

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL**

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

**NOMBRE DE LA OPCIÓN
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

TITULO DEL TRABAJO

OBESIDAD EN PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

NOGUEZ PEÑA MARIA GUADALUPE

**DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO
LIC. ENF. NORMA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ**

CIUDAD DE MÉXICO, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: OBESIDAD EN PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD

Elaborado por:

2.	<u>NOGUEZ</u>	<u>PEÑA</u>	<u>MARIA GUADALUPE</u>	Núm. de cuenta: <u>308708613</u>
3.	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 06 de noviembre de 2018

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Norma María Sánchez Martínez

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCIÓN INSTITUCIONAL
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quisiera agradecer a mi asesora profesora Norma María Sánchez Martínez por su constante orientación, comentarios y sugerencias en cada una de las etapas de este PAE. Su atención, plena dedicación y conocimientos.

A mis padres y familia por estar siempre apoyándome en cada momento, aunque pasamos por muchas dificultades para poder terminar este trabajo confiaron plenamente en mí.

Y a toda esa gente que siempre me estuvo apoyando ayudando salir adelante alentándome, y aquí los resultados un poco tarde, pero con dedicación y esfuerzo se pudo concluir.

GRACIAS.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. JUSTIFICACIÓN

III. OBJETIVOS

3.1 General

3.2 Específicos

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinar 1

4.2 El cuidado como Objeto de Estudio 5

4.2.1 Concepto 5

4.2.2 Antecedentes 6

4.2.3 Tipos de cuidado 10

4.3 Teoría de Enfermería

4.3.1 Concepto, objetivos y clasificación 11

4.3.2 Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería 12

4.3.3 Teoría de Virginia Henderson 13

4.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma

4.4.1 Concepto 19

4.4.2 Objetivo 21

4.4.3 Descripción de Etapas 21

4.5 La persona

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales 44

4.5.2 Enfermedades más frecuentes 50

4.5.3 Descripción del padecimiento 52

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación de caso clínico 60

5.2 Resultados de valoración 62

5.3 Priorización de Diagnósticos de Enfermería 70

5.4 Plan de cuidados de Enfermería	75
CONCLUSIONES	121
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXOS	124

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad. Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos¹.

En el presente trabajo se hablará acerca de la obesidad tomando como referencia a paciente femenina de 57 años, casada, con un peso de 95 kilogramos y una talla de 1.53 metros.

El trabajo se desarrolló en 4 etapas, se aplica valoración a la paciente, se detectan necesidades y se jerarquizan, detectando que el problema real y prioritario es la obesidad.

Se elabora el marco teórico acerca del tema de obesidad para poder dar un mejor cuidado, así mismo saber cuáles son los principales factores relacionados a la obesidad que afectan a la paciente y poder diseñar un plan de cuidados adecuado a sus necesidades afectadas dando un mejor resultado para su cuidado.

Se aplicarán las intervenciones realizadas de acuerdo a sus necesidades y así mismo dar seguimiento para valorar la evolución de la paciente en cuanto a la disminución del peso y cambio de hábitos alimenticios y al incremento de ejercicio cotidiano.

¹NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

II.JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos.

Podrán participar en el tratamiento integral de la obesidad otros profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, quienes deberán de prestar sus servicios en beneficio del paciente.

Todos estos avances y cambios conceptuales precisan de un impulso sistematizado del conocimiento de la enfermedad y sus diferentes expresiones fenotípicas y de un esfuerzo en la caracterización clínica completa de la obesidad y sus comorbilidades. De tal forma que los profesionales estemos en condiciones de realizar una selección, diversificación y priorización de abordajes terapéuticos, cirugía incluida, y un mejor estudio de los posibles agentes farmacológicos potencialmente útiles para que la investigación multidisciplinar y traslacional sea crucial en cuya enseñanza sistemática e integral.

El proceso de Enfermería (PAE) se dirige a identificar las diferentes causas y factores que conllevan a la obesidad.

En primer lugar, abarcaremos el aspecto teórico de la obesidad en adultos el cual tiene una relevancia social ya que este padecimiento constituye uno de los mayores problemas en adultos y en el país siendo que es el segundo lugar con mayor prevalencia en obesidad.

Por su parte la relevancia práctica se encuentra estrechamente los diagnósticos e intervenciones de enfermería para así brindar a los familiares y a la paciente la opción de integrarse a una vida normal.

III. OBJETIVOS

GENERAL

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería en una paciente adulta con obesidad grado III grave (o mórbida) con la finalidad de brindar intervenciones de enfermería encaminados al cambio de hábitos alimenticios y aumento de la actividad física, redundando en la disminución de peso y una mejor calidad de vida.

ESPECÍFICOS

- Realizar valoración del paciente utilizando el modelo de Virginia Henderson.
- Identificar necesidades alteradas.
- Establecer Diagnósticos de Enfermería utilizando el formato NANDA.
- Jerarquizar los Diagnósticos de Enfermería.
- Elaborar plan de cuidados de acuerdo a los diagnósticos identificados.
- Aplicar las intervenciones en el paciente tomando en cuenta recursos humanos y materiales.
- Evaluar resultados obtenidos y estados de salud del paciente.
- Proponer un plan de alta que contribuya a mantener la mejora de la salud del paciente.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERIA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La enfermería como profesión se consolidó a partir de 1860, año en que Florence Nightingale inició el proceso de reforma y creó la primera escuela modelo de enfermería en el hospital Santo Tomás de Londres. La enseñanza sistemática y prolongada constituyó una innovación en la preparación de la enfermería durante esa época e inició la práctica profesional.

Antes de la reforma de Nightingale, la práctica de la enfermería se basaba en reglas, principios, tradiciones y en la experiencia. El desarrollo profesional de la enfermería no tiene más de 130 años, por lo que se debe continuar tenazmente con los esfuerzos reformadores de Nightingale, que sentaron las bases para el desarrollo de valores y marcos teóricos de la enfermería.

Continuar con este proceso implica producir e incorporar cada vez más conocimientos científicos. Los conocimientos de enfermería que se generaron alrededor de 1950 han sido incorporados a los modelos conceptuales.

Sin embargo, todos los modelos que se conocen han sido diseñados con la rigurosidad científica requerida. La única condición es que, como marco o sistema conceptual el modelo sea capaz de caracterizar a la enfermería como disciplina.

Concepto de disciplina

La división del conocimiento en disciplinas o dominios separados proviene de dos tendencias, que se han reforzado mutuamente al extenderse a través del tiempo.

La primera tendencia surgió de la inclinación del hombre por separar y clasificar los elementos que lo rodean para conocerlos y conceptualizarlos.

La otra tendencia, de naturaleza psicológica, es el resultado de la propensión de los científicos a circunscribir intelectualmente el campo de sus investigaciones.

Una consecuencia de estos es que el científico se hermane con su campo particular, lo que explica la enorme gama de definiciones del término disciplina.

Desde el punto de vista epistemológico, una disciplina tiene sus propios antecedentes en cuanto a educación, formación, procedimientos, métodos y áreas de contenido. Este término se emplea en el mismo sentido que el de ciencia, aunque disciplina conlleva la noción de enseñar una ciencia.

La ciencia es un importante elemento de la cultura espiritual, la forma superior de los conocimientos humanos. Es un sistema de conceptos en continuo desarrollo, cuya veracidad se comprueba y demuestra a través de la práctica profesional.

Sus características son las siguientes:

- a) Es un conjunto de hipótesis, teorías y leyes que conforman el conocimiento científico y se manifiestan mediante conceptos, juicios y razonamientos.
- b) Los conceptos, juicios y razonamientos están ordenados de acuerdo con reglas lógicas que, al enlazar los conocimientos de manera coherente, conducen a conocimientos nuevos dentro de un orden predeterminado.
- c) El orden aplicado a los conceptos, juicios y razonamientos da por resultado un sistema de ideas. Por tanto, la ciencia no es la suma de conocimientos o una simple aglutinación de juicios, sino un enlace coherente de los conocimientos para obtener nuevas conclusiones.
- d) La coherenciada a la ciencia la categoría de pensamiento científico y es posible su transmisión.

Entre transmisión del conocimiento científico, o disciplina como actividad de enseñanza, y la ciencia como actividad de investigación, hay ciertamente una diferencia. Esta resulta, en parte, del habitual “retraso científico” entre el último estado de los hallazgos de la investigación y lo que se está enseñando.²

² Victoria Moran Aguilar, Alba Lily Mendoza Roble. Modelos de Enfermería. Octubre 1993; 1º edición; 158; 15-17.

Enfermería como disciplina

La enfermería como disciplina aplicada, se inscribe en la epistemología filosófica y en los paradigmas de la ciencia general, que explican e implican la construcción y validación de los modelos teóricos, teorías, métodos y tecnologías que constituyen el cuerpo científico de esta disciplina.

La enfermería se caracteriza por un conjunto de conocimientos que le dan trascendencia a su objeto de estudio, es decir el cuidado; un método, el cual tiene unicidad con la singularidad de cada sujeto y un lenguaje científico.

1. Se han establecido formas de conocimiento propias:

En enfermería se propone cuatro formas de conocimiento que son: el empírico, ético, estético y personal.

- El empírico, alude al desarrollo teórico a partir del trabajo empírico, generando interrogantes sobre la práctica del cuidado teorizado, que permiten la indagación, reflexión, explicación e interpretación a través de metodologías como la inducción a la deducción.
- El ético o conocimiento moral, guía la práctica de la enfermería, permite indagar las formas en que las personas asumen valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor, la autoestima.
- El estético, el arte de la enfermería es la resultante de la interacción de la enfermera y la persona, en donde la enfermera hace abstracciones de la realidad de la persona, esta última, hace una percepción de sí misma para significar dicha realidad para darle sentido a sus necesidades.
- El personal, considera lo subjetivo, interpersonal, existencial, la experiencia interior, apropiada total, consciente y auténtica, en donde se reconocen las actitudes, aptitudes, capacidades y potencialidades que tienen las personas que cuidan para reconocer de la misma manera a las personas cuidadas como un todo, entender sus experiencias, el significado que le dan a su situación personal.

2. El conocimiento se funda en los paradigmas científicos.

El desarrollo del conocimiento de la enfermería se fundamenta en la epistemología contemporánea y en sus formas metodológicas de los paradigmas de la investigación científica. En ese sentido, se identifican tres tradiciones o paradigmas de la ciencia que han tenido y tienen importancia e influencia en la construcción disciplinar de la enfermería: el paradigma positivista o empírico analítico, el interpretativo o fenomenológico, y el sociocrítico o humanista.

El positivismo fue acuñado en el siglo XIX por August Comte, para designar el conocimiento científico, punto culminante del saber humano. El positivismo afirma que en la realidad existe un orden único que tiende al progreso indefinido de la sociedad.

Paradigma interpretativo se halla en el interés de los teólogos protestantes del siglo XVII, en demostrar como de la lectura directa de la biblia podría extraerse su sentido (exegesis) sin mediar la interpretación de la jerarquía eclesial. También se conoce como cualitativo, fenomenológico, humanista. Naturalista o etnográfico. Ha surgido como alternativa al paradigma positivista, no pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiando, mas bien dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación (creencias intenciones, motivaciones, interpretaciones, significados para los actores sociales), interpreta y evalúa la realidad no la mide, es decir, no le interesa el mundo sino la forma en que el conocimiento del mundo se da.

El paradigma sociocrítico o humanista, dada su naturaleza analítica y transformadora, se centra en el análisis de la función que tiene la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas, y su vinculación con el poder.

3. Los conceptos básicos de la enfermería sustentan la disciplina y la profesión.

Se empieza a profundizar en el análisis y reflexión epistemológica de las implicaciones de la enfermería, el cuidado como objeto de estudio y de jerarquía estructural del conocimiento de la enfermería contemporánea.

4.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

4.2.1 Concepto

Cuidado etimológicamente significa del latín “cura” cuidado solicitud, del latín “cogitare” pensar, prestar atención (a alguien), poner solicitud (en algo). “Es, ante todo, un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dignas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca”. El cuidado es la clave de la profesión, en el origen de las prácticas de cuidados: su influencia en la práctica de enfermería, como nos lo dice Colliere, “cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe se desarrolle y de este modo, luchar contra la muerte del individuo, del grupo de la especie.

El constante error mantenido entre lo que es el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos hace que estos últimos sean abusivamente denominados “cuidados” lo que hace pensar que solo los tratamientos representan la acción terapéutica la antigua expresión de “cuidarse” demuestra que no se trata de luchar contra la enfermedad, si no de vincularse aquello que vive, estimulándolo y facilitando las condiciones, se puede vivir sin tratamiento, pero no se puede vivir sin cuidados.

Los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida en relación con la vida del grupo, asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano y al que es una de las más antiguas expresiones para la historia dl mundo: cuidar de, era cuidar de las mujeres del parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos pero también de los muertos. Todo esto daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas

de los instrumentos de caza, pieles; más tarde de la cosecha de los animales domésticos, etc.³

4.2.2 Antecedentes

La historia de la enfermería se remonta a mediados del siglo XIX, a través de Florencia Nightingale se empieza a identificar las actividades propias de la enfermería. En su libro notas de enfermería nos enseñó que uno de los roles más importantes de la enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe según su curso en el paciente; más de cien años han transcurrido desde entonces y el valor de esta visión sigue aún latente. Los escritos de Florence Nightingale reflejan el cuidado ofrecido aquellos que sufrían las consecuencias de la guerra de Crimea. Nightingale articuló uno de los mayores focos de la enfermería moderna: la conceptualización del entorno y su efecto sobre el paciente. Nightingale trató por primera vez de diferenciar entre enfermería y medicina. Ella argumentó que estas disciplinas tienen una perspectiva, la enfermera no necesita que el medio ambiente ejerza sobre el enfermo.

Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están influenciados por eventos religiosos y militares; la enfermería profesional se inicia en Londres Inglaterra con la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860 en el hospital H. Tomas, aunque en Europa en el siglo XVII ya se daba entrenamiento a las mujeres que atienden a los enfermos. Fue en Alemania en la escuela de las diaconisas de Kaiserworth donde Florencia se enteró.

En Francia la primera escuela de enfermería profesional se establece en el hospital de Salpetriere.

En Estados Unidos de Norteamérica se fundan las escuelas consideradas como pioneras en la formación de enfermeras; la del hospital de mujeres en Filadelfia en 1861 y el hospital de mujeres y niños de Nueva Inglaterra atendido por mujeres

³Colliere M. (1995). Promover la Vida, Madrid: interamericana McGraw-Hill.

médicas. Uno de los objetivos fundamentales fue hasta 1872 cuando se establece un programa formal de un año.

En México existió una gran crisis a finales del siglo XIX debido a la expulsión de las órdenes religiosas, se acentúan más las crisis en la atención hospitalaria ya que esta quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación sin otra motivación que la remuneración.

Por acuerdo en 1898 del presidente Porfirio Díaz se crea la primera escuela práctica y gratuita de enfermeras la cual se estableció en el hospital de maternidad e infancia.

Fue el Dr. Eduardo Liceaga quien trajo de Estados Unidos enfermeras que pudieran organizar y dirigir una escuela de enfermería en el hospital General de México. Las enfermeras Rose Crowder y Rose Warden fueron las primeras en organizar la escuela de enfermería en México. La escuela de enfermería se inaugura dos años después el 9 de febrero de 1907 en reglamento se establece que la carrera fuera de tres años.

La enfermería ha tenido cambios en la estructura de sus planes de estudio y ha venido desarrollándose paulatinamente desde considerarla como una profesión técnica, hasta la formación de la licenciatura en enfermería impartida en las universidades sin olvidar que se formó en diferentes etapas:

a) Etapa doméstica

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, por este motivo en esta primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano.

Estas etapas del cuidado se denominan doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada en este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la

mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

b) Etapa vocacional

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del cristianismo la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de esa época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de dios.

Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.

Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación a excepción de la religiosa. La enfermera de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

c) Etapa técnica

Los cuidados se relacionan con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad.

Hace especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político permite el inicio de la profesionalización.

d) Etapa profesional

Por último, aborda como se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento.⁴

Según Colliere “encontrar el sentido original de los cuidados es fundamental para la enfermería, ya que, en todas las sociedades del mundo, independientemente de la evolución tecnológica con la que cuentan, los cuidados de la vida cotidiana siguen siendo indispensables. La función de cuidar, que no depende de la práctica médica, sino que requiere del juicio y de las decisiones profesionales”.

El cuidado requiere de una reflexión disciplinar; reconocer la necesidad del carácter científico constitutivo del mismo y la explicación de fenómenos relacionados con el cuidado, es necesaria la reflexión acerca del lenguaje con el que se construyen dichas explicaciones.

El cuidado, además de entenderse como el objeto de estudio, es también una cualidad implícita a la cultura que se expresa en el individuo, la familia y la sociedad, debe ser concebido dentro de categorías y relaciones compartidas entre comunidades de investigación. Es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico que la enfermera realiza con el propósito de desarrollar sus potencialidades.

La persona sujeta de estudio y de cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual; cuenta con un bagaje cultural, sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias, las prácticas de su cultura y por ende, su salud.

⁴Catalina Garcia Martin- Caro, María Luísa Martínez Martín. (2007) Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, Madrid. Elsevier, Ed. Harcourt.

4.2.3 Tipos de cuidados

El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. Se diferencian de acuerdo con las funciones de la vida.

- **Care:** cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- **Cure:** cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno (Colliere, 1996).

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica, ya que cuando prevalecen los cuidados de cure (curación), se van aniquilando progresivamente los cuidados de care y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, pues se descuida también su afectividad, espiritualidad.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

4.3.1 Concepto

Una teoría es una articulación coherente, organizada y sistemática de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina que son comunicadas en una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de descubrir, explicar, predecir, o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.

Una teoría es una serie de conceptos definiciones, relaciones o suposiciones que proyectan una visión objetiva y sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa.⁵

Chinn y Jacobs (1987) define la teoría como: “Conjunto de conceptos y proposiciones que resaltan una visión sistemática de fenómenos designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el propósito de describir, explicar, predecir y/o controlar fenómenos”.

Una teoría enfermera es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería expresados con el propósito de describir, explicar, predecir y/o prescribir un cuidado enfermero.

4.3.1.1 Objetivos:

- Orientar y guiar a la práctica profesional.
- Ofrece a las enfermeras una perspectiva para considerar las situaciones del cliente, una forma de organizar los datos y un método para analizar e interpretar la información.
- Permite a la enfermera planificar y poner en práctica los cuidados de enfermería.

⁵ Ann Marrier Tomey y Martha Raile A. (2007) Modelos y Teorías en Enfermería. Quinta y sexta edición.

- Da conocimientos suficientes para perfeccionar las prácticas diarias mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.
- Proporcionar autonomía profesional, así como identidad.

El desarrollo de la ciencia enfermera, con sus modelos conceptuales y su teoría es la actividad meticulosa. La teoría es el objetivo de todo trabajo científico; teorizar es un proceso central en todos los empeños científicos, y el pensamiento teórico es esencial en todas las profesionales.

Las enfermeras necesitan una base teórica para ejemplificar la ciencia y el arte de la profesión cuando persiguen la salud y el bienestar de sus clientes, ya que un individuo, la familia o una comunidad.

4.3.1.2 Clasificación:

- **Grandes teorías:** Son complejas y tienen un gran ámbito, estas no pretenden ofrecer una guía para una intervención enfermera, concreta si no el esquema estructural para grandes ideas abstractas.
- **Teorías de nivel medio:** Estas tienen un enfoque más limitado que la gran teoría y más amplio que la micro-teoría, no es tan grande como para ser relativamente inútil para explicar situaciones de la vida real.
- **Micro teoría:** Son las teorías menos complejas y las más específicas, son un conjunto de enunciados teóricos, habitualmente hipótesis que tratan de fenómenos muy definidos.

4.3.2 Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguirla calidad en los cuidados y la calidad de vida.

4.3.3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

El modelo conceptual de V.Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

*Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar

según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

* Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

* Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

* Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.

- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

V.H. afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- N. de respirar.
- 2.- N. de beber y comer.
- 3.- N. de eliminar.
- 4.- N. de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- N. de dormir y descansar.
- 6.- N. de vestirse y desvestirse.
- 7.- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- N. de evitar los peligros.
- 10.- N. de comunicarse.

11.- N. según sus creencias y sus valores.

12.- N. de ocuparse para realizarse.

13.- N. de recrearse.

14.- N. de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es en la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

METAPARADIGMA

Comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo⁶

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

⁶(Definición del Websters New CollegiateDictionary 1961

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA SANA O ENFERMA.

4.4.1. Concepto

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica,

organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación, de ejecución y la evaluación.

¿Cuáles son sus características?

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

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

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

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo: al mismo tiempo que valora los recursos, 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 para acordar y lograr objetivos comunes.

4.4.2 Objetivo

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin esto no debe construir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana”.

La enfermera al aplicar el proceso podrá experimentar satisfacciones al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo pues emplea “principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.

4.4.3. Descripción de etapas.

Las etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo.

Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

1. Valoración: esta fase incluye la recopilación de datos de la persona- sus necesidades y problemas- y las respuestas humanas- limitaciones, incapacidades, etc.- que se producen ante ellos. La validación y la organización de los datos, según clasificaciones conceptuales.

2.- Diagnóstico: En esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los Diagnósticos de enfermería.

3.- Planificación: es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación.

4.- Ejecución: es la etapa de puesta en práctica del Plan de cuidados.

5.- Evaluación: las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y la idea de globalidad.

Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser, el expediente clínico, revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

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

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recolección de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.

- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

1. Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

I. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

II. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recolección sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

III. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece la Institución de salud. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones.
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista se concretaran las cualidades que debe tener un entrevistador: **empatía, calidez, concreción, y respeto.**

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal. Pero no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos. Implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

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

La exploración física:

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

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

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

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

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

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

Diagnóstico

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas:

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

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

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

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo.

Permite

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
-
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

- **Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorecer la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta diagnóstica o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes

en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:
 - **F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos):** shock, anorexia nerviosa
 - **F. de Tratamiento** (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - **De medio ambiente** como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - **Personales**, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - **F. de Maduración:** paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos se establecerá que pueden ser de cinco tipos, que son: reales, de riesgo o potencial, de bienestar, posibles y síndrome.

- **Diagnósticos de enfermería reales:** Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.
- **Diagnósticos de enfermería de riesgo o potencial:** Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

- **Diagnósticos de enfermería posibles.-** Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería.

Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, no se reconoce propiamente como un diagnóstico de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería posibles, evolucionan a:

- Un diagnóstico de enfermería, real o de riesgo.
 - Su resolución, al descartar la existencia de un diagnóstico de enfermería.
- **Diagnósticos de enfermería de bienestar.-** Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla. La NANDA los define como "*un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado*".

En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente:

- Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos del cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

- **Diagnósticos de enfermería de síndrome.-** Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya

presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome.

Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que se está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

Estructuración del diagnóstico de enfermería

Los diagnósticos de enfermería se enuncian según el formato **PES**:

P = Problema de salud, que se corresponde con la etiqueta diagnóstica.

E = Etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.

S = Sintomatología, constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.

Cada una de estas partes se enlaza con las otras mediante unos vínculos para constituir el enunciado diagnóstico completo:

Problema de salud relacionado con (r/c) Etiología y manifestado por (m/p) Sintomatología.

Dependiendo del tipo de diagnóstico que se trate, se enuncian con una, dos o tres partes:

- **Diagnósticos de enfermería reales**, su enunciado consta de las tres partes:

Problema de salud + Etiología + Sintomatología.

Ejemplo:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos m/p ausencia de medidas para reducir los factores de riesgo en el progreso de la enfermedad.

- **Diagnósticos de enfermería de riesgo**, su enunciado consta de las dos primeras partes:

Problema de salud + Etiología

Ejemplo:

Riesgo de impotencia r/c reducción de la autoestima.

- **Diagnósticos de enfermería posibles**, su enunciado consta de las dos primeras partes:

Problema de salud + Etiología

Ejemplo:

Posible trastorno de la imagen corporal r/c conductas de aislamiento posquirúrgicas.

- **Diagnósticos de enfermería de bienestar**, su enunciado consta sólo de la primera parte:

Problema de salud

Ejemplo:

Disposición para aumentar el bienestar espiritual.

- **Diagnósticos de enfermería de síndrome**, su enunciado consta sólo de la primera parte:

Problema de salud

Ejemplo:

Síndrome de desuso.

Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta

fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.⁷

Etapas en el Plan de Cuidados

1. **Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

⁷Carpenito (1987) e Iyer (1989).

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

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

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

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

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

Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

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

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

Evaluación

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

este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.⁸

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

⁸Griffith y Christensen (1982).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

4.5 LA PERSONA

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.

HOFFMAN, (1996) menciona que uno de los factores que influyen en el desarrollo es la situación de las personas dentro de su ciclo de vida. Cuando hablamos del ciclo de vida, lo dividimos en las siguientes etapas: lactancia, infancia, adolescencia, adultez inicial, adultez madura y senectud o vejez. Aunque esta división nos parezca normal, no es compartida por todas las sociedades contemporáneas, ni siquiera por nuestra propia sociedad en épocas anteriores.

Algunas sociedades dividen la vida en tres periodos (infancia, niñez y vida adulta) o sólo en dos (infancia y vida adulta). La forma en que los individuos de una sociedad contemplan el ciclo de la vida depende en gran parte de su sistema social y económico, ejemplo durante la Edad Media la infancia duraba hasta los 7 años; entonces el joven empezaba a trabajar con los adultos. Algunas pautas biológicas parecen tener sentido el momento del nacimiento separa la gestación de la lactancia, la pubertad separa la niñez de la adolescencia. Los eventos sociales también actúan como marcadores del periodo de vida.

El asumir roles de adulto en el trabajo o matrimonio marca el fin de la adolescencia y marca el comienzo de la vida de adulto, mientras que la pérdida de tales papeles, como el retiro del trabajo, son igualmente significativos pues marca el inicio de la senectud. También pueden emplearse los acontecimientos cognitivos la capacidad de hablar marca el final de la etapa de lactancia para iniciar la infancia, la madurez en el razonamiento separa la infancia de la adolescencia.

Nuestra inconsistencia en la selección de los marcadores de periodos en la vida pone de relieve un hecho acerca del desarrollo en el que la mayoría de los psicólogos están de acuerdo. La edad cronológica es una manera deficiente de dividir el ciclo de la vida, y es en los mayores en los que menos útil resulta. Los marcadores biológicos, cronológicos y sociales coinciden aproximadamente con

las principales fases de la vida, pero comúnmente ocurren simultáneamente. De todos modos, al hablar del desarrollo parece conveniente utilizar cinco periodos cronológicos, que más o menos corresponden a nuestra cultura.

El periodo de lactancia empieza en el nacimiento y comprende hasta aproximadamente 2 años de edad.⁹

El segundo periodo es la infancia desde los 2 años hasta la niñez tardía de unos 12 años.

El tercer periodo es la adolescencia que comienza con la pubertad que es el final de la infancia y el inicio de la adolescencia comprende de los 12 a los 20 años.

El cuarto periodo es la adultez inicial que abarca de los 20 a los 40 años.

Es durante el comienzo de la vida adulta que abarca de los 20 a los 40 años, que alcanzamos el punto de máximo desempeño físico.

El quinto periodo es la adultez madura que abarca de los 40 a los 60 años de edad.

La mediana edad va aproximadamente de los 40 a los 60 o 65 años, pero el lapso varía según las reacciones individuales a diversos indicios sociales, físicos y psicológicos. Aunque algunos sienten mayor control sobre su vida que nunca antes, otros sufren varias crisis físicas y emocionales y creen que se trata de un período de declinación. En unos y otros hay un sentimiento de que el tiempo vuela y la conciencia de que tal vez jamás se almacenan las metas anteriores.

La forma en que la gente reacciona a la llegada de esa edad determina que sea un período de transición o crecimiento o bien de crisis de la mitad de la vida.

⁹Coon y Mitterer, 2010

Para muchos adultos, en la mediana edad hay un “momento de la verdad” cuando el espejo refleja nuevas arrugas, un vientre protuberante, el cabello en retirada o unas sienes canosas que ya no se ven distinguidas, sino deprimentes.

Las habilidades físicas se nivelan y aparecen los primeros signos de envejecimiento. Algunas funciones orgánicas comienzan a declinar y ocurren cambios internos. Es posible reducir muchos de los efectos desagradables del envejecimiento con ejercicio, dieta y buenos hábitos de vida.

La madurez es un período en el que a menudo aparecen por primera vez enfermedades y desórdenes. Tanto hombres como mujeres tienen una incidencia más elevada de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria.

Además ocurren algunos sucesos biológicos evidentes, como la pérdida de agudeza visual, la menopausia o –para los hombres– la necesidad de más tiempo para lograr la erección, pueden requerir un cambio en la autoimagen o las actividades del individuo e incorporarlas en un estilo de vida satisfactorio.

En la mediana edad tiende a ocurrir cierto declive físico o deterioro. Esta declinación comprende las habilidades sensoriales y motoras, lo mismo que el funcionamiento interno del organismo.

Hay cambios sensoriales asociados con la mediana edad. La visión tiende a ser casi constante desde la adolescencia hasta los cuarenta o comienzos de los cincuenta años, cuando la agudeza disminuye con más rapidez.

La audición comienza a perder la finura después de los 20 años y sigue declinando, lo que causa particulares dificultades para recibir los sonidos de alta frecuencia.

La sensibilidad al gusto, olfato y dolor disminuye en diferentes momentos de esta época, si bien es más paulatina e imperceptible que los problemas visuales y auditivos. La sensibilidad a los cambios de temperatura se mantiene alta.

Otras funciones biológicas, como el tiempo de reacción y las habilidades sensoriomotoras, tienden a descender. El tiempo de reacción crece con lentitud durante la madurez y luego más rápido en la vejez. Las habilidades motoras menguan, pero el desempeño real se mantiene constante, quizá por la práctica y la experiencia prolongadas.

Además, ocurren cambios internos, el sistema nervioso empieza a volverse lento en particular después de los 50 años. El esqueleto se anquilosa y encoge un tanto durante el curso de la madurez. La piel y los músculos empiezan a perder elasticidad y hay la tendencia a acumular más sustancias grasas, en especial en áreas como el vientre.

La capacidad pulmonar también decrece; como la resistencia depende de la cantidad de oxígeno que reciben los tejidos orgánicos, la gente puede no ser capaz de realizar tanto trabajo pesado en la madurez.

El cambio interno más radical de las mujeres consiste en la menopausia, suceso que tiene variadas implicaciones físicas y psicológicas. El término climaterio se refiere a los muy complejos efectos orgánicos y emocionales que acompañan a los cambios hormonales en la mediana edad. En las mujeres, pues, estas transformaciones comprenden la menopausia, el cese de la menstruación que marca el fin de los años de maternidad.

En los hombres pasan por un cambio en la actividad sexual. Algunas transformaciones se deben a factores fisiológicos, en particular el nivel de andrógenos, las hormonas que determinan los caracteres sexuales masculinos.

Los cambios fisiológicos y psicológicos de la mediana edad afectan el funcionamiento sexual de hombres y mujeres. La forma en que uno responda a esas transformaciones ejerce un gran influjo sobre el grado de satisfacción sexual.

La mediana edad también está marcada por algunos cambios en el funcionamiento cognoscitivo. Algunos investigadores dividen la inteligencia en dos grandes áreas: la fluida, la de las habilidades empleadas sobre todo para aprender

nuevas tareas, incluyendo memorización, razonamiento inductivo y detección de relaciones perceptuales, que alcanza su apogeo en la adolescencia y declina paulatinamente durante la madurez, y la inteligencia cristalizada, que se basa en el conocimiento acumulado y la experiencia, y que aumenta conforme se envejece.

La gente mayor puede resolver problemas mejor que los jóvenes si puede servirse de su experiencia. Los expertos, jóvenes o viejos, poseen una memoria selectiva y bien organizada con la que analizan y resuelven los problemas de manera eficaz. Los ancianos compensan con ambos elementos la declinación de una habilidad particular.

Estudios longitudinales han indicado que con la edad se da cierta declinación en las funciones cognoscitivas, pero que es mucho más tarde y solo en ciertas áreas de la inteligencia. De hecho, algunos aspectos de ésta parecen crecer durante la edad mediana, en especial entre los adultos con educación universitaria que siguen dedicados al trabajo y la vida activa.

Se ha supuesto que la inteligencia fluida crece hasta el final de la adolescencia y luego declina poco a poco durante la madurez. También se cree que iguala la eficiencia e integridad del sistema nervioso.

En contraste, la inteligencia cristalizada es la que viene con la experiencia y la educación, y se basa en los conocimientos y la información acumulados por años. Es la capacidad de hallar relaciones, hacer juicios, analizar problemas y emplear las estrategias aprendidas para encontrar solución a los problemas.

A diferencia de la fluida, la cristalizada suele aumentar con los años en tanto la gente se mantenga alerta y capaz de asimilar y registrar información.

En la madurez está asumir las responsabilidades civiles y sociales adultas; establecer y mantener un nivel adecuado de vida; ayudar a los adolescentes a convertirse en adultos independientes, y otras más. Para no estancarse, la gente debe interesarse en la generación más joven y en el mundo que le heredarán.

Y el sexto periodo senectud o vejez abarca de los 60 años en adelante. El periodo de la vejez ha sido objeto de muchos estereotipos y medias verdades. Aunque en efecto hay problemas físicos, intelectuales y psicológicos, los individuos difieren en cuanto a condición física y habilidades cognoscitivas. La salud y el vigor físico van disminuyendo lento pero sostenidamente.

La vejez es el periodo de vida que abarca de los 65 años en adelante, incluye 4 décadas de vida, desde el anciano joven (el que está en sus sesenta) hasta el muy viejo (en sus noventa y más). Individuos en sus sesenta, saludables, activos y recién retirados, pertenecen a una cohorte diferente y tienen necesidades muy distintas de las de los frágiles ancianos de la generación de sus padres.

En general, los adultos a los sesenta siguen involucrados muy cerca de sus familias y amistades, pero algunos comienzan a enfrentarse a menores ingresos, pérdida de amigos y cónyuge y el desvanecimiento de la fuerza física; algunos en los sesenta años experimentan un mundo social más reducido y pueden enfermar; quienes se hallan en sus ochenta y noventa años tienden a retirarse del mundo y es más probable que sean delicados y tengan más problemas crónicos de salud.

Existen cambios paulatinos, sufren problemas de salud o interrupciones en su vida cotidiana, existe declinación sensorial y orgánica, muchos sufren declive en sentidos como oído y vista, los sentidos se vuelven menos eficientes tardan más en percibir estímulos y en algunas fallas orgánicas pulmones, riñones, etcétera. El cuerpo cambia de numerosas formas durante la vejez, en particular en la apariencia, los sentidos, los músculos, los huesos y la movilidad, así como órganos internos.

4.5.2 Enfermedades más frecuentes

Enfermedades o padecimientos crónicos más comunes son el asma, la bronquitis, diabetes, desordenes nerviosos y mentales, artritis, reumatismo, hipertensión, enfermedades coronarias, estrés, osteoporosis, deterioro de la vista y el oído, disfunción de los sistemas circulatorios, digestivo y genitourinario.

La muerte en la edad adulta parece prematura durante las últimas dos décadas y se ha duplicado.

Las cinco causas principales de mortalidad entre los 45 y 65 años son el cáncer, las enfermedades cardíacas, apoplejía, lesiones accidentales, obstrucción pulmonar crónica y trastornos afines.

El asma

El asma es una enfermedad episódica, con exacerbaciones agudas que alteran con periodos libres de síntomas. La mayoría de los ataques son de corta duración y después de ellos, la recuperación clínica suele ser completa. El asma es una entidad que se caracteriza por hiperreactividad bronquial. Es inherente al individuo, y condiciona al pulmón para responder de manera desproporcionada a una variedad de estímulos, con aparición de broncoespasmos. La obstrucción es reversible espontáneamente o por efecto de la medicación. A pesar que la hiperreactividad parece tener una base genética, se reconoce que también puede ser de etiología adquirida, por factores no genéticos, como las infecciones del tracto respiratorio, especialmente vírales.

Diabetes

Es un trastorno metabólico caracterizado por la carencia de insulina o por la falta de efectividad de la misma, que se traduce en elevadas concentraciones de azúcar en la sangre. La diabetes mellitus se ha convertido en importante problema de salud pública en el adulto, el tipo más frecuente que presentan es la diabetes tipo 2. La causa o factor de riesgo se relaciona con el tipo de vida que lleva una

persona, y esto tiene que ver con los malos hábitos alimenticios, consumo de comida chatarra, el sedentarismo, y la genética; es decir, si los padres o abuelos tuvieron o tienen diabetes, existe mayor riesgo de padecerla también.

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide es una patología inflamatoria crónica, sistemática en su naturaleza, caracterizada por la formación con que afecta a las articulaciones. Esta enfermedad se manifiesta en general hacia la tercera o cuarta década de la vida, aunque puede hacerse evidente a cualquier edad, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino.

Hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal. Esta enfermedad produce complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

La hipertensión arterial, produce cambios en el flujo sanguíneo, a nivel macro y microvascular, causados a su vez por disfunción de la capa interna de los vasos sanguíneos y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, que son las responsables de mantener el tono vascular periférico. Estos cambios anteceden en el tiempo a la elevación de la presión arterial y producen lesiones orgánicas específicas.

Osteoporosis

Es una enfermedad que se caracteriza por una disminución de la densidad de los huesos por pérdida del tejido óseo normal. El hueso está correctamente calcificado, pero existe menor cantidad de hueso por unidad de volumen. Esto

conlleva una disminución de la resistencia del hueso frente a los traumatismos o la carga, con la consiguiente aparición de fracturas.

El hueso es un tejido vivo, en constante renovación. Por un lado se forma hueso nuevo y simultáneamente, se destruye hueso envejecido. Aparece osteoporosis cuando se rompe el equilibrio entre ambas, bien porque disminuya la formación de hueso nuevo, o bien porque aumenta la reabsorción, o por ambas causas simultáneamente.

Existen algunos tipos de condiciones que afectan al adulto y estas pueden ser: reversibles e irreversibles.

Condiciones reversibles: depresión, intoxicación por tratamientos farmacológicos, desordenes metabólicos, infecciones, desnutrición, anemia, alcoholismo, lento funcionamiento tiroideo, lesiones de cabeza.

Condiciones irreversibles: Alzheimer, vejez primaria.

Causas de muerte: cáncer, ataques al corazón, accidentes, causas naturales, ataques apopléjicos.

4.5.3 Descripción del padecimiento

Obesidad

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el

tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos.

Por ello, esta Norma Oficial Mexicana 008, de conformidad con la legislación sanitaria aplicable y la libertad prescriptiva en la práctica médica, procura la atención del usuario de acuerdo con las circunstancias en que cada caso se presente.

Es necesario señalar que, para la correcta interpretación de esta Norma Oficial Mexicana 008, de conformidad con la aplicación de la legislación sanitaria, se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, nutricional y psicológica.

Además, podrán participar en el tratamiento integral de la obesidad otros profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, quienes deberán de prestar sus servicios en beneficio del paciente.

Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

Percentil, el valor que divide un conjunto ordenado de datos estadísticos, de forma que un porcentaje de tales datos sea inferior ha dicho valor. Así, un individuo en el percentil 85, está por encima del 85% del grupo a que pertenece.

Sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.¹⁰

Se estima que 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece una definición comúnmente en uso con los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010:

Obesidad.

- IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.
- IMC de 18,5-24,9 es peso normal
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- IMC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.
- IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.
- IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, grave (o mórbida).
- IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como **obesidad mórbida**.

Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas son la hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otras.

¹⁰NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Se manifiesta por un aumento de peso corporal debido a la excesiva acumulación de grasa en los tejidos subcutáneos, cuando se consume mayor cantidad de alimentos a los requeridos en función de las necesidades del organismo, según la edad, sexo, actividad física y estado fisiológico de la mujer.

Este consumo excesivo de alimentos (sobre todo de alto contenido energético) va ocasionando la acumulación de grasa y por consecuencia el aumento de peso.

Cuando el peso no excede al 10% del peso ideal puede considerarse como sobrepeso, cuando esta entre 10% y 20% puede hablarse de obesidad inicial, de 20% a 40% obesidad intermedia, cuando es superior en 40% del ideal, constituye un serio problema.

La causa primaria es el excesivo consumo de determinados alimentos, también tienen que ver otras condiciones como la vida sedentaria ocasionada por la modernidad actual; el ambiente familiar (hay mayor proporción de obesos en la familia pero no por factores genéticos, sino por hábitos alimentarios prevalentes), la publicidad en los medios de comunicación masiva hacia alimentos altamente energéticos; el aspecto económico, el horario desordenado, el estado emocional y los trastornos endocrinos también influyen de manera importante. La obesidad se clasifica en dos tipos: central o androide y periférica.

La primera es la más grave y puede conllevar importantes complicaciones patológicas.

La obesidad central localiza la grasa en el tronco y predispone a sufrir complicaciones metabólicas (especialmente la diabetes tipo 2 y las dislipidemias)

La obesidad periférica acumula el depósito de grasa de cintura para abajo y produce problemas de sobrecarga en las articulaciones.

En las mujeres influyen los cambios hormonales del embarazo, los anticonceptivos y la menopausia que inducen la acumulación de grasa en las glándulas mamarias, cadera y muslos.

Síntomas

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo.

La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones. La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos.

Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más.

Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico basado en las medidas antropométricas y malestares (signos y síntomas) clínicos; que incluyen los datos arriba indicados.

Tratamiento

La forma más correcta y sana de prevenir y eliminar el sobrepeso y la obesidades tener una dieta sana y hacer diariamente algún tipo de ejercicio.

Tipos de tratamientos

- **Tratamiento estandarizado**, al tratamiento cuya composición, dosis, cantidad y duración es la misma para cualquier tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual.
- **Tratamiento integral**, al conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en su caso, quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.¹¹

La mejor manera de perder peso es lenta, gradual y sostenida.

Todo paciente adulto obeso requerirá de un manejo integral, que incluye el tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, el cual deberá realizarse bajo lo siguiente:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

¹¹NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

- Estará respaldado científicamente en investigación para la salud, especialmente de carácter dieto terapéutico individualizado, farmacológico y médico quirúrgico.
- El médico será el responsable del manejo integral del paciente obeso.
- El tratamiento indicado deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado.
- Deberán evaluarse las distintas alternativas disponibles conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes que afecten su salud.
- Se deberá obtener, invariablemente, Carta de Consentimiento bajo Información del interesado o su representante legal, previa explicación completa por parte del médico, del riesgo potencial con relación al beneficio esperado.
- Todo tratamiento deberá instalarse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos incluyendo índice de masa corporal, índice de cintura cadera, circunferencia de cintura y pruebas de laboratorio.
- Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud, asimismo, se deberá instalar un programa de actividad física, de acuerdo a la condición clínica de cada paciente.
- El médico será el único profesional facultado para la prescripción de medicamentos.
- Cada medicamento utilizado deberá estar justificado bajo criterio médico, de manera individualizada.
- Los medicamentos e insumos para la salud empleados en el tratamiento deberán contar con registro que al efecto emita la Secretaría de Salud.
- No se deberán prescribir medicamentos secretos, fraccionados o a granel y tratamientos estandarizados.

- El médico y el psicólogo clínico deberán elaborar a todo paciente, un expediente clínico, conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, Del expediente clínico.
- En el caso del nutriólogo, para el manejo nutricional, deberá elaborar una historia nutricional que contenga: Ficha de identificación, Antecedentes familiares y personales, Estilos de vida, Antropometría, Problema actual, Plan de manejo nutricional y Pronóstico.

El tratamiento quirúrgico:

Estará indicado exclusivamente por el médico tratante, en los individuos adultos con obesidad severa asociado a comorbilidad importante y cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endocrino.

La participación del nutriólogo comprende el manejo nutricional, el cual requiere:

- Valoración nutricional: evaluación del estado nutricional mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, pruebas de laboratorio y estilos de vida.
- Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimentarios.
- Control: seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones.

La dieta deberá ser individualizada, atendiendo a las circunstancias especiales de cada paciente, en términos de los criterios mencionados en el presente ordenamiento.

La participación del psicólogo clínico comprende:

- El manejo para la modificación de hábitos alimentarios;
- El apoyo psicológico, y
- La referencia a Psiquiatría, cuando el caso lo requiera.¹²

¹² Salud 180. Estilo de vida saludable. <http://www.salud180.com/salud-z/obesidad-0>

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del Caso Clínico

Paciente femenino de 57 años, escolaridad Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, madre de familia la cual presenta obesidad grado III, con mucosas orales hidratadas, buena coloración de tegumentos, miembros superiores íntegros, campos pulmonares sin alteración, frecuencia respiratoria de 18 por un minuto, tensión arterial de 130/80mmhg, frecuencia cardiaca de 83 latidos por minuto, temperatura axilar de 36.5°, con presencia de ruidos intestinales, dolor abdominal y estreñimiento. Miembros inferiores íntegros, dolor en piernas y rodillas. glucemia capilar en preprandial, 103 mg/dl. Con un peso de 95 kilogramos y una talla de 153 centímetros.

Valoración de las 14 necesidades y priorización.

1. Necesidad Nutrición e hidratación: Aumento del apetito, cavidad oral hidratada, falta de piezas dentales.
2. Necesidad Moverse y mantener buena postura: no realiza actividad física, Dolor en miembros inferiores en rodillas.
3. Necesidad Higiene y protección de la piel: piel hidratada, cicatriz en flanco derecho, baño diario.
4. Necesidad Comunicación: al verse estresada o alterada prefiere retirarse y mantener la calma para evitar algún problema (con la pareja).
5. Necesidad Evitar peligros: presencia de peligros en su trabajo. Riesgo a infecciones nosocomiales.
6. Necesidad Eliminación: estreñimiento.
7. Necesidad de Oxigenación
8. Necesidad Descanso y sueño: su descanso es aproximadamente de 4 horas y de sueño 8 horas
9. Necesidad Usar prendas de vestir adecuadas
10. Necesidad Termorregulación: temperatura de 36.5°C

11. Necesidad Vivir según sus creencias y valores: católica
12. Necesidad Trabajar y realizarse: jefe de servicio
13. Necesidad Jugar/ participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

5.2. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN.

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN: MAPS

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:		
Edad: 57 años	Sexo Femenino	Escolaridad Licenciatura
Ocupación Jefe de servicio	Estado civil Casada	Religión Católica
Casa	Propia : x	Prestada
	Rentada	
Antecedentes personales :		
Alergias	si:	no: x
Especificar:		

II.- Valoración de necesidades:

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:	
ÁREA PULMONAR	
Frec. Resp. <u>18</u> x min. Dificultad Resp.: _____ Disnea: _____	
En esfuerzo: _____ En reposo: _____	
Tos frecuente: _____ Productiva: _____ Seca: _____	
Secreciones	Bronquiales: no: _____ si: _____
Características: _____	
Color de piel y mucosas: Palidez: _____ Cianosis distal _____	
Cianosis peri bucal: _____	
Observaciones: <u>buena coloración de tegumentos, sin alteración alguna.</u>	

ÁREA CARDIOVASCULAR

Frec. Card. lat. x min: 83

Pulso: Normal: x Débil: _____ Paradójico: _____

Ausente: _____

Llenado capilar: x Distal: Seg: 3-4

Edema: no: x si: _____ sitio: _____

_____ + _____ ++ _____ +++ _____ +++++

Observaciones: presenta una tensión arterial de 130/80 mmhg.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 95kg. Talla: 153 centímetros.

Dieta habitual (tipo): Normal: x Blanda: _____

Nº. de comidas: 3

Bebidas frecuentes diarias: Agua: 2lt Café: 2 tazas al día Refresco: _____

Ingesta de líquidos 24 horas: Menos de 1 litro: _____

1-2 litros: x >2 litros: _____

Apetito: Disminuido: _____ Aumentado: x Suplementos alimenticios:
si _____ no x

Cavidad oral: Hidratada: x Semihidratada: _____

Sin caries: _____ Caries: x

Falta de piezas dentales: si: x no: _____

Prótesis dental: Fija: _____ Móvil: _____

Problemas: Masticación _____ Deglución _____

Intolerancia _____ Nauseas _____ Vomito _____

Observaciones: Falta de dos piezas dentales molares inferiores, IMC de 41kg/m2.

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN:**URINARIA**Frecuencia: 5 veces al díaCaracterísticas Normales si: x no:___

Anuria:_____ Oliguria:_____ Poliuria:_____ Disuria:_____ Nicturia:_____

Tenesmo:_____

Incontinencia Urinaria:_____ Orina intermitente:_____

Color: normal: x Hematuria:_____ Coluria:_____ Otro:_____

Dependencia parcial: Acompañamiento Sanitario___ Facilitador cómodo/

Orinal_____ Pañal:_____ Dependencia total: Sonda vesical:_____

Diálisis peritoneal:_____ Hemodiálisis:_____

Observaciones: Sin observaciones.**INTESTINAL**Frecuencia: 2 Veces al díaCaracterísticas normales: si x no_____Estreñimiento: x Diarrea:_____ Incontinencia:_____

Características: Melena:_____ Acolia:_____ Mucosa:_____

Pastosa:_____ Con sangre fresca:_____ Fétida:_____ Líquida:_____

Dependencia parcial: Acompañamiento sanitario:_____ Facilitador

Cómodo:_____ pañal:___ Dependencia total: colostomía:_____

Observaciones: dolor abdominal, disminución de heces, ruidos intestinales hiperactivos.**NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:**Temperatura:36.5°cNormotermia: x Hipertermia:_____ Hipotermia:_____Diaforesis:_____ no : x si:_____

Observaciones: sin alteraciones.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física: si: _____ no: x _____

Sistema musculo esquelético:

Fuerza: x movilidad: activa: x pasiva: _____

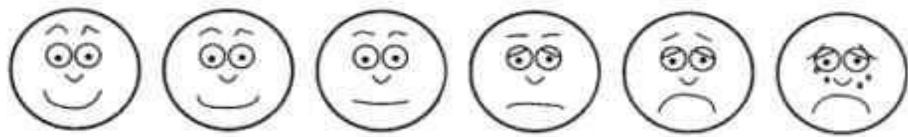
Capacidad muscular: Tono m.: _____ Resistencia: _____ Flexibilidad: _____

Postura: Coordinación: x Seguridad: x Activo: x

Uso de dispositivo ayuda: Andador: _____ Bastón _____ Silla de ruedas: _____

Muletas: _____

Escala del dolor



	1	2x	3	4	5	6
	nada	Poco	mucho	bastante	fuerte	muy fuerte

Observaciones: dolor en miembros inferiores.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de descanso al día: 4 horas

Tipo de sueño: fisiológico: x _____

Inducido: _____ insomnio: _____

Horas de sueño: 8 _____

Facilitadores del sueño: Masaje: _____ Relajación: _____ Música: _____

Lectura: _____ Medicamentos: _____

Observaciones: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Distingue, relación entre higiene y salud:

si: x no: _____

Capacidad psicomotora para vestir y desvestirse:

si: x no: _____

Vestido:

Completo: x Incompleto: _____ Sucio: _____

Observaciones: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Características de la piel:

Coloración: Palidez: _____ Cianosis: _____ Rubicunda: _____

Ictericia: _____

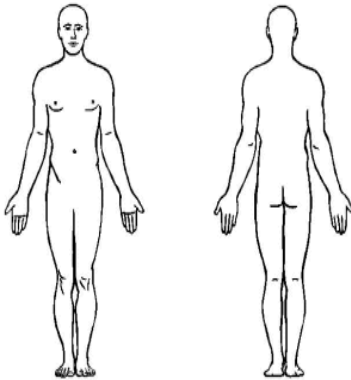
Estado de la piel:

Hidratado: x Deshidratados: _____

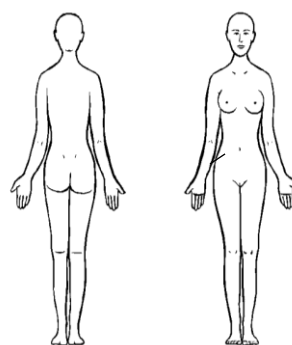
íntegra: x lesionada: _____ tipo de lesión: cicatriz en flanco derecho

marque la ubicación en el esquema:

Masculino



Femenino



Independencia para el baño = baño de regadera: x

Dependencia para el baño = baño de esponja : _____

Baño (frecuencia): 1 vez al día

Higiene oral (frecuencia): 2 veces por día

NECESIDAD EVITAR PELIGROS:

Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas :

Si _____ no x _____

Toxicomanías:

Tabaco: _____ alcohol: _____ otras drogas: _____

Identifica las medidas para prevenir accidentes:

Hogar: si: x no: _____ trabajo: si: x no: _____

Escuela: si: _____ no: _____

Efectúa controles médicos periódicos: si x no _____

Presencia de peligros ambientales en su examen físico: si: _____ no: x _____

Prácticas para mejorar su salud:

Manejo del estrés: x Técnicas de relajación: yoga

Observaciones: toma las medidas de seguridad en su trabajo y en hogar.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Vive con: familia: x solo: _____

Rol estructura familiar: madre

Tipo de familia: nuclear: x mono parental: _____ extensa: _____

Limitaciones físicas que interfieren con la comunicación:

Si: visual: _____ auditiva: _____ verbal: _____ motora: _____ No: _____ x _____

Cuanto tiempo pasa solo: horas: 2

Utiliza mecanismos de defensas:

Agresividad: _____ hostilidad: _____ desplazamiento: x

Facilitadores de relación:

Confianza: x Receptividad: _____ Simpatía: _____

Responsabilidad: _____

Observaciones: al verse estresada o alterada prefiere retirarse y mantener la calma para evitar algún problema.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:

Creencias religiosas significativas:

Practica algún rito de acuerdo a su religión:

Si: x no: _____ cual: acude a la hora santa los jueves por las tardes

Su creencia religiosa le genera conflictos personales:

Si: _____ no: x

Presencia de algún objeto indicado determinados valores o creencias:

Si: _____ no: _____

Principales valores personales: amor, confianza, respeto.

Observaciones: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Estado emocional

Calmado: x Ansioso: Enfadado: Retraído:

Temeroso: Irritable: Inquieto: Eufórico:

Trabaja actualmente: si: X no:

Tipo de trabajo: jefe de servicio jornada laboral: 8 horas

Tipo de riesgo a los que está sometido en su trabajo:

Biológicos: x Psicosociales: x

Físicos: X Químicos

Está satisfecho con su trabajo: Si: X No:

Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:

Si: X No:

Observaciones: materiales punzocortantes, como jeringas.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Integridad del sistema neuromuscular:

Si: _____ no: x _____

Realiza alguna actividad lúdica recreativa:

Si: _____ no: X _____ ¿cuál?: _____

Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:

Si: x _____ no: _____

La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:

Si x No: _____

Estado de ánimo:

Apático: _____ Aburrido: _____ Participativo: x _____

Observaciones: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conocimientos:

Sobre su desarrollo de acuerdo a su ciclo vital:

Si: x no: _____

Necesidades básicas:

Si: x no: _____

Estado de salud actual:

Si: x no: _____

Su tratamiento y el cuidado que necesita:

Si: x no: _____

Situación que altera su capacidad de aprendizaje:

Ansiedad: _____ dolor: _____ pensamiento: x sentimiento: _____ Angustia: _____

Memoria reciente:

Identifica hechos recientes de una semana a la fecha:

Si: x no: _____

5.3. Priorización de diagnósticos de enfermería (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON)

1.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input checked="" type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación Enf./Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	OBESIDAD 00232 Relacionado con: sedentarismo de > 2 hrs/día. Tamaño de las porciones mayor que la recomendada Manifestado por: índice de masa corporal (IMC) > 30kg/m ² (95 kg, talla 1.55mts)			
2.- MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input checked="" type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación enf./pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	DOLOR CRÓNICO EN RODILLAS 00133 Relacionado con el aumento en el índice de masa corporal. Fatiga. Manifestado por alteración en la capacidad para continuar con las actividades anteriores			

3.- ELIMINACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf./pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	ESTREÑIMIENTO 00011 Relacionado con la actividad física diaria promedio es menos a la recomendada por sexo y edad Manifestado por disminución del volumen de las heces. Dolor abdominal. Sonidos abdominales hiperactivos			
4.- OXIGENACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación Enf./Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD 00092 Relacionado con: estilo de vida sedentario. Manifestado por: disnea por esfuerzo. Fatiga, presión arterial anormal a la actividad, frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad.			
5.- DESCANSO Y SUEÑO	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación enf./pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input checked="" type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>

6.- EVITAR PELIGROS	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación Enf./pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	RIESGO DE LESIÓN 00035 Relacionado con agentes nosocomiales. Exposición a patógenos. Exposición a químicos tóxicos. Sistema de transporte inseguro			
Diagnóstico de enfermería	ANSIEDAD 00146 Relacionado con: crisis situacional. Factores estresantes Manifestado por: aumento de la tensión arterial. Aumento de la frecuencia cardiaca			
7.- COMUNICARSE CON OTROS.	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación Enf./pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	RELACIÓN INEFICAZ 00223 Relacionado con estresores. Habilidades de comunicación ineficaces. Manifestado por comunicación insatisfactoria con la pareja. Equilibrio insuficiente en la colaboración de la pareja. Insatisfacción con el intercambio de ideas en la pareja			
8.- TERMORREGULACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf./pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>

9.- USO DE PRENDAS VESTIR ADECUADAS	Estado de salud mental	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	<input type="checkbox"/>	Falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>
	Relación enf./pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	Ayuda	<input type="checkbox"/>	Orientación/compañía.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería							
10.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Estado de salud mental	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	<input type="checkbox"/>	Falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>
	Relación enf./pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	Ayuda	<input type="checkbox"/>	Orientación/compañía.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería							
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	Estado de salud mental	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza	<input type="checkbox"/>	Falta de voluntad	<input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>
	Relación Enf./Pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	Ayuda	<input type="checkbox"/>	Orientación/compañía.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería							

12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	Estado de salud mental	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf./Pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	Ayuda	<input type="checkbox"/>	Orientación/compañía.	<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Estado de salud mental	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf./Pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	Ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	Orientación/compañía.	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería			<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14.- APRENDIZAJE	Estado de salud mental	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad		Falta de conocimiento	
	Relación Enf./Pte.	Sustituta	<input type="checkbox"/>	Ayuda	<input type="checkbox"/>	Orientación/compañía.	<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

5.4. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) OBESIDAD		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
<p>DOMINIO: 2 Nutrición</p> <p>CLASE: 1 Ingestión.</p> <p>CÓDIGO: 00232</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: OBESIDAD</p> <p>Relacionado con: sedentarismo de > 2 hrs/día. Tamaño de las porciones mayor que la recomendada</p> <p>Manifestado por: índice de masa corporal (IMC) > 30kg/m² (95 kg, talla 1.53mts)</p> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo que excede al sobrepeso.</p>	<p>DOMINIO: Salud fisiológica (2)</p> <p>CLASE: Digestión y Nutrición (K)</p>			
	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:	
	ESTADO NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • 100401 Ingesta de nutrientes • 100402 Ingesta de alimentos • 100408 Ingesta de líquidos • 100403 Energía • 100405 Relación peso/talla • 100411 Hidratación 	<p>1.Desviación grave del rango normal</p> <p>2.Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p> <p>4.Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	
	PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO BÁSICO. CLASE: D APOYO NUTRICIONAL.

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL 5246.

- Establecer la duración de la relación del asesoramiento.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.

FUNDAMENTACIÓN

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. Es importante realizar 3 comidas al día y por lo menos 2 colaciones. De esta forma estaremos propiciando que nuestro sistema digestivo haga un trabajo continuo con su respectivo gasto calórico. Además las comidas principales serán menos abundantes, ya que nos sentiremos satisfechos con menor cantidad.
(Mario J Franz 1998)

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO BÁSICO. CLASE: D APOYO NUTRICIONAL.

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL 1160.

- Pesar al paciente.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej. índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej. Diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa),
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
- Evaluar el estado mental (p. ej. Confusión, depresión y ansiedad).
- Determinar las recomendaciones energéticas (p. ej. Ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente (p. ej. Edad, talla, sexo y nivel de actividad física).

FUNDAMENTACIÓN

El paciente puede alcanzar los objetivos de adelgazamiento mediante una información correcta de la combinación del plan alimenticio, así como el aumento del gasto energético.

La orientación adecuada sobre la importancia de la actividad física dará una visión sobre los ejercicios adecuados a su estado de salud evitando factores de riesgo como una hipoglucemia. (Klausher 2000).

La valoración nutricional es aquella que permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional. (Mario J Franz 1988).

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO BÁSICO. CLASE: D APOYO NUTRICIONAL.

AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO 1280

- Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
 - Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.
 - Establecer una meta de pérdida a la semana.
 - Fomentar la auto monitorización de la ingesta dietética y del ejercicio haciendo que los pacientes realicen un diario en papel o a través de un dispositivo electrónico portátil.
- Planificar un programa de ejercicio, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente

FUNDAMENTACIÓN

Se considera que los sujetos que poseen conocimientos y creencias positivas respecto a los beneficios del ejercicio tienden a promover la actividad física dentro de su estilo de vida, pero ello no conduce necesariamente a la incorporación regular al ejercicio. (Carpentino, 1994).

El ejercicio mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y la ansiedad, eleva el vigor, eleva la autoestima y la imagen corporal.

El concomitamiento al realizar rutinas de ejercicios contribuirá a perfeccionar su estilo de vida y una rutina de ejercicios que el paciente adoptará a lo largo de su vida.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: D APOYO NUTRICIONAL.

MANEJO DEL PESO 1260

- Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
- Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.
- Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.
- Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario.
- Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, según corresponda.
- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

FUNDAMENTACIÓN

Las consideraciones nutricionales para el manejo del peso incluyen el control de las porciones y las calorías para equilibrar el aporte energético, la incorporación de proteínas y fibras para regular el apetito y dar saciedad, la densidad de los nutrimentos para proporcionar nutrición equilibrada y reducir la ingesta de azúcar y grasa para evitar las calorías vacías.

La proteína también desempeña una función central en el manejo del peso. Debido a la cantidad de evidencia en aumento que demuestra su efecto sobre la saciedad, la regulación del apetito y la reducción de enfermedades cardiovasculares, la demanda de proteína por parte del consumidor continúa creciendo. La proteína vegetal es de particular interés para los consumidores que tienen una consciencia creciente de alergias e intolerancias o creciente preocupación por problemas étnicos, ambientales y sanitarios asociados con la proteína animal.

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: ESTADO NUTRICIONAL

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
100401 Ingesta de nutrientes	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
100402 Ingesta de alimentos	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
100408 Ingesta de líquidos	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
100403 Energía	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
100405 Relación peso/talla	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
100411 Hidratación	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: ESTADO NUTRICIONAL

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
100401 Ingesta de nutrientes	4	4	4	4	4	4	4
100402 Ingesta de alimentos	4	4	4	4	4	4	4
100408 Ingesta de líquidos	4	4	4	4	4	4	4
100403 Energía	3	3	4	4	4	4	4
100405 Relación peso/talla	3	4	4	4	4	4	4
100411 Hidratación	4	4	4	4	4	4	4

OBSERVACIONES: Al inicio el peso era de 95kg. Con la implementación de las intervenciones la disminución de peso fue progresiva, llegando al peso de 72kg, se continúa con medidas para disminución del peso hasta llegar al ideal de 60kg correspondiente a su talla y edad.

5.4. PLAN DE CUIDADOS

5.4. PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DOLOR CRÓNICO EN RODILLAS	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico CÓDIGO: 00133	DOMINIO: conocimiento y conducta de salud (4) CLASE: conducta de salud (Q)	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: DOLOR CRÓNICO EN RODILLAS Relacionado con el aumento en el índice de masa corporal. Fatiga. Manifestado por alteración en la capacidad para continuar con las actividades anteriores. DEFINICIÓN Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos (International Association for Study of Pain); inicio súbito de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 3 (>3) meses.	RESULTADO: CONTROL DEL DOLOR	INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • 160502 Reconoce el comienzo del dolor • 160501 Reconoce factores causales • 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas. • 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada • 160508 Utiliza los recursos disponibles
	ESCALA DE MEDICIÓN:	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido
PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).	
CAMPO: FISIOLÓGICO: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA	
<p style="text-align: center;">MANEJO DEL DOLOR 1400</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. • Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. • Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada. • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p> <p>El dolor es la percepción de una sensación molesta y desagradable en una región del cuerpo por causa interior o exterior. También se considera como un sentimiento intenso de pena, tristeza o angustia que se padece en el ánimo.</p> <p>La eficacia del manejo no farmacológico es reducir los requerimientos de analgésicos y, por tanto, sus reacciones adversas. La anamnesis orienta al médico en las decisiones en cuanto a etiología y terapéutica, así como los factores desencadenantes o asociados al dolor. Existen medidas no farmacológicas para el tratamiento del dolor, tales como métodos físicos, cuidados psicoeducacionales, fisioterapia, entre otros.</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).	
CAMPO: FISIOLÓGICO: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA	
APLICACIÓN DE CALOR Y FRIO 1380.	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectara a los síntomas del paciente. • Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación. • Seleccionar un método de estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado; sobres de hielo químico; inmersión en hielo; paños o toallas en el congelador para enfriarlas; botella de agua caliente; almohadilla de calefacción eléctrica; compresas húmedas calientes; inmersión en bañera normal o de hidromasaje; cera de parafina; baño de asiento; bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor. • Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación. • Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacente a; distal a; entre las zonas afectadas y el cerebro, y contralateral). • Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde. • Enseñar a evitar la lesión tisular asociada con el calor/frío. • Comprobar la temperatura de la aplicación, sobre todo cuando se utilice calor. • Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductuales y biológicas de la persona. • Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible. • Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación cutánea o lesión tisular durante los primeros 5 minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento. • Cambiar el sitio aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue alivio. • Terminar con un tratamiento de frío para estimular la vasoconstricción cuando se alternen aplicaciones de calor y frío en los deportistas lesionados. 	<p>El frío y el calor son agentes físicos que pueden ser utilizados como tratamiento en pacientes hospitalizados y ambulatorios. El uso del frío y el calor forma parte de la termoterapia. Como todo tipo de tratamiento requiere prescripción médica.</p> <p>La termoterapia es la aplicación de calor con fines terapéuticos. Existen diversas formas de aplicar este calor y lo que se busca es un efecto sedante y relajante. Para que una técnica se considere termoterapia, es necesario que la temperatura del elemento aplicado sea superior a la que fisiológicamente tiene el organismo. En cuanto al nivel máximo de la temperatura que se aplicará depende de la sensibilidad térmica del paciente.</p> <p>Principalmente el calor es indicado en contusiones musculares y articulares. Inicialmente se recomienda aplicar hielo y, tras las primeras 48-72 horas, aplicar calor. Si existe inflamación (la zona está roja, caliente, hinchada) está completamente contraindicado aplicar calor (siendo más apropiado aplicar frío). Por ejemplo, el calor alivia en casos de artrosis, pero puede empeorar una artritis.</p> <p>Ante una lesión no podemos pasar por alto que hay procesos que pueden empeorar con el calor y otros con el frío. Hay algunos casos donde están contraindicados tanto el frío como el calor (por ejemplo, si hay infección en la zona, o una herida sangrante).</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).	
CAMPO: FISIOLÓGICO: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA	
ESTIMULACIÓN CUTÁNEA 1340	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, sus efectos sobre la sensibilidad y las expectativas del paciente durante la actividad. • Instruir sobre las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación. • Aplicar la estimulación directamente o alrededor del sitio afectado, según corresponda. • Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuada para el paciente y la afección (p. ej. Masaje, frío, hielo, calor, mentol, vibración o estimulación nerviosa eléctrica transcutánea). • Instruir sobre las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación. • Considerar los puntos de acupresión como sitios de estimulación en función del método elegido. • Dejar que la familia participe todo lo que sea posible. • Valorar y registrar la respuesta a la estimulación. 	<p>La Estimulación Cutánea es un novedoso método de tratamiento del dolor de metodología constatada, su acción no es sólo de tipo sintomatológico, sino que actúa sobre la causa que provoca dolor. La Estimulación Cutánea se muestra como una técnica de tratamiento del dolor de excelentes resultados.</p> <p>En primer lugar, el rápido alivio del dolor, en muchos casos desde la primera sesión. En segundo lugar, la frecuencia de las sesiones, ya que el tratamiento se inicia con una sesión semanal, espaciándose éstas a medida que remiten los síntomas.</p> <p>Particularmente útil en casos de dolor de columna (cervical, dorsal o lumbar) de diversa causa: artrosis, hernias discales, pinzamientos, contracturas, ciáticas, dolores provocados por tendinitis o radiculopatías, fibromialgia, cefaleas tensionales y migrañas. fascitis de diversas localizaciones, trastornos digestivos, trastornos circulatorios de miembros inferiores: varices, edemas.</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO COMPLEJO. CLASE: H CONTROL DE FÁRMACOS

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS 2210

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor de medicar al paciente.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, según corresponda.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

FUNDAMENTACIÓN

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora una escala de analgesia para el tratamiento del dolor según su intensidad, orientada al paciente hospitalizado; fue una escala creada para abordar las deficiencias en el tratamiento del dolor oncológico. Sin embargo, se ha venido usando para el tratamiento en cualquier tipo de dolor dado a su efectividad terapéutica. La terapia analgésica se debe basar en la etiología del dolor, buscando un manejo que permita combinar diferentes vías de administración y distintos fármacos.

La mejor estrategia en el tratamiento de dolor agudo es la que consiga mayor bienestar con mínimos efectos adversos. La propuesta debe tener en cuenta la valoración del dolor, el perfil de riesgo y la comorbilidad. En dolor leve, la primera opción es paracetamol. Cuando el dolor es moderado, los AINE solos o asociados a opioides menores son de elección, y, si deben evitarse, la asociación de paracetamol con opioides menores es una alternativa válida. En dolor severo, los opioides potentes consiguen la máxima eficacia. La utilización combinada de fármacos con distinto mecanismo de acción consigue más eficacia analgésica con menos efectos adversos. El escalonamiento analgésico prolonga el sufrimiento del paciente.

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: CONTROL DEL DOLOR

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
160502 Reconoce el comienzo del dolor	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
160501 Reconoce factores causales	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
160508 Utiliza los recursos disponibles	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: CONTROL DEL DOLOR

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
160502 Reconoce el comienzo del dolor	4	4	4	4	4	4	4
160501 Reconoce factores causales	4	4	4	4	4	4	4
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	4	4	4	4	4	4	4
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	4	4	4	4	4	4	4
160508 Utiliza los recursos disponibles	4	4	4	4	4	4	4

OBSERVACIONES: Al reconocer los dolores utiliza métodos alternativos al medicamento ya que prefiere no medicarse demasiado para no hacerse dependiente del medicamento. Posteriormente se reconoce el factor proveniente del dolor, el cual se le da la atención necesaria utilizando los medios físicos.

5.4. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ESTREÑIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
<p>DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio</p> <p>CLASE: 2 Función gastrointestinal.</p> <p>CÓDIGO: 00011</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: ESTREÑIMIENTO</p> <p>Relacionado con la actividad física diaria promedio es menos a la recomendada por sexo y edad</p> <p>Manifestado por disminución del volumen de las heces. Dolor abdominal. Sonidos abdominales hiperactivos.</p> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p>	<p>DOMINIO: Salud fisiológica (2)</p> <p>CLASE: Nutrición (K)</p>		
	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:
	ELIMINACIÓN INTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> • 050101 Patrón de eliminación • 050102 Control de movimientos intestinales • 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta • 050105 Heces blandas y formadas • 050129 Ruidos abdominales • 050108 Sangre en las heces • 050110 Estreñimiento • 050128 Dolor con el paso de las heces 	<p>1 Desviación grave del rango normal</p> <p>2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>
	PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

CONTROL INTESTINAL 0430

- Monitorizar las defecaciones incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda
- Monitorizar los sonidos intestinales.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos.
- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, que según correspondan.

FUNDAMENTACIÓN

Es una necesidad fisiológica y su función es la eliminación de desechos y toxinas resultantes del metabolismo celular. La salud de una persona dependerá en gran medida de la capacidad de su organismo para eliminar residuos tóxicos tanto internos como externos. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces y también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la menstruación. Tiene una gran importancia para la vida ya que con ella mantenemos el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno, y al eliminar las sustancias de deshecho mantenemos un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA

- Enseñar al paciente como se produce el flato y los métodos para aliviarlo
- Enseñar al paciente a evitar situaciones que ocasionan una deglución de aire en exceso, como masticar chicle, tomar bebidas carbonatadas, comer rápido, sorber con paja, masticar con la boca abierta o hablar con la boca llena
- Enseñar al paciente a evitar aquellos alimentos que causen flatulencia, como alubias, col, rábanos, cebollas, coliflor y pepinos.
- Comentar el uso de productos lácteos.
- Observar si hay sensación de hinchazón, distensión abdominal, dolor por salida excesiva de gases por la boca o ano
- Comprobar ruidos intestinales
- Establecer la realización de ejercicios adecuados (deambulación).
- Observar si se producen efectos secundarios por la administración de medicamentos.
- Colocar en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas, si no está contraindicado.

FUNDAMENTACIÓN

Se refieren al aire en el intestino que sale a través del recto. El aire que sale desde el tubo digestivo a través de la boca se llama eructo. Los gases también se denominan flatos o flatulencia.

Los gases se forman normalmente en los intestinos a medida que su cuerpo digiere los alimentos.

Los gases pueden hacer que usted se sienta inflado y puede causar cólicos o retorcijones en el vientre.

Es importante identificar que alimentos son los que producen flatulencia para minimizar su consumo o bien combinarlos con otros que faciliten la eliminación de los gases.

La mezcla de gases intestinales está causada por alimentos, el aire tragado al comer y las levaduras o bacterias que viven en nuestro interior. En su mayoría se producen por la fermentación bacteriana en el colon.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

ENTRENAMIENTO INTESTINAL 0440

- Consultar al médico y al paciente al uso de supositorios
- Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos
- Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado
- Utilizar un enema de pequeño volumen, según sea necesario
- Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares

FUNDAMENTACIÓN

El intestino es un órgano extremadamente adaptable y puede ser entrenado de una manera similar a la que entrenamos a los músculos. Entrenar inmediatamente después de comer. Así conseguimos al igual que con el método anterior reducir las distensiones y la sensación de llenado, aumentamos el vaciado gástrico, y además aumentamos la capacidad de absorción de carbohidratos y su entrega. Con esto reducimos los temidos síntomas y aumentamos el rendimiento.

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: ELIMINACIÓN INTESTINAL

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
050101 Patrón de eliminación	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3
050102 Control de movimientos intestinales	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
050104 Cantidad de heces en relación con la dieta	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3
050105 Heces blandas y formadas	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
050129 Ruidos abdominales	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
050108 Sangre en las heces	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
050110 Estreñimiento	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3
050128 Dolor con el paso de las heces	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: ELIMINACIÓN INTESTINAL

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
050101 Patrón de eliminación	3	4	4	4	4	4	4
050102 Control de movimientos intestinales	3	4	4	4	4	4	4
050104 Cantidad de heces en relación con la dieta	3	4	4	4	4	4	4
050105 Heces blandas y formadas	3	4	4	4	4	4	4
050129 Ruidos abdominales	3	4	4	4	4	4	4
050108 Sangre en las heces	3	4	4	4	4	4	4
050110 Estreñimiento	3	4	4	4	4	4	4
050128 Dolor con el paso de las heces	3	4	4	4	4	4	4

OBSERVACIONES: Al principio del trabajo se observó que tenía dificultades al evacuar, posteriormente realizo dietas altas en fibra las cuales no le funcionaban hasta que se observó que el problema fue el tumor encontrado en sigmoides, posterior a la cirugía queda con colostomía y las heces recolectadas son formadas y suaves, posterior a su quimioterapia las heces son duras y luego liquidas.

<p align="center">DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</p> <p align="center">INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p>	<p align="center">CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</p>		
<p>DOMINIO 4 Actividad/Reposo</p> <p>CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>CÓDIGO: 00092</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD Relacionado con: estilo de vida sedentario. Manifestado por: disnea por esfuerzo. Fatiga, presión arterial anormal a la actividad, frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad.</p> <p>DEFINICIÓN Falta de energía o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</p>	<p>DOMINIO: Salud funcional (1) CLASE: Mantenimiento de la energía (A)</p>		
	<p>RESULTADO:</p>	<p>INDICADORES:</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN:</p>
	<p>TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad • Presión arterial en respuesta a la actividad • Paso al caminar • Tolerancia a subir escaleras 	<p>1 Desviación grave del rango normal</p> <p>2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>
	<p align="center">PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4</p>		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

FOMENTO DEL EJERCICIO 0200

- Investigar experiencias deportivas anteriores
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios
- Explorar los obstáculos para el ejercicio
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad del mismo
- Ayudar a identificar un modelo de rol positivo para el mantenimiento del programa de ejercicio
- Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios
- Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados
-

FUNDAMENTACIÓN

La actividad física constituye una necesidad orgánica que tiene efectos favorables para la salud. Éste es el argumento más importante, desde el punto de vista sanitario, para impulsar su desarrollo entre la población sin exclusiones debido a la edad o a la condición física.

En la sistematización del estudio del ejercicio físico se ha de diferenciar entre la contracción muscular isométrica y la isotónica.

En los ejercicios isométricos no existe movimiento, en el sentido que no hay variación en la longitud del músculo que se contrae. Queda englobado, dentro de este grupo, el trabajo en el que la resistencia es mayor a la fuerza que se puede aplicar (ej., empujar contra una pared). El trabajo isotónico, más conocido por dinámico, es aquél en el que la longitud del músculo varía, acortándose, en el momento de la contracción. Se trata de una contracción isotónica concéntrica cuando disminuye la distancia entre origen e inserción muscular (ej., contracción del bíceps cuando se lleva el antebrazo contra el brazo). La contracción es isotónica excéntrica cuando el músculo está en tensión a la vez que aumenta su longitud (ej., acción del bíceps al dejar un objeto pesado sobre una mesa). Según un criterio metabólico, es decir, según el sistema energético utilizado, diferenciamos entre ejercicio físico de tipo aeróbico y anaeróbico.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).	
CAMPO: FISIOLÓGICO: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	
FOMENTAR LA MECÁNICA CORPORAL 0140	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas • Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar de la mecánica corporal, si está indicado • Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo • Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones • Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir • Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexión para facilitar la movilidad de la espalda, si está indicado • Monitorizar la mejora de la postura/mecánica corporal del paciente • Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con la manipulación segura del paciente y ayudas para el movimiento 	<p>“Una buena mecánica corporal, consiste en el uso eficaz, coordinado y seguro del organismo para producir movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad”¹³, ya que el movimiento adecuado promueve el funcionamiento músculo esquelético corporal, disminuye la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio, reduciendo por consiguiente la fatiga y el riesgo de lesión. La utilización adecuada de los mecanismos corporales es un importante aspecto de seguridad en la aplicación de la movilización, pero los mismos requieren de tres elementos básicos: alineación corporal (postura), equilibrio (estabilidad) y movimiento corporal coordinado. En relación a la alineación corporal, la disposición geométrica de las distintas partes del cuerpo en relación con las otras juega un papel importante, ya que una buena alineación favorece un equilibrio óptimo y una función corporal máxima en cualquier posición adoptada. De igual manera, el equilibrio, el cual es el estado de contrapeso (balance), en el que las fuerzas opuestas se contrarrestan, está determinado por una buena alineación. Una persona mantiene el equilibrio mientras que la línea de gravedad pase a través del centro de gravedad (punto en el que se centra toda la masa de un objeto) y de la base de apoyo (base sobre la que descansa un objeto).</p>

¹³los teóricos Kozier y Col

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

MANEJO DE LA ENERGÍA 0180

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo
- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. eje. Anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
- Animar a realizar ejercicios aeróbicos según la tolerancia
- Fomentar la siesta, si resulta apropiado

FUNDAMENTACIÓN

La Energía es la capacidad que posee un cuerpo para realizar una acción o trabajo, o producir un cambio o una transformación, y es manifestada cuando pasa de un cuerpo a otro. Una materia posee energía como resultado de su movimiento o de su posición en relación con las fuerzas que actúan sobre ella.

Los Orientales consideran que no sólo nos alimentamos cuando comemos sino también cuando respiramos.

Tanto en China como en India, se cree que el cuerpo está rodeado de energía, que nuestro propio cuerpo es energía, y que cuando respiramos estamos tomando esta energía del medio que nos rodea. De todos es conocida la importancia del oxígeno como el primer "alimento" de nuestras células y de los efectos nocivos que una mala respiración tiene sobre todas las funciones de todos los sistemas del organismo que necesitan dicho elemento para sobrevivir.

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Presión arterial en respuesta a la actividad	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Paso al caminar	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Tolerancia a subir escaleras	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad	4	4	4	4	4	4	4
Presión arterial en respuesta a la actividad	4	4	4	4	4	4	4
Paso al caminar	4	4	4	4	4	4	4
Tolerancia a subir escaleras	4	4	4	4	4	4	4

OBSERVACIONES: Al principio del trabajo tanto su presión como frecuencia cardiaca aumentaba más de lo normal al momento de realizar alguna actividad o esfuerzo, por lo cual al poner en acción las intervenciones se observó que estas disminuyeron al realizar alguna actividad que requiere de esfuerzo.

5.4. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ANSIEDAD		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
<p>DOMINIO9 afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO: 00146</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: ANSIEDAD Relacionado con: crisis situacional. Factores estresantes Manifestado por:aumento de la tensión arterial. Aumento de la frecuencia cardiaca.</p>	<p>DOMINIO: Salud psicosocial (3) CLASE: Bienestar psicológico(M)</p>		
	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:
	NIVEL DE ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la presión arterial • Cambio en la ingesta de alimentos • Malestar estomacal • Ansiedad 	<p>1Desviación grave del rango normal</p> <p>2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>
	PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 3 CONDUCTUAL CLASE: T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA.

TERAPIA DE RELAJACIÓN 6040

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva)
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente

FUNDAMENTACIÓN

La relajación es una técnica que se ha realizado desde el origen de los tiempos para aliviar el estrés, la ansiedad o nerviosismo proporcionando a la persona un estado de vuelta a la calma tras un momento de agobio, un problema o cualquier situación que hace que se pierda ese estado habitual de cada uno, ya que para cada individuo su estado normal es de una manera. Las técnicas de relajación por tanto constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud sino en un ámbito general.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 3 CONDUCTUAL CLASE: T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA.

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 5820

- Tratar de comprender la perspectiva de paciente sobre una situación estresante.
- Administrar masaje en la espalda/cuello, según corresponda
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

FUNDAMENTACIÓN

Para prevenir la ansiedad, es importante adoptar un estilo de vida saludable, practicar ejercicio físico de forma regular, en especial al aire libre, también ayuda a despejar la mente y evitar los sentimientos ansiosos.

Del mismo modo, las técnicas de relajación ayudan a combatir la aparición de crisis. Se pueden aprender de la mano de profesionales o de manera autodidacta, mediante libros y material audiovisual de autoayuda.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

REIKI 1520

- Crear un ambiente tranquilo y cómodo.
- Utilizar aromas o música suave para crear una atmosfera adecuada.
- Preguntar sobre los motivos de consulta, si presenta dolor en alguna parte o si padece una enfermedad concreta.
- Permitir que el paciente que va a recibir Reiki se siente cómodamente o se tumbe en una camilla de masaje, totalmente vestido y en decúbito supino.
- Limitar cualquier distracción innecesaria.
- Relajar la mente y realizar varias respiraciones profundas para concentrarse.
- Pedir permiso específico antes de la sesión para actuar sobre los órganos sexuales o las partes del cuerpo que se pudieran considerar inapropiadas, si está indicado.
- Mover las manos de una en una para mantener el contacto de forma continua.
- Observar la respuesta de relajación del paciente y cualquier cambio relacionado.

FUNDAMENTACIÓN

El *reiki* es una forma de medicina alternativa desarrollada en 1922 por el budista japonés Mikao Usui. Desde su origen en Japón, ha sido adaptada en varias tradiciones culturales a nivel mundial. Sus practicantes creen que a través de una técnica llamada imposición de manos o toque terapéutico se transfiere desde las palmas una "energía universal" (*reiki*) hacia el paciente con el fin de promover la curación emocional o física.

El reiki es una pseudociencia basada en el *qi* ("chi"), que según sus practicantes es una fuerza vital universal, aunque no hay evidencia empírica de que tal fuerza exista. La investigación clínica no ha demostrado que el reiki sea un tratamiento médico efectivo para condición médica alguna. La American Cancer Society, el Cancer Research UK, y el National Center for Complementary and Integrative Health advierten que el reiki no debe ser usado como un reemplazo al tratamiento convencional.

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: NIVEL DE ESTRÉS

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
Aumento de la presión arterial	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3
Cambio en la ingesta de alimentos	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4
Malestar estomacal	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Ansiedad	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: NIVEL DE ESTRÉS

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
Aumento de la presión arterial	3	3	3	3	3	3	3
Cambio en la ingesta de alimentos	4	4	4	4	4	4	4
Malestar estomacal	3	3	3	3	3	3	3
Ansiedad	3	3	3	3	3	3	3

OBSERVACIONES: La ansiedad fue generada por situaciones familiares especialmente con la pareja, se trabajó con ambos y se logró disminuir el estado de ansiedad, posteriormente al diagnóstico de tumor sigmoideo la ansiedad regresa generando aumento de la presión arterial disminución de la ingesta de alimentos. Después de la cirugía se inician terapias de relajación disminuyendo el estado ansioso.

5.4. PLAN DE CUIDADOS			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) RIESGO DE LESIÓN	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 11 seguridad/protección CLASE: 2 lesión física CÓDIGO: 0035 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE LESIÓN Relacionado con agentes nosocomiales. Exposición a patógenos. Exposición a químicos tóxicos. Sistema de transporte inseguro. DEFINICIÓN Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta CLASE: T Control de riesgo y seguridad		
	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:
	CONTROL DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • 190201 reconoce los factores de riesgo personales • 190202 controla los factores de riesgo ambientales • 19204 desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas • 190207 sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas • 190208 modifica el estilo de vida para reducir el riesgo • 190216 reconoce cambios en el estado general de salud • 190219 busca información actual sobre riesgos para la salud 	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal
	PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DE RIESGO

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgo
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores del riesgo
- Identificar las estrategias de afrontamiento típicas
- Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda

FUNDAMENTACIÓN

Es la parte del proceso de gestión de riesgos en la que conocemos e inspeccionamos los riesgos. El objetivo de la identificación del riesgo es conocer los sucesos que se pueden producir en la organización y las consecuencias que puedan tener sobre los objetivos de la empresa. Una vez que tenemos realizado este paso, debemos identificar los controles implantados. Debemos estudiar en profundidad todos los factores que pueden influir en las causas y en las consecuencias. Una situación puede tener muchas causas y muchas consecuencias. Debemos de considerar los controles de riesgo que tenemos implementados en la organización y la eficacia y eficiencia de estos. Debemos prestarle mayor atención a los riesgos que puedan tener mayores consecuencias, ya que son los que más tienen en cuenta la dirección. Puede ser que haya un riesgo con consecuencias leves, pero que a la larga traiga consigo una gran consecuencia. El tratamiento de estos riesgos es distinto, por ello es importante hacer el análisis por separado.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: COMUNIDAD CLASE: D CONTROL DE RIESGO DE LA COMUNIDAD

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJO 6489

- Identificar los peligros y factores de estrés existentes en el ambiente de trabajo (físicos, biológicos, químicos y ergonómicos)
- Determinar las normas de salud y seguridad en el trabajo aplicables, así como su cumplimiento en el puesto de trabajo
- Informar a los trabajadores sobre las sustancias peligrosas a las que pueden estar expuestos
- Utilizar etiquetas o carteles para advertir a los trabajadores sobre potenciales peligros del sitio de trabajo
- Identificar los factores de riesgo de lesiones y enfermedades laborales mediante la revisión de los patrones de lesiones y enfermedades de los registros.
- Desarrollar protocolos de urgencias y preparar a empleados seleccionados en los cuidados de urgencia
- Coordinar el seguimiento de los cuidados de las lesiones y enfermedades laborales.

FUNDAMENTACIÓN

Cumplir con todas las normas vigentes de manejo y disposición de residuos para garantizar la seguridad de todo el personal, la calidad del servicio que se entrega, el cuidado del medio ambiente y el prestigio de los clientes.

La cultura de seguridad se desarrolla a través de la creación de hábitos. El factor de éxito está dado por el desarrollo de acciones orientadas al autocuidado y la disciplina operacional, con el compromiso e involucramiento de todos los trabajadores de la organización. Esta cultura está enfocada en tres ámbitos:

Excelencia Operacional, mediante la integridad de las instalaciones, seguridad, estándares operacionales y calidad de servicio.

Sistema de Gestión Integrado que guía las operaciones bajo el modelo de mejora continua.

Liderazgo Excepcional, especial relevancia en la conformación de equipos que potencien los factores humanos y organizacionales velando por la integridad física y mental de las personas

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: CONTROL DE RIESGO

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
190201 Reconoce los factores de riesgo personales	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
190202 Controla los factores de riesgo ambientales	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
19204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
190207 Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
190216 Reconoce cambios en el estado general de salud	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
190219 Busca información actual sobre riesgos para la salud	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: CONTROL DE RIESGO

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
190201 Reconoce los factores de riesgo personales	4	4	4	4	4	4	4
190202 Controla los factores de riesgo ambientales	4	4	4	4	4	4	4
19204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas	4	4	4	4	4	4	4
190207 Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas	4	4	4	4	4	4	4
190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	4	4	4	4	4	4	4
190216 Reconoce cambios en el estado general de salud	4	4	4	4	4	4	4
190219 Busca información actual sobre riesgos para la salud	4	4	4	4	4	4	4

OBSERVACIONES: Cuando se empezó a realizar el presente trabajo la paciente tenía el riesgo de infecciones nosocomiales, posteriormente se jubiló y dejó de tener ese riesgo hasta la actualidad volvió a surgir el riesgo al tener una colostomía puede presentar alguna infección.

5.4. PLAN DE CUIDADOS			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) RELACIÓN INEFICAZ	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 7 rol/relaciones CLASE: 3 desempeño del rol CÓDIGO: 00223 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: RELAJACIÓN INEFICAZ Relacionado con estresores. Habilidades de comunicación ineficaces. Manifestado por comunicación insatisfactoria con la pareja. Equilibrio insuficiente en la colaboración de la pareja. Insatisfacción con el intercambio de ideas en la pareja DEFINICIÓN Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.	DOMINIO: 3 salud psicosocial CLASE: N Adaptación psicosocial		
	RESULTADO:	INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • 130203 verbaliza sensación de control • 130204 refiere disminución de estrés • 130207 modifica el estilo de vida para reducir el estrés • 130211 identifica múltiples estrategias de superación • 130213 evita situaciones excesivamente estresantes • 130216 refiere disminución de los síntomas físicos de estrés • 130222 utiliza el sistema de apoyo personal 	ESCALA DE MEDICIÓN: 1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal
	AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA		
	PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: CONDUCTUAL CLASE: O TERAPIA CONDUCTUAL

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta
- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables
- Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia
- Mantener una conducta coherente por parte del personal
- Proporcionar una retroalimentación en términos de sentimientos cuando se observe que el paciente este sin síntomas y parezca relajado
- Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente que hayan sido tomadas de forma independiente.
- Ayudar al paciente a que examine su propia conducta
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta
-

FUNDAMENTACIÓN

La conducta está relacionada con la manera como se comportan las personas o los animales en los diversos contextos de la vida. Este vocablo puede ser utilizado como sinónimo de comportamiento, ya que describe las acciones que realiza un individuo, frente a los estímulos que recibe y a la conexión que establece con su entorno.

En el ámbito psicológico existe una corriente llamada **conductismo**, la cual, como su nombre lo indica, se enfoca en la conducta de la persona, en sus acciones y no en los procesos internos que la impulsan a realizar dichas acciones. Su teoría se fundamenta en que a un estímulo le sigue una respuesta. Siendo esta el resultado de una interacción entre el sujeto y su medio.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FAMILIAR CLASE: X CUIDADOS DURANTE LA VÍA

ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR 7100

- Escuchar a los miembros de la familia
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia
- Determinar la comprensión familiar de la dolencia
- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación
- Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos
- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia
- Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado.

FUNDAMENTACIÓN

La familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de matrimonio, parentesco o adopción. Considerada como una comunidad natural y universal, con base afectiva, de indiscutible formativa en el individuo y de importancia social. Se dice que es universal ya que la historia de la familia es la historia de la humanidad.

Con respecto a su importancia social, la familia es la célula original de la vida social, donde el individuo se prepara para su vida en la sociedad. De allí que, mientras mejor organizada esté la familia más robusta sea, más sólida y favorable será la organización social.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FAMILIAR CLASE: X CUIDADOS DURANTE LA VÍA

TERAPIA FAMILIAR 7150

- Utilizar la historia clínica del paciente para fomentar el dialogo familiar
- Determinar los patrones de comunicación de la familia
- Identificar el modo de resolución de problemas de la familia
- Determinar la forma de tomar decisiones de la familia
- Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia
- Identificar los papeles habituales dentro del sistema familiar.
- Determinar las alianzas familiares
- Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto
- Determinar las alianzas familiares
- Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia
- Facilitar el dialogo familiar
-

FUNDAMENTACIÓN

La terapia de familia en una forma de psicoterapia que ayuda a las familias en sus dificultades derivadas de las diferencias entre cada uno de los miembros. La Psicoterapia sistémica familiar(usualmente llamada Terapia familiar) provee recursos a las personas en relaciones cercanas para ayudarse entre sí. Permite a los miembros de la familia expresar y explorar pensamientos difíciles y emociones en un ambiente seguro, entender las experiencias y puntos de vista de cada uno, apreciar las necesidades del otro, y construir en cimientos más firmes y hacer cambios útiles en sus relaciones y sus vidas.

Las sesiones de terapia familiar tienen como objetivo corregir cierta dinámica familiar que se ha convertido en la fuente de las dificultades, modificando las interacciones entre los miembros de la familia que agravan o perpetúan el problema. Es decir, a diferencia de la terapia individual, no se trata de cambios de cada uno de los individuos (estos son secundarios) sino de cambios en el sistema familiar de interacción.

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
130203 Verbaliza sensación de control	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
130204 Refiere disminución de estrés	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
130211 Identifica múltiples estrategias de superación	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
130213 Evita situaciones excesivamente estresantes	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
130216 Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
130222 Utiliza el sistema de apoyo personal	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO RESULTADO ESPERADO: AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal
4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
130203 Verbaliza sensación de control	4	4	4	4	4	4	4
130204 Refiere disminución de estrés	4	4	4	4	4	4	4
130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés	4	4	4	4	4	4	4
130211 Identifica múltiples estrategias de superación	4	4	4	4	4	4	4
130213 Evita situaciones excesivamente estresantes	4	4	4	4	4	4	4
130216 Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	3	3	3	3	4	4	4
130222 Utiliza el sistema de apoyo personal	3	3	3	3	4	4	4

OBSERVACIONES: Al inicio del trabajo la paciente nos indica que no tiene una buena relación con su pareja ya que evadía los problemas o situaciones estresantes que le provocaban estrés, con el paso del tiempo y por el problema que se suscitó cambio su conducta con la pareja, acepta la ayuda de la familia para poder salir adelante y sentirse apoyada.

5.4. PLAN DE CUIDADOS			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) RELACIÓN INEFICAZ	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 7 rol/relaciones CLASE: 3 desempeño del rol CÓDIGO: 00223 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: RELAJACIÓN INEFICAZ Relacionado con estresores. Habilidades de comunicación ineficaces. Manifestado por comunicación insatisfactoria con la pareja. Equilibrio insuficiente en la colaboración de la pareja. Insatisfacción con el intercambio de ideas en la pareja DEFINICIÓN Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.	DOMINIO: 3 salud psicosocial CLASE: N Adaptación psicosocial		
	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:
	AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • 260003 Enfrenta los problemas familiares • 260005 Controla los problemas familiares • 260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones • 260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros • 260021 Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar. 	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal
	PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4		

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN											
	11-11-16	11-12-16	11-01-17	11-02-17	11-03-17	11-04-17	11-05-17	11-06-17	11-07-18	11-08-17	11-09-17	11-10-17
260003 Enfrenta los problemas familiares	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
260005 Controla los problemas familiares	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
260021 Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO

RESULTADO ESPERADO: AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA

1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal

4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal

INDICADORES	EVALUACIÓN						
	11-11-17	11-12-17	11-01-18	11-02-18	11-03-18	11-04-18	11-05-18
260003 Enfrenta los problemas familiares	3	3	3	4	4	4	4
260005 Controla los problemas familiares	3	3	3	4	4	4	4
260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	3	3	3	4	4	4	4
260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros	3	3	3	4	4	4	4
260021 Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar.	3	3	3	4	4	4	4

OBSERVACIONES: Al inicio del trabajo la paciente nos indica que no tiene una buena relación con su pareja por lo tanto se mete a terapia de REIKI y esto hace que su relación cambie tanto con su pareja, así como con la familia, ya que después de haber sido diagnosticada con cáncer realiza platicas con la familia y expresan sus sentimientos entre ellos, esto para poder estar tranquilos y poder resolver los problemas que se lleguen a suscitar en un futuro.

CONCLUSIÓN

El presente proceso atención de enfermería que se aplicó a la paciente fue de ayuda para poder intervenir con su diagnóstico y así mismo darse cuenta que problemas surgieron a partir de la valoración y diagnósticos encontrados.

En el diagnóstico de obesidad se obtuvo de un resultado parcial ya que al inicio del trabajo contaba con un peso de 95 kg después de 19 meses de cuidados cuenta con un peso de 72 kg, esto nos da una pérdida de peso de 23 kg., aún faltan por disminuir 12 kg.

Del diagnóstico dolor crónico en rodillas se logró disminuir el dolor ya que al perder peso le resulta de mayor ayuda ya que era uno de los factores que provocaban el dolor por tanto se recomienda siga realizando ejercicios de acuerdo a su edad y peso que favorezcan su mejoría.

En el diagnóstico de estreñimiento se observó que la paciente presentaba dificultad para evacuar, se inician cuidados con alternativas higiénico-dietéticas, sin embargo, no se obtuvieron resultados favorables. Acudió al médico, se le realizaron estudios diagnosticándose un tumor sigmoideo por lo que es programada para cirugía, posterior a la intervención quirúrgica y al quedar con colostomía sus evacuaciones fueran más constantes, aunque también llega a presentar algunas veces estreñimiento.

En la intolerancia a la actividad se observó que la paciente tenía complicaciones al realizar alguna actividad física ya que presentaba aumento de frecuencia cardiaca lo que dificultaba realizar actividad con mayor esfuerzo, al poner en práctica las intervenciones se obtuvo como resultado una disminución en la frecuencia cardiaca al realizar alguna actividad física y así mismo poder seguir ejercitándose para seguir perdiendo peso.

Al valorar a la paciente se observa que tiene problemas de ansiedad en especial con la pareja, al poner en práctica las intervenciones se logra que su ansiedad

disminuya tanto de ella como de su pareja, se le dan terapias de relajación, teniendo un impacto favorable.

El diagnóstico de riesgo de lesión se identifica ya que al inicio la paciente se encontraba trabajando en un hospital, al estar en contacto con pacientes y materiales punzocortantes presentaba ese riesgo, después de haberse jubilado se redujo el riesgo.

Por último, se identificó el diagnóstico de relación ineficaz con la pareja observando que al no tener una buena relación con su pareja evadía los problemas o situaciones estresantes que pudiera tener, al poner en práctica las intervenciones se pudo tener una mejor relación tanto con su pareja como con su familia.

Al inicio del trabajo y al tomar a la paciente se sospechaba de hipertensión, al momento de realizar la valoración se observa que el diagnóstico que tenía no era hipertensión sino obesidad y estreñimiento, al realizar los cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas empieza a mostrar resultados favorables. Después de un tiempo se observa que algunas de las intervenciones no están dando el resultado esperado por lo cual al realizarle algunos estudios a la paciente nos pudimos percatar que presentaba un tumor a la altura del sigmoides, lo que le impedía tener evacuaciones constantes. Al saber sobre este diagnóstico nuevo de la paciente se retoman algunas de las intervenciones ya escritas las cuales funcionaron para su mejora.

Al terminar el Proceso Atención Enfermería se le diagnóstico CA de Colon.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann MarrierTomey y Martha Raile A. (2007) Modelos y Teorías en Enfermería. Quinta y sexta edición
2. Colliere M. (1995). Promover la Vida, Madrid: interamericana McGraw-Hill
3. Catalina Garcia Martin- Caro, Maria Luísa Martinez Martin. (2007) Historia de la Enfermería: EvolucionHistorica del Cuidado Enfermero, Madrid. Elsevier, Ed. Harcourt.
4. Carpenito (1987) e Iyer (1989).
5. Definition del Webster's New Collegiate Dictionary 1961
6. Griffith y Christensen (1982).
7. Maestra Margarita Cárdenas Jiménez. Maestra Rosa Amarilis Zarate Grajales. La Enfermería como Disciplina Profesional. (1-29)
8. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
9. OCDE. *ObesityUpdate*. 2017. Disponible desde:http://oment.uanl.mx/descarga/obesity-update-2017_ocde.pdf
10. Victoria Moran Aguilar, Alba Lily Mendoza Robles. Proceso de Enfermería. Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA CIE y CRE. (75-79)
11. Salud 180. Estilo de vida saludable. <http://www.salud180.com/salud-z/obesidad-0>
12. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso Enfermero. (35-51)
13. Victoria Moran Aguilar, Alba Lily Mendoza Roble. Modelos de Enfermería. Octubre 1993; 1º edición; 158; 15-17.

ANEXO

NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

MAKI ESTHER ORTIZ DOMÍNGUEZ, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidenta del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41,43, 47 fracción IV y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II, IX y XIV, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 24 fracciones I y II, 27 fracciones III y IX, 32, 33, 34, 45, 47, 48, 78, 79, 81, 111 fracción II, 112 fracción III, 114, 115 fracciones I, II y VI y 214 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 4o., 5o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracción I, 19, 2021, 26, 28, 38 y 94 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

CONSIDERANDO

Que con fecha 08 de diciembre de 2008, en cumplimiento del acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 5 de febrero del 2009, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios sobre el proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que fue publicado el documento de respuesta a comentarios con fecha 7 de julio de 2010 a que hace referencia el artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes dependencias e instituciones:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Hospital General de México
Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Secretaría de Salud y Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche
Servicios de Salud en Coahuila
Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Secretaría de Salud de los Servicios de Salud de Durango
Secretaría de Salud de Guanajuato
Secretaría de Salud de los Servicios de Salud en Hidalgo
Secretaría de Salud del Instituto de Salud del Estado de México
Secretaría de Salud en el Estado de Oaxaca
Secretaría de Salud de los Servicios de Salud en Puebla
Secretaría de Salud en Querétaro
Servicios de Salud de Veracruz
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de Prestaciones Médicas
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Dirección Médica
Escuela de Dietética y Nutrición
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
Dirección General de Sanidad Militar
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA, A.C.
ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL, A.C.
ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.
ASOCIACIÓN MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA, A.C.
ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MIEMBROS DE FACULTADES Y ESCUELAS DE NUTRICIÓN, A.C.

COLEGIO DE POSTGRADUADOS EN CIRUGÍA GENERAL, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE NUTRIÓLOGOS, A.C.

HOSPITAL AMERICAN BRITISH COWDRAY, I.A.P.

HOSPITAL DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.

ÍNDICE

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
- . Definiciones y abreviaturas
5. Disposiciones generales
6. Disposiciones específicas
7. Del tratamiento médico
8. Del tratamiento nutricional
9. Del tratamiento psicológico
10. De la infraestructura y equipamiento
11. Medidas restrictivas
12. De la publicidad
13. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
14. Bibliografía
15. Vigilancia
- . Vigencia

0. Introducción

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos.

Por ello, esta Norma Oficial Mexicana, de conformidad con la legislación sanitaria aplicable y la libertad prescriptiva en la práctica médica, procura la atención del usuario de acuerdo con las circunstancias en que cada caso se presente.

Es necesario señalar que, para la correcta interpretación de esta Norma Oficial Mexicana, de conformidad con la aplicación de la legislación sanitaria, se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, nutricional y psicológica.

Además, podrán participar en el tratamiento integral de la obesidad otros profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, quienes deberán de prestar sus servicios en beneficio del paciente.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como para los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, que se ostenten y oferten servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, mediante el control y reducción de peso, en los términos previstos en la misma.

3. Referencias

Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria.

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

3.3. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

3.4. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

3.5. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

3.6. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

4. Definiciones y abreviaturas

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entenderá por:

4.1. Abreviaturas:

IMC:Índice de masa corporal.

Kg/m²: Kilogramo sobre metro al cuadrado.

4.2. Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

4.3. Comorbilidad, a las enfermedades y problemas de salud que tienen su origen o son agravados por el sobrepeso y la obesidad.

4.4. Dieta, al conjunto de alimentos que se ingieren cada día.

4.5. Establecimiento para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, a todo aquél de carácter público, social o privado, cualesquiera que sea su denominación o régimen jurídico, que oferte entre sus servicios, tratamiento del sobrepeso y la obesidad a pacientes ambulatorios o que requieran hospitalización. Todos los establecimientos que no oferten tratamiento quirúrgico o endoscópico serán considerados consultorios.

4.6. Estatura baja, a la clasificación que se hace como resultado de la medición de estatura menor a 1.50 metros en la mujer adulta y menor de 1.60 metros para el hombre adulto.

4.7. Índice de masa corporal, al criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado (IMC).

4.8. Medicamento a granel, a todo aquel medicamento genérico o de patente que se encuentra en su forma farmacéutica definitiva y fuera de su envase original.

4.9. Medicamento fraccionado, a todo aquel medicamento genérico o de patente que se encuentra disgregado, separado en partes o que se ha modificado su forma farmacéutica definitiva.

4.10. Medicamento secreto, a todo aquel producto fraccionado, a granel o en envase cuya presentación: no tenga etiqueta, tenga una etiqueta que no incluya los datos de nombre genérico, forma farmacéutica, cantidad y presentación; tenga una etiqueta que contenga datos que no correspondan al producto envasado o no se apegue a las disposiciones legales aplicables.

4.11. Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

4.12. Percentila, el valor que divide un conjunto ordenado de datos estadísticos, de forma que un porcentaje de tales datos sea inferior a dicho valor. Así, un individuo en el percentil 85, está por encima del 85% del grupo a que pertenece.

4.13. Sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

4.14. Tratamiento estandarizado, al tratamiento cuya composición, dosis, cantidad y duración es la misma para cualquier tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual.

4.15. Tratamiento integral, al conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, incluye el tratamiento médico, nutricional, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en su caso, quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

5. Disposiciones generales

5.1. Todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral, en términos de lo previsto en esta norma.

5.2. El tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, deberá realizarse bajo lo siguiente:

5.2.1. Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;

5.2.2. Deberá estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dieto-terapia, psicoterapia, fármaco-terapia y el tratamiento médico quirúrgico;

5.2.3. El médico será el responsable del tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, el licenciado en nutrición y el psicólogo serán responsables del tratamiento en sus respectivas áreas de competencia profesional;

5.2.4. El tratamiento indicado deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado;

5.2.5. Deberán evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes y comorbilidades que afecten su salud;

5.2.6. Se deberá obtener carta de consentimiento informado del interesado, familiar, tutor o su representante legal, de conformidad con lo que establece la NOM-168-SSA1-1998, referida en el numeral 3.4. de esta norma;

5.2.7. Todo tratamiento deberá prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos que incluyan: IMC y perímetro de cintura y cadera.

5.2.8. Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriológicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud. Asimismo, se debe incluir un programa individualizado de actividad física y ejercicio adecuado a la condición clínica y física de cada paciente, tomando en cuenta las normas NOM-015-SSA2-1994 y NOM-030-SSA2-2009, referidas en los numerales 3.1.

y 3.2. de esta norma;

5.2.9. Los medicamentos e insumos para la salud empleados en el tratamiento, deberán contar con registro que al efecto emita la Secretaría de Salud.

5.3. La elaboración del expediente clínico y de las notas de atención médica, nutriológica o psicológica, en el ámbito institucional o de la consulta independiente o no ligada a un establecimiento hospitalario, deberán realizarse conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, referida en el numeral 3.4 de esta norma.

5.4. Los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado que proporcionan servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos aprobados para dicho propósito.

6. Disposiciones específicas

6.1. El personal profesional que intervenga en el tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá cumplir los requisitos siguientes:

6.1.1. Tener título y cédula profesional de médico, nutriólogo o psicólogo, legalmente expedidos y registrados ante las autoridades educativas competentes;

6.1.2. Cuando se trate de personal profesional que se ostente como médico especialista, deberá contar con certificado de especialización y cédula legalmente expedidos y registrados por la autoridad educativa competente;

6.1.3. En el caso de estudios realizados en el extranjero, éstos deberán ser revalidados ante la autoridad educativa competente;

6.1.4. En el caso de los psicólogos, licenciados en nutrición y otros profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deberán contar con formación académica en el área clínica.

6.2. El personal técnico de las disciplinas de la salud que participe en el tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá contar con diploma legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

6.3. La participación del personal técnico y auxiliar en el tratamiento integral del sobrepeso u obesidad, será exclusivamente en apoyo a los profesionales de las áreas de medicina, nutrición y psicología, por lo que no podrá actuar de manera independiente, ni prescribir, realizar o proporcionar, por sí, tratamiento alguno.

6.4. Todo aquel establecimiento público, social o privado, que se ostente y ofrezca servicios para la atención del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá contar con responsable sanitario, así como aviso de funcionamiento o licencia sanitaria, según sea el caso, atendiendo a lo que establezcan las disposiciones legales aplicables para tal efecto.

7. Del tratamiento médico

La participación del médico comprende:

7.1. Del tratamiento farmacológico.

7.1.1. El médico será el único profesional de la salud que prescriba medicamentos en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en esta norma;

7.1.2. Cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento dieto terapéutico, a la prescripción de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 kg/m² o más, con o sin comorbilidades o en pacientes con IMC superior a 27 kg/m² con una o más comorbilidades, se podrán prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad;

7.1.3. Cada medicamento utilizado deberá estar justificado bajo criterio médico, de manera individualizada;

7.1.4. El médico tratante deberá informar y explicar al paciente, las características del medicamento que le fue prescrito, nombre comercial y genérico, dosificación, duración del tratamiento, interacción con otros medicamentos, así como las posibles reacciones adversas y efectos colaterales;

7.1.5. La expedición de la receta y el registro en la nota médica del expediente clínico correspondiente, deberán realizarse de acuerdo con las disposiciones sanitarias y la normatividad aplicables.

7.2. Del tratamiento quirúrgico.

7.2.1. Estará indicado en los individuos adultos con IMC mayor o igual a 40kg/m² o mayor o igual a 35 kg/m² asociados a comorbilidad, cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endócrino. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente.

7.2.1.1. Además de lo anterior, en el caso de las personas de 16 a 18 años, se podrá realizar tratamiento quirúrgico exclusivamente en aquellas que hayan concluido su desarrollo físico, psicológico y sexual, en establecimientos de atención médica de alta especialidad, como parte de protocolos de investigación, revisados y aprobados por una Comisión de Ética, bajo la atención de equipos multidisciplinarios y sólo si presentan comorbilidades importantes.

En el caso de los dos numerales anteriores, la selección del tipo de técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad, deberá estar basada y justificada en la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario.

7.2.2. La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica.

La disposición anterior no es limitativa, cuando la evaluación del caso de un paciente en particular requiera de la intervención de otros especialistas, podrán participar sin ningún problema.

7.3. Del tratamiento endoscópico.

7.3.1. El uso de procedimientos endoscópicos, estará indicado en pacientes con IMC mayor o igual a 40 kg/m² o mayor o igual a 35 kg/m² asociados a comorbilidad y en pacientes de alto riesgo que requieran una reducción de peso previa al tratamiento quirúrgico, así como en aquellos que se encuentren en un programa de manejo multidisciplinario y no acepten un tratamiento quirúrgico;

7.3.2. La indicación de tratamiento endoscópico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, médico internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica.

La disposición anterior no es limitativa, cuando la evaluación del caso de un paciente en particular requiera de la intervención de otros especialistas, podrán participar sin ningún problema.

7.4. Disposiciones comunes para el tratamiento quirúrgico o endoscópico.

7.4.1. Todo paciente con obesidad, candidato a cirugía o algún procedimiento endoscópico, no podrá ser intervenido quirúrgicamente sin antes haber sido estudiado en forma completa, con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrica y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente. En el manejo se deben consultar las Guías de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida y la de Tratamiento Quirúrgico del Adolescente con Obesidad Mórbida;

7.4.2. El médico cirujano tendrá la obligación de informarle al paciente respecto de los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos a realizar, sus ventajas, desventajas y riesgos a corto, mediano y largo plazo;

7.4.3. El médico tratante deberá recabar la carta de consentimiento informado, en los términos que establece la NOM-168-SSA1-1998, referida en el numeral 3.4. de esta norma;

7.4.4. Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad deben ser de tipo restrictivo, mal absorbivo o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, así como su comorbilidad, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas;

7.4.5. Las unidades hospitalarias donde se realicen actos quirúrgicos y endoscópicos para el tratamiento integral de la obesidad, deberán contar con todos los insumos necesarios para satisfacer los requerimientos de una cirugía mayor en pacientes de alto riesgo. Los insumos mencionados, deberán estar registrados ante la Secretaría de Salud;

7.4.6. El médico tratante deberá comprobar documentalmente ser especialista en: cirugía general, cirugía pediátrica o endoscopia, según sea el caso, haber recibido adiestramiento en cirugía bariátrica y conocer el tratamiento integral del paciente obeso.

7.4.7. El médico tratante deberá comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. El tiempo, frecuencia y características del seguimiento, dependerán de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente;

7.4.8. El médico tratante referirá al paciente al nutriólogo o psicólogo, cuando el caso lo requiera;

7.4.9. El médico tratante deberá informar y orientar al paciente sobre los beneficios que representa para la salud, el llevar una alimentación correcta, de conformidad con lo establecido en la NOM-043-SSA2-2005, referida en el numeral 3.3. de esta norma. Asimismo, deberá hacer énfasis sobre los riesgos que representan para la salud el sobrepeso y la obesidad.

8. Del tratamiento nutricional

La participación del nutriólogo comprende:

8.1. El tratamiento nutricional que implica:

8.1.1. Valoración nutricia: evaluación del estado nutricional mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, bioquímicos y de estilo de vida;

8.1.2. Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimentarios; y

8.1.3. Control: seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones.

8.1.4. Pronóstico.

8.2. La dieta deberá ser individualizada, atendiendo a las circunstancias específicas de cada paciente, en términos de los criterios mencionados en esta norma.

8.3. Referir al paciente a tratamiento médico o psicológico, cuando el caso lo requiera.

9. Del tratamiento psicológico

9.1. La participación del psicólogo clínico comprende:

9.1.1. La valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias;

9.1.2. El tratamiento y el manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso u obesidad;

9.1.3. La referencia al nutriólogo, médico o psiquiatra, cuando el caso lo requiera.

10. De la infraestructura y equipamiento

10.1. Los establecimientos donde se oferte tratamiento no quirúrgico del sobrepeso y la obesidad, deberán cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento especificados en la NOM-178-SSA1-1998, referida en el numeral 3.5 de esta norma, de acuerdo con la función del establecimiento, siendo indispensable que cuenten con lo siguiente:

10.1.1. Báscula clínica con estadímetro;

10.1.2. Cinta antropométrica; y

10.1.3. Los demás que fijen las disposiciones sanitarias.

10.2. Los establecimientos hospitalarios deberán poseer la infraestructura y equipamiento que al respecto señala la NOM-197-SSA1-2000, referida en el numeral 3.6 de esta norma.

11. Medidas restrictivas

11.1. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad queda prohibido:

11.1.1. Prescribir tratamientos de cualquier tipo, por personal técnico o auxiliar de la salud o cualquier otro profesional no facultado para ello;

11.1.2. Indicar tratamientos y productos que no tengan sustento científico, que provoquen pérdida de peso acelerado, más de un kilogramo por semana y que pongan en peligro la salud o la vida del paciente;

11.1.3. Utilizar procedimientos que no hayan sido aprobados mediante investigación clínica o reporte casuístico, así como la prescripción de medicamentos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente;

11.1.4. Manejar tratamientos estandarizados;

11.1.5. Usar diuréticos, hormonas tiroideas, anorexígenos, vacunas, extractos tiroideos, inyecciones de enzimas, aminoácidos lipolíticos y otros productos similares, para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad;

11.1.6. Prescribir o proporcionar medicamentos secretos, fraccionados o a granel;

11.1.7. Usar hormonas ante la ausencia de patología asociada y previa valoración del riesgo-beneficio;

11.1.8. Prescribir fármacos de manera generalizada para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. En pacientes menores de 18 años, sólo se podrán prescribir dentro de protocolos de manejo o de investigación, registrados y aprobados por las Comisiones de Ética o Investigación institucionales; en su caso, autorizadas por la Secretaría de Salud.

11.1.9. Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en tanto no hayan sido probadas mediante un protocolo de investigación, debidamente autorizado por la Secretaría de Salud; de ser el caso, este hecho deberá registrarse en el expediente clínico;

11.1.10. Indicar como opción de tratamiento el uso de aparatos de ejercicio electrónicos o mecánicos, aparatos térmicos, de masaje, baños sauna y otros equipos que no hayan demostrado su eficacia terapéutica en apoyo al tratamiento médico del sobrepeso y la obesidad, que representen un riesgo para la salud;

11.1.11. Indicar productos no autorizados por la Secretaría de Salud para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad;

11.1.12. Realizar tratamiento exclusivamente quirúrgico, sin la evaluación de un equipo multidisciplinario en los términos que señala el numeral 7.4.1., para evitar comprometer la vida del paciente;

11.1.13. Usar la liposucción y la lipoescultura como tratamientos para el sobrepeso y la obesidad.

12. De la publicidad

La publicidad para efecto de esta norma, se deberá ajustar a lo siguiente:

12.1. No anunciar la curación definitiva;

12.2. No hacer referencia a tratamientos en los que no se distinga un tratamiento en particular;

12.3. No promover la utilización de medicamentos secretos o fraccionados;

12.4. No referirse a insumos o tratamientos que no estén respaldados científicamente en investigación clínica;

12.5. No sustentar tratamientos en aparatos electrónicos o mecánicos reductores de peso como opción, ni ofrecer resultados extraordinarios o milagrosos sin ningún esfuerzo físico, es decir una actividad física adecuada, ni modificación en los hábitos de alimentación, tal como se señala en las normas NOM-015-SSA2-1994 y NOM-030-SSA2-1999, referidas en los numerales 3.1 y 3.2 de esta norma;

12.6. No promover el uso de anorexígenos, vacunas, diuréticos, extractos tiroideos, fajas de yeso u otros materiales, cremas, inyecciones de enzimas, aminoácidos lipolíticos y otros productos similares, para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Así como tampoco los productos a los que se refiere el numeral

11.1.10;

12.7. No inducir la automedicación;

12.8. La publicidad deberá estar orientada a inducir al paciente obeso o con sobrepeso, a que acuda con un médico, nutriólogo o psicólogo para que se determine la causa del problema y prescriba el tratamiento adecuado; cualquiera de los tres profesionales mencionados, podrán anunciarse y publicitarse en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, según su formación, materia y área de intervención.

13. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana.

14. Bibliografía

- 14.1.** Álvarez Cordero R. Editor huésped del Simposio Internacional Treatment of theClinicallySevereObesity, en la sección WorldProgress in Surgery. World J. Surg., Vol. 22: 7, sept. 1998.
- 14.2.** Bray GA. Medications for Weight Reduction. EndocrinolMetabClin N Am 2008; 37: 923942.
- 14.3.** Buchwald H, Consensus Conference Panel. Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Health Implications for Patients, Health Professionals, and Third-Party Payers. SurgObesRelatDis. 2005; 1(3):371-81.
- 14.4.** Calzada, León. Obesidad en niños y adolescentes. Editores de textos mexicanos. México 2003, pp. 81-83 y 112.
- 14.5.** Clinical Guidelines in the Identification, Evaluation and Treatment in Overweight and Obesity in adults, NHLBI, Obesity Guidelines. 1998.
- 14.6.** Dustan HP. Obesity and Hypertension. Diabetes Care 1991; 14: 488-504.
- 14.7.** Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. International Journal of Obesity 2007; 31:569577.
- 14.8.** Guía de práctica clínica. Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida.
- 14.9.** Guía de práctica clínica. Tratamiento quirúrgico del adolescente con obesidad mórbida.
- 14.10.** Hazuda HP, et al. Obesity in mexican-american subgroups. Ams I ClinNutr, 1991: 53: 1529.
- 14.11.** IFSO Statement on Patient Selection for Bariatric Surgery. Obesity Surgery, 1997; 7: 41.
- 14.12.** IFSO Guidelines for safety, quality and excellence in bariatric surgery. Obes. Surg; 2008; 18:497-500.
- 14.13.** Ley General de Educación.
- 14.14.** Ley General de Salud.
- 14.15.** Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal
- 14.16.** Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic: OMS, DivisiónNoncommunicable diseases, Programme of Nutrition Family and Reproductive Health, Geneva, jun 1997.
- 14.17.** Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- 14.18.** Padwal RS, Majumdar SR. Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant. Lancet 2007; 369: 7177.
- 14.19.** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- 14.20.** Smith BR, Schauer P, Nguyen NT. Surgical Approaches to the Treatment of Obesity: Bariatric Surgery. EndocrinolMetabClin N Am 2008; 37: 943964.
- 14.21.** The Practical Guide to Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIHPublicationnumber 00-4084. October 2000.
- 14.22.** Vargas Ancona, Bastarrachea Sosa, Laviada Molina, González Barranco, Ávila Rosas, Obesidad en México. FUNSALUD, 1999.
- 14.23.** Yitzhark A, Mizrahi S, Avinoach E. Laparoscopic Gastric Bandung in Adolescents. ObesSurg, 2006: 16: 1318-22.

15. Vigilancia

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

16. Vigencia

Esta norma entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente Norma Oficial Mexicana, cancela la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de abril de 2000.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 7 de julio de 2010.- La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidenta del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Maki Esther Ortiz Domínguez.- R**