA MOLECULAR .
- 14) LIEBENSON, C. (2008). *MANUAL DE REHABILITACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL* . MEXICO DF: MANUAL MODERNO.
- 15) LIEBENSON, C. (s.f.). *MANUAL DE REHABILITACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL* .
- 16) LOIS. (2004). *MANUAL DE FISIOTERAPIA Y ORTOPEDIA* . MEXICO DF: MANUAL MODERNO .
- 17) LOPEZ, L. (1987). *ENFERMERIA SANITARIA* . MEXICO : INTERAMERICANA .
- 18) M, G. (1996). *DIAGNOSTICO ENFERMERO PROCESO Y APLICACION TERCERA EDICION* . BARCELONA : MOSBY/ DOYMA .
- 19) M.T., L. R. (2003). *REVISION CRITICA Y GUIA PRACTICA DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS* . BARCELONA : MASSON .
- 20) MARIE, F. E. (1961). *DESARROLLO HISTORICO DE LA ENFERMERIA* . MEXICO, DF: LA PRENSA MEDICA MEXICANA .
- 21) MARTINEZ. (1985). *SOCIOLOGIA DE UNA PROFESION* . MEXICO : CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATIVO MEXICO .
- 22) PONCE, A. R. (1992). *ADMINISTRACION MODERNA*. MEXICO DF: LIMUSA.
- 23) PUBLICA, S. D. (2008). *MANUAL DE INMUNIZACIONES* . MEXICO DF: SSA.
- 24) PURATA, B. (2004). *HOLISMO ESENCIA DEL CUIDADO* . MEXICO : DESARROLLO CIENTIFICO DE ENFERMERIA .
- 25) R., A. L. (2003). *APLICACION DEL PROCESO ENFERMERO* . BARCELONA: MASSON.
- 26) RICON, L. (2001). *LA RELACION TERAPEUTICA*. MEXICO DF: POLEMOS EDITORIAL .

- 27) ROBERT, P. (s.f.). *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA TOMO 1*. MEXICO : MCGRAW-HILL.
- 28) SALVERAGIO, F. J. (2008). *INMUNIZACIONES*. TEXAS: UNIVERSIDAD DE TEXAS.

5.2 ANEXOS

GUIA DE VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____

Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ Ocupación:

_____ Escolaridad: _____ Fecha de admisión:

_____ Hora: _____ Procedencia: _____

Fuente de información: _____ Fiabilidad: (1-4):

_____ Miembro de la familia / persona significativa:

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____

Dolor asociado con la respiración: _____

Fumador: _____

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

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva o seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

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

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia

alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas7secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo: _____

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

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:
_____ Uso de laxantes: _____ Hemorroides:

Dolor al defecar/menstruar/orinar:
_____ Cómo influyen las emociones

en sus patrones de eliminación: _____ Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siestas: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

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

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros:

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

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

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

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

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

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

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

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente del hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

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

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____

Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola:

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

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

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia _____ religiosa:

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

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

Otros:

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: ____

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

Objetivo

Estado emocional calmado /ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/ Eufórico: _____

Otros:

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: _____

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: