

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UN ADULTO CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, DESCANSO Y SUEÑO E HIGIENE Y
PROTECCIÓN DE LA PIEL CON BASE AL MODELO
CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.**

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

LUIS MARTÍN ÁNGELES VALENCIA
No. CUENTA: 8511575-2

ASESORA ACADEMICA

LEO ISABEL CRISTINA PERALTA REYES

México, Abril de 2006



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.

*“La enfermería es un arte; y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios?
Es una de las Bellas Artes; casi diría, la más bella de las Bellas Artes.”*

Florence Nightingale

*A todos y cada uno de mis hermanos: Emeteria, José, Martín
Ana, Sergio, Caty y Salvador.
A mi madre que continúa dándome lecciones de vida.*

*A mis amigos y cómplices de siempre: Gaby, Nelson, Roberto Carlos, Tere.
Con afecto.*

*A mis profesores: Araceli, Carmen
Raúl, Liliana, Sandra, Cristina.*

A la ENEO y a nuestra maravillosa Universidad.

A todos y cada uno de los que conformamos la Patria Nueva.

Gracias por su apoyo y confianza.

CONTENIDO

- Introducción
- 1. Objetivos
 - 1.1 Objetivo General
 - 1.2 Objetivos Específicos
- 2. Justificación
- 3. Metodología del Trabajo
- 4. Marco Teórico
 - 4.1 Enfermería
 - 4.1.1 Concepto de Enfermería
 - 4.1.2 Antecedentes Históricos de Enfermería
 - 4.1.2.1 Los primeros cuidados
 - 4.1.2.2 La Enfermería de Florence Nightingale
 - 4.1.2.3 Modelo Biomédico
 - 4.1.2.4 Primeras Escuelas de Enfermería
 - 4.1.2.5 La Enfermería en México
 - 4.1.3 Enfermería como disciplina
 - 4.1.4 Perspectiva del cuidado
 - 4.2 Proceso de Enfermería
 - 4.2.1 Concepto de Proceso de Enfermería
 - 4.2.2 Antecedentes del Proceso de Enfermería
 - 4.2.3 Características del Proceso de Enfermería
 - 4.2.4 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería
 - 4.2.4.1 Valoración
 - 4.2.4.2 Diagnóstico
 - 4.2.4.3 Planificación
 - 4.2.4.4 Ejecución
 - 4.2.4.5 Evaluación
 - 4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson
- 5. Proceso Atención de Enfermería en un adulto con alteración en las necesidades de nutrición e hidratación, descanso y sueño e higiene y protección de la piel, con base al modelo conceptual de Virginia Henderson.
 - 5.1 Presentación del caso
 - 5.2 Valoración de Enfermería
 - 5.3 Diagnósticos de Enfermería
 - 5.4 Planificación de acciones de Enfermería
 - 5.5 Ejecución y Evaluación
- 6. Plan de Alta
- 7. Conclusiones
- Glosario
- Bibliografía
- Anexos

INTRODUCCIÓN

La Enfermería, se desarrolla en torno al conocimiento científico, engloba un conjunto de saberes propios obtenidos a lo largo de la historia de la humanidad, que le permite expresarse con ideas y pensamientos propios, constituyéndose así en una disciplina.

En este trabajo presento una reseña histórica de los antecedentes de la profesión, en el que es posible observar cómo los hechos políticos y económicos de cada época determinan las limitaciones y avances de la disciplina.

El cuidado, objeto de estudio de la Enfermería, se aborda desde una perspectiva humanista, alejado del modelo biomédico utilizado por el equipo interdisciplinario de salud.

El modelo conceptual de Virginia Henderson permite definir el papel de la enfermera (o) y contempla las aportaciones de otros importantes autores en la materia.

Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson y, con base el Proceso Atención de Enfermería, el cual describo en cada uno de sus componentes, me permito aplicarlo a una persona con alteración en cinco de las 14 necesidades básicas humanas, observando los diagnósticos de enfermería publicados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).

Considero de particular importancia, abordar el problema de la obesidad, por que está ligado a las principales causas de muerte en nuestro país, al incidir en el surgimiento de enfermedades crónico degenerativas, como la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, entre otras.

La legislación en materia de salud pública limita la intervención de enfermería en la atención directa al problema de la obesidad, ya que es un asunto complejo que implica cuestiones sociales, psicológicas y metabólicas; sin embargo, nuestra aportación es imprescindible al momento de evaluar a la persona sobre su estado de salud actual y motivarle a iniciar una serie de cuidados que le permitan obtener un peso adecuado, y con ello un mejor estado de salud.

Para la atención de este padecimiento, en apego estricto a la ética profesional, se consideró en todo momento, las preocupaciones, inquietudes y deseos de la persona en torno a su padecimiento al momento de elaborar los planes de cuidado.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería que beneficie a una persona con alteración, en una o varias de sus 14 necesidades básicas, de acuerdo al Modelo Conceptual de Virginia Henderson, y que sirva de aporte a la práctica profesional en la disciplina de Enfermería.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la metodología del Proceso Atención de Enfermería a un adulto con alteración en las necesidades de oxigenación, nutrición e hidratación, descanso y sueño e higiene y protección de la piel, de acuerdo al Modelo Conceptual de Virginia Henderson.
- Determinar las actuaciones de enfermería que se requieran en cada una de las necesidades para su implementación de forma oportuna.
- Incidir en la conservación de la salud integral de la persona para el desarrollo de sus actividades cotidianas a corto, mediano y largo plazos.

2. JUSTIFICACIÓN

El proceso atención de enfermería, como método sistematizado, tiene como finalidad fundamentar y eficientar la práctica de los cuidados.

A través del Proceso Atención de Enfermería se buscará proporcionar un plan de cuidados específicos que beneficien a una persona con alteración en cinco de las 14 necesidades básicas humanas de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson: oxigenación, nutrición e hidratación, descanso y sueño, higiene y protección de la piel y evitar peligros, con el objeto de prevenir complicaciones que alteren su integridad física y mental que comprometan su salud.

La obesidad es un problema que conlleva cuestiones sociales, psicológicas y metabólicas; representa un factor de riesgo en el desarrollo de las enfermedades crónico - degenerativas como Diabetes Mellitus Tipo II, Hipertensión Arterial y afecciones cardiovasculares, padecimientos que se han convertido en las principales causas de muerte en nuestro país.

La piel brinda protección al organismo, representa el 7% del peso total y es la primera línea de defensa contra microorganismos. Su daño o deterioro puede dar paso a infecciones que comprometan su integridad; las alteraciones de la piel por la presencia de microorganismos generan inquietud y malestar, pueden afectar la imagen corporal y, con ello, la autoestima.

El descanso y sueño son esenciales para la salud. La alteración en esta necesidad provoca situaciones de intranquilidad o estrés. El estrés puede tener consecuencias físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales. El estrés también se ha asociado al surgimiento de la Diabetes Mellitus Tipo II.

El problema de la obesidad requiere de un tratamiento inmediato con objetivos a mediano y largo plazo, por lo que la información y el inicio de un plan de cuidados efectivo, beneficiará a la persona al permitir el cambio de hábitos y costumbres nutricionales, disminuyendo los factores de riesgo de enfermedades crónico – degenerativas ligadas a la alteración de esta necesidad.

La afección a la necesidad de nutrición e hidratación infiere de manera directa e indirecta en la satisfacción de otras necesidades por lo que su atención es considerada de manera integral.

3. METODOLOGIA DE TRABAJO

- Inscripción al seminario de tesis Proceso Atención de Enfermería con duración de 18 sesiones semipresenciales.
- Análisis de textos, lecturas y participación grupal en torno a los conceptos de enfermería, cuidado, pensamiento crítico, modelos, teorías y proceso de atención de enfermería.
- Elaboración de un proyecto de Proceso de Atención de Enfermería con base en un estudio y atención de un caso.
- Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.
- VALORACIÓN. Se llevará a cabo mediante el registro de datos obtenidos a través de la observación directa, exploración física, entrevista personal y consulta de resultados de laboratorio de acuerdo a las 14 necesidades humanas del modelo conceptual de Virginia Henderson.
- DIAGNÓSTICO. Se llevará a cabo mediante la consulta bibliográfica de los Diagnósticos de Enfermería publicados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).
- PLANEACIÓN. Se elaborará un plan de atención para cada uno de los diagnósticos de enfermería.
- EJECUCIÓN. Se implementarán una serie de acciones que permitan incidir en el mantenimiento / recuperación de la salud de la persona.
- EVALUACIÓN. Se evaluarán los resultados con respecto a los objetivos; en su caso se plantearán posibles correcciones o diagnósticos de enfermería adicionales.
- Se realizará un Plan de Alta que observe indicaciones para el mantenimiento de la salud así como de signos y síntomas de alarma.
- Se anotarán las conclusiones finales.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería

4.1.1 Concepto de Enfermería

El análisis antropológico del concepto de *enfermería* contribuye en gran medida a la clarificación del significado histórico del mismo. El término anglosajón *nurse* con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas tales como *nutrire* (alimentar) y *nutrix* (mujer que cría). Conforme la sociedad fue evolucionando, estas palabras fueron ampliando su significado para adaptarlo a las nuevas realidades que iban surgiendo, tales como la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras (nodrizas). La palabra *enfermería* es más reciente pues es coetánea del término *enfermedad* (infirmidad) y, tal vez por ello, paradójicamente, define de forma mucho más concreta la actividad del cuidador restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (*cuidador de enfermos/enfermero – a*), lo cual ha llevado a confusión a la hora de interpretar de forma demasiado estrecha una actividad ancestral que desde sus orígenes se ha ocupado de tareas que iban más allá del cuidado de enfermos.¹

Para Virginia Henderson, la “única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”².

Doris Grinspun, define a la Enfermería como el “arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiada de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud”.³

De ambas definiciones se pueden extraer los conceptos del Metaparadigma de Enfermería, como veremos más adelante: persona, entorno, enfermería y salud.

Diversas aportaciones han abordado el concepto de la disciplina de Enfermería, así como las definiciones de los componentes del Metaparadigma; estas diferencias están enmarcadas en la experiencia y perspectiva que cada una de las teóricas tiene del quehacer enfermero. Toda definición será de gran utilidad, si ayuda a establecer una dirección clara para la práctica profesional e incide en la investigación y el desarrollo del conocimiento.

En el cuadro Núm. 1 presento los aportes de 16 de 26 teóricas en enfermería con sus respectivas definiciones sobre la profesión, la función de ésta y los conceptos de persona, salud y entorno.⁴

¹ Siles González, José. *Historia de la Enfermería*. Pág. 17.

² Fernández Ferrín, Carmen. *El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos*. Pág. 106.

³ Grinspun, Doris. *Identidad Profesional, humanismo y desarrollo tecnológico*. Pág. 4 – 5.

⁴ Gauntlett Beare, Patricia. *Principios y práctica de la Enfermería Medicoquirúrgica*. Pág. 6 -9.

MODELOS DE ENFERMERÍA	DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA	DERIVACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	MEDIO (ENTORNO)
Nightingale	Profesión para mujeres, cuyo objetivo consiste en descubrir y usar las leyes de la naturaleza con respecto a la salud al servicio de la humanidad.	Poner a la persona en la mejor condición posible para que la naturaleza restablezca o conserve su salud, y prevenir o curar las enfermedades y las lesiones.	Compendio de atributos y potencialidades físicas, intelectuales y metafísicos.	Estar libre de enfermedad y ser capaz de utilizar plenamente las propias capacidades.	Elementos externos a la persona sana o enferma y que influye en ella.
Peplau	Disciplina práctica diseñada para facilitar la transformación productiva de la energía.	Proceso interpersonal orientado hacia una meta entre el personal de enfermería y el paciente.	Autosistema compuesto de características y necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas con énfasis en la psicológicas.	Nivel productivo de ansiedad, de modo que la actividad interpersonal y las tareas de desarrollo pueden llegar a realizarse.	Microcosmos de otros significativos con los que interactúa el paciente.
Orlando	Interacción con un paciente que tiene una necesidad y que implica la validación de éste tanto con la necesidad como con la ayuda proporcionada para mejorar su salud.	Las necesidades del paciente determinan las actuaciones de enfermería.	Organismo humano que tiene un comportamiento; (los pacientes) son personas bajo supervisión o tratamiento médico.	Comodidad física y mental, sentido de idoneidad y bienestar.	Tiempo y lugar, es decir, contexto de la situación de enfermería.
Wiedenbach	Unión deliberada de pensamientos, sentimientos y acciones francas...practicadas en relación con una persona que necesita ayuda.	El comportamiento de los pacientes, que indica sus necesidades de ayuda, desencadena la actividad de enfermería.	Un ser funcionante y competente, capaz de determinar si experimenta necesidad de ayuda.	Carece de una definición específica de la salud; asume que la preocupación del personal de enfermería por el paciente esta relacionada con la salud de éste último.	El entorno o medio no esta definido; está implícita la idea de que puede contener o producir obstáculos que provocan la necesidad de ayuda.
Henderson	Ayuda al individuo sano o enfermo en actividades que contribuyan a su salud o recuperación y que aquél realizaría si tuviera la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios.	Acción deliberada para cubrir los 14 componentes de la atención de enfermería.	Seres biológicos con cuerpos y almas inseparables.	Capacidad para funcionar independientemente en relación con los 14 componentes.	No definido con claridad; puede actuar sobre el paciente de forma positiva o negativa.
Levine	Interacción humana; incorpora principios científicos que se utilizan en el proceso de enfermería.	Asistencia holística individualizada según las necesidades de cada persona; el personal de enfermería respalda la adaptación de la persona.	Individuo complejo en interacción con el medio externo e interno y que responde al cambio mediante la adaptación.	Patrón de cambio adaptativo "whole" (íntegro, término anglosajón)	El medio interno es la fisiología de la persona, mientras que el medio externo tiene componentes operativos y conceptuales.
Johnson	Disciplina profesional que es a la vez ciencia y arte, y que funciona como fuerza reguladora externa para el sistema de comportamientos.	La actividad de la enfermería se deriva de una necesidad creada por un estado de inestabilidad o desequilibrio en el sistema de comportamientos.	Sistema de comportamientos identificado por acciones y conductas; un total de 7 subsistemas interrelacionados.	Estado evasivo determinado por factores psicológicos, sociales y fisiológicos, que es considerado como valor por todas las profesiones relacionadas con la salud; un estado de equilibrio en movimiento que se produce durante el proceso de cambio de la salud.	No queda explicado en el modelo; implícitamente, todo lo que es externo al sistema de comportamientos.
Orem	Servicio humano	Los actos de	El hombre es un	Estado de	Subcomponente del

	diseñado para superar las limitaciones del hombre en sus acciones de autocuidado por razones relacionadas con la salud.	enfermería se derivan de juicios sobre las razones por las que el paciente precisa asistencia de enfermería, es decir, por las necesidades de autoayuda terapéutica del paciente para poder conservar su vida y su salud.	todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente.	integridad o totalidad del individuo, sus partes y modos de funcionamiento.	hombre que junto a él comprende un sistema integrado relacionado con el autocuidado.
Roy	Proceso de análisis y acciones relacionadas con el cuidado de los enfermos o de los potencialmente enfermos.	La actividad de enfermería deriva del modelo que prescribe un proceso de valoración e intervención; la intervención de enfermería se lleva a cabo en el contexto del proceso de enfermería y entraña la manipulación de los estímulos.	Ser psicosocial en constante interacción con un entorno cambiante; la persona es un sistema adaptativo abierto.	El continuo salud-enfermedad es una línea continua que representa estados o grados de salud o de enfermedad que la persona puede experimentar en un momento dado; el continuo salud – enfermedad es una dimensión inevitable de la vida del hombre.	Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo de un organismo o de un grupo de organismos.
Paterson y Zderad	Respuesta orientada hacia metas y dirigida hacia el fomento del bienestar y más – estar de una persona con necesidades percibidas en lo que se refiere a salud – enfermedad.	Transacción intersubjetiva entre paciente y personal de enfermería en relación con la calidad salud – enfermedad de la vida.	Ser encarnado que siempre entra en relación con hombres y cosas en un mundo de espacio y tiempo.	Algo más que la carencia de enfermedad; no definida ni en relación con el bienestar y más – estar definidos.	
Neuman	La enfermería es una profesión única que se refiere a la totalidad, de la persona, es decir,	Los miembros del personal de enfermería son actores, interventores que	Una persona es un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y en desarrollo; la	La salud de la persona es un estado de bienestar o malestar que depende de cuatro	Existen medios externos e internos; el primero es todo lo que es ajeno a la persona; el interno

	con todas las variables que afectan la respuesta del individuo a los factores productores de estrés.	actúan bien en relación con la reducción del encuentro con los factores provocadores de tensión, bien en relación con la mitigación de los efectos de dichos factores.	persona debe ser considerada como una totalidad; el concepto de integridad está en relación con la interrelación dinámica de las variables.	variables: fisiológica, sociocultural y del desarrollo; la salud es relativa en un estado dinámico de flujo.	es el estado interior de la persona en cuanto a sus variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
King	Proceso de interacción humana entre personal de enfermería y cliente.	El personal de enfermería y el paciente se perciben uno a otro y la situación, se marcan metas mutuamente y toman medidas para llegar a esas metas.	Sistema abierto que muestra límites permeables, que permiten intercambio de materia, energía e información con el medio.	Ajuste dinámico a los factores productores de estrés y al medio externo mediante el uso óptimo de los recursos para conseguir el máximo potencial para la vida diaria.	Sistema abierto que muestra límites permeables, que permiten intercambio de materia, energía e información con el hombre.
Rogers	Profesión aprendida cuyo núcleo es la preocupación compasiva por mantener y promover la salud y el cuidado y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados.	Pretende promover una interacción sinfónica entre el medio y el hombre (todos los seres humanos en todas las circunstancias)	Campo de energía negentrópica cuatridimensional identificado por su patrón, características de organización y manifestación, y por comportamientos, que son diferentes de los de las partes y que no pueden ser previstos a partir del conocimiento de las partes.	La salud es un término da valor ampliamente definido por las culturas y los individuos para indicar comportamientos que tienen gran valor y escaso valor.	Campo de energía negentrópica cuatridimensional identificado por su patrón y su organización y que abarca todo lo que (está) afuera de cualquier campo humano dado.
Newman	La ciencia de la enfermería radica en facilitar la salud de las personas.	La práctica de la enfermería ayuda a las personas a utilizar sus propios recursos para obtener mayores niveles de consciencia.	La persona es un campo energético que forma parte del proceso de la vida.	La salud, como parte del proceso de la vida, es una fusión de enfermedad y no – enfermedad que es un patrón básico propio de la persona, a medida que ésta	El medio es un cambio de energía que forma parte del proceso de la vida; lo que está situado fuera de cualquier campo humano dado

				evoluciona hacia una consciencia expandida.	
Parse	Ciencia y arte dedicados al hombre como unidad vida.	Participación cualitativa de Person con la experiencia de salud.	Ser sinérgico abierto coextensivo con el universo y libre de elegir en las situaciones.	Proceso de convertirse en experiencia de la persona.	Sus co – componentes se hallan en un intercambio mutuo simultáneo de energía con la persona.
Fitzpatrick	Ciencia y profesión que tiene como dedicación básica el significado de la vida (salud).	Centrado en favorecer el proceso de desarrollo hacia la salud.	Sistema abierto, totalidad unificada, caracterizada por ritmos humanos básicos.	Característica en continuo desarrollo del hombre; potencial de vida plena; consciencia del significado de la vida.	Sistema abierto en continua interacción con el hombre.

4.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA

4.1.2.1 Los primeros cuidados

El término historia debe ser interpretado como realidad, suceso o hecho; en consecuencia, si todo ser humano y toda sociedad lo son en primer lugar porque tienen historia, las enfermeras y los enfermeros no constituyen ninguna excepción y en cada etapa histórica pasada, presente o futura, fueron, son y serán lo que históricamente sean capaces de demostrar.⁵

El hombre tiene aproximadamente 500,000 años de haber aparecido en el planeta, al principio de los tiempos, estos hombres primitivos tenían una vida corta caracterizada por vivir en extensas zonas cubiertas por hielo y habitar en cuevas; utilizaban los elementos que tenían en su entorno para mejorar sus condiciones de vida y obtener alimentos.

Luego de suceder intensos cambios climáticos, extensas zonas antes cubiertas por hielo, dieron paso a territorios con mejor temperatura; el ambiente se volvió más propicio. El hombre primitivo se dio a la tarea de construir chozas y comenzar a perfeccionar las técnicas de caza, de esta manera sus condiciones de vida mejoraron y la duración de la misma se prolongó.

Socialmente los hombres primitivos se aglutinaron en clanes, grupo de personas, todos ellos de una sola familia; cuando por diversos intereses y necesidades se vieron obligados a unirse con otros clanes se dio paso a la tribu.

⁵ Siles González, José. *Op. Cit.* Pág. 16.

Las condiciones nómada prevalecientes y las situaciones a veces extremas dieron paso a la división del trabajo de acuerdo al sexo y edad. De esta forma, los hombres se dedicarán a la caza y pesca, las mujeres a la preparación de alimentos y al cuidado de los niños, ancianos y enfermos.

El hombre primitivo creía que todos los objetos naturales estaban vivos y poseían un espíritu o alma. Al enfrentarse a la enfermedad, aparecen los primeros ritos, tratamientos y conjuros. Al complicarse esta práctica, se hace necesario asignarle a una persona en especial, dichos tratamientos, lo cual recae en curanderos o magos, por lo general eran personas con más experiencia y edad, pero además, se requería de otra figura que auxiliara en la recolección, preparación de ungüentos y pócimas, y cuidara de los enfermos. Esta responsabilidad recayó en la figura femenina.

Es posible que estas dos figuras, el curandero y la madre-enfermera, incidieran conjuntamente. Con el paso del tiempo se produjo una división significativa, entre quien “suministraba las medicinas” y el “cuidador”.

En la Edad Antigua; (3500 a.C.); surgen los grandes asentamientos humanos a través de la construcción de ciudades, nuevas formas de gobierno y producción. Ejemplos de estas civilizaciones son la Asiria- Babilónica, Egipcia, Griega, Romana, Árabe, Mesopotámica, Palestina, India y China.

Estas ciudades se convierten en el centro de todo, aparecen los primeros servicios para la gente, templos, plazas, baños, etc., éstos últimos fueron los primeros lugares para el tratamiento de las enfermedades.

En esta época, en relación con la salud, continúa la idea de que las enfermedades están producidas por espíritus malignos, los líderes religiosos son los encargados de la curación de éstas.

Del cuidado de los enfermos en estas civilizaciones se conoce muy poco. En algunas de ellas, la cirugía se desarrolló más explícitamente dando paso a la creación de hospitales, en donde las labores de cuidado serían brindados por hombres.

Tras la caída del Imperio Romano (476 a.C.) se da paso a la Edad Media; durante este periodo, caracterizado por las continuas invasiones; el abandono de las ciudades por miedo; el surgimiento de nuevas y diferenciadas clases sociales; una inmensa población viviendo en la miseria y el dominio de la Iglesia en todos los aspectos, económicos, políticos y sociales; da inicio el Cristianismo que cambia la forma de ver al enfermo.

Para el Cristianismo, el enfermo es una persona elegida por Dios para que con su sufrimiento haga méritos y, a su vez, la comunidad pueda hacer méritos cuidándola, se ejerce así la caridad. Se pretende que el enfermo recupere la dignidad; la caridad consideraba al enfermo como prójimo; de esta forma el enfermo ya no es considerado como un pecador o merecedor de castigo.

Desaparecido el Imperio Romano, surge el feudalismo y el monasticismo como consecuencia del inmenso caos generado entre las sociedades.

En el feudalismo, la mujer del señor feudal será la encargada del cuidado de los hijos y enfermos. El creciente ingreso de mujeres a los monasterios (siglos VI y VII) hace que éstas tengan una gran influencia en las comunidades, ya que por lo general eran mujeres ricas e influyentes, además de estar favorecidas por una regla concedida por la iglesia que les permitía seguridad y libertad para seguir estudios intelectuales o intereses prácticos. El cuidado de los enfermos fue su principal tarea.

En estos lugares se volvió costumbre que las mujeres religiosas usaran ropas instintivas. El velo simbolizaba la humildad, el cual se convirtió en parte del hábito que durante el periodo del noviciado tenía que ser blanco; el velo además servía para distinguir la posición social. La cofia de la enfermera moderna es una variante del velo religioso asociado a la humildad. En la Irlanda del Siglo V, Santa Brígida introdujo los monasterios femeninos; fue discípula de San Patricio y fue respetada como una verdadera erudita, educadora, consejera y experta en las artes de la curación.

En los monasterios existieron los llamados “infirmarium”, celdas en donde se atendían a los monjes enfermos; paulatinamente se abrieron otras celdas para atender enfermos de otros lados y, más adelante, se construyeron junto a los monasterios, hospitales para pobres. Se dio paso a la formación de cuidadores hombres, monjes religiosos con una cierta formación intelectual. Durante los cinco primeros siglos del cristianismo, se desarrolló este tipo de atención teniendo un gran auge debido a que era considerado como tarea del buen cristiano.

Cabe destacar la labor de tres grupos: el primero, conformado por Diaconisas que, según algunos escritos, se dedicaban al cuidado y atención de enfermos en sus casas. Preparaban a la gente para el bautizo, los alimentaban y limpiaban, todo esto sin ningún tipo de cuidado técnico, más bien espiritual.

El segundo grupo, de categoría inferior, estaba formado por vírgenes y viudas muy relacionadas con las diaconisas; visitaban enfermos y gente necesitada; practicaban cuidados de forma más o menos organizada, aunque no se sabe con precisión qué tipo de cuidados; las vírgenes prestaban atención en los templos ganándose de este modo el reconocimiento social.

El tercer grupo fue de matronas romanas. Eran mujeres nobles que convertían sus casas en hospitales, dedicándose ellas mismas al cuidado. Se dice que alcanzaron gran auge durante la decadencia del imperio en los siglos V y VI.

Cuando el Imperio Romano admite el Cristianismo como religión oficial (Siglo IV); el cuidado de los enfermos se hace oficial y pasa a ser regulado por los obispos. Los enfermos fueron acogidos por los diáconos en sus casas para un mejor cuidado; sin embargo, dado el incremento importante de estos, se dio a la tarea de crear edificios que los albergaran que fueron llamados “Xenodoquios”, dando paso así a los primeros hospitales.

También es esta época existieron los hospitales no monásticos, construidos en el interior de las ciudades, junto a las catedrales e iglesias más importantes; a estos se les llamó Hotel de Dieu (casa de Dios).

En la ciudad de Lyon, en Francia en el año 542 d.C. el Hotel de Dieu, no dependía de una orden religiosa, más bien era administrado por laicos, éstos realizaban tareas caritativas a parte de las labores de enfermería. El lugar estaba diseñado para asistir a huérfanos, pobres,

débiles y enfermos. Sus primeras enfermeras fueron mujeres viudas y pecadoras que, como penitencia ofrecían su ayuda.

El Hotel de Dieu de París, fundado por el obispo Landerico entre los años 650 y 651 d.C. fue regido por las Hermanas Agustinas, primera orden religiosa de enfermería y la más importante de la época; aunque éstas en un principio no eran una orden religiosa, si no que fueron obligadas por la iglesia a tomar votos y llevar hábito.

Hermanas y hermanos tenían asignadas actividades específicas a parte de los servicios religiosos, debido a ello, se alcanzó grandes dimensiones.

La Baja Edad Media comprende desde el inicio del siglo XI hasta el descubrimiento de América en 1492. En esta época, tiene lugar el fenómeno llamado las “cruzadas” y con ello las denominadas “Ordenes de Militares Caballeros Hospitalarios”, que fueron creando verdaderos hospitales a lo largo del camino para atender a sus propios enfermos. En los hospitales que fundaban había la misma disciplina que en un ejército, cargo, uniformes e insignias como distintivo, en los cuales se transmiten el cuidado de enfermos. Estas órdenes influenciaron notablemente a la enfermería; sus miembros eran valientes, benévolo y caritativos.

Con el descubrimiento de América, en 1492, comienza la Edad Moderna, con ello una transformación en las condiciones políticas, sociales y económicas de las sociedades de Europa. Las economías se hacen más florecientes y cambian las actividades comerciales. Aparecen dos movimientos importantes: el Renacimiento que aporta poco a la enfermería y la Reforma Protestante, que influencia a la enfermería y a la salud de las personas. Aparece el método científico y los experimentos clínicos; se descubren nuevas enfermedades y se busca explicar el funcionamiento del cuerpo humano; con ello aumentan las diferencias entre la medicina y la enfermería, que continuará atrasada.

El Movimiento de Reforma de Martín Lutero y Enrique VIII proponía la supresión de los monasterios; la iglesia responde con una contrarreforma y limita los cuidados a los enfermos que se proporcionaban en estos lugares, imponiendo más atención en la oración. Como resultado, la gente se queda sin hospitales y posadas se deterioran los cuidados a enfermos y pobres.

En los países en donde el protestantismo triunfa, los hospitales religiosos cierran y en aquellos en donde los servicios eran prestados por religiosos, vuelven a ser sustituidos por personal sin ninguna formación. A este periodo se le conoce como el “periodo oscuro de la enfermería”. Se produce la decadencia de los hospitales, éstos semejaban prisiones: paredes desnudas, pequeñas habitaciones sin luz, salas con hacinamiento, falta de limpieza. Las condiciones insalubres dieron paso a brotes epidémicos. Durante el siglo XIV aparecen grandes epidemias, la “peste negra” que asoló los continentes asiático, europeo y africano, hasta en cuatro ocasiones, produciendo la muerte de una cuarta parte de la población mundial, las mujeres pierden el control de la enfermería pues no tenían voz en la dirección de los hospitales.

Con el Movimiento Renacentista, se vuelve al centrismo; estos es, el hombre se convierte en el eje y el centro de todas las cosas. Este periodo es considerado como de revoluciones, pues se producen cambios en diversos campos influenciando, por supuesto, a la enfermería. La expansión a nuevos territorios trajo consigo cambios alimenticios en la población, cambios étnicos, la gente regresa a las ciudades y aparecen nuevas clases sociales con poder económico que, con el paso del tiempo, forman lo que conocemos como burguesía.

En el terreno científico, se buscan explicar los fenómenos de la naturaleza a través de la observación, la racionalidad y bajo el criterio del hombre. Surge el positivismo que prepara a la sociedad y a los investigadores para alejarse de la religión.

En aquellos lugares en donde los religiosos fueron apartados del cuidado de los enfermos se crean las bases para un capitalismo como modelo económico, lo cual promueve el surgimiento de la enfermería laica profesional, principalmente en países protestantes. Todos estos cambios fueron posibles dada la gran carencia, así como ha la toma conciencia de la misma profesión.

Al configurarse tres grandes naciones, Francia, Inglaterra y España, la profesión de enfermería sienta sus precedentes tras mejorar las vías de comunicación, dando paso al mercantilismo. El uso de la imprenta durante el periodo de la Ilustración, permite el avance del conocimiento, principalmente en las clases burguesas, en donde se crean y generalizan las bibliotecas de casa, lo que permite un cambio en la vida y las costumbres de las personas, con su impacto en la enfermería. En países como España surgen los primeros manuales y libros del oficio.

Un hecho importante en la historia de la enfermería lo constituye el aporte del Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth en Alemania, creado en 1836. Es aquí en donde Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna como lo veremos más adelante, recibe sus primeras influencias tras un periodo corto de estancia.

Este instituto fue creado por Theodor Fliedner, quien al casarse con Friederike Munster centró su atención en el cuidado de los enfermos, abrió un pequeño hospital y una escuela de formación, la cual incluía en sus programas una rotación por los diferentes servicios, además de la formación de la enfermería domiciliaria, cuidado de niños, de enfermos infecciosos y un nivel suficiente de farmacia. La influencia de Kaiserswerth se extendió más allá de las fronteras alemanas.⁶

4.1.2.2 La enfermería de Florence Nightingale

El nacimiento de la Enfermería Moderna ocurre propiamente durante la segunda mitad del siglo XIX, en momentos en que la sociedad inglesa presentaba necesidades sanitarias urgentes, justamente durante la Revolución Industrial.

La enfermería, como la conocemos hoy, se la debemos a Florence Nightingale, nacida en Florencia en 1820, quien muere en 1910 a la edad de 90 años. Nightingale era de familia adinerada y con estudios en filosofía y matemáticas. Comenzó sus estudios en el Instituto

⁶ http://www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor_enfermer1.htm. *Historia de la Enfermería*, 30 de enero de 2006.

San Vicente de Paúl en Alejandría, Egipto, posteriormente acudió al Instituto Kaiserswerth en Alemania. Mujer atípica, tuvo la oportunidad de realizar viajes constantes por diferentes países de Europa, prestando especial interés por los hospitales y la atención que en ellos se brindaba.

Tras su regreso a Inglaterra, comienza sus labores de enfermera y surge su inquietud por formar una escuela de enfermería en un hospital de institutrices, pero no le fue permitido.

Durante la Guerra de Crimea, entre rusos y turcos, éstos últimos pidieron ayuda a los ingleses y franceses. Las Hermanas de la Merced prestaban cuidados a los soldados rusos; al ejército francés, las Hermanas de la Caridad. En el ejército inglés no había ningún cuerpo de enfermeras, solo el cirujano de guerra quien atendía a heridos ayudado por los propios soldados. La mortalidad era muy alta.

Nightingale supo de las deficientes condiciones sanitarias, morían más soldados en los hospitales que en la batalla, por lo que ofrece sus servicios al Secretario de Guerra británico.

El ministro propuso que asumiera la dirección de todas las tareas de enfermería en el frente; en 1854, junto con otras 38 enfermeras, organiza los cuidados de enfermería e intendencia en el hospital de Üsküdar, Crimea.

Este hospital tenía 7 Km de camas donde habría alrededor de 1700 enfermos, para cuando ella llega, la estancia era de más de 4000; no había red de alcantarillado, ni agua, ropa para los enfermos, ventilación ni jabón, no se podían lavar y no había cocinas. El material médico era escaso y los enfermos presentaban parásitos.

Todo esto hacía que la mortalidad fuera de 46%, aproximadamente. La mayoría se moría por disentería y gangrena, por tanto no se moría por sus propias heridas o enfermedades, sino por aquellas causadas por las malas condiciones del hospital. Además quien cuidaba de los enfermos eran los soldados. Nightingale se dio a la tarea de crear departamentos de enfermería, tanto en Üsküdar como en Balaklava, Crimea. Consigue bajar de un 42% a un 2% la tasa de mortalidad en tan sólo dos meses, gracias a una serie de medidas:

- Red de alcantarillado y conducción de agua.
- Cocina, tenía que ser capaz de preparar 5 menús diferentes.
- Lavandería, consigue ropa de cama y ropa para los enfermos.
- Utensilios para comer.
- Material médico.
- Distribución de los enfermos, con una disciplina absoluta y bajo las órdenes del médico. Las enfermeras acompañan al médico durante sus visitas, anotan las prescripciones y dan los medicamentos.

Florence Nightingale también se va a encargar de otros aspectos de los soldados como: ocupación del tiempo libre de los enfermos convalecientes; organización de sala de juegos, salas de lectura, servicio de correos, banco para que el soldado pueda mandar una parte del sueldo a su familia, organiza a las mujeres de los soldados enfermos que acuden a ver a sus maridos para que ayuden en la lavandería. A pesar de que los resultados fueran inmediatos

contó con la oposición de los médicos, por que no tenía formación militar lo que obligó al gobierno a darle cierto rango.⁷

Finalizada la contienda, en 1860, regresa a Inglaterra y es recibida como una heroína. Se crea la Fundación Nightingale y la primera Escuela y Hogar para Enfermeras en el Hospital St. Thomas de Londres.

Sobre su estancia en Crimea escribió los libro: "Qué es y qué no es la enfermería" y "Notas de Hospital", donde diseña un modelo de sala de hospital que se llama "Sala Nightingale" con 28-30 pacientes por sala y un control de enfermería, que presenta ventanas muy grandes para que siempre estén bien ventiladas y orientadas de manera que reciba el mayor número de horas de sol. Además dice que la ropa de cama tiene que cambiarse cada vez que se ensucie y al menos una vez al día. Este modelo se importaría posteriormente a los países americanos.

Nightingale mejoró las condiciones de vida del ejército británico utilizando la estadística sanitaria, a través de esto, demuestra que en tiempo de paz la mortalidad de los soldados de un cuartel es mayor que el resto de la población civil.

Trabajó como asesora del Gobierno Británico. Éste le pide consejo de cómo se tiene que construir los hospitales y cuarteles militares. En su escuela de enfermería Nightingale desarrolla un programa propio, nombra directora a una matrona, las niñas eran escogidas de clase alta (porque así veían mejor), debían tener una edad de entre 25 y 35 años, recibían formación técnica y practica, y al final hacían un examen. Su libro es también un instrumento de formación. La escuela marca el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería. Desde entonces, enfermería fue considerada una profesión médica con un elevado grado de formación y responsabilidad.

4.1.2.3 Modelo Biomédico

Paralelamente, el desarrollo de la medicina da paso al Modelo Biomédico, el cual es el único que se acepta como explicación al proceso salud – enfermedad.

Este modelo centra su atención en las personas enfermas; trata a los enfermos como personas dependientes y pasivas. Considera al sufrimiento como algo que no hay que evitar, los únicos cuidados son para la curación o el diagnóstico; los médicos en los hospitales valoran las actividades que tienen que ver con la satisfacción de los signos y síntomas; la enfermera debe dominar la técnica; mientras más técnica sea la enfermera, más reconocida y valorada será.

Asume que la enfermera tiene la vocación de servir al enfermo, servir al médico y a la institución, así mismo requiere que tenga conocimientos médicos y vocación.

La enfermera se vuelve agente de información para el equipo médico, de gestión para el hospital y agente de ejecución.

El modelo biomédico se convierte en un lastre para la incipiente profesión de enfermería.

⁷ *Ibid.*

4.1.2.4 Las primeras escuelas de enfermería.

El aporte de Nightingale logró tener una fuerte difusión en Europa como en los Estados Unidos, aunque con diferente percepción. El modelo se implantó más fácilmente en los Estados Unidos por las afinidades culturales con los ingleses.

En Francia, la primera escuela de enfermería se creó en 1878 en el Hospital Salpêtrière, como parte de la estrategia del gobierno para proporcionar asistencia médica a la gente sin recursos, en el marco de la reestructuración de los servicios hospitalarios iniciados a partir de la separación de la iglesia – estado en el siglo XVIII. El papel de la enfermera cobraba más validez como responsable del cuidado directo de los enfermos, y como colaboradora disciplinada del médico y cirujano, dejando el trabajo de cocina y limpieza a otras personas.

Esta escuela exigía como requisito instrucción general mínima y salud. Contaba también con un programa de estudios diseñado por la Asistencia Pública e incluía cursos teóricos y prácticos de anatomía, fisiología, técnica de cuidados, asepsia, etc. Al igual que en el modelo Nightingale, requería de las estudiantes, cumplir con un internado obligatorio con la finalidad de inculcar disciplina y responsabilidad.

En Estados Unidos, las escuelas de enfermería se crean después de la segunda mitad del siglo XIX, la escuela de enfermeras del Hospital de Mujeres en Filadelfia (1861) y la del Hospital de Mujeres y Niños de Nueva Inglaterra, se convirtieron en pioneras.

Estas instituciones, siguiendo el ejemplo de Kaiserswerth, establecen el programa formal de un año (1872), en donde su enfoque se centra en la experiencia práctica. Se imparten clases teóricas de conducta en hogares de los pacientes, fisiología, alimentación para enfermos, enfermería quirúrgica, desinfectantes y enfermería general.

Un año más tarde, en 1873 y como consecuencia de la Guerra de Secesión, se incrementó el interés por la formación de enfermería y el número de escuelas se incrementó a tres, todas ellas bien organizadas basadas en el Modelo Nightingale, conocido en Estados Unidos como el sistema Bellevue.

Para los primeros años del siglo XX se transforma la formación de las enfermeras; la preparación se realiza fuera de los servicios hospitalarios a fin de enfrentar las prácticas con bases más sólidas; se implementan los cursos clínicos de 6 meses; se imparten clases teóricas y prácticas de anatomía, fisiología, higiene y ciencias domésticas. Se crea una estrecha supervisión y evaluación de los conocimientos, con lo que se requiere de instructores de tiempo completo y responsables de la docencia.

4.1.2.5 La enfermería en México

A la llegada de los españoles al nuevo continente, y concretamente a nuestro país, estos hallaron una compleja y bien estructurada civilización azteca, producto de una herencia cultural impresionante de pueblos antiguos.

Al respecto, se ha descrito lo siguiente, “Oviedo, Acosta, Gómara, Bernal Díaz y el mismo Cortés, se expresan admirados ante una civilización que eleva para templos y palacios,

edificios majestuosos e impresionantes por su magnitud...y que en terreno científico ha llegado a medir el tiempo con precisión y poseer conocimientos médicos y terapéuticos muy elevados, contando con prácticos especialistas; con un arsenal numerosísimo de elementos para su materia médica; con una obstetricia racional y activa...”⁸

La sociedad azteca, antes de la llegada de los españoles, contaba con una basta cultura herbolaria que estaba al servicio de la medicina, poseían conocimientos sobre farmacología y la obstetricia era ejercida por la mujer. El nombre dado a las parteras, era Ticitl quienes brindaban todos los cuidados durante el embarazo y el parto. La enseñanza era transmitida de los padres a los hijos e incitados a seguir la misma profesión. En el renglón de los cuidados resalta el uso de los llamados *temazcalli* o baños de temazcal, utilizados para múltiples padecimientos.

Fray Bernardino de Sahagún describió dos tipos de *médicas*; la buena y la mala. La primera era capaz de proporcionar alivio y mejora ante cualquier enfermedad a través de la práctica de la herbolaria “...sabe sangrar, dar la purga, echar medicina, untar el cuerpo, ablandar palpando lo que parece duro, de alguna parte de él, concertar los huesos, sajar y curar bien las llagas, la gota, el mal de ojos y cortar la canaza de ellos...”⁹; la segunda estaba más bien dedicada a la superstición y hechicería, como ellos lo llamaron.

Tras el nacimiento de la Nueva España, en el año de 1521, la atención a los enfermos y los cuidados se desarrollaron siguiendo el mismo esquema de la España de ese tiempo.

Los hospitales que se abrieron fueron conducidos y manejados por las órdenes religiosas; franciscanos y agustinos fueron los que más se distinguieron al respecto; el cuidar y curar de los enfermo fue considerado como un acto de caridad.

Diversos personajes de renombre aportaron avances al desarrollo de la medicina principalmente; Fray Pedro de Gante, quien impulsó la educación y evangelización entre los pueblos indígenas; permitió el desarrollo de algunas artes y oficios; entre ellos el de herreros, carpinteros, sastres, bordadores, zapateros, pintores, escultores, albañiles y, junto a ellos, el oficio de enfermeros. Él mismo funda en el año de 1530 el Hospital Real de Naturales, en cuyos archivos es posible encontrar ya las figuras de cirujano y enfermero mayor y enfermeras.

Las Hermanas de la Inmaculada Concepción fueron por mucho tiempo las encargadas del cuidado de los enfermos, ayudadas por mujeres seglares. De acuerdo a los testimonios escritos de los siglos XVII y XVIII, ya existía una incipiente categoría en los primeros hospitales, así es posible encontrar juntos a capellanes, cirujanos y sangradores; un enfermero con su ayudante, tres practicantes y una enfermera mayor con tres ayudantes a su vez; estos hospitales también consideraban a los indígenas y esclavas negras, que eran las encargadas entre otras cosas de amortajar a los muertos. Indígenas y mujeres se alternaban por semanas en el servicio de los enfermos, “...dejando al final una ofrenda al hospital, según sus medios, ofrenda que consistía en cereales, animales, lienzos y vestidos. Hasta 400 pacientes llegaban a albergarse en algunos hospitales, muchos de los cuales estaban

⁸ Sister Charles, Marie Frank. *Desarrollo Histórico de la Enfermería*. Pág. 169.

⁹ *Ibid.* Pág. 171

dotados con rentas propias. Enfermeros y enfermeras, en horas de descanso, hacían trabajos de mano que se vendían para aumentar el patrocinio del hospital.”¹⁰

De esta forma, en todas las instituciones de salud de esta época, se consideraba a las mujeres primordialmente al trabajo de enfermeras, eran adiestradas por médicos y religiosos entregándose de por vida al servicio de cuidar como un acto de fe, de espiritualidad y penitencia.

En 1821, México alcanza su independencia de España, y más tarde con el movimiento de Reforma impulsado por Benito Juárez, la separación estado – iglesia en el siglo XIX. Los servicios hospitalarios se caracterizaban por ser tanto insuficientes como decadentes; éstos no contaban con instalaciones propias ni con los recursos materiales necesarios; el personal encargado de los cuidados a enfermos, no tenían una preparación específica y no existía una motivación bien remunerada para su trabajo.

El avance científico en materia de salud y la creciente población conllevan al Dr. Eduardo Liceaga a concretar el proyecto del Hospital General de México en 1882. Se crea la escuela de enfermería anexa al hospital, siguiendo los ejemplos de hospitales de Londres y Nueva York.

Era notable, en ese entonces, el bajo nivel educativo del personal de enfermería, pues tan solo el 9.3% de la población tenía acceso a la educación. En respuesta a esta situación, se contratan enfermeras norteamericanas y alemanas que capaciten al personal de enfermería en 1896.

Durante el gobierno del Presidente Porfirio Díaz se funda la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros en 1898 en el Hospital de Maternidad e Infancia, para ambos sexos, los requisitos para acceder a esta formación eran: tener bastante cultura social, sentimientos humanísticos, trato afable con los enfermos, instrucción primaria y en el caso de las mujeres, estudios de normal y obstetricia; para los hombres, contar con algunos cursos de la escuela preparatoria o haber desempeñado un empleo en oficinas públicas.

La formación de enfermeras en México siguió los pasos del modelo biomédico a pesar de que la formación corría a cargo de mujeres enfermeras.

En 1907 se inaugura la Escuela de Enfermería en el Hospital General de México, con un programa para tres años y como texto el “Manual Práctico de la Enfermera” de Bourneville. El proyecto educativo tenía grandes semejanzas con el francés, sobre todo porque los médicos se capacitaban en Francia.

En 1910 se reabre la Universidad Nacional, en ese año las escuelas profesionales se integran a la Universidad. En 1911, la Escuela de Enfermería pasa a depender de la escuela de medicina donde se modifica el esquema de formación.

Como resultado de la estabilidad política posrevolucionaria, surgen nuevas instituciones, se desarrolla la industria y se mejoran las oportunidades de servicios de salud y educación.¹¹

¹⁰ *Ibid.* Pág. 182.

4.1.3 ENFERMERIA COMO DISCIPLINA

Para comprender a la Enfermería como disciplina, es necesario abordar algunas definiciones y conceptos.

Entendemos como *ciencia*, a la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación de los fenómenos naturales. La ciencia genera conocimiento.¹²

El *conocimiento científico*, es la consciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación¹³. La ciencia se expresa a través de teorías.

Una *teoría* es el conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, busca describir, explicar y predecir dicho fenómeno¹⁴.

Un *concepto* es la formulación mental compleja de un objeto, propiedad o suceso que se deduce de la experiencia perceptiva individual; los conceptos ponen nombre a los fenómenos¹⁵.

Entendemos como *disciplina* al conjunto de elementos, habilidades y actitudes de un ámbito específico, agrupados de modo sistemático¹⁶.

La *disciplina enfermera*, se desarrolla en torno al conocimiento científico, engloba un conjunto de saberes obtenidos y expresado a través de modelos conceptuales y teorías.

Un *modelo conceptual*, es un conjunto de conceptos o una imagen mental, que permite la representación de la realidad¹⁷.

La Enfermería, en sus antecedentes, utilizó las teorías de otras disciplinas como la medicina, psicología y sociología, que le significó inicialmente la base para su práctica.

Disciplinas como la física, fisiología, sociología e historia son llamadas disciplinas teóricas; otras como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, porque están ante todo, orientadas hacia una práctica profesional, tienen como objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

En los últimos años, enfermeras denominadas teóricas o metateóricas, a través del desarrollo de conocimientos, han delimitado el campo de la disciplina enfermera. En sus aportes, los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno de una u otra forma, están presentes, algunas veces de manera explícita, otras de forma implícita¹⁸.

¹¹ Salas Segura, Susana. *Enfermería Universitaria en la ENEO, Legados y Tendencias*. Pág. 9 – 21.

¹² Marriner Tomey, Ann. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Pág. 3

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.* Pág. 4

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ <http://www.uv.mx/universidad/doctosofi/nme/glos.htm> *La Disciplina Enfermera*. 6 de marzo de 2006.

¹⁷ Rodríguez Jiménez, Sofía. *Método Científico y Proceso de Enfermería*. Pág. 117.

¹⁸ Kerovac. *Grandes corrientes del pensamiento*. Pág. 126.

La relación entre el cuidado, persona, salud y entorno, clarifican el campo de la disciplina enfermera y están presentes desde las aportaciones de Florence Nightingale.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas *paradigmas*¹⁹.

Los paradigmas han influenciado el desarrollo de los conocimientos y del *saber hacer* en las disciplinas del mundo occidental. En enfermería hay tres paradigmas que han marcado su desarrollo:

1. Paradigma de la *Categorización*. Este paradigma coincide con la época de Nightingale. Separa fenómenos en partes y establece las relaciones de las partes como causa – efecto. La persona es un conjunto de órganos, aparatos y sistemas. El entorno es el medio ambiente físico próximo a la persona. Salud es el opuesto a la enfermedad. Los cuidados se basan en hacer por la persona aquello que no puede hacer.
2. Paradigma de la *Integración*. Se inicia en 1950. La persona es un ser biopsicosocial y espiritual. Las dimensiones aún se contemplan por separado. La salud es adaptación al medio, bienestar físico, social y mental. El entorno es medio físico, social y cultural de la persona. No hostil. Puede tener influencia sobre la persona y ésta sobre el entorno.
3. Paradigma de la *Transformación*. Se inicia en 1980. Simultaneidad persona – entorno. Paradigma holístico. La salud es la armonía de la persona consigo misma y con el universo. El entorno es el cosmos. Los cuidados son acompañar a la persona en el proceso de vivir²⁰.

Doris Grinspun, ha definido a la Enfermería como el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo²¹. El cuidado es comprendido como el objeto rol de la enfermería que, junto con los conceptos de persona, salud y entorno conforma lo que se conoce como Metaparadigma de Enfermería.

El *Metaparadigma*, es el primer nivel de especificidad de los cuidados. Precisa los conceptos centrales explicando sus relaciones y postulados que guían la práctica de la enfermera. Dicho de otra manera, las proposiciones del metaparadigma proporcionan una perspectiva única de los conceptos que ayudan a distinguir a la enfermería de otras disciplinas²².

4.1.4 PERSPECTIVA DEL CUIDADO

La Enfermería como disciplina científica, posee un objeto particular de estudio: el cuidado. Para Marie Françoise Collière (1997), el arte de cuidar no nace de la enfermedad, ni de la lucha contra la muerte; sostiene que “durante la historia de la humanidad, en todas las

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ <http://www.perso.wanadoo.es> *Op Cit.*

²¹ Grinspun, Doris. *Op Cit.* Pág. 4.

²² Fawcett, Jacqueline. *Análisis y Evaluación de los Modelos Conceptuales en Enfermería.* Pág. 42.

sociedades, los cuidados han sido y siguen orientados hacia todo lo que permite la vida, no hacia la muerte²³.

Bajo esta perspectiva, el cuidado está enfocado a garantizar la continuidad de la vida misma.

Collière, hace una separación entre el concepto de cuidado y tratamiento, conceptos que cotidianamente son confundidos, ya que éste último se refiere a la lucha contra la muerte causada por enfermedad, a la reparación de las lesiones orgánicas generadas por la enfermedad y/o por accidentes. Los cuidados, representan, entonces, todo lo que ha sido desarrollado en ingeniosidad, en creatividad, principalmente alrededor de las prácticas del cuerpo y de las prácticas alimentarias para garantizar la continuidad de la vida²⁴.

Con el desarrollo de diversos modelos conceptuales o teorías del cuidado se ha logrado explicar el qué, cómo y para qué de la Enfermería.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimientos de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud²⁵.

Para José Luis Medina las definiciones de cuidado han sido utilizadas de manera indistinta, a veces erróneamente entre los diferentes profesionales del área de la salud. De igual forma, Doris Grinspun identifica la confusión, incluso entre las propias enfermeras, al no contar con un conocimiento profundo de lo que es la Enfermería y ante las dificultades que se tienen para articular una definición. Para ella, la Enfermería es una profesión orientada a cuidar /to care) en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar (to cure). Cuidado ha sido descrito como la esencia de la enfermería y el enfoque central que unifica la práctica...el cuidado de Enfermería es diferente al cuidado que proveen otros profesionales de salud²⁶.

Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado se deben a Madeleine Leininger (1978; 1980), enfermera y antropóloga, quien a finales de los años setenta, inició un estudio sistemático del término. Para esta autora existen varias razones para considerar al cuidado como el dominio central del cuerpo de conocimientos y las prácticas de la Enfermería, que justifican la necesidad de realizar investigaciones para su elucidación. Desde los días de Nightingale el término cuidado ha sido usado en Enfermería como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona (Koldjeski), o para manifestar interés, compasión o preocupación por otra persona (Komorita, Doeghring y Hirschert, 1991). Aunque en la literatura pueden encontrarse abundantes definiciones de cuidado enfermero, hemos podido comprobar que existen pocos trabajos dedicados exclusivamente al concepto genérico de cuidado.²⁷

²³ Francoise Collière, Marie. *Encontrar el sentido original del cuidado. Memorias, Legados y Tendencias*. Pág. 62 - 63.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Medina, José Luis. *La crítica a la racionalidad técnica: del dogma a la emancipación, La pedagogía del cuidado*. Pág. 35.

²⁶ Grinspun, Doris. *Op. Cit.* Pág. 3.

²⁷ Medina, José Luis. *Op. Cit.* Pág. 39.

4.2 PROCESO DE ENFERMERÍA

4.2.1 Concepto de Proceso de Enfermería

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1977, sobre el Proceso de Enfermería, declara: “El proceso de enfermería es un término que implica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se puedan cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La /el enfermera/o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, él /ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, él/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo la enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a adaptación y mejora”.²⁸

Para efectos prácticos, definimos al Proceso de Atención de Enfermería como un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente que tienen como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente²⁹. En este trabajo sustituyo el término cliente por persona, por considerarlo más adecuado.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

4.2.2 Antecedentes del Proceso de Enfermería

El término Proceso de Enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. Durante finales de los años cincuenta y principio de los sesenta, Dorothy Jhonson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. En 1967, Lois Knowles presentó un modelo de proceso llamado las cinco D: descubrir (discovery), investigar (delve), decidir (decide), hace (do) y distinguir (discriminate) (Perry, 1982).

En 1967, la Western Interstate Comisión of Higher Education (WICHE) y la Catholic University of América, estudiaron el proceso de enfermería (2). La WICHE elaboró una lista de los pasos del proceso, como percepción y comunicación, interpretación, actuación (o intervención) y evaluación. El profesorado de la Catholic University of América dividió el proceso de enfermería en cuatro fases: valoración, planificación, interpretación, actuación y evaluación (Yula y Walsh, 1983).

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaban la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso. En

²⁸ Rodríguez Jiménez, Sofía. *Método Científico y Proceso de Enfermería*. Pág. 142.

²⁹ *Ibid.* Pág. 143.

1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de la St. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Gebbie, Lavin, 1975). Además, educadores de enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo de proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería cada 2 años. También en 1973, la American Nurses Association (ANA), publicó los Standards of Nursing Practice, en los que se describe el modelo de proceso de enfermería de cinco pasos (ANA, 1973). En la publicación de 1980 A Social Policy Statement (ANA, 1980), se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el modelo de los cinco pasos, lo cual convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la enfermería profesional. La revisión de los Standards of Clinical Nursing Practice de la ANA de 1991, continúa utilizando el modelo de los cinco pasos (ANA, 1991). En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para incluir al proceso de enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de enfermería. La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) continúa exigiendo el proceso de enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente (JCAHO, 1994). El proceso de enfermería continúa siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados hospitales (Potter y Perry, 1996)³⁰.

4.2.3 Características del Proceso de Enfermería

Bárbara Kozier³¹ enumera las características del Proceso de Enfermería de la manera siguiente:

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Está dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades únicas del cliente, familia o comunidad.
- Permite creatividad a la enfermera y al cliente en la intervención de maneras (sic), para resolver el problema de salud planeado.
- Es interpersonal. Requiere que la enfermera se comunique directa y persistentemente con los clientes para encontrar sus necesidades.
- Es cíclico. Como las etapas están interrelacionadas, no existe un principio o final absoluto.
- Resalta el feedback, que conduce bien a la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente. El proceso de enfermería es usado como marco de los cuidados de enfermería en todos los tipos de establecimientos sanitarios con clientes de todas las edades.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades de la persona, familia o comunidad, pero también:

³⁰ *Ibid.* Pág. 140.

³¹ Kozier, Bárbara. *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica.* Pág. 187.

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es la beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Para la persona que recibe los cuidados tiene las siguientes ventajas³²:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

4.2.4 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

4.2.4.1 Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Incluye la recogida de datos y su confirmación. Valorar es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las etapas del proceso de enfermería. Una base de datos es toda la información disponible sobre la persona, incluyendo la historia y exploración médica, la historia y exploración de enfermería, así como otras informaciones procedentes del resto de profesionales de la salud. La recogida de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud de la persona. La valoración implica la participación activa de la persona que requiere de una atención y la enfermera (o), entendiéndose que la persona puede ser un individuo, una familia o comunidad.

Los datos se clasifican en *objetivos* y *subjetivos*. Los datos objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos, a través de los sentidos. Los datos subjetivos, sólo son evidentes para la persona afectada, y únicamente ella puede describirlos o verificarlos.

También encontramos los *datos variables* y los *datos constantes*. Los *datos variables* son aquellos que son susceptibles de sufrir una variación, tales como la respiración, temperatura o presión arterial. Los *datos constantes* son aquellos que no varían susceptiblemente tales como fecha de nacimiento, escolaridad y sexo.

La *f fuente de datos* puede ser **primaria** o **secundaria**. La persona es la **f fuente primaria**, mientras que los allegados, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografías sobre el tema, conforman la **f fuente secundaria**.

³² *Ibid.*

Los métodos para la recolección de datos son los siguientes: **la observación**, consiste en recoger información a través de los cinco sentidos con la finalidad de reconocer estímulos y seleccionar, organizar e interpretar datos; **la entrevista**, es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad. La **entrevista directa**, debe ser estructurada, obtiene información específica, establece propósitos, mantiene un control, requiere de un número de datos específicos. Puede contener preguntas abiertas o cerradas, neutras o dirigidas, según el objetivo que se persiga. La entrevista debe ser planificada y considerar tiempo, lugar, posición, distancia con respecto a la persona. La entrevista comprende tres fases: introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La exploración física, se realiza para obtener datos y objetivos y complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. La **valoración física** se realiza sistemáticamente, con un planteamiento de pies a cabeza (cefalocaudal) o como un planteamiento de los sistemas del organismo. Durante este proceso se registran los aspectos generales de la persona y su estado de salud: edad, talla, estado mental y nutricional, el habla y la conducta, signos vitales, altura, peso, etc. A la exploración cefalocaudal se comienza el reconocimiento en la cabeza, continua con el cuello, el tórax, abdomen, extremidades superiores y termina en los pies. A la exploración por órganos y sistemas, se estudian cada uno de ellos de manera individual. Para la realización de la exploración física se utilizan técnicas de **inspección, auscultación, palpación y percusión**.³³

4.2.4.2 Diagnóstico

El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales, y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consolidación de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.³⁴

Un problema de salud **real** se refiere a una situación que existe en el momento actual. El **potencial** se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Ante todo, un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Para Lynda Carpenito, el término *Diagnóstico de Enfermería*, se ha empleado en tres contextos³⁵:

1. *Como la segunda fase del proceso de enfermería.*
2. *Como una lista de etiquetas o denominaciones diagnósticas.*
3. *Como enunciado en dos o en tres partes.*

Ahora bien, las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, **dependiente, interdependiente e independiente**, 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:

Dimensión dependiente. La práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben

³³ *Ibid.*

³⁴ Cardenito, Lynda. *Diagnósticos de Enfermería*. Pág. 3.

³⁵ *Ibid.* Pág. 4.

realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

Dimensión interdependiente. Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Éstos problemas se describirán como problemas colaborativos 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. 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. Los pasos de esta fase son:

- a) 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.
- b) Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Taxonomía, tipos y componentes de los diagnósticos de enfermería. El trabajo del grupo teórico preliminar del tercer congreso nacional y, posteriormente del comité taxonómico de la North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA), dio lugar al nacimiento de un marco conceptual para el sistema de clasificación diagnóstica. Este marco se denomina Taxonomía I de diagnósticos de enfermería de la NANDA, que abarca nueve patrones de respuesta humana. En 2000, la NANDA, aprobó la nueva Taxonomía II, que consta de 13 categorías, 106 clases y 155 diagnósticos (NANDA, 2001). Una taxonomía es un tipo de clasificación; el estudio teórico de las clasificaciones sistemáticas, incluyendo sus fundamentos, principios, procedimientos y normas ³⁶.

Existen 4 tipos de diagnósticos de enfermería: *reales, de riesgo, posibles, de bienestar o de síndrome*. Los *diagnósticos de enfermería reales*, describen un problema que ha sido confirmado por la presencia de características principales que lo definen. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Componentes del diagnóstico real.

- a) *Etiqueta descriptiva o título*: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- b) *Definición*: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- c) *Características que lo definen*: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es sólo sugerente. Las características que definen a los diagnóstico reales son los signos y síntomas *principales*, siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y

³⁶ *Ibid.* Pág. 5.

síntomas, que se han calificado como *secundarios*, están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

d) *Factores relacionados*. Son aquellos que han contribuido al cambio del estado de salud. Estos factores pueden agruparse en cuatro categorías: *fisiopatológicos* (biológicos y psicológicos), *relacionados con el tratamiento, de situación* (ambientales, personales) y *de maduración*. Factores Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): Sistema inmunitario comprometido / Circulación periférica inadecuada. Factores de Situación: Ambientales, Comunitarios, Personales, De rol, Domicilio, Institución, Experiencias vitales. Factores de Tratamiento: Medicamentos, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos. Factores de Maduración: Influencias relacionadas con la edad.

Diagnósticos de Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Diagnóstico Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Diagnóstico de bienestar o de síndrome: De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: *deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces*. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en si los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

4.2.4.3 Planeación

En general, se entiende por planificar el realizar un diseño u organización de elementos para alcanzar un objetivo. La planificación es la tercera fase del proceso de enfermería.

Se define a la planeación como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud de la persona que se han identificado durante el diagnóstico. Para que el plan sea eficaz es importante la colaboración de la persona que recibirá los cuidados. La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de cuidados de calidad³⁷.

³⁷ Kozier, Bárbara. *Op. Cit.* Pág. 226.

La fase de la planeación se compone de cuatro etapas:

- A) *Determinación de prioridades*. Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados; éstos deben consensuarse con la persona / cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y pérdida de tiempo, su uso facilita la relación terapéutica. Se establecen las necesidades que son prioritarias para el paciente.
- B) *Planteamiento de objetivos*: Una vez priorizados los problemas, se definen los objetivos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para: dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones. Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos: *objetivos de enfermería o criterios de proceso y objetivos de la persona o criterios de resultado*. Los objetivos se describen en forma que sean observables y puedan medirse; se describen en forma de resultados o logros alcanzar y no como acciones de enfermería, son cortos, específicos, cada objetivo se deriva de un diagnóstico de enfermería y señalan un tiempo específico.
- C) *Actuaciones de Enfermería*: Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento, tanto de los diagnósticos enfermeros, como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: *enfermera y médica*. Las *prescripciones enfermeras*, son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros. Las *prescripciones médicas* son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes, tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios. En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, humanos y financieros.
- D) *Documentación en el plan de cuidados de enfermería*: La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación. Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante: cuidados individualizados, continuidad de los cuidados, la comunicación, y la evaluación. Las partes que componen los planes de cuidado son: diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes, objetivos de la persona para el alta a largo plazo (criterios de resultado), órdenes de enfermería (actividades), evaluación (informe de evolución).

4.2.4.4 Ejecución

La fase de ejecución observa la puesta en práctica del plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica continuar con la recogida, valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería dirigidos a la solución de los problemas, dar los informes verbales de enfermería y mantener el plan de cuidados actualizado. Durante este proceso, aun cuando la responsabilidad es de enfermería, se debe incluir a la persona atendida y/o familia, así como a otros miembros del equipo.

4.2.4.5 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 y la *comparación con los resultados esperados* y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

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

- A) Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: observación directa, examen físico. Examen de la historia clínica.
- B) Señales y Síntomas específicos. Observación directa, entrevista con el paciente. Examen de la historia.
- C) Conocimientos: entrevista con el paciente, cuestionarios (test),
- D) Capacidad psicomotora (habilidades). Observación directa durante la realización de la actividad.
- E) Estado emocional: Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. Información dada por el resto del personal.
- F) Situación espiritual (modelo integral de la salud): Entrevista con el paciente, información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, se observan tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- 1) El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- 2) El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- 3) El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

Durante el registro de la evaluación se evitan términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etcétera, es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió la persona atendida. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

4.3 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

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

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”³⁸.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- a) La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- b) Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- c) Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- d) Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson son³⁹:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de movimiento y mantener buena postura.

³⁸ Marriner, Tomey Ann. *Op. Cit.* Pág.102.

³⁹ Fernández Ferrín, Carmen. *El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos.* Pág. 4.

5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de termorregulación.
7. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

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

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer; dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

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

Variables: estados patológicos: falta aguda de oxígeno; conmoción inclusive al colapso y las hemorragias; estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios); exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales; estados febriles agudos debidos a toda causa, una lesión local, herida o infección, o bien ambas; una enfermedad transmisible; estado preoperatorio; estado postoperatorio; inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento; dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente ha cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborados en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

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

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero y, a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería con base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los cuatro conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería⁴⁰:

Persona: *Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.*

Entorno: *Incluye relaciones con la propia familia, asimismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.*

Salud: *La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.*

⁴⁰ <http://www.fisterra.com/recursos/web/enfermeria/protocolos.asp>. Modelo Teórico de Virginia Henderson. 5 de marzo de 2006.

5. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN ADULTO CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, DESCANSO Y SUEÑO E HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL, CON BASE AL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

5.1 Presentación del caso

Se atiende a la Señorita Gabriela RC, quien acepta participar en el presente trabajo de manera voluntaria. Previa información pormenorizada de los objetivos que se pretenden, se elabora una ficha de datos registrando el momento de la primera entrevista misma que se realiza en las oficinas de la Organización Social Patria Nueva a la que pertenece la entrevistada.

28 de febrero de 2006. Entrevista inicial.

Nombre: Gabriela R. C.; Edad: 35 años; Sexo: Femenino; Procedencia: México, Distrito Federal Estado Civil: Soltera; Religión: Creyente Católica; Escolaridad: Secundaria; Fuente de información: Directa

Persona de 35 años de edad, aparentemente sana de 111 kilogramos de peso y una talla de 1.57 m. Refiere no presentar molestia física, relacionada con el sobrepeso observado. Al momento de la entrevista inicial, menciona presentar cansancio, estrés y desgano para el trabajo. Refiere tardar para conciliar el sueño y despertarse por las noches. Menciona no sentirse mal por el sobrepeso, pero que desearía tener algunos kilos menos, presenta dolor abdominal de varios días, acidez y plenitud después de ingerir alimentos, así como gases estomacales recurrentes.

Antecedentes Heredofamiliares:

Madre de 81 años de edad, con hipertensión arterial; molestias propias de la edad.

Padre fallecido a los 62 años por Neumonía Aguda; con antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus Tipo II, Tabaquismo y Alcoholismo positivos.

Antecedentes Personales No Patológicos:

Originaria del Distrito Federal, con estudios de secundaria, vive en una habitación prestada de un campamento perteneciente a una organización social, en el mismo predio habitan y conviven otras 28 familias incluyendo algunos miembros de su familia; cuenta con todos los servicios domiciliarios; radica en la colonia Ticomán desde su nacimiento. Hija de padres originarios del Estado de Hidalgo, es la octava y última hija de la familia. Estado civil: soltera.

Antecedentes Ginecológicos:

Menarca a los 13 años, ritmo 28 x 5 (días), dismenorrea al inicio y al término del periodo, diferentes parejas sexuales, Método de Planificación Familiar: preservativo masculino; Diagnóstico Oportuno de Cáncer: 1 vez al año; Gestas 0, Fecha de Última Menstruación: 26 de febrero

La valoración física se realiza el día 4 de marzo a las 18:00 horas, en el mismo lugar.

5.2 Valoración de Enfermería

Valoración de Enfermería de acuerdo al Modelo Conceptual de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson.

Las letras y números resaltados en negritas dentro de la tabla, corresponden al grado de dependencia en relación a su origen y el rol del personal de enfermería.

Necesidad	Oxigenación
Factores Biofisiológicos	Fosas nasales limpias. Presión arterial: 110/80 mm/Hg. Frecuencia respiratoria: 18 x minuto. Frecuencia cardiaca: 86 x minuto. Temperatura: 37.3 °C. Patrón respiratorio: ritmo, regularidad y profundidad normales; campos pulmonares bien ventilados. Sin presencia de sibilancias o dolor al respirar. Membranas mucosas hidratadas. Refiere presentar ocasionalmente tos reseca sin presencia de secreciones. C3
Factores Psicológicos	Tabaquismo positivo de 2 a 3 cigarros al día. Las situaciones de tensión le inducen a fumar más cigarros de los habituales. B – C - 3
Factores Socioculturales	Menciona hablar mucho con la gente por cuestiones de su trabajo y cree que la contaminación de la ciudad puede ser la causante de su malestar (tos). Fuma desde los 17 años por imitación a los amigos y por sentirse mayor. B- C -3
Factores Espirituales	

Necesidad: Insatisfecha.

Grado de Dependencia: Independiente ___ Dependiente X

A) Falta de fuerza B) Falta de Voluntad C) Falta de Conocimientos

Rol de Enfermería: 1) Suplencia 2) Ayuda 3) Acompañamiento

Necesidad	Nutrición e hidratación
Factores Biofisiológicos	Presión Arterial: 110/80 mm/Hg. Frecuencia Cardiaca: 86 x minuto. Peso: 111 kilogramos. Obesidad latente. Ingiere solo 3 vasos de agua al día en promedio. Dolores abdominales después de comer; sensación de plenitud; gases recurrentes y agruras. Cavidad bucal, cabello y membranas hidratadas. Carece de 4 piezas dentales (dos terceros molares superiores; segundo premolar derecho; primer molar izquierdo inferior). Abdomen globoso. Sin presencia de halitosis. Presencia de pigmentación oscura en cuello (acantosis nigricans) y abdomen. Estilo de vida sedentario. C3
Factores Psicológicos	Ingiere todo tipo de alimentos. Ingiere bebidas alcohólicas 2 veces por mes a invitación de los amigos, por diversión o por participar en fiestas. Cantidad: de 4 a 6 cervezas de 350 ml o más por cada ocasión. Se acepta así misma, no le incomoda tener un sobrepeso, pero manifiesta interés por perderlo. B – C - 3
Factores Socioculturales	El desayuno y la comida los realiza en establecimientos comerciales o en la calle. La cena es establecida de acuerdo a lo que encuentre por las noches o lo que ingieren el resto de sus familiares durante el día, generalmente es en su casa pero también lo hace en la calle o centros comerciales. Consumo nueces y pistaches 1 vez por semana durante su trabajo. Menciona consumir refrescos cuando va al cine y durante el día. C3

Factores Espirituales	
-----------------------	--

Necesidad: Insatisfecha

Grado de Dependencia: Independiente ___ Dependiente X

A) Falta de fuerza B) Falta de Voluntad C) Falta de Conocimientos

Rol de Enfermería: 1) Suplencia 2) Ayuda 3) Acompañamiento

Necesidad	Eliminación.
Factores Biofisiológicos	Estreñimiento 1 vez cada 6 meses, diarreas ocasionales. Ruidos peristálticos presentes, abdomen globoso, sin presencia de dolor en órganos ni masas palpables en ninguno de los cuadrantes. Heces duras, de color café claro. No usa laxantes, presencia de gases intestinales. Sin presencia de dolor o ardor al miccionar o evacuar.
Factores Psicológicos	Refiere no haberse percatado de que el estrés de sus tareas cotidianas le provoque estreñimiento o diarrea.
Factores Socioculturales	Comparte el sanitario de su vivienda con tres personas más. Refiere no utilizar sanitarios públicos.
Factores Espirituales	

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Movimientos y mantener buena postura.
Factores Biofisiológicos	Presenta limitaciones en algunos movimientos ocasionados por el sobrepeso. Sin presencia de dolores en articulaciones y músculos. Presenta flacidez en abdomen, brazo y piernas. Marcha y equilibrio: sin compromiso; todos los movimientos de abducción y aducción, así como los de extensión e hiperextensión sin compromiso. No se observan alteraciones en la postura al momento de encontrarse de pie, sentarse o caminar.
Factores Psicológicos	Refiere sentirse a gusto en su oficina y contar con buen ambiente de trabajo. Le agradan las actividades que realiza.
Factores Socioculturales	Refiere realiza caminatas para dirigirse a su trabajo y otras actividades cotidianas. La oficina en donde labora es cómoda, usa silla giratoria adecuada para sus labores.
Factores Espirituales	

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Descanso y sueño.
Factores Biofisiológicos	Atenta, organiza pensamientos adecuadamente, presenta secuencia lógica de ideas. Ligera presencia de círculos oscuros en los ojos (ojeras). Refiere sentirse con fatiga y no descansar adecuadamente. Refiere dormir 7 horas en promedio por día. C3
Factores Psicológicos	Padece de insomnio, tarda para conciliar el sueño, refiere ocasionalmente despertarse por las noches y dormir con la televisión encendida; ha presentado pesadillas en los últimos 7 días. Refiere dormir sola. C3
Factores	El entorno de su habitación es “ruidoso”, se perciben sonidos de

Socioculturales	tren que pasa por las noches y una puerta que se abre y cierra recurrentemente. C3
Factores Espirituales	Refiere sentirse satisfecha con sus creencias y satisfacción por que considera que no le hace mal a nadie. No realiza rituales antes de dormir, piensa que no le son necesarios.

Necesidad: Insatisfecha

Grado de Dependencia: Independiente ___ Dependiente X

A) Falta de fuerza B) Falta de Voluntad C) Falta de Conocimientos

Rol de Enfermería: 1) Suplencia 2) Ayuda 3) Acompañamiento

Necesidad	Termorregulación.
Factores Biofisiológicos	Temperatura: 37.3°C. Refiere no haber padecido fiebres en los últimos 15 días Menciona sentir bochornos durante su periodo de ovulación. Piel facial rubicunda e hidratada, con resequead en espalda, cadera y miembros inferiores. Refiere adaptarse a cualquier clima.
Factores Psicológicos	Los climas calurosos le agradan pero prefiere los templados por que está más habituada a ellos.
Factores Socioculturales	La temperatura de su entorno (trabajo, hogar) le satisfacen. Comenta que la temporada de primavera y verano son sus preferidos.
Factores Espirituales	

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Uso de prendas de vestir adecuadas.
Factores Biofisiológicos	Su vestimenta es de acuerdo a la edad y actividades. Talla: Tórax: 133 cm. Abdomen: 126.5 cm; Cadera: 135 cm. Peso: 111 kg.
Factores Psicológicos	Menciona que su estado de ánimo no influye en su hábito de vestir; no necesitar de apoyo para vestirse o desvestirse. Refiere no tener ningún problema o sentimiento sobre su apariencia física.
Factores Socioculturales	Actividades en su trabajo: administrativas.
Factores Espirituales	Sus creencias religiosas y espirituales no la limitan para el uso de prendas de vestir.

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Higiene y protección de la piel.
Factores Biofisiológicos	Tez Morena, rubicunda al momento de la exploración. Piel ligeramente reseca en espalda, cadera y miembros inferiores con ligera presencia de estrías en abdomen, cadera y glúteos. Llenado capilar adecuado de 1 segundo. Presencia de flacidez abdominal. Presencia de pigmentación oscura en cuello y abdomen. Presencia regular de acné en cuello posterior y espalda. Presencia de prurito en ambos pies, ocasionado por la presencia de <i>tiña pedis</i> , con resequead plantar, cuarteadoras interdigitales y mal olor. No utiliza lubricantes para la piel. C3
Factores	No se siente incomoda al momento de la exploración, sin embargo

Psicológicos	se inhibe al mostrar las cicatrices ocasionadas por el acné. Refiere no preocuparle puesto que no son visibles para la gente. Presenta tatuaje en brazo izquierdo de 15 años de antigüedad. Refiere que se lo realizó durante su juventud por que le gustaban; actualmente no le incomoda.
Factores Socioculturales	Aseo diario. Comparte algunos utensilios de limpieza personal como jabón y estropajo. Refiere no ocuparse más tiempo de sus pies por que su aseo lo realiza por las mañanas y tiene que hacerlo lo más rápido posible. B – C – 3
Factores Espirituales	

Necesidad: Insatisfecha

Grado de Dependencia: Independiente ___ Dependiente X

A) Falta de fuerza B) Falta de Voluntad C) Falta de Conocimientos

Rol de Enfermería: 1) Suplencia 2) Ayuda 3) Acompañamiento

Necesidad	Evitar peligros.
Factores Biofisiológicos	Esta conciente de la necesidad de bajar de peso por que es un riesgo para su salud.
Factores Psicológicos	Refiere sentirse protegida y apoyada por su familia, comunicarse y actuar con tranquilidad en los momentos de tensión o peligro. Conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar. En momentos de tensión fuma, a veces come o llora para canalizar estas tensiones.
Factores Socioculturales	Refiere ser la última de 8 hermanos. Conocen los teléfonos de seguridad de la localidad. En su área laboral realizan simulacros para los casos de incendio y sismo, en los cuales refiere ha participado. Considera que el entorno de su vivienda es seguro y conocen a la mayoría de sus vecinos. Cuando ingiere bebidas alcohólicas lo hace con sus amigos y conocidos, menciona no tomar en exceso y hacerlo en lugares en donde se sienta segura. Refiere no realizarse los controles de salud recomendados con regularidad y haber recibido el esquema de vacunación para adultos de manera parcial. C-3
Factores Espirituales	Piensa en Dios en los momentos de tensión y eso le ayuda a sentirse tranquila.

Necesidad: Insatisfecha

Grado de Dependencia: Independiente ___ Dependiente X

A) Falta de fuerza B) Falta de Voluntad C) Falta de Conocimientos

Rol de Enfermería: 1) Suplencia 2) Ayuda 3) Acompañamiento

Necesidad	Comunicación.
Factores Biofisiológicos	Vista: movimientos oculares adecuados; sin presencia de alteraciones oculares aparentes; simétricos; de forma regular; contracción de las pupilas sin compromiso aparente. Oído: Percibe, identifica y diferencia adecuadamente los sonidos; sin presencia de lesiones externas e internas. Nariz: Central, simétrica, mucosas permeables, hidratadas; vibras adecuadas y abundantes. Olfato: Refiere percibir los olores comunes. Gusto: Lengua de color ligeramente rosada, hidratada; presencia de reflejo de náusea;

	refiere percibir adecuadamente los sabores. Manos / tacto: Piel palmar de buen color, manos calientes; refiere percibir texturas y temperaturas; sin presencia de cicatrices ni callosidades. Percepción adecuada del dolor.
Factores Psicológicos	Rol familiar: Hija y 8ª hermana. Menciona mantener buenas relaciones con los integrantes de su familia y en su área laboral aunque tenga algunas diferencias. Refiere contar con amigos (as) en quien confiar. Se siente satisfecha en su trabajo y en el grupo en el que participa por que tiene la oportunidad de ayudar a la gente. Considera que expresa correctamente sus sentimientos a las personas, aunque a veces cree que no le comprenden del todo. Lenguaje corporal adecuado, utiliza las extremidades superiores para expresar sus ideas. Menciona que algo que le podría preocupar es quedarse sin trabajo; algunos problemas económicos de su familia y pequeñas rencillas familiares comunes.
Factores Socioculturales	Estado civil: Soltera. Refiere vivir sola con la presencia de familiares en su entorno cercano. Conversa con dos de sus hermanas por las noches todos los días. En su área laboral atiende al público en general lo que le provoca satisfacción por sentirse útil.
Factores Espirituales	No lleva a cabo hábitos religiosos, refiere sentirse a gusto con lo que hace y no tener sentimientos de culpa morales. Asiste a ceremonias religiosas sólo cuando siente la necesidad de hacerlo y no por obligación. Se siente satisfecha con sus creencias. Menciona tener cierto temor a lo desconocido.

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Vivir según sus creencias.
Factores Biofisiológicos	De buen semblante, relajado, muestra interés por expresar sus ideas y mantiene coordinación de lenguaje. Habla claro y segura.
Factores Psicológicos	Considera a la honestidad, el trabajo, la sinceridad y el respeto como valores de ella y su familia. Considera que es congruente con su forma de pensar y vivir.
Factores Socioculturales	Sus creencias religiosas no le crean conflicto con las personas de su entorno. Respeta las creencias religiosas que puedan tener otras personas.
Factores Espirituales	Refiere haber recibido instrucción católica en su infancia, se considera creyente, no asiste regularmente a ceremonias religiosas por que menciona sentirse satisfecha con ella misma, siente que no le hace mal a nadie, refiere sentirse satisfecha cuando ayuda a la gente en su área laboral.

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Trabajo y realización.
Factores Biofisiológicos	Sentido de orientación: Bien orientada en sus tres dimensiones, facilidades de expresión y comunicación de ideas. Lenguaje claro, preciso, fuerte. Gesticulaciones adecuadas sin limitaciones.

Factores Psicológicos	Se siente un poco incómoda cuando en su área laboral no se cumplen los acuerdos que se toman, pero hace lo posible por expresar su malestar y corregir errores. Considera que está haciendo lo correcto por adquirir su vivienda propia, ahorra y participa en la organización en la que participa. Siente que ha aprendido bastante en los últimos 6 años gracias a su decisión y a participar en trabajos por la comunidad.
Factores Socioculturales	Trabaja actualmente al cual le dedica 9 horas diarias de lunes a viernes. Considera que el sueldo que obtiene por su trabajo es holgado y generoso. Cubre sus necesidades básicas.
Factores Espirituales	

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Jugar y participar en actividades recreativas.
Factores Biofisiológicos	Edad 35 años. Adulto medio. No presenta limitaciones para las actividades físicas, adecuadas para su constitución.
Factores Psicológicos	Ocupa su tiempo libre en escuchar música, leer y ver televisión. En ocasiones prefiere dormir. Asiste al cine cada 15 días en promedio, y sale a bailar con sus amigos dos veces al mes.
Factores Socioculturales	Participa en actividades recreativas de la organización a la que pertenece. Se siente a gusto en la organización social en la que participa por que tiene responsabilidades.
Factores Espirituales	

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___

Necesidad	Aprendizaje.
Factores Biofisiológicos	Sistema Nervioso Central: sin aparente compromiso; gesticula y expresa correctamente sus ideas, movimientos corporales adecuados y en sincronía, ligeramente limitados por la obesidad. Órganos de los sentidos: sin compromiso aparente.
Factores Psicológicos	Refiere no tener ninguna limitación para aprender, siente que en los últimos 6 años ha aprendido y desarrollado capacidades que le provocan satisfacciones personales. Lecturas predilectas: Historia y novelas románticas. Asegura que seguirá estudiando.
Factores Socioculturales	Nivel educativo: secundaria. Refiere que en su área laboral ha aprendido rápidamente el manejo de programas de computación y la atención a la comunidad lo hace rápidamente lo que le ha provocado reconocimiento de la gente.
Factores Espirituales	

Necesidad: Satisfecha

Grado de Dependencia: Independiente X Dependiente ___



Figura 1, 2 y 3 respectivamente. Imágenes correspondientes al día de la valoración 28 de febrero de 2006.



Figuras 4, 5 y 6 respectivamente. En las presentes gráficas se aprecia la presencia de *Tina Pedis* o *Pié de Atleta* en ambas extremidades.



Figuras 7, 8 y 9 respectivamente. En la presente se aprecia acné en espalda y cuello así como cicatrices y pigmentación oscura de cuello (*Acantosis nigricans*).



Figuras 10 y 11 respectivamente. Resequedad en espalda y miembros inferiores.

5.3 Diagnósticos de Enfermería

Jerarquización de necesidades:

- 1.- Necesidad de Nutrición e Hidratación
- 2.- Necesidad de Descanso y Sueño
- 3.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel
- 4.- Necesidad de Oxigenación
- 5.- Necesidad de Evitar Peligros

Para la atención de la señorita GRM, se consideró a la necesidad de nutrición e hidratación como prioritaria ya que de ella se desprenden acciones de enfermería que inciden en la satisfacción de las necesidades de descanso y sueño, higiene y protección de la piel y oxigenación, esta última en relación al hábito de fumar.

Diagnósticos:

- Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con ingesta excesiva para las necesidades metabólicas, manifestado por obesidad.
- Alteración del patrón de sueño, relacionado con actividad insuficiente durante el día, ingesta inadecuada de alimentos durante la cena y ruidos ambientales durante la noche; manifestado por dificultad para conciliar el sueño, presencia de círculos oscuros en los ojos e insomnio.
- Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la presencia de infección fúngica en pies, manifestado por resequedad y prurito en espacios interdigitales.
- Deterioro de la integridad cutánea relacionado a la presencia de acné, manifestado por pápulas en cuello y espalda.
- Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con el bajo consumo de líquidos y falta de lubricación de la piel, manifestado por resequedad y prurito en espalda y miembros inferiores.
- Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con el conocimiento insuficiente de los efectos del tabaco, manifestado por el hábito de fumar y la presencia de tos seca ocasional.
- Conductas generadoras de salud: Promoción del autocuidado.

En el cuadro Núm. 2 se indica el problema de salud real y potencial así como la dimensión de las intervenciones de enfermería de acuerdo a sus funciones.

Cuadro Núm. 2

Necesidades y diagnósticos de enfermería	Problema de salud real o potencial	Dimensión de las intervenciones de enfermería
Nutrición e hidratación <i>Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con ingesta excesiva para las necesidades metabólicas, manifestado por obesidad.</i>	Real	Interdependientes
Descanso y sueño <i>Alteración del patrón de sueño, relacionado con actividad insuficiente durante el día, ingesta inadecuada de alimentos durante la cena y ruidos ambientales durante la noche; manifestado por dificultad para conciliar el sueño, presencia de círculos oscuros en los ojos e insomnio.</i>	Real	Independientes
Higiene y protección de la piel <i>Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la presencia de infección fúngica en pies, manifestado por resequedad y prurito en espacios interdigitales.</i> <i>Deterioro de la integridad cutánea relacionado a la presencia de acné, manifestado por pápulas en cuello y espalda.</i> <i>Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con el bajo consumo de líquidos y falta de lubricación de la piel, manifestado por resequedad y prurito en espalda y miembros inferiores.</i>	Real Real Real	Interdependientes Independientes Interdependientes Independientes Independientes
Oxigenación <i>Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con el conocimiento insuficiente de los efectos del tabaco, manifestado por el hábito de fumar y la presencia de tos seca ocasional.</i>	Potencial	Independientes
Evitar Peligros <i>Conductas generadoras de Salud: Promoción del autocuidado.</i>	Potencial	Independientes

5.4 Planeación y Ejecución de acciones de Enfermería

Para la atención a las necesidades se establecieron cuatro sesiones de trabajo: 1 informativa y 3 de seguimiento y evaluación.

ENTREVISTA INICIAL	28 de febrero de 2006
VALORACIÓN	4 de marzo de 2006
PRIMERA SESION (INFORMATIVA)	6 de marzo de 2006
VISITA MÉDICA PARA EL CONTROL DE PESO	25 de marzo de 2006 <i>Establecido por la persona definido por su economía, tiempo y disposición.</i>
SEGUNDA SESIÓN Seguimiento y evaluación	4 de abril de 2006
VISITA CON MÉDICO DERMATÓLOGO	5 de abril de 2006 <i>Establecido por la persona definido por su economía, tiempo y disposición.</i>
EXÁMENES DE LABORATORIO BÁSICOS Biometría Hemática Examen General de Orina Química Sanguínea de 6 elementos	5 de abril de 2006 <i>Establecido por la persona definido por su economía, tiempo y disposición.</i>
TERCERA SESIÓN Seguimiento y evaluación	25 de abril de 2006
CUARTA SESIÓN Seguimiento y evaluación	24 de mayo de 2006

5.5 Ejecución y evaluación

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Identificación de problemas reales y potenciales	Real
Necesidad	Nutrición e hidratación
Diagnóstico	Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con ingesta excesiva para las necesidades metabólicas, manifestado por obesidad.
Objetivo	Iniciar un plan de alimentación que permita disminuir la ingesta calórica y recuperar el peso ideal de acuerdo a talla, constitución y actividad.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de los riesgos para la salud, que ocasionan la obesidad. • Informar a la persona que requiere de una valoración médica a efecto de establecer un programa de control de peso. • Brindar a la persona información básica de nutrición y de los beneficios de un programa de control de peso y nutrición adecuado, real y seguro. <p>*Optar por una dieta baja en grasas e hidratos de carbono.</p> <p>*Sustituir las grasas animales por las vegetales.</p> <p>*Evitar consumir alientos fritos o empanizados.</p> <p>*Evitar el uso de aderezos a base de huevo y aceite.</p> <p>*Incrementar la ingesta de carnes blancas (pollo y pescado).</p> <p>*Evitar comer en la vía pública o los alimentos denominados “comida rápida”.</p> <p>*Comer despacio y masticar suficientemente los alimentos.</p> <p>*Incrementar el consumo de verduras.</p> <p>*Evitar consumir alimentos en restaurantes que ofrezcan bufetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar una ingesta de agua a 2 litros por día. • Establecer un plan de ejercicios inicial de 30 minutos al día que eleven el gasto calórico. • Ayudar a la persona a identificar los factores ambientales que han contribuido a la generación de hábitos alimenticios inadecuados, como son: <p><i>*Amigos, familia, compañeros de trabajo.</i></p> <p><i>*Tipo de alimentos que se encuentran en su hogar, en el trabajo, en las fiestas.</i></p> <p><i>*Actividades que realiza en su tiempo de ocio.</i></p> <p><i>*Lugares que frecuenta y transita a diario (restaurantes, puestos de comida, etc.).</i></p> <p><i>*Tiempo que dedica a ver televisión.</i></p> <p><i>*Programa de adelgazamiento anterior que haya realizado y no haya concluido.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a la persona por sus sentimientos, dudas y/o temores que surjan al iniciar cambios en sus hábitos alimenticios. • Informar a la persona de la importancia de llevar a cabo estudios de laboratorio básicos. <p><i>*Química Sanguínea / *Examen general de Orina / *Biometría Hemática</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un registro diario de los alimentos que ingiere y del horario en que los realiza. <p>*Registrar tipo de alimentos y cantidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de los siguientes riesgos: <p><i>*Comer mientras realiza otra actividad / *Comer de pie / *Comer por aburrimiento o estrés / *Comer por que los demás comen.</i></p>
<p>Fundamentación</p>	<p>La Obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. El sobrepeso se refiere a la condición en la que el peso real excede al límite superior esperado para la talla, y no es necesariamente un indicador de obesidad, ya que el peso corporal alto puede deberse a otros factores como el desarrollo de la musculatura y del esqueleto, la acumulación de líquidos, e incluso la presencia de tumores. El sobrepeso y la obesidad son el resultado de una compleja interacción entre los genes y el ambiente, que se caracteriza por un desequilibrio de energía debido a un estilo de vida sedentario, un consumo excesivo de energía, o ambos. La obesidad y el sobrepeso son problemas de salud pública, dada la estrecha relación de estas condiciones con enfermedades crónicas, por lo que se recomienda emprender acciones inmediatas para su prevención y control. La obesidad es una enfermedad en sí misma que antecede o incluso es factor etiológico de una diversidad de enfermedades crónicas, como son: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, aterosclerosis, cáncer (cólon, endometrio y mama), enfermedades cerebrovasculares, litiasis biliar, osteoartritis y gota, también puede ocasionar apnea del sueño. El obeso, además de estar expuesto a estos padecimientos biológicos, con frecuencia está sometido a presiones psicológicas por marginación social.</p> <p>Tratamiento. El tratamiento del paciente obeso debe hacerse de manera integral: el médico es el responsable del manejo integral, el nutriólogo del nutricio, y el psicólogo del psicológico. La Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad establece en sus disposiciones:</p> <p><i>5.3 El tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, deberá realizarse bajo lo siguiente:</i></p> <p><i>5.3.1 Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.</i></p> <p><i>5.3.2 Estará respaldado científicamente en investigación para la salud, especialmente de carácter dietoterapéutico individualizado, farmacológico y médico quirúrgico.</i></p> <p><i>5.3.3 El médico será el responsable del manejo integral del paciente obeso.</i></p> <p><i>5.3.7 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.</i></p> <p><i>5.3.8 Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutricionales 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.</i></p> <p><i>5.3.9 El médico será el único profesional facultado para la prescripción</i></p>

de medicamentos.

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

5.4 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.

5.5 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.

6.1 El personal profesional facultado para intervenir en el manejo integral del paciente obeso, deberá cumplir los requisitos siguientes:

6.1.1 Tener título profesional de médico, nutriólogo o psicólogo legalmente expedido y registrado ante las autoridades educativas competentes.

6.1.2 Tratándose de médico general, será recomendable tener constancia expedida por institución de educación superior oficialmente reconocida, que avale un curso de capacitación en nutrición.

6.1.3 Cuando se trate de médico especialista, tener el permiso para ejercer, expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

6.2 El personal técnico participante en el manejo integral del paciente obeso, deberá tener diploma que avale sus conocimientos en enfermería, laboratorio clínico o nutrición, legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

6.3 La participación del personal técnico en el manejo integral de la obesidad será exclusivamente en apoyo a las áreas; médica, de nutrición y psicológica, por lo que no podrá actuar de manera autónoma o realizar por sí, los tratamientos.

La Nutrición es el conjunto de interacciones entre un organismo y los alimentos que consume. Las personas necesitan **nutrientes** esenciales para el crecimiento y mantenimiento de los tejidos corporales, así como para la función normal de todos los procesos orgánicos. Los **nutrientes** son compuestos químicos, orgánicos e inorgánicos que se encuentran en los alimentos y que se necesitan para el funcionamiento de todo el organismo. Una ingesta adecuada de alimentos consiste en el equilibrio de nutrientes esenciales, que debe incluir carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. La cantidad de energía que aportan los nutrientes o alimentos es su **valor calórico**. La **caloría** es la unidad de energía de calor. Una caloría, kilocaloría o Kcal, es la unidad de calor necesaria para elevar la temperatura de 1 kg de agua 1° C y es la unidad que se utiliza en nutrición. El término **metabolismo** engloba todas las reacciones químicas que hacen posible la supervivencia de las células corporales. **Los carbohidratos** (hidratos de carbono), se componen de tres elementos: carbono, hidrógeno y oxígeno. Son básicamente de 2 tipos: **azúcares y almidones**. Casi todos los carbohidratos (excepto los de la leche y derivados) se derivan de las plantas. Los carbohidratos se clasifican además en **naturales y refinados** o elaborados. Los carbohidratos naturales aportan nutrientes vitales como proteínas, vitaminas y minerales, y un componente no nutriente, la **fibra** vegetal.

Las **fibras**, (carbohidratos derivados de las plantas) no pueden ser digeridas por los humanos y tienen pocas o ninguna caloría, pero aportan volumen a la dieta. Este volumen no solo satisface el apetito, sino que ayuda a la eficacia de la función del tubo digestivo y a eliminar desechos. Las **enzimas** son catalizadores biológicos que aceleran las reacciones químicas. Las enzimas digestivas descomponen los nutrientes químicamente convirtiéndose en productos más simples por hidrólisis. En las personas sanas, prácticamente todos los carbohidratos digeridos se absorben en el intestino delgado. La **insulina** (hormona secretada por el páncreas) potencia el transporte de glucosa a través de la membrana celular. El metabolismo de la glucosa depende, por tanto, del ritmo de producción de insulina en el páncreas. Las **proteínas** son sustancias orgánicas que a través de la hidrólisis o la digestión ceden aminoácidos. Al igual que los carbohidratos, las proteínas se componen de carbono, hidrógeno y oxígeno, pero las proteínas contienen además nitrógeno. Cada célula del organismo contiene alguna proteína y alrededor de las $\frac{3}{4}$ partes de los sólidos corporales son proteínas. Las únicas sustancias corporales que normalmente carecen de proteínas son la orina y la bilis. Las **proteínas simples** contienen solo aminoácidos o sus derivados (lactoalbúmina en la leche y la albúmina del suero en la sangre, queratina en el pelo y la piel, la ovoglobulina en el huevo y el gluten en el trigo). Las **proteínas compuestas** están formadas de proteínas simples y otro grupo no proteico (ejemplos: hemoglobina y la mucina que se encuentran en las secreciones de las membranas mucosas y las purinas que se encuentran en el tejido glandular). Los aminoácidos se clasifican en **esenciales** (treonina, leucina, isoleucina, valina, lisina, metionina, fenilalanina, triptófano, histidina y arginina) y **no esenciales** (glicina, alanina, ácido aspártico, ácido glutámico, prolina, hidroxiprolina, cistina, tirosina y serina). Además en completas e incompletas.

Las grasas son grupos de sustancias orgánicas (grasas, aceites, ceras y componentes afines), que son oleosas e insolubles en agua, pero solubles en alcohol o éter. Estas sustancias orgánicas son los lípidos. Las grasas tienen los mismos elementos (carbono, hidrógeno y oxígeno) que los carbohidratos, pero el hidrógeno que contiene es más elevado. Aunque la digestión química de las grasas comienza en el estómago, éstas se digieren principalmente en el intestino delgado. La mayor parte de las grasas que no utiliza el cuerpo, se almacenan en dos tejidos principales: el tejido adiposo y el hígado. Una **vitamina** es un compuesto orgánico que el organismo no puede producir y es necesario en pequeñas cantidades para el metabolismo normal. Se clasifican en liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (C y complejo B) el organismo no puede almacenar las vitaminas hidrosolubles por lo que es necesario un aporte diario de ellas en la dieta. Los **minerales** se encuentran formando parte de los compuestos orgánicos, como compuestos inorgánicos y como iones libres.

En la oxidación los minerales dejan residuos que pueden ser ácidos o alcalinos. El calcio y el fósforo constituyen el 80% de todos los elementos minerales del cuerpo. Los macro minerales (calcio, fósforo, sodio, potasio, magnesio, cloro y azufre) son aquellos que el organismo requiere más de 100 mg al día. Los micro minerales son requeridos por el

organismo en cantidades inferiores a los 100 mg al día (hierro, zinc, manganeso, yodo, flúor, cobre, cobalto, cromo y selenio). Se han propuesto diferentes guías de alimentación diaria para ayudar a las personas que gozan de buena salud a mantener una dieta equilibrada y facilitarles la planificación de comidas. Estas guías clasifican los alimentos en varios grupos basándose en sus similitudes en cuanto a composición y valor nutritivo. Para determinar el número de calorías que una persona debe consumir diariamente para alcanzar y mantener su peso ideal, se debe multiplicar el peso ideal del paciente en libras (mujer) por 11. Una libra de grasa equivale aproximadamente a 3500 calorías. Para perder 1 kg/semana, la persona tiene que recortar 7000 calorías de su ingesta semanal actual.

Hidratación. El agua es el principal componente de todos los organismos vivos. Del 45 al 60% del cuerpo del adulto está constituido por agua. En el adulto sano promedio, hay aproximadamente 42 litros de agua, 23 de los cuales se encuentran en el espacio intracelular y 19 en el espacio extracelular. Los adolescentes y los adultos necesitan un ingreso diario de 1500 a 3000 ml de agua. El organismo realiza pérdidas insensibles de agua a través de los pulmones y la piel; cuando es a través de la piel se le conoce como sudor; esto permite mantener un control en la temperatura corporal y además mantiene hidratadas a las células epidérmicas.

Actividad física: es importante promover el ejercicio en el obeso, para que la pérdida de peso sea a costa de una disminución de la magnitud del tejido adiposo más que del tejido muscular. La actividad física moderada practicada con constancia es el mejor predictor del mantenimiento del peso en el largo plazo. Establecer un programa con objetivos realistas aumenta la posibilidad de éxito. El éxito proporciona a la persona un incentivo para continuar con el programa. La reducción y el mantenimiento del peso dependen de un equilibrio entre la reducción de la ingesta calórica y un aumento del gasto calórico mediante la realización de ejercicio regular. Cualquier aumento en la actividad física aumenta el gasto energético y el déficit calórico en una persona que siga un régimen dietético de reducción de calorías.

La actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. En un inicio se sugiere niveles moderados de actividad física durante al menos 30 a 45 minutos, de 3 a 5 veces por semana. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se ha elegido. Todos los adultos deben fijarse la meta de acumular por lo menos 30 minutos o más de actividad física moderada a lo largo de casi todos - preferentemente todos- los días de la semana.

El Ejercicio reduce la absorción de calorías, actúa como supresor del apetito, aumenta el metabolismo y el gasto calórico, conserva la masa corporal, aumenta la absorción e incorporación del oxígeno, mejora la autoestima y disminuye la depresión, ansiedad y tensión; ayuda a dormir bien, mejora la postura corporal, proporciona diversión, aumenta la resistencia a las enfermedades medianas y avanzadas.

Ayudar a la persona a identificar los factores externos puede aumentar su motivación interna para sobreponerse a ellos.

Apoyo psicológico. El equilibrio psicológico está influido por la función

	<p>cognoscitiva. En general, el equilibrio psicológico mejora si el individuo es capaz de pensar clara y racionalmente. Para un individuo que está confundido se necesita reorientación frecuente para disminuir el comportamiento confuso y prevenir o disminuir el miedo que produce el estado de confusión o duda. Los extremos de las emociones y de la tensión pueden interferir con el pensamiento racional y con el comportamiento. El estado psicológico de un individuo, incluyendo su función cognoscitiva, sus ideas, sus creencias y sus actitudes, influyen en su función fisiológica. Existe una amplia gama de pruebas clínicas, muchas de las cuales están especializadas en determinados grupos de enfermedades. Muchas pruebas se utilizan con frecuencia en varias especialidades y en medicina general.</p> <p>Pruebas de laboratorio. Las pruebas de detección se utilizan para detectar una enfermedad cuando existe poca o ninguna evidencia de que una persona padezca tal enfermedad. Por ejemplo, la medición de los niveles de colesterol es útil en la valoración del riesgo de enfermedades cardiovasculares, pero estas pruebas se realizan en personas que no presentan síntomas de este tipo de enfermedades. Para que las pruebas de detección sean eficaces, tendrán que ser exactas, relativamente baratas, presentar pocos riesgos y causar poca o ninguna molestia.</p> <p>Registros y anotaciones. El registro de los alimentos que ingiere, ayuda a la persona a identificar el tipo de alimentos que consume y los factores externos que intervienen. Algunas situaciones pueden identificarse como señales que desencadenan una comida inapropiada.</p> <p>Preparación de alimentos y medidas de apoyo. Se puede lograr una pérdida y mantenimiento del peso con una dieta baja en grasas y alta en hidratos de carbono. La forma de preparación de los alimentos puede afectar el contenido total de calorías y grasa. Se puede obtener calorías grasas a través de ciertas frutas y verduras en lugar de carne y productos lácteos. Las carnes denominadas blancas (pollo y pescado), aportan menos grasa y calorías que las carnes rojas (res y cerdo). Limitar los aderezos a ensaladas ricos en grasas como mayonesas. Evitar las comidas rápidas que tienen un elevado contenido en grasas y calorías totales. Establecer un tiempo para cada ingesta permite limitar los alimentos entre una comida y otra. La ingesta de 8 a 10 vasos de agua al día ayuda a eliminar los productos de desecho de la pérdida de peso. Comer despacio y masticar ademadamente los alimentos favorece el proceso de digestión. La familia participación de la familia en la planificación de las comidas, mejora la calidad de éstas e incide en los factores externos que favorecen la obesidad. Escoger una amplia variedad de alimentos apropiados reduce la sensación de privación. Evitar comidas en buffet ya que aumenta la posibilidad de comer más. Leer las etiquetas de los alimentos y observar los ingredientes, composición y calorías totales por pieza incrementan la información en relación a lo que se ingiere.</p>
<p>Primera Sesión Informativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la primera sesión, se le brinda a la persona información general de lo que significa la obesidad. • Se le hace saber que cuenta con un peso de 111 kilogramos. De acuerdo a su talla, constitución y sexo, debería encontrarse en un rango de 54 a 60 kilogramos. • <i>La persona establece como objetivo, reducir su peso a 70</i>

kilogramos a mediano plazo.

- Se le informa de los riesgos que esto significa para su salud.
- La persona acepta la ayuda y se compromete a llevar a cabo un seguimiento e invertir el tiempo que sea necesario para llegar a los objetivos.
- Se le informa que es posible que existan factores económicos que deberá contemplar. La persona acepta realizar el esfuerzo económico.
- Se acuerda realizar una visita médica o con un especialista en sobre peso, para que inicie un tratamiento personalizado y bajo control médico lo más pronto posible, no se establece fecha, pero se compromete a realizar ésta antes de la segunda valoración.
- La persona analizó su estilo de vida, costumbres y hábitos alimenticios y se compromete a modificarlos para lograr el objetivo.
- Se establece una dieta reducida en grasas, elevando el consumo de frutas y verduras y la ingesta de 2 litros de agua al día.
- Se establecen los siguientes horarios: Desayuno 7 horas de lunes a viernes; sábados y domingos a las 9:00 horas en su domicilio. Comida: 14:00 horas de lunes a domingo. Cena: 21:00 horas, en su domicilio.
- Se programan actividades físicas por lo menos 2 veces a la semana con 30 minutos de actividad física de bajo impacto. Martes: Salir a deportivo caminar durante 30 minutos. Jueves: Baile de salón 30 minutos.
- Se identificaron los factores ambientales laborales: sus compañeros de trabajo le incitan a consumir lo mismo que ellos ingieren. Se acuerda evitar ingerir alimentos por imitación. La persona se compromete a platicar con sus compañeros de trabajo para que le apoyen en el logro de objetivos.
- Familiar: la familia le invita a comer por las noches cuando conversan de sus actividades. Los alimentos que ingieren son ricos en cafeína y carbohidratos. Se acuerda conversar con su familia para que le apoyen en el logro de objetivos. Evitará el consumo de alimentos con cafeína y abundantes por las noches.
- Se identifica a los amigos que frecuenta y consumen todo tipo de alimentos.
- La persona se compromete a romper con estos hábitos.
- Se acuerda revisar el tipo de alimentos que se encuentran en casa para sustituirlos por otros más nutritivos.
- Se acuerda hacer lo posible por no excederse durante las fiestas y continuar con un horario fijo de comida en su trabajo.
- La persona acuerda cambiar los sitios a donde acude a comer y/o sustituir los alimentos ricos en grasa por una ingesta mayor de frutas, verduras y fibra.
- Se identificó los lugares por los que transita y que le generan apetito. Por las noches evitará acudir a restaurantes o puestos de comida.
- Evitará el consumo de alimentos ricos en grasa e hidratos de

	<p>carbono durante los momentos en que observa televisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciona no haber iniciado tratamiento anterior. • Durante esta conversación, la persona acepto sentirse muy interesada en el cambio de hábitos, pues ya tiene 35 años y quisiera conseguir pareja sentimental aunque menciona que esto no es determinante para su vida por que de alguna forma ha podido salir adelante y llevar una vida agradable. Menciona que es una oportunidad para demostrar que puede y sabe hacer las cosas cuando se lo propone. • Se compromete a realizar los estudios de laboratorio mencionados en cuanto le sea posible. • Se le proporciona una serie de tarjetas (formatos) en donde podrá anotar el tipo de alimentos que consume durante el día y los horarios. Acepta llevar el registro. • Evitará comer nueces y pistaches durante sus labores de trabajo, los sustituye por cítricos frescos de temporada.
<p>Segunda Sesión Evaluación y seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona informa haber llevado a cabo un cambio en su régimen alimenticio e incrementar la ingesta de agua, a partir de la primera sesión informativa. • Acudió a consulta médica para el tratamiento de la obesidad. • Inició una dieta específica y personal bajo control médico. (Ver anexo) • Peso actual: 105 kilogramos. • Kilogramos perdidos: 6 en 4 semanas. • Refiere llevar el siguiente patrón de alimentos: Desayuno: (en casa habitualmente) ingiriendo: jugo de naranja, yogurt y fruta. La dieta incluye alimentos variados y es diferente para cada día de acuerdo a prescripción nutricional. Comida: Verduras crudas y cocidas, carne roja 1 vez por semana, carne blanca 2 veces por semana y frutas y verduras. La comida la hace en locales cerrados o restaurantes que ofrezcan más variedad. Cena: Ligera, Cereal y/o leche descremada. • Señala que han disminuido la sensación de plenitud, se siente más ligera. • La acidez ha desaparecido. • Refiere tomar entre 2 y 3 litros de agua y tomar complementos de potasio y calcio, prescritos por el médico. • Menciona que le aburre tomar agua simple. <p><i>Acciones de enfermería: Se le propone agregar fruta natural al agua: Limón, tamarindo y Jamaica con baja cantidad de azúcar o sustituto. Se le propone el uso de “popote” a efecto de no bajar el nivel de ingesta.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciona que se le reseca la garganta. <p><i>Acciones de enfermería: Se le propone utilizar goma de mascar sin azúcar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere no tener problemas de calambres, dolor o síntomas de estreñimiento o diarrea.

	<p><i>Acciones de Enfermería: Se le propone leer las etiquetas de los alimentos enlatados o envasados para conocer el valor nutricional.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere ya no tener gases y dolor estomacal. La acidez presentada ha desaparecido. • Menciona que su familia la apoya y anima a continuar con el tratamiento. En su trabajo sus compañeros le animan a seguir el tratamiento. • No siente estrés por no poder ingerir alimentos prohibidos. • Emocionalmente se siente bien, refiere que se encuentra animada por que se ha sentido más ligera y eso le anima a continuar con el tratamiento. • Acepta no haber realizado ninguna actividad física complementaria por la falta de tiempo, pero lo reprogramará por que comprende que con ejercicio podrá incrementar la pérdida de peso. <p><i>Acciones de Enfermería: Se le anima a que haga todo lo posible por incluir en sus actividades ejercicio físico, se vuelve a proponer un programa mínimo de 30 minutos por lo menos 2 veces a la semana.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acepta no haber tenido tiempo para realizarse los estudios de laboratorio y ha tenido gastos que no había contemplado. <p><i>Acciones de Enfermería: Se le proporciona información de laboratorios, costos, ubicación y requerimientos que debe contemplar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se compromete a realizarlos el siguiente día. • Los primeros días llevó un registro puntual, pero extravió las tarjetas y no pudo continuarlo. <p><i>Acciones de Enfermería: Se le invita a que centre su atención en el plan de alimentación que su médico le estableció, esto le permitirá establecer horarios fijos de alimentación y consumir solo aquellos alimentos permitidos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se confirma fecha y hora de tercera valoración: 25 de abril de 2006.
<p>Tercera Sesión Evaluación y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso actual: 102 kilogramos. • Medidas: Torax 125 cm. Abdomen 114 cm. Cadera 126 cm. Brazo 35.5 cm. • Al momento ha reducido 9 kilogramos con respecto al peso inicial. • Durante este seguimiento la persona menciona que los problemas de acidez y/o agruras han desaparecido. Se siente a gusto por que ahora puede descansar mejor. • Mantiene la ingesta de agua de 2.5 a 3 litros diarios. • Menciona que el uso de “popote” le ayuda a ingerir las cantidades de agua requeridas. • Refiere no sentir “calambres”; dolor abdominal, cefaleas o ni dolor muscular.

	<ul style="list-style-type: none"> • Diarreas y estreñimiento negativo. Refiere que sus deposiciones son escasas y consistentes. • Refiere sentir sed intensa y garganta seca durante el día; ha utilizado goma de mascar sin azúcar y eso le ha reducido la molestia. • Menciona no sentir estrés o ansiedad por los alimentos prohibidos. • Menciona que el médico que lleva su control de peso le realiza un chequeo semanal de signos vitales y modifica la ingesta de alimentos de acuerdo a su evolución. • Refiere haber iniciado una rutina de ejercicio diarios consistente en 30 minutos de actividad en bicicleta fija. • Refiere sudar en buena cantidad. <p><i>Acciones de Enfermería: Se le anima a continuar con el ejercicio, no excederse y realizarlo 2 horas antes de dormir.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere sentirse muy bien, por que sus amigos y familiares le mencionan que ya se ha notado el resultado del tratamiento. La ropa le queda más holgada y eso la motiva a continuar con el tratamiento. • Menciona sentirse bien con ella misma, motivada y contenta de demostrarse a así misma que esta logrando el objetivo que se estableció. <p>Se confirma fecha y hora de cuarta valoración: 24 de mayo de 2006.</p>
<p>Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso actual: 98 kilogramos. • Medidas: Torax 124 cm. Abdomen 113 cm. Cadera 125 cm. Brazo 35 cm. • Al momento ha reducido 13 kilogramos con respecto al peso inicial. • Durante este seguimiento la persona menciona que los problemas de acidez y/o agruras han desaparecido. Se siente a gusto por que ahora puede descansar mejor. • Mantiene la ingesta de agua de 2.5 a 3 litros diarios. • Refiere no presentar “calambres”, dolor abdominal, cefaleas ni dolor muscular. • Diarreas y estreñimiento negativo. Refiere que sus deposiciones son escasas y consistentes. • Menciona que el médico que lleva su control de peso le modificó la dieta debido a los resultados de laboratorio observados. • Refiere haber cambiado su rutina de ejercicios: 30 minutos para camina y correr; realiza estiramientos y movimientos de calentamiento. El ejercicio lo lleva a cabo todas las mañanas de 6:00 a 6:30 am. • Refiere sudar en buena cantidad y sentirse satisfecha, sin agotamiento exhaustivo. • Refiere sentirse de buen humor y satisfecha, sus amigos y familiares le mencionan haber notado la reducción de peso. La ropa le queda más holgada y eso la motiva a continuar con el

	<p>tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciona sentirse bien con ella misma, motivada y contenta de demostrarse a así misma que esta logrando el objetivo que se estableció. • Refiere haberse practicado 3 exámenes de laboratorio: Química Sanguínea de 5 elementos, Biometría Hemática y Examen General de Orina (Ver anexo). • COLESTEROL TOTAL 221.38 mg/dL (Óptimo menor o igual a 200 mg/dL) TRIGLICÉRIDOS 219.28 mg/dL (Óptimo menor a 150 mg/dL). 		
	Identificación de Problemas Reales y Potenciales	Real	
	Necesidad	Nutrición e hidratación	
	Diagnóstico	Déficit de conocimientos relacionado con las causas y comp	hiperlipidemia.
	Objetivo	La persona será capaz de conocer la causa de su padecimi	tratamiento médico y de cuidados que le permitan reduci
	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se le informar a la persona las causas y posible t • Al momento de la valoración, la persona había inic • Se le brinda información a la persona sobre los m • El medicamento Lopid deberá administrarse 2 horas ar • El medicamento Lipitor puede ser administrado prefer • Se le informa a la persona que el ejercicio y la diet • Se le proporciona a la persona material escrito sobr • Se contempla realizar una sesión educativa con sus • Se observa la realización de nuevos estudios de labo 	<ul style="list-style-type: none"> de su padecimi permitan reduci posible t hiperlipidemia. Atorvastatina Dosis: 1 tableta de 600 mg cada 24 horas por 30 días precaucio reacciones adversas. la ingesta de alimentos. Los medicamentos planes establecidos. que han sido prescr este padecimiento. estudios de labo
	Fundamentación	La hiperlipidemia es el término que se utiliza para deso	anticonceptivos

		<p>mellitus.</p> <p>Causas Primarias: Hipercolesterolemia común, familiar, hiperlipidemia de remanentes (tipo III); hipertriglicemia. Síndrome de quilomicronemia.</p> <p>Causas Secundarias: Hipotiroidismo; Diabetes Mellitus, Síndrome de Insuficiencia renal; Hepatopatía; Abuso de alcohol; Anorexia nerviosa; antihipertensores, como diuréticos de asa o tiazídicos; Corticosteroides.</p> <p>Fisiopatología. El colesterol total es un conjunto de partículas llamadas lipoproteínas. Las lipoproteínas de muy baja densidad y las de alta densidad constituyen el valor total de lipoproteínas de baja densidad (“colesterol malo”) es la más acompañada de un riesgo mayor de coronariopatía. Supuestamente los valores elevados de esta lipoproteína infiltran la íntima recubrimiento endotelial de las arterias. Las lipoproteínas de alta densidad (“colesterol bueno”) disminuyen el riesgo de coronariopatía por la eliminación del colesterol de la sangre.</p> <p>Manifestaciones clínicas: a) Los pacientes pueden ser asintomáticos. Probablemente muestren signos de afección de arterias coronarias en el tórax.</p> <p>Atención Clínica: El objetivo de la atención clínica es disminuir los niveles de colesterol total y LDL.</p> <p>Intervenciones no farmacológicas: a) Dieta; b) Pérdida de peso; c) disminuye los valores de triglicéridos. c) Ejercicio que incrementa las lipoproteínas de alta densidad; d) Supresión del tabaquismo. Las complicaciones incluyen aterosclerosis y enfermedad coronaria.</p> <p>Atorvastatina (Lipitor): Hipocolesteremiante oral. Está indicado como coadyuvante de la dieta para el tratamiento de los niveles elevados de colesterol total, colesterol LDL, apolipoproteína B y triglicéridos, así como para elevar la concentración de colesterol HDL en pacientes con hipercolesterolemia primaria e hiperlipidemia familiar. Este medicamento está indicado como coadyuvante de la dieta para el tratamiento de pacientes con concentraciones séricas elevadas de triglicéridos. El tratamiento de pacientes con disbetalipoproteinemia que no responde adecuadamente a la dieta. En pacientes con o sin evidencia de enfermedad cardiovascular y/o dislipidemia, pero con más o tres factores de riesgo de enfermedad cardiovascular así como en pacientes mayores de 65 años, fumadores, hipertensos, niveles de HDL-C bajo o con historia de enfermedad coronaria.</p> <p>Este medicamento está indicado para: Reducir riesgos de enfermedad cardiovascular fatal e infarto al miocardio no fatal; reducir el riesgo de accidente cerebrovascular y reducir el riesgo de procedimientos de revascularización y angina de pecho.</p> <p>La atorvastatina es absorbida rápidamente después de su administración oral. Las concentraciones plasmáticas máximas se presentan después de 1-2 horas. Se fija en 98% a las proteínas plasmáticas. Es metabolizada por el hígado en derivados orto y parahidroxilados y varios productos de la biotransformación. Atorvastatina y sus metabolitos son eliminados principalmente por la orina después de su metabolismo hepático y/o extrahepático. La</p>	
--	--	---	--

		<p>eliminación plasmática promedio de atorvastatina en los aproximadamente 14 horas; pero la vida media de la actividad HMG-CoA reductasa es de 2 a 30 horas debido a la concentración de metabolitos activos. Después de su administración oral, se reduce en menos del 2% de una dosis de atorvastatina. Reduce el colesterol LDL, el colesterol VLDL, la apo B, los TG y el colesterol transportado por la HDL, y aumenta el colesterol HDL en los pacientes con hipertrigliceridemia aislada.</p> <p>Precauciones: Antes de iniciar el tratamiento y después en forma de rutina deben hacer pruebas de la función hepática. A los pacientes con cualquier signo o síntoma que sugiera lesión del hígado, se deben hacer pruebas de la función hepática. Emplearse con precaución en pacientes que consuman cantidades sustanciales de alcohol y/o tengan enfermedad hepática. La enfermedad hepática activa o las elevaciones de transaminasas persistentes e inexplicables son contraindicaciones de atorvastatina.</p> <p>Contraindicaciones: Contraindicado en mujeres embarazadas y en lactancia. En pacientes con alteraciones hepáticas.</p> <p>Reacciones secundarias: Insomnio, cefalea, náusea, diarrea, dispepsia, constipación y flatulencia.</p> <p>Menos frecuentes: Hipoglucemia, hiperglucemia, anorexia, neuropatía periférica. Pancreatitis, vómito. Hepatitis, ictericia.</p> <p>Alopecia, prurito, erupción cutánea.</p> <p>Gemfibrozilo (Lopid): Agente regulador de lípidos indicado en la prevención primaria de la enfermedad arterial coronaria (EAC) y del infarto de miocardio (IM) en pacientes con hipercolesterolemia, dislipidemia y hipertrigliceridemia: dislipidemias tipos IIa, IIb y IV, respectivamente, según la clasificación de Fredrickson. Tratamiento de otras dislipidemias de Fredrickson. Asociadas con diabetes. Asociadas con xantomas. Tratamiento de pacientes adultos con concentraciones elevadas de triglicéridos (hiperlipidemias tipos IV y V) que presenten riesgos de complicaciones que no respondan adecuadamente a un régimen dietético de control de las grasas para controlarlas. Gemfibrozilo es un ácido fenoxifenolico no halogenado, un polvo blanco con un punto de fusión de 58 a 61 °C. Su solubilidad en agua es 0.0019% y sobre 1% con base diluida. El mecanismo de acción de este medicamento no ha sido establecido en forma definitiva, pero se cree que inhibe la lipólisis periférica y disminuye la extracción hepática de los grasos libres. Inhibe la síntesis y aumenta la depuración de la lipoproteína B, la cual es el transportador de VLDL, lo cual da como resultado una disminución en la producción de VLDL. Aumenta la concentración de las subfracciones de la lipoproteína de alta densidad, HDL2 y HDL3, y de las apolipoproteínas A-I y A-II. Los estudios en animales demuestran que el intercambio y la eliminación de colesterol del hígado son aumentados por este medicamento.</p> <p>Gemfibrozilo es un agente liporegulador que reduce el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL), el colesterol de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y los triglicéridos, y aumenta el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (colesterol – HDL). Después de su administración oral, es absorbido a partir del tracto gastrointestinal. Las concentraciones plasmáticas pico se producen</p>
--	--	--

		<p>horas después, con una vida media plasmática de 1.5 horas. La farmacocinética de gemfibrozilo se ve afectada por la ingesta de alimentos. Metabolismo: Experimenta oxidación de anillo del grupo metilo para formar un metabolito hidroximetilo y un carboxilo. Excreción: Aproximadamente el 70% de la dosis administrada a humanos se excreta en la orina como conjugado con ácido glucorónico, con menos de 2% de gemfibrozilo intacto. El 6% de la dosis se excreta en la heces.</p> <p>Contraindicaciones: Contraindicado en pacientes con disfunción renal seria, enfermedades preexistentes de la vesícula biliar o si sean hipersensibles a gemfibrozilo o a cualquiera de sus componentes. Contraindicado su uso con repaglinida y cerivastatina.</p> <p>Precauciones generales: Revisar niveles de lípidos recurrentemente para determinar la persistencia de la anomalía. El tratamiento debe ser manejado con una terapia alternativa después de 3 meses. Contraindicado en embarazadas y lactancia. Reacciones secundarias posibles: náusea – vómito, eccema, erupción cutánea, vértigo, estreñimiento. Dispepsia, dolor abdominal.</p>
	Evaluación	Se programa seguimiento en 30 días.

DESCANSO Y SUEÑO

Identificación de problemas reales y potenciales	Real
Necesidad	Descanso y Sueño
Diagnóstico	Alteración del patrón de sueño relacionado con actividad insuficiente durante el día, ingesta inadecuada de alimentos durante la cena y ruidos ambientales durante la noche; manifestado por dificultad para conciliar el sueño, presencia de círculos oscuros en ojos e insomnio.
Objetivo	Establecer un patrón satisfactorio de sueño y descanso que permita reducir la sensación de fatiga y cansancio.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de la importancia del descanso y el sueño para la salud. • Establecer un tiempo específico y adecuado descansar y dormir. • Mantener el mismo horario para despertarse, descansar, desarrollar actividad y dormirse durante los 7 días de la semana. • Reducir la ingesta de alimentos y bebidas antes de acostarse. <p>*Evitar el consumo de bebidas que contengan cafeína e irritantes / *Consumir solo los alimentos permitidos para la cena, según su programa de control de peso / *No hacer comidas copiosas en las 3 horas antes de acostarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un plan de ejercicio diario que favorezca el descanso y el sueño. <p>*Hacer ejercicio moderado durante 30 minutos diarios, preferentemente dos horas antes de acostarse.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un entorno propicio para el descanso <p>*Mantener cama y ropa de dormir limpias y cómodas / *Mantener una temperatura agradable de la habitación *Eliminar ruidos y luces perturbadoras / *Utilizar almohadas cómodas en diferentes partes del cuerpo que le brinden comodidad, frescura y relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer los rituales de acostarse <p>*Caminar / *Realizar rutina de limpieza de cara, dientes y manos / *Rezar según sus creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la comodidad y la relajación. <p>*Meditar / *Escuchar música suave / *Respiración rítmica / *Leer / *Tratar de dormir con la televisión apagada / *Disminuir estados de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de los riesgos de consumir alcohol y estimulantes y sus efectos en el descanso y sueño. <p>*Disminuir el consumo de alcohol / *Disminuir el consumo de tabaco</p>
<p>Fundamentación</p>	<p>Fisiología del sueño. El descanso y el sueño son esenciales para la salud. El descanso requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. El descanso no siempre significa inactividad. Para descansar, la persona necesita sentir que su vida esta bajo control. El descanso es imposible para las personas que no se sienten aceptados. Las personas, necesitan sentirse aceptados por ellos mismos y por los demás. El sueño se ha considerado como un estado de consciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno esta disminuida. El sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de consciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo, y disminución de la respuesta a los estímulos externos. El control del ciclo natural del sueño está centralizado en dos áreas especializadas del tronco cerebral: el sistema reticular activado (RAS) y la región sincronizada bulbar (BSR) de la médula. El RAS esta constituido por neuronas del bulbo raquídeo, puente y mesencéfalo. Estos centros están involucrados en el mantenimiento del estado consciente pero, también en algunas etapas del sueño. Los cambios fisiológicos durante el sueño son: Disminución de la tensión arterial, desciende el pulso cardiaco, los vasos periféricos se dilatan, la actividad del tracto gastrointestinal puede aumentar, los músculos esqueléticos se relajan, el metabolismo basal desciende de un 10 a un 30%. Los dos sistemas RAS y BSR, se piensa que activan y anulan los centros cerebrales intermitentemente. El RAS va asociado con el estado de alerta del organismo y recibe los impulsos sensoriales, por ejemplo, auditivos, visuales, dolorosos y los impulsos del tacto. Estos estímulos sensitivos mantienen las sensaciones de estar despierto y alerta en cada persona. Durante el sueño, el cuerpo envía pocos estímulos de la</p>

corteza cerebral o de los receptores sensitivos periféricos al RAS. La persona despierta del sueño cuando hay un aumento de tales estímulos. Se sabe menos del BSR, no obstante, se sabe que su actividad aumenta con el sueño. Existen dos tipos de sueño: sueño REM (movimientos oculares rápidos) y sueño NREM (sueño no REM). El sueño NREM también se conoce como profundo, sueño que permite el descanso o sueño de ondas lentas por que las ondas cerebrales del durmiente durante el sueño NREM son más lentas que las ondas alfa y beta de las personas que están despiertas o alerta.

El sueño NREM se divide en cuatro fases: Fase I, fase del sueño muy ligero; Fase II, es la fase del sueño ligero, durante la cual los procesos orgánicos continúan decreciendo en actividad; Fase III, las frecuencias cardiaca y respiratoria, así como el resto de los procesos orgánicos, disminuyen bruscamente debido a la influencia del sistema nervioso parasimpático; Fase IV, señala el sueño profundo, la frecuencia cardiaca y respiratoria decrecen entre 20 y 30% por debajo de las que presenta cuando esta despierto, el organismo se recupera físicamente.

Ejercicio. El ejercicio físico 2 horas antes de acostarse estimula la fase IV del sueño. La persona dormida experimenta de 4 a 6 ciclos de sueño a lo largo de 7 u 8 horas. Cada ciclo dura alrededor de 70 minutos. El sueño REM, un estado activo relativamente, también se refiere a un *sueño paradójico*. Características del sueño REM: tiene lugar el sueño activo, la persona que duerme es más difícil de despertar que durante el sueño NREM, el tono muscular es escaso, el ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria, a menudo son irregulares, tienen lugar algunos movimientos irregulares, el metabolismo aumenta, aumenta la temperatura corporal, las respiraciones son irregulares y la persona dormida puede tener periodos de apnea, aumenta la cantidad de jugo gástrico. El sistema nervioso simpático domina durante el sueño REM. Se piensa que el sueño REM, recupera mentalmente a la persona. Durante el sueño REM, la persona dormida revisa los acontecimientos del día y procesa y almacena la información; la persona que duerme gana perspectiva en los problemas y puede resolver algunos de ellos. A medida que la noche avanza, el durmiente siente menos cansancio y pasa menos tiempo en las etapas III y IV del sueño NREM. EL sueño REM aumenta y los sueños tienden a alargarse. Se ha sugerido que el sueño es un periodo de tiempo de restauración para el cuerpo y el cerebro. El sueño NREM se dirige hacia la recuperación del organismo, y el sueño REM hacia el aumento de los procesos sintéticos en el cerebro.

Trastornos del sueño. Los trastornos del sueño más comunes son: INSOMNIO, HIPERSOMNIA,

NARCOLEPSIA, APNEA DEL SUEÑO, PARASOMNIAS (terrores nocturnos, eneuresis nocturna, bruxismo). Los adolescentes y adultos generalmente necesitan dormir de 7 a 9 horas diarias.

Hábitos y costumbres. Al establecer horarios fijos, se motiva al organismo a conciliar con más facilidad el sueño. La costumbre de dormir un periodo determinado y levantarse a la misma hora cada mañana es importante para el establecimiento de un patrón de sueño. La limitación de ingesta de líquidos en abundancia antes de acostarse, disminuye la necesidad de miccionar durante las horas de descanso. Un ligero aperitivo con carbohidratos puede favorecer el sueño. Evitar la comida irritante y bebidas que contengan cafeína. Se cree que el aminoácido L-triptófano afecta el sueño. El L-triptófano dietético, que se encuentra en el queso fresco, la leche, la ternera y el atún en conserva puede inducir el sueño, lo que explica la costumbre de tomarse un vaso de leche tibia antes de dormir. El ejercicio físico y los estímulos mentales en exceso tales como el trabajo en oficina o tratar los problemas familiares antes de acostarse prolongan la conciliación del sueño. El ejercicio realizado 2 horas antes de acostarse, puede favorecer el sueño por que contribuye a la fatiga física e invita al sueño. Asegurarse que la cama, el colchón, la almohada y la ropa de cama sean cómodos. En lo posible es aconsejable mantener una cama limpia y aseada que invite a descansar.

Controlar hasta donde sea posible la temperatura ambiente, los ruidos y la luz de la habitación, disminuyen la interrupción del descanso y sueño. La mayoría de la gente esta acostumbrada a unos ritos a la hora de acostarse o a una rutina presueño conducentes a la comodidad y relajación. Alterar o eliminar tales rutinas pueden afectar el sueño del cliente. Algunas actividades para adultos que realizan antes de acostarse pueden ser un paseo por las tardes, escuchar música, tomar un baño relajante o rezar. Habitualmente el sueño va precedido de rutinas higiénicas tales como lavarse los dientes, cara y manos (o bañarse) y evacuar. Las actividades tranquilas por la noche favorecen la relajación, por ejemplo, rezar, meditación, respiración rítmica, escuchar música suave, leer material no estimulante o ver programas de televisión no estresantes. Si no es posible dormirse en los 30 minutos siguientes de acostarse, levantarse de la cama y realizar alguna actividad de diversión no estimulante. No mirar el reloj, ni tratar de dormirse con demasiado empeño. La ansiedad y la depresión afectan a la capacidad de la persona para dormir. Una persona ansiosa esta a menudo preocupada por problemas que le impiden relajarse antes de dormir. La ansiedad aumenta los niveles sanguíneos de norepinefrina por medio de la estimulación del sistema nervioso simpático. Este cambio químico da como resultado

	<p>menos etapas IV del sueño (NREM y del sueño REM) y más cambios de etapas y vigiliias. Las personas que abusan del alcohol, sufren a menudo trastornos del sueño. El consumo excesivo de esta sustancia afecta el periodo REM, aunque pueda acelerar el inicio del sueño. Mientras se recuperan del sueño REM perdido, suelen presentarse pesadillas. La tolerancia al alcohol también afecta al sueño. Las personas con tolerancia al alcohol tienen problemas para dormir bien y, en consecuencia se tornan irritables.</p> <p>Las bebidas que tienen cafeína actúan como estimulantes del sistema nervioso central, por lo tanto interfieren con el sueño. Las personas que están habituadas a las drogas o quien ha tomado mucho alcohol, tienen más probabilidades de sufrir insomnio.</p>
<p>Primera Sesión Informativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le proporciona a la persona información sobre la importancia del descanso y sueño. • La persona establecerá un horario fijo para descansar y dormir. Lunes a viernes a partir de las 11 de la noche. Sábados y domingos procurará acostarse a las 11 y no excederse en fiestas y reuniones. • La persona evitará la ingesta de bebidas que contengan cafeína (café) o abundantes líquidos antes de acostarse; se evitará el consumo de irritantes y comidas abundantes y ricas en grasa. • Se establece una cena reducida en grasa. • Se evitará ingerir alimentos 3 horas antes de acostarse. • Acepta realizar actividades físicas por lo menos 2 veces a la semana. • La persona revisará el tiempo libre con que cuenta Se elabora un programa mínimo de 2 días de actividades que puede realizar cómodamente: Martes: Salir a deportivo (30 minutos) Jueves: Baile de salón (30 minutos). • Se acuerda mantener en buenas condiciones y limpias la ropa de dormir así como cama y almohadas. • Se le indica a la persona que en caso de incomodidad, utilice almohadas entre las piernas, en la espalda o en el tórax de tal forma, que le proporcionen comodidad. • La persona evitará la ingesta excesiva de alcohol y disminuirá el consumo de tabaco a no más de 3 cigarros al día. • La persona se compromete a tratar de dormir con la televisión apagada y a escuchar música suave y relajante.
<p>Segunda Sesión Evaluación y seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona menciona descansar en punto de las 11 de la noche de lunes a viernes. • Sábado y domingo varía de acuerdo a las actividades sociales que tenga, pero ha tratado de descansar lo

	<p>suficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciona que se despierta a las 6 de la mañana de lunes a viernes. • Sábados y domingos a las 9:00 am. • Ha reducido la ingesta de alimentos, de acuerdo a su plan de reducción de peso. • Ha evitado el café, los refrescos. • Acepta no haber realizado ninguna actividad física complementaria. <p><i>Acciones de enfermería. Indicar que requiere realizar actividad física para incentivar la pérdida de calorías mediante el ejercicio. Iniciar con actividades dos veces a la semana e incrementarlos en lo posible a 30 minutos diarios.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere conciliar el sueño más pronto y siente que descansa mejor, después de haber iniciado un cambio en su régimen alimenticio. • Refiere que ha procurado mantener su cama y vivienda limpia y aseada, y que ha podido descansar mejor. • Ha utilizado almohadas en espalda y entrepierna y ha conciliado el sueño más prontamente. Ventila su habitación con más regularidad. • Menciona que no acostumbra rezar antes de acostarse, pero que no tiene la necesidad. • Se lava cara y dientes antes de acostarse. • Menciona que aún duerme con la televisión encendida y que la programa para que se apague, pero que ya no se da cuenta por que concilia el sueño rápidamente. • Ha disminuido el consumo de alcohol por que está prohibido en su nuevo régimen alimenticio y ha descansado más placenteramente. • Menciona que trata de no fumar por la noche, pero no ha podido lograrlo. <p><i>Acciones de Enfermería: Informar a la persona de los riesgos para la salud que ocasiona el consumo de tabaco.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciona que el insomnio ha desaparecido y no ha tenido pesadillas en los últimos 30 días. • Al despertarse siente menos fatiga. • Refiere que ahora ya no escucha los ruidos externos por que el sueño es más profundo.
<p>Tercera Sesión Evaluación y seguimiento.</p>	<p>Para esta evaluación se registraron los siguientes avances:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se disminuyó la dificultad para conciliar el sueño. • El descanso es más placentero y lo manifiesta de forma satisfactoria. • Los círculos oscuros en ojos han disminuido considerablemente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ya no se siente con fatiga al despertarse. Se levanta de buen ánimo. • Se siente más a gusto en su trabajo. • Ha iniciado un plan de ejercicio consistente en 30 minutos de bicicleta fija (salón), con sus hermanas todos los días. • No ha tenido pesadillas en los últimos 45 días. • Evita tomar abundante agua por las noches para no tener que interrumpir el sueño. • Refiere sentirse a gusto, en mejores condiciones, más descansada y en general dormir satisfactoriamente. • Menciona que a partir de haber iniciado el cambio de hábitos alimenticios y llevar a cabo las actividades de descanso, se ha sentido más animada a realizar sus actividades cotidianas.
<p>Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona manifiesta conciliar el sueño con facilidad. • Refiere que el descanso lo siente más placentero. • Refiere dormir de 6 a 7 horas diarias. • Los círculos oscuros en ojos han desaparecido. • Se eliminó la fatiga al despertarse por las mañanas. • Se levanta de buen ánimo. • Se siente más a gusto en su trabajo. • Ha iniciado un plan de ejercicio consistente en 30 minutos por las mañanas (camina y corre aproximadamente 1 km.) con sus hermanas todos los días. • Refiere no tener pesadillas. • Evita tomar abundante agua por las noches para no tener que interrumpir el sueño. • Refiere sentirse a gusto, en mejores condiciones, más descansada y en general dormir satisfactoriamente. • Menciona que a partir de haber iniciado el cambio de hábitos alimenticios y llevar a cabo las actividades de descanso, se ha sentido más animada a realizar sus actividades cotidianas. • Necesidad Satisfecha.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

<p>Identificación de problemas reales y</p>	<p>Real</p>
--	--------------------

potenciales	
Necesidad	Higiene y protección de la piel.
Diagnóstico	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la presencia de infección fúngica en pies, manifestado por resequedad y prurito en espacios interdigitales.
Objetivo	Obtener una piel intacta en la zona de la lesión.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona sobre la importancia de la función de la piel así como el tipo de infección que presenta, sus signos y síntomas. • Solicitar a la persona realice una consulta médica. • Se indicará a la persona que utilice sandalias al momento de tomar el baño, cuando visite lugares públicos como baños y albercas y no compartir utensilios de aseo personal (estropajo, jabón, toallas, sandalias). • Se le informará a la persona de la importancia de mantener hábitos higiénicos adecuados a través de sesiones de asesoramiento. • Aseo frecuente. • Mantener los pies secos. • Uso de talco. • Calzado limpio. • No compartir en lo posible, calzado y calcetines. • Mantener las uñas de los pies cortas y limpias. Cambiar medias y calcetines diariamente. • Utilizar zapatos cómodos que se adapten correctamente de forma que no aprieten ni rocen sobre ningún área. • Evitar caminar descalzo.
Fundamentación	Anatomía y Fisiología. La piel es el mayor órgano del cuerpo. Cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestiva, respiratoria y genitourinaria. La piel sana previene la pérdida de agua; desempeña un papel de suma importancia en la regulación de la temperatura; es impermeable a la mayor parte de los microorganismos; es resistente a varios agentes químicos nocivos; es resistente a traumatismos, frío, calor y radiaciones. Aporta información acerca del ambiente externo. La piel se compone de dos capas: La epidermis o cutícula y la epidermis o corión. El espesor de la epidermis varía de 0.1 mm (en la mayor parte del cuerpo) hasta 1.0 mm (en las plantas de los pies). La epidermis funciona como una barrera para mantener las sustancias extrañas fuera del organismo y previene la pérdida de agua de éste. Una piel sin epidermis es muy permeable. Los apéndices epidérmicos son: Glándulas sudoríparas merócrinas, Glándulas apócrinas, Glándulas sebáceas, Folículos pilosos y uñas. La piel puede ser seca, húmeda, áspera o delicada, según la naturaleza y la cantidad de

epidermis queratinizada y la cantidad y naturaleza de las secreciones de las glándulas cutáneas. La turgencia de la piel es la rigidez normal de ésta y esta determinada, principalmente por la cantidad de líquido intersticial. Una piel normalmente hidratada puede elevarse cuando se pellizca pero inmediatamente regresa a su lugar cuando es liberada. Una piel deshidratada permanece en la posición del pellizco.

Etiología. El prurito es una sensación cutánea molesta, que provoca el rascado. La sensación puede ocurrir en la epidermis, en la capa epitelial de epitelio transicional y en las uniones mucocutáneas. El prurito es una de los principales síntomas de las reacciones de hipersensibilidad en las terminaciones nerviosas sensitivas. El prurito puede preceder o seguir a la aparición de las lesiones de la piel. La resequedad excesiva cuarteja la piel, por lo que se puede producir grietas en la piel o mucosas. Estas áreas irritadas provocan molestias y los tejidos subyacentes están más expuestos a las lesiones. Las infecciones producidas por hongos como la Epidermofitosis (pie de atleta) esta caracterizada por la presencia de pequeñas vesículas superficiales y descamación. Frecuentemente aparecen entre los dedos de los pies, pero también aparecen en otras áreas del cuerpo. El prurito puede ser intenso.

La tiña pedis (tiña de los pies o pie de atleta) es el más común de todas las dermatofitosis, tiene un amplia distribución mundial y es causado por *Trichophyton* o *Epidermophyton floccosum*. Se caracteriza por que se infectan los espacios interdigitales de los pies y uñas. La infección es más frecuente en personas que usan calzado cerrado o tenis: soldados, deportistas, policías o personas que están sometidas a una fuerte tensión nerviosa. La infección se transmite por descamación de la piel en baños públicos, albercas y vestidores comunes. La piel de los espacios interdigitales se descama, formando vesículas que se rompen. Cuando la infección se hace crónica se forman lesiones anulares con una base limpia; hay agrietamiento, prurito, ardor y mal olor.

Tratamiento. El tratamiento de la tiña pedis, es con la administración por vía tópica de algún antimicótico. Los antimicóticos suprimen el crecimiento de los hongos. La infección es más frecuente en personas que usan calzado cerrado o tenis: soldados, deportistas, policías o personas que están sometidas a una fuerte tensión nerviosa. La infección se transmite por descamación de la piel en baños públicos, albercas y vestidores comunes. Un elemento fundamental del cambio de estilo de vida (que generen un cambio de hábitos) es el apoyo centrado en el deseo de cambio y la oferta de formas de realizarlo objetivas y aceptadas.

Las sesiones de asesoramiento pueden programarse rutinariamente como parte del plan o se pueden dar si la

	<p>persona encuentra dificultad para llevar a cabo las actuaciones o encuentra barreras infranqueables para el cambio.</p>
Primera Sesión Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda información a la persona del padecimiento que presenta, por lo que se le solicita visite a su médico lo más pronto posible para iniciar el tratamiento más adecuado. • Se le proporciona información de las medidas higiénicas para evitar que continúe el deterioro cutáneo. • Se le enseña a la persona la forma más adecuada de realizar la higiene de extremidades, así como la importancia de dedicarle el tiempo suficiente para su aseo.
Segunda Sesión Evaluación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere haber acudido al médico el 25 de marzo y haber iniciado un tratamiento tópico antimicótico. • Refiere haber cambiado de sandalias y evitar compartirla con el resto de sus familiares. • No ha acudido a balnearios o baños públicos. • Y ya cuenta con utensilios de aseo personal como jabón, estropajo, y toalla. • Refiere dedicarle más tiempo al aseo personal, en especial al de sus pies. • Menciona que ha evitado compartir calzado y mantenerlo limpio. • Cambia diariamente de medias y/o calcetas. • Evita caminar descalzo.
Tercera Sesión Evaluación y seguimiento.	<p>Para esta evaluación se registraron los siguientes avances:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona eliminó el prurito y disminuyó la presencia de la infección fúngica. • Persiste resequedad pero de manera escasa. • Refiere sentirse mejor, por que ya no se rasca y no presenta mal olor. • Desaparecieron agrietamientos interdigitales. • Desapareció descamación plantar. • Sus extremidades lucen hidratadas. <p>La persona refiere sentirse mejor ya que no había podido eliminar el hongo desde hace ya varios años y el cuidado y el tratamiento le han ayudado a superar la infección.</p>
Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento	Necesidad Satisfecha.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Identificación de problemas reales y potenciales	Real.
Necesidad	Higiene y protección de la piel.
Diagnóstico	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la presencia de acné, manifestado por pápulas en cuello y

	espalda.
Objetivo	Obtener una piel intacta en la zona de la lesión.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona del tipo de afección y sus posibles causas. • Se indicará a la persona que realice una consulta con el dermatólogo. • Se le informará a la persona de la importancia de mantener hábitos higiénicos adecuados. • Aseo o ducha diaria, utilizar de preferencia jabón neutro para reducir las bacterias cutáneas. • No compartir utensilios de limpieza (jabón, estropajo, toallas) mantenerlos lo más limpios que sea posible. • Mantener el área afectada limpia y seca • Evitar el rascado o “exprimir” las pápulas. • Realizar cambios de ropa diarios. • Mantener limpia en lo posible: ropa de cama, almohadas y sábanas.
Fundamentación	<p>Fisiopatología. Acné: Enfermedad inflamatoria de la piel con formación de una erupción de pápulas o pústulas; en particular el acné vulgar o común. Acné vulgar: Acné crónico, que se presenta habitualmente en la adolescencia, con comedones, pápulas, nódulos y pústulas en la espalda, cuello y la parte alta del tronco. Como agentes etiológicos se han sugerido muchos factores, entre ellos, ciertos alimentos, estrés, factores hereditarios, hormonas, fármacos y la bacteria <i>Corynebacterium acnés</i>, <i>Staphylococcus albus</i> y <i>Pityrosporon</i> avale. Acné premenstrual: Acné de carácter cíclico, que aparece poco antes (rara vez después) de comenzar la menstruación. Dermatólogo. Médico especialista dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la piel. Estilo de vida. Un elemento fundamental del cambio de estilo de vida (que generen un cambio de hábitos) es el apoyo centrado en el deseo de cambio y la oferta de formas de realizarlo objetivas y aceptadas. Las sesiones de asesoramiento pueden programarse rutinariamente como parte del plan o se pueden dar si la persona encuentra dificultad para llevar a cabo las actuaciones o encuentra barreras infranqueables para el cambio.</p> <p>La zona afectada no debe “exprimirse”, ya que la infección se puede extender rápidamente a los tejidos circundantes.</p> <p>Hábitos y costumbres. Evitar “exprimir” la zona afectada (pápula) reduce la presencia de cicatrices. El aseo diario reduce la posibilidad de proliferación de bacterias en la piel. El uso de utensilios personales para la higiene reduce la posibilidad de transmisión bacteriana e infecciones cutáneas. Una piel limpia, seca e hidratada reduce la posibilidad de transmisión de infecciones.</p>
Primera Sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Se le informa a la persona del tipo de afección que

Informativa	<p>presenta, sus posibles causas y tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicita a la persona que acuda al dermatólogo.
Segunda Sesión Evaluación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere no haber podido acudir al dermatólogo, por que la consulta es cara y en los servicios médicos con que cuenta, aún no ha realizado los trámites administrativos. • Se compromete a visitarlo tan pronto como le sea posible. • La persona refiere tomar un baño diario, procurando frotar suavemente el área afectada. • Menciona que ha seguido las indicaciones de higiene. • Se observa la disminución de pápulas, pero persisten las cicatrices y enrojecimientos en áreas específicas, no hay presencia infección notable, ni olores. • Se continúa con hábitos de limpieza adecuados.
Tercera Sesión Evaluación y seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere aún no acudir con el dermatólogo. • Ha seguido las indicaciones de higiene y limpieza. • Las pápulas han desaparecido, solo se perciben las cicatrices. • Refiere no sentir prurito. • Se continúa con hábitos de limpieza adecuados.
Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento.	Necesidad Satisfecha

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Identificación de problemas reales y potenciales	Real.
Necesidad	Higiene y protección de la piel.
Diagnóstico	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con el bajo consumo de líquidos y falta de lubricación de la piel, manifestado por resequedad y prurito en espalda y miembros inferiores.
Objetivo	Obtener una piel intacta e hidratada.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona del tipo de afección y sus posibles causas. • Sugerir a la persona incrementa la ingesta de agua a 2 litros por día. • Aplicar lociones o crema con lanolina en las áreas afectadas para disminuir el prurito.
Fundamentación	Fisiología. La piel es el mayor órgano del cuerpo. Cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas,

	<p>respiratoria y genitourinaria. La piel sana previene la pérdida de agua; desempeña un papel de suma importancia en la regulación de la temperatura; es impermeable a la mayor parte de los microorganismos; es resistente a varios agentes químicos nocivos; es resistente a traumatismos, frío, calor y radiaciones. La piel puede ser seca, húmeda, áspera o delicada, según la naturaleza y la cantidad de epidermis queratinizada y la cantidad y naturaleza de las secreciones de las glándulas cutáneas. La turgencia de la piel es la rigidez normal de ésta y esta determinada, principalmente por la cantidad de líquido intersticial. Una piel normalmente hidratada puede elevarse cuando se pellizca pero inmediatamente regresa a su lugar cuando es liberada. Una piel deshidratada permanece en la posición del pellizco. El organismo realiza pérdidas insensibles de agua a través de los pulmones y la piel; cuando es a través de la piel se le conoce como sudor; esto permite mantener un control en la temperatura corporal y además mantiene hidratadas a las células epidérmicas.</p> <p>La piel segrega sebo, una sustancia oleosa que: suaviza y lubrica el pelo y la piel; disminuye la pérdida de agua (de la piel) cuando la humedad externa es baja. Como la grasa es un mal conductor del calor, el sebo disminuye la cantidad de calor que se pierde por la piel. El sebo además tiene además una acción bactericida.</p> <p>El agua es el principal componente de todos los organismos vivos. Del 45 al 60% del cuerpo del adulto está constituido por agua.</p> <p>Fisiopatología. El prurito es una de los principales síntomas de las reacciones de hipersensibilidad en las terminaciones nerviosas sensitivas. El prurito puede preceder o seguir a la aparición de las lesiones de la piel. La resequead excesiva cuarteada la piel, por lo que se puede producir grietas en la piel o mucosas. Estas áreas irritadas provocan molestias y los tejidos subyacentes están más expuestos a las lesiones.</p> <p>Hidratación. En el adulto sano promedio, hay aproximadamente 42 litros de agua, 23 de los cuales se encuentran en el espacio intracelular y 19 en el espacio extracelular. El organismo realiza pérdidas insensibles de agua a través de los pulmones y la piel; cuando es a través de la piel se le conoce como sudor; esto permite mantener un control en la temperatura corporal y además mantiene hidratadas a las células epidérmicas. Una piel pobremente nutrida y seca tiene una capacidad menor para protegerse y es más vulnerable a las lesiones.</p> <p>Las cremas y lociones cutáneas crean una película en la piel que previene la evaporación y por consiguiente el agrietamiento.</p>
<p>Primera Sesión Informativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le informa a la persona del tipo de afección que presenta, sus posibles causas y tratamiento.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se le recomienda a la persona aplicar la loción o crema humectante, después del baño todos los días.
Segunda Sesión Evaluación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere ingerir mayor cantidad de agua, de 2 a 2.5 litros por día. • Refiere ya no sentir prurito. • La piel se observa mejor hidratada y lubricada.
Evaluación y seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere continuar la ingesta de agua de 2 a 3 litros diarios. • El prurito desapareció. • Se observa la piel hidratada y bien lubricada.
Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento.	Necesidad Satisfecha

OXIGENACIÓN

Identificación de problemas reales y potenciales	Potencial.
Necesidad	Oxigenación.
Diagnóstico	Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con el conocimiento insuficiente de los efectos del tabaco, manifestado por el hábito de fumar y la presencia de tos seca ocasional.
Objetivo	Disminuir y evitar el consumo de tabaco.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de los riesgos para la salud que ocasiona el consumo de tabaco. • Ayudar a la persona a identificar las conductas que le provocan consumir tabaco. <p>*Determinar cuántos cigarros se fuma al día. *Identificar los momentos y lugares en que lo hace. *Identificar las sensaciones (placer) y sentimientos que le provoca el tabaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a la persona para que abandone el hábito de fumar. <p>*Invitar a que sustituya el consumo del tabaco por otro producto menos dañino para el organismo, por ejemplo, utilizar goma de mascar sin azúcar o cigarrillos sin tabaco, parches. *Romper la asociación de “estrés – tabaco”. (<i>En situaciones de estrés, procurar técnicas de relajación, respiración profunda y caminar por unos minutos, procurar romper el estrés realizando actividades paralelas que le alejen de esta situación, revalorar y procurar soluciones a prácticas a los conflictos que le inquietan</i>). *Romper la asociación “diversión – tabaco” (<i>Conscientizar emociones de alegría y diversión, encaminarlas a prácticas de menos riesgo para la salud, en los momentos de diversión cambiar los momentos que ocupa para fumar por bailar, utilizar goma de mascar sin azúcar o dulces bajos en</i></p>

	<p><i>calorías, tomar bebidas sin alcohol y procurar alejarse de los sitios de fumadores).</i></p> <p><i>*Romper la relación “ocio – tabaco”. (Procurar realizar actividades que nunca antes ha realizado y que le sean satisfactorias como andar en bicicleta, caminar y visitar lugares nuevos, visitar museos y galerías, leer en lugares en donde no se permita fumar, etcétera. Procurar que la persona analice los momentos que le provoquen ocio y combinarlos con actividades que por alguna razón dejó de hacer o nunca las ha realizado y que no impliquen fumar.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de los síntomas de la abstinencia de la nicotina y ayudarle a prepararse para su aparición. • Aconsejar a la persona de las estrategias que ayudan a dejar de fumar: <p><i>*Enumerar las razones para querer dejar de fumar.</i></p> <p><i>*Elegir un día para dejarlo en 1 -2 semanas siguientes.</i></p> <p><i>*Reclutarse en algún grupo de apoyo.</i></p> <p><i>*Reducir el consumo de cafeína.</i></p> <p><i>*Desechar todo el tabaco, encendedores y ceniceros de su casa.</i></p> <p><i>*Eliminar el olor a tabaco de la ropa y la casa.</i></p> <p><i>*Limpiarse los dientes.</i></p> <p><i>*Evitar las situaciones tentadoras</i></p> <p><i>*Pasar más tiempo con personas que no fuman.</i></p> <p><i>*Comprometerse en actividades en las que no se permite fumar.</i></p> <p><i>*Emplear una técnica de relajación (respiración profunda).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se produce una recaída: <p><i>*Dejar de fumar inmediatamente.</i></p> <p><i>*Desechar los cigarros.</i></p> <p><i>*Pensar que la recaída es frecuente antes de lograr el objetivo.</i></p> <p><i>*Aprender de los errores.</i></p> <p><i>*Fijar una nueva fecha.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona de los beneficios que conlleva dejar el hábito de fumar.
<p>Fundamentación</p>	<p>Fisiopatología. Al fumar cigarrillos, más de 4 mil sustancias químicas actúan directamente en la cavidad oral y el aparato respiratorio. Estas sustancias también pasan a la sangre y al aparato digestivo. Los fumadores presentan una tos crónica, aumento de la producción de esputo, disnea, y una disminución de la capacidad pulmonar. Las mujeres que fuman tienen problemas de fertilidad y alteraciones de la función uteroplacentaria durante la gestación. El consumo de tabaco durante el embarazo puede perjudicar el desarrollo físico e intelectual del feto. Las mujeres fumadoras son más vulnerables a la menopausia precoz, la disminución de la densidad ósea y la osteoporosis. El tabaquismo tiene unos efectos inmediatos y a largo plazo sobre el sistema</p>

cardiovascular. Los efectos inmediatos son vasoconstricción y disminución de la oxigenación de la sangre, elevación de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca y posibles arritmias y aumento del trabajo cardíaco. Los efectos a largo plazo abarcan un aumento del riesgo de enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares, hiperlipidemia e infarto de miocardio. El tabaquismo también contribuye a la hipertensión, las vasculopatía periférica (por ejemplo, úlceras en las piernas), y las alteraciones crónicas de la gasometría arterial (oxígeno, PO₂ bajo, y dióxido de carbono, PCO₂, alto). El consumo de tabaco sin humo (rapé, tabaco de mascar) se asocia a leucoplaquia oral (lesiones premalignas), cáncer de boca y adicción a la nicotina. El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo importante para el cáncer de las siguientes localizaciones: lengua y mucosa de la cavidad oral, laringe, pulmones, vejiga y cuello uterino. Combinado con otros cancerígenos (por ejemplo, alcohol, asbesto, polco de carbón, radón) el riesgo se multiplica. El índice de recurrencia de cáncer aumenta en las personas que siguen fumando durante y después de los tratamientos.

La nicotina es la principal sustancia adictiva en el humo y el jugo del tabaco. El tabaquismo es una adicción; estas personas, necesitan una ayuda especial con la abstinencia inmediata y con el mantenimiento de una vida sin tabaco. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirectamente de cerca de cuatro millones de muertes al año en todo el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en naciones en desarrollo. Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina del tabaco, se manifiesta a través de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una forma de dependencia como la que se evidencia en otras adicciones.

En México se cuenta con diversas fuentes de información sobre la situación de las adicciones, por ejemplo, encuestas, investigaciones y sistemas de reporte, en los cuales, se argumenta la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol, y la predisposición de usar otras drogas.

La Encuesta Nacional sobre Adicciones realizada en México durante el año de 1998, señala que el 27.7% de la población entre 12 y 65 años es fumadora lo que represento en 1998 a mas de 13 millones de habitantes. Haciendo hincapié, que el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Destacando al mismo tiempo, que alrededor de un 10% de los adolescentes de la población general es fumador. Por otra parte reveló que un 61.4% de los fumadores adolescentes reportó haberse iniciado en el

	<p>consumo antes de los 18 años de edad.</p> <p>El tabaquismo en México se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, que atañe a enfermedades cardiovasculares, pulmonares y diversos cánceres, por lo que constituye un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto por su aspecto invalidante como por su elevada letalidad. La nicotina se distribuye con rapidez en el organismo y que llega al cerebro tan solo en 10 segundos después de ser inhalado.</p> <p>Inmediatamente después de la exposición a la nicotina, se estimula la producción de adrenalina por las glándulas suprarrenales, provocando una descarga de glucosa que incrementa la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardíaco. Además, la nicotina causa una descarga de dopamina en las áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación. Esta reacción es similar a la observada con otras drogas, como la cocaína y la heroína, y se considera una de las causas de sensaciones placenteras que experimenta el usuario.</p> <p>Signos y síntomas de abstinencia. Los síntomas de la abstinencia de nicotina pueden ser: Deseo intenso de tabaco, Irritabilidad, Ansiedad, Dificultad de concentración, Inquietud, Cefalea, Somnolencia, Molestias gastrointestinales: diarrea, cólicos.</p> <p>Beneficios que se obtienen dejar el hábito. Los beneficios de dejar de fumar pueden aplicarse a las personas de cualquier edad.</p> <p>El cambio de conductas nocivas para la salud eleva la calidad y el tiempo de vida.</p> <p>La motivación y la terapia de grupo, puede aumentar el sentimiento de acompañamiento.</p> <p>La información que aumenta la confianza en el éxito, puede impulsar la decisión de dejar de fumar.</p> <p>Disminución de las pulsaciones y de la tensión arterial.</p> <p>Disminución de la producción de esputo.</p> <p>Regeneración de la mucosa respiratoria.</p> <p>Disminución del riesgo de cáncer, accidente cerebrovascular, infarto al miocardio y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).</p> <p>Mejoría de la higiene dental.</p> <p>Mejoría de los sentidos del gusto y olfato.</p> <p>Mayor aceptación social.</p>
<p>Primera Sesión Informativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le proporciona a la persona información sobre el tabaco y los riesgos para la salud que conlleva su consumo. • Se identifican las siguientes conductas: <ul style="list-style-type: none"> *Siente más deseos de fumar saliendo de su trabajo. *Estando en reuniones de la organización a la que pertenece. *En reuniones con amigos y familiares.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fuma en la actualidad de 2 a 3 cigarros al día. • En habitaciones cerradas, en discotecas, en su casa. • Refiere sentirse bien y mucho más atenta a las discusiones de las reuniones a las que asiste cuando fuma. • Menciona no tener sentimientos de culpa. • Menciona que no ha sentido la necesidad de dejar de fumar. • El consumo de tabaco no le provocan: *Enojo / *Desesperación / *Dolores de cabeza / *Ansiedad / *Trastornos digestivos. <ul style="list-style-type: none"> • Se le informa de los beneficios que conlleva dejar de fumar: *Disminución de las pulsaciones y de la tensión arterial / *Disminución de la producción de esputo / *Regeneración de la mucosa respiratoria / *Disminución del riesgo de cáncer, accidente cerebrovascular, infarto al miocardio y Enfermedad Pulmonar / *Obstruictiva Crónica (EPOC) / *Mejoría de la higiene dental. *Mejoría de los sentidos del gusto y olfato / *Mayor aceptación social.
Segunda Sesión Evaluación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • La persona refiere no haber contemplado por el momento dejar de fumar. • Sabe de los riesgos para la salud pero quiere culminar su régimen alimenticio y llegar a un peso ideal para iniciar las acciones para abandonar completamente el hábito de fumar. • Se establece como meta, no ingerir más de 3 cigarros al día.
Tercera Sesión Evaluación y seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • La persona reporta no haber incrementado el consumo de tabaco de 3 cigarros al día y continúa con el propósito de iniciar el tratamiento para dejar de fumar una vez que se encuentre en su peso ideal, establecido en su tratamiento médico. • Refiere no tener sentimientos de culpa. • Insiste en realizar los cambios sobre el hábito de fumar paulatinamente.
Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda información adicional sobre las causas y posible tratamiento de la hiperlipidemia y su relación con el tabaquismo • La persona continúa con la meta de no incrementar el consumo de cigarros por día.

EVITAR PELIGROS

Identificación de problemas reales y potenciales	Potencial.
Necesidad	Evitar peligros

Diagnóstico	Conductas generadoras de salud: Promoción del autocuidado.
Objetivo	Favorecer la motivación de la persona para alcanzar y mantener la salud y la función, evitar la enfermedad y la discapacidad a través del autocuidado.
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la persona información clara y específica de los cuidados de la salud. • Proporcionar material gráfico de apoyo. • Proporcionar a la persona información de las Instituciones de salud más cercanas a su domicilio en donde puede solicitar atención e información adicional. • Establecer metas y compromisos de autocuidado que fomenten su salud.
Fundamentación	<p>Conducta saludable.</p> <p>El objetivo principal de los cuidados de enfermería es favorecer las conductas saludables en los clientes. Las actividades de enfermería que fomentan estas conductas abarcan la educación, la motivación, la enseñanza, la comunicación y la provisión de medios.</p> <p>Las conductas saludables y las de afrontamiento guardan una relación estrecha; las enfermeras ayudan a los clientes a maximizar su capacidad para controlar el estrés durante toda la vida.</p> <p>El proceso de buscar y lograr cambios positivos en el estilo de vida, se conoce como “potencial de capacitación”. Éste tiene tres fases: valoración de la determinación, cambio e integración del cambio. Una persona que lucha por mejorar su salud atraviesa las siguientes etapas: introspección, planificación de actividades nuevas y más saludables, afrontamiento de los obstáculos y las contrariedades y, finalmente, integración de estas conductas nuevas en la vida diaria.</p> <p>La persona es la responsable de elegir el modo de vida saludable. La enfermera es responsable de elegir las posibles opciones. Para prevenir la salud y prevenir los desequilibrios es necesario el apoyo de la sociedad.</p> <p>Disposiciones de Salud Pública: El 24 de diciembre de 2002, se publica el DECRETO por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. El Artículo 5º de este DECRETO especifica que: Las cartillas nacionales de salud deberán contener los datos generales de identificación de la persona a la que pertenezca, además de los rubros básicos de información siguientes: II. En la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer:</p> <p>a) Todas las vacunas que se apliquen a la mujer de 20 a 59 años de edad, señalando los tipos de las mismas, enfermedades que previenen, dosis y fecha de aplicación;</p> <p>b) Planificación familiar;</p> <p>c) Antecedentes patológicos personales y familiares;</p> <p>d) Antecedentes gineco-obstétricos;</p>

	<p>e) Salud perinatal;</p> <p>f) Antecedentes de lactancia materna;</p> <p>g) Prevención, detección y control de cánceres cérvico-uterino y mamario, en donde se deberán considerar, entre otros, los estudios de papanicolau, exámenes clínicos de mama y mastografías, así como las pruebas de tamiz;</p> <p>h) Prevención y atención durante el climaterio y la menopausia; considerando la detección y el tratamiento recibido;</p> <p>i) Agudeza visual;</p> <p>j) Prevención, detección y control de diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual;</p> <p>k) Control de peso;</p> <p>l) Salud bucal, y</p> <p>m) Los demás que determine la Secretaría de Salud.</p>
<p>Tercera Sesión Seguimiento y Evaluación</p>	<p>Se abordó esta necesidad hasta la tercera sesión para no saturar de información a la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le proporciona a la persona el siguiente material gráfico: “Guía para el cuidado de la salud” editado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. • Se le brinda orientación general sobre: Promoción de la Salud / Nutrición / Prevención y Control de Enfermedades / Identificación oportuna de enfermedades / Salud Reproductiva. • Se le proporciona a la persona información sobre las instituciones de salud más cercanas a su domicilio en donde puede solicitar atención e información adicional: • Hospital General de Ticomán. Plan de San Luis S/N Col. La Purísima Ticomán • Hospital Regional de Cuauhtepic. Avenida Cuauhtepic No. 134 Col. Zona Escolar Oriente. • La persona se establece la siguiente meta: acudir al Centro de Salud más cercano a su domicilio en los próximos 30 días para solicitar la vacuna Doble Viral (SR) y Toxoide tetánico y diftérico (Td); así como la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.
<p>Cuarta Sesión Evaluación y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona acudió al Instituto Mexicano del Seguro Social en donde se le proporcionó la cartilla Nacional de Salud de la Mujer y se aplicó la vacuna doble viral. • La persona refiere que se le citó en 30 días para continuar con su esquema de vacunación (por no tener en existencia). • La persona refiere haberse realizado la autoexploración de mama después de su periodo de menstruación sin notar alteración alguna. Desea realizarse el estudio de papanicolau en el mes de julio.

6. PLAN DE ALTA

Necesidad de Nutrición e Hidratación

En la persona con padecimiento de obesidad, el tratamiento debe continuar de manera integral, en él han intervenido o pueden intervenir, diferentes profesionales del área de la salud (médico, enfermera (o), nutriólogo y en su caso, psicólogo); pero sobre todo, es de vital importancia el manejo adecuado del autocuidado y la educación para la salud. Esto permitirá continuar modificando los estilos de vida así como los hábitos que originaron el padecimiento.

ALIMENTACIÓN

Deberá continuar con una dieta hipoenergética balanceada, observando lo siguiente:

- a) Ingerir alimentos variados. No excederse solo en un grupo de ellos.
- b) Balancear la ingestión de alimentos con la actividad física.
- c) Elegir una alimentación con abundantes granos, hortalizas y frutas.
- d) Optar por una alimentación baja en grasa (no más de 30% de las calorías totales debe ser grasa), grasas saturadas y colesterol (no más de 300 mg al día).
- e) Elegir una alimentación moderada en azúcares.
- f) Procurar un consumo moderado de sal y sodio.
- g) Si se ingieren bebidas alcohólicas, hacerlo con moderación.
- h) Continuar con la ingesta de 2.5 a 3 litros de agua al día.

Las dietas bajas en grasa son las apropiadas para prevenir la recuperación del peso perdido. Deberá observar lo siguiente:

ALIMENTOS RICOS EN GRASA QUE DEBERÁ EVITAR	ALIMENTOS ALTERNATIVOS
Alimentos fritos	Alimentos asados u horneados cuando es posible. Carnes bañadas en su jugo o caldo. Uso de utensilios de cocina con capas antiadherentes, aceite en aerosol para cocinar.
Carnes grasosas (tocino, embutidos, carnes no magras, carnes frías)	Dos o tres raciones de carne, aves o pescado para un total diario aproximado de 200 gramos. Sopa vegetariana (leguminosas secas) cuando menos 1 vez a la semana. Retirar la grasa visible de la carne; eliminación de la piel del pollo antes de comerlo. Consumo de carnes selectas por que contienen menos grasas entre los tejidos. Los cortes con menos grasa incluyen lomo, solomillo (sirloin), filete, lomo de cerdo. Marinado de cortes magros de carne en jugo de limón, vinagre condimentado o jugo de frutas.
Queso (queso añejo y queso crema).	Uso de queso con 6 g o menos de grasa por onza (30 g), como el queso fresco.
Frituras y galletas para botanas.	Consumo de galletas y botanas sin grasa.

Aderezo para ensaladas, mayonesa, crema agria.	Empleo de aderezos y crema agria sin grasa o bajos en grasa. Sustitución de mayonesas o crema agria por yogurt simple bajo en grasa. Sustitución de mayonesas y aderezos por mostaza y hortalizas en los sándwiches.
Salsas espesas para platillos calientes (gravies).	Uso de extractos o concentrados en pasta para elaborar aderezos de platillos calientes (agregar harina o fécula lentamente a los líquidos fríos y mezclar bien).
Productos de leche entera homogeneizada.	Uso de leche descremada, yogurt bajo en grasa y queso cottage.
Margarina y sazónadores como manteca, tocino y jamón.	Empleo de mermelada o jalea en lugar de mantequilla o margarina. Empleo de hierbas, jugo de limón o caldo de res en lugar de manteca, tocino o jamón para sazonar.

EJERCICIO

Deberá continuar con actividades físicas en lo posible.

- Por lo menos 30 minutos diarios, preferentemente ejercicios de bajo impacto.
- La actividad física deberá continuarse de manera permanente, preferentemente por las mañanas y evitarse por lo menos dos horas antes de dormir. La persona deberá elegir los momentos más idóneos para su práctica a efecto de que le resulten agradables y los disfrute.
- Las actividades físicas podrán ser variadas, si no existe contraindicación médica.
- Ingerir entre 2.5 y 3 litros de agua al día para recuperar su pérdida durante la práctica de actividades físicas.
- Evite el sedentarismo.

MEDICIONES y ESTUDIOS DE LABORATORIO

- Pesarse semanalmente para observar que se mantenga el peso adecuado.
- Continuar con las mediciones de talla una vez por mes.
- Medirse la presión arterial y ritmo cardiaco cada semana y llevar un registro escrito.
- Procure realizarse los siguientes estudios clínicos al finalizar su tratamiento farmacológico: Química Sanguínea, Biometría Hemática y Examen General de Orina.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

Los signos y síntomas de alarma son los mismos para cualquier persona de apariencia saludable. La persona deberá acudir a consulta médica cuando:

- Observe dificultad para respirar.
- Presencia de alteraciones en ritmo cardiaco y presión arterial.
- Cambios en la temperatura corporal.
- Pero además, cuando el peso sufra modificaciones, esto es, se incremente o disminuya sustancialmente a pesar de llevar hábitos alimenticios y de ejercicio lo más adecuados posible (de 2 a 3 kilogramos por mes).

- Deshidratación.
- Se tenga la sensación de apetito insatisfecho.
- Niveles de colesterol igual o mayor a 200 mg/dL.
- Niveles de triglicéridos igual o mayor a 199 mg/dL
- Glucosa menor a 70 mg/dL o igual o mayor a 110 mg/dL en ayunas.

En estos casos deberá reportarlo inmediatamente a su médico.

Otros síntomas que requieren atención pueden ser:

- Depresión.
- Sentimientos de culpa.
- Ansiedad.

En estos casos se podrá considerar recibir apoyo psicológico profesional.

Necesidad de Descanso y Sueño.

Los trastornos físicos que mejoran con la pérdida de peso son: dificultad para respirar, cansancio rápido, trastornos gástricos, dolores de cabeza y sueño inquieto. La persona deberá observar las siguientes disposiciones:

ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO

- Comprender que el descanso y el sueño son esenciales para la salud.
- Un control de peso adecuado incide notablemente en la satisfacción de esta necesidad, por lo cual, el seguimiento de ambas van de la mano.
- Continuar con el patrón de descanso establecido (horario fijo por día).
- Un adulto generalmente requiere de 7 a 9 horas de sueño diarios.
- Podrá realizar ejercicio físico 2 horas antes de acostarse. Recuerde: 30 minutos diarios de ejercicio como mínimo.
- Evitar la ingesta de líquidos en exceso, en especial aquellos que contienen cafeína. Al reducir la ingesta de líquidos por las noches, disminuye la necesidad de levantarse al baño.
- Para conciliar el sueño evitar las comidas abundantes antes de dormir. Recuerde que usted tiene limitaciones en su dieta. Antes de dormir y solo si tiene la sensación de hambre, puede consumir un pequeño aperitivo o un vaso de leche tibia descremada.
- Practique en lo posible (2-3 veces por semana) ejercicios de relajación antes de acostarse.
- A la hora de dormir, evite pensar en los conflictos que le ocupen (personales, familiares o laborales).
- Evite dormir con la televisión encendida, en su lugar escuche música que le proporcione tranquilidad.
- Evite romper sus horarios establecidos. Si esto sucede por compromisos sociales o de cualquier tipo, modere la ingesta de bebidas alcohólicas, no fume y procure volver a su patrón establecido de descanso y sueño.

HABITACIÓN

- La habitación y el lugar en donde descansa y duerme, debe procurar mantenerlo limpio y aseado.
- Cambie sábanas, cobijas y almohadas por lo menos cada 15 días.
- Procure mantener la habitación en donde duerme bien ventilada e iluminada.
- Evite fumar en ella. Evite comer en la cama.

- Procure sellar puertas y ventanas para evitar escuchar sonidos ambientales durante la noche.
- Si su habitación es muy extremosa (caliente), procure ventilarla, abra puertas y ventanas, utilice un ventilador, evite apilar muebles o ropa. Recuerde que una habitación limpia, es una habitación saludable.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- Levantarse y sentir que no descansó continuamente durante una semana (Insomnio).
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Despertarse prematuramente (madrugar).
- Presencia de estados de ansiedad durante la noche.
- Sueño excesivo (hipersomnia), levantarse incluso hasta el mediodía y/o dormir varias siestas durante el día.
- Presencia de una necesidad brusca de dormir durante el día sin razón o causa aparente (ataque de sueño o narcolepsia).
- Presencia de ronquidos profusos y sonoramente, interrupción del sueño constante durante la noche, dormir excesivamente durante el día, insomnio, dolor de cabeza por las mañanas, deterioro intelectual e irritabilidad pueden ser síntomas de apnea del sueño.
- Observar la presencia de sonambulismo o caminar dormido, pesadillas durante la noche, orinar en la cama y rechinar los dientes mientras duerme, son síntomas que requieren atención especializada. En su caso deberá acudir a consulta médica.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

La persona ha comprendido que la piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo y que su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas, respiratorias y genitourinarias. La atención satisfactoria a las necesidades de nutrición e hidratación, tendrá un claro efecto en la piel. Los trastornos físicos que mejoran con la pérdida de peso son: retención de líquidos, trastornos gástricos, dolor articular, varices e hidratación.

Observe lo siguiente:

HÁBITOS HIGIÉNICOS

- Mantener una alimentación e hidratación adecuadas, recuerde que su régimen alimenticio y su plan de ejercicio contempla la ingesta de 2.5 a 3 litros de agua al día, esto permitirá mantener una buena hidratación.
- Mantener hábitos adecuados de limpieza como el aseo diario, permiten mantener en buen estado la piel y mucosas. Procure utilizar accesorios de baño personales y no compartirlos con otras personas (jabón, toalla y estropajo); evite la irritación con movimientos bruscos o accesorios que la provoquen.
- Evite los accidentes.
- Mantenga en lo posible ropa limpia. Cambie su ropa interior y exterior diariamente si le es posible. La ropa de cama, sábanas, almohadas y cobijas, también se deben mantener lo más aseadas posibles; realice la limpieza de estas por lo menos cada 15 días.
- Aplique lociones refrescantes o cremas para mantener la humedad adecuada y evitar resequedad.

- Procure dedicarle especial atención al cuidado de los pies, lavando y secando adecuadamente los espacios interdigitales de los dedos.
- No comparta sandalias y zapatos. Estos accesorios deberá de mantenerlos limpios y secos.
- Si acude a albercas y baños públicos, deberá procurar siempre usar sandalias.
- No camine descalzo.
- Puede utilizar talco si así lo prefiere.
- Evite la exposición prolongada al sol. Si lo hace por alguna razón, puede utilizar bloqueadores solares que le brindarán protección.
- Procure protección contra insectos u otros animales así como evitar el contacto con plantas y productos que provoquen irritación.
- Visite al médico dentista por lo menos dos veces al año.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- Presencia de comezón (prurito) en planta y espacios interdigitales de pies o bien en axilas, abdomen y región de genitales por dos semanas seguidas.
- Presencia de resequead y/o descamación en región plantar.
- Presencia de resequead y comezón (prurito) en cuero cabelludo.
- Presencia de resequead y comezón (prurito) en abdomen y espalda.
- Presencia de pápulas y pústulas considerables en cara, cuello y espalda.
- Roturas traumáticas de las membranas mucosas, por ejemplo por rascado, abrasión, laceración, heridas quirúrgicas, etcétera. Pérdida de la piel por quemadura.
- Pigmentación anormal.
- Aumento de la sensibilidad o dolor.
- Temperatura anormal de la piel.
- Presencia de humedad anormal.
- Pérdida de la turgencia de la piel.
- Alopecia (pérdida de pelo)
- Uñas anormales (resecas, quebradizas, punteadas o acanaladas)

En su caso deberá evitar el rascado, “exprimir” pápulas y pústulas, evitar tocar las zonas afectadas y mantener las zonas afectadas lo más limpias posible. En su caso deberá acudir a consulta con el médico especialista (dermatólogo) para su atención.

Necesidad de Oxigenación.

La persona atendida mostró mayor interés por la atención de las necesidades de nutrición e hidratación, descanso y sueño e higiene y protección de la piel. Para esta necesidad se le brindó toda la información disponible a efecto de incidir en el cambio de hábitos y costumbres que le originan el deseo de fumar. La incidencia fue escasa, pero se fijaron metas para su atención posterior.

La persona deberá observar lo siguiente:

- No incrementar el consumo de cigarros al día de acuerdo a la meta personal que usted misma se ha fijado.
- Establézcase nuevas metas por semana, reduciendo el número de cigarrillos que consume.
- Evite fumar por imitación.
- Evite fumar en habitaciones y lugares cerrados.

- Evite fumar cerca de otras persona y niños.
- Evite fumar en las situaciones de estrés.
- Cambie el hábito de fumar por otros de menor o nulo daño para el organismo, por ejemplo utilice goma de mascar sin azúcar.
- En lugares públicos, procure ocupar lugares o espacios en donde esté prohibido el consumo de tabaco. De esta forma usted se estará incentivando a reducir su consumo.
- Platique con sus amigos fumadores, establezca retos e incentivos para dejar el tabaco. Puede solicitar ayuda especializada.
- Procure continuar e incrementar sus hábitos de ejercicios, recuerde que usted ha establecido metas para el control de peso que requieren actividad física. Si disminuye el hábito de fumar, estos tendrán mayor efecto en su organismo.
- Recuerde que los beneficios por dejar de fumar son los siguientes: Disminución de las pulsaciones y de la tensión arterial. Disminución de la producción de esputo. Regeneración de la mucosa respiratoria. Disminución del riesgo de cáncer, accidente cerebrovascular, infarto al miocardio y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Mejoría de la higiene dental. Mejoría de los sentidos del gusto y olfato. Mayor aceptación social.
- Desde 1982 la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ha proporcionado ayuda a todos los fumadores que lo han deseado, atendiendo en promedio a 3,500 pacientes por año. Para dejar de fumar pida ayuda en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Tenemos una serie de programas para que usted pueda LIBRARSE DE LA ADICCION DE FUMAR
- En caso de necesitar mayor información y orientación acuda a Clínica de Tabaquismo Calzada de Tlalpan 4502, Colonia Sección XVI C.P. 14080, México D.F. Teléfono 5665 49 58, 5666 54 39 ext. 166. En un horario de 8:00 a 15:00 hrs.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- Alteración en los patrones de respiración.
- Presencia de hipopnea (disminución del volumen pulmonar)
- Presencia de taquipnea (frecuencia respiratoria mayor que 20/min.)
- Presencia de bradipnea (frecuencia respiratoria inferior a 6/min.)
- Presencia de disnea (dificultad para respirar estando en reposo)
- Alteración en la coloración de la piel.
- Presencia o incremento de tos y secreciones (esputo) bronquiales.
- Inquietud.
- Estados de ansiedad.
- Diaforesis. (sudoración profunda).
- Taquicardia.

En todos los casos se recomendará a la persona acudir inmediatamente a los servicios de urgencia más cercanos a su domicilio.

Necesidad de Evitar Peligros

Adquirir conocimientos para cuidar su salud, nunca es pérdida de tiempo. Recuerde que ésta es indispensable para que usted sea capaz de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar su realidad para vivir mejor.

Por ello es importante que tenga un conocimiento claro que le facilite la identificación de problemas y la mejor manera de solucionarlos.

- Acuda regularmente al centro de salud más cercano a su hogar; en él encontrará actividades que le serán útiles.
- Lea y consulte su “Guía para el cuidado de la salud” elaborado para mujeres de 20 a 59 años de edad específicamente, en él encontrará la información adecuada para cuidar su salud y realizar acciones de autocuidado.
- Procure realizar actividades físicas diariamente, recuerde que usted ya inició un tratamiento en donde el ejercicio es básico.
- Visite a su médico dentista por lo menos 2 veces por año.
- Los conocimientos sobre su sexualidad y el desarrollo responsable de la misma tienen que ver con un compromiso personal, ya que usted tienen el derecho y la responsabilidad de definir su vida sexual, es decir, usted puede decidir cómo, cuándo, por qué y sobre todo, con quién tener relaciones sexuales. En el centro de salud o Unidad de Medicina Familiar más cercanos a su domicilio hay personal capacitado que puede resolver las dudas que usted tenga sobre sexualidad.
- Evite las adicciones, infórmese e informe a su familia sobre los riesgos y complicaciones que conlleva el uso de drogas.
- Los accidentes son eventos no deseados, procure prevenirlos en el hogar, el trabajo, vía pública y en los lugares de recreación y esparcimiento.
- Identifique los problemas que le puedan conducir a situaciones de violencia familiar y procure solicitar orientación y apoyo institucional.
- Procure continuar con su esquema de alimentación antes descrito.
- En su Cartilla Nacional de Vacunación encontrará el cuadro de vacunaciones que debe observar, procure mantenerlo completo.
- Procure realizarse el estudio de papanicolau dos veces por año; después de dos años seguidos con resultados normales puede realizarlo cada tres años. Realice la autoexploración de mamas una vez al mes después del periodo menstrual. Procure realizarse una vez al año la exploración clínica de mamas.
- Procure realizarse el examen de glucosa por lo menos 2 veces por año.
- Verifique su presión arterial cada semana de acuerdo al plan de cuidados antes mencionado.

7. CONCLUSIONES

El presente Proceso Atención de Enfermería, me permitió brindar una atención integral a los requerimientos de una persona afectada en 5 de sus 14 necesidades básicas de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson.

Se aplicó la metodología propia del proceso enfermero en todas las necesidades que observaron alteración: nutrición e hidratación, descanso y sueño, higiene y protección de la piel, oxigenación y evitar peligros.

Se establecieron acciones de enfermería para cada una de éstas, originando una comunicación adecuada entre persona – cuidador; obteniendo con ello, una interacción efectiva, real y estrecha con beneficios inmediatos en el estado de salud de la persona.

De esta manera, las necesidades de descanso y sueño e higiene y protección de la piel fueron satisfechas oportunamente.

Para el caso de las necesidades de nutrición e hidratación así como de oxigenación, los objetivos son considerados a mediano y largo plazo, por lo que los resultados finales no pudieron ser considerados al finalizar este trabajo; sin embargo, el análisis de resultados parciales obtenidos, me permite considerar satisfactorias y oportunas las acciones e intervenciones de enfermería implementadas.

Con la información proporcionada en relación al cuidado de la salud de la mujer en edad media, se atendió la necesidad de evitar peligros.

La persona atendida, se encuentra en mejores condiciones de salud, continúa su régimen alimenticio controlado, ha mejorado su imagen corporal y su autoestima, su ingesta de líquidos ha aumentado considerablemente lo que le permitió satisfacer otras necesidades; conoce los efectos del hábito de fumar y las repercusiones para su salud.

Actualmente la persona desarrolla sus actividades cotidianas bajo una nueva perspectiva y con elementos que le permitirán mantenerla a corto, mediano y largo plazo.

Durante el desarrollo del presente proceso, me percaté que la atención al problema de la obesidad, tal y como lo marca la legislación, presenta diferentes limitantes: falta de acceso a los servicios de seguridad social de una parte de la población; deficiente atención en clínicas y centros de salud públicos; la atención en instituciones privadas es cara o económicamente considerable; proliferación de centros o clínicas de atención a la obesidad con variados estándares de control.

Las personas con este padecimiento, que busque una atención de calidad, deberá enfrentar una serie de obstáculos tanto económicos, culturales y sociales.

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad faculta a médicos, nutriólogos y psicólogos la atención de la obesidad, ubicando el aporte de enfermería a acciones técnicas. Lo anterior es una limitante ya que considero que nuestro aporte va más allá de estas cuestiones al cubrir espacios educacionales y de atención en el paciente, que estas disciplinas no abordan.

Pese a las limitantes encontradas, el Proceso Enfermero desarrollado, me permitió aplicar los conocimientos de enfermería obtenidos durante mi formación profesional, realizar actividades de investigación, registro y análisis de datos, consulta bibliográfica, selección de material gráfico y lecturas relacionadas, entre otros, lo cual me permitió brindar una atención satisfactoria.

GLOSARIO

Acantosis. Hiperplasia difusa de la capa de la piel. *A. nigricans*: Acantosis aterciopelada difusa con pigmentación gris, parda o negra, principalmente en axilas y otros pliegues corporales, que ocurren en una forma adulta, a menudo relacionado con carcinoma interno (llamado acantosis *nigricans* maligna) y en una forma benigna neovoide, más o menos generalizada. Una variante juvenil benigna concomitante con obesidad que a veces depende de trastornos endócrinos, se llama pseudoacantosis *nigricans*.

Apnea. Suspensión de la respiración. Asfixia. Apnea del Sueño: Ataques pasajeros de insuficiencia de la regulación automática de la respiración, que se tornan más intensos durante el sueño y pueden originar acidosis y vasoconstricción e hipertensión de las arteriolas pulmonares.

Auscultación. Audición de los sonidos del interior del cuerpo, principalmente para averiguar el estado de las vísceras torácicas o abdominales y para detectar un embarazo; puede realizarse con la oreja o con estetoscopio.

Bifocal. Que tiene dos focos. Se dice principalmente de las lentes que tienen dos partes, para corregir la visión a corta y a larga distancia.

Biometría. Aplicación de los métodos estadísticos a los hechos biológicos.

Bradipnea. Frecuencia respiratoria inferior a 6/min.

Bruxismo. Rechinar de dientes, especialmente durante el sueño.

Coetánea. De la misma edad; contemporáneo.

Coextensivo. Coextenderse a la vez de otro. Extensivo a la par.

Cristianismo. Religión Cristiana.

Cuadridimensional. Adjetivo utilizado por Martha E. Rogers en su Modelo Seres Humanos Unitarios. Rogers postuló su paradigma en 1983, en donde sostiene la existencia de cuatro elementos básicos para la construcción de su teoría: campo de energía, universo de sistemas abiertos, patrón y tetradimensionalidad.

Diaforesis. Perspiración, en especial la profusa.

Enuresis. Acción involuntaria de miccionar en la cama.

Estrés. Influencia ejercida con violencia; presión. Suma de reacciones biológicas frente a cualquier estímulo adverso, físico, mental o emocional, interno o externo que tiende a alterar la homeostásia del organismo.

Etiología. Ciencia que trata de las causas de la enfermedad.

Feedback. Palabra en inglés que se traduce como “regeneración”.

Feudalismo. Época feudal. Sistema feudal de gobierno y de organización de la propiedad.

Fisiológica. Ciencia que estudia las funciones de los organismos vivos, sus partes y los factores y procesos físicos y químicos que participan.

Fúngica. Perteneciente o causado por un hongo.

Glucosa. Aldohexosa, también llamada destroxa, presente como la forma D como monosacárido libre en frutas y otras plantas. Es el producto final del metabolismo de los carbohidratos y la principal fuente de energía de los organismos vivos.

Hipersomnia. Sueño excesivo especialmente durante el día. La persona frecuentemente se despierta a medio día y toma siestas frecuentes durante el día. La hipersomnia puede estar relacionada con problemas psicológicos, como trastornos psiquiátricos (depresión o ansiedad), trastornos del sistema nervioso central o problemas renales, hepáticos o metabólicos como la acidosis diabética y el hipotiroidismo. En muchos casos la hipersomnia es un mecanismo de defensa para no enfrentarse a las responsabilidades de la vida diaria.

Hipopnea. Disminución del volumen pulmonar.

Holismo. La concepción del hombre como un todo funcionante.

Insomnio. Es la alteración del sueño más común, es la incapacidad de obtener una cantidad o calidad adecuada de sueño. La gente que sufre de insomnio no se siente descansada cuando se levanta. Existen tres casos de insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido debido a despertarse frecuentemente o prolongadamente y despertar prematuro (madrugar).

Interdigital. Dicho de una membrana, músculo...etc. Que se halla entre los dedos.

Interdisciplinario. Estudio o actividad que se realiza con la cooperación de varias disciplinas.

Intersubjetivo. Que sucede en la comunicación intelectual o afectiva entre dos o más sujetos.

Metabolismo. Conjunto de reacciones químicas que efectúan constantemente las células de los seres vivos con el fin de sintetizar sustancias complejas a partir de otras más simples, o degradar aquellas para obtener éstas.

Metafísica. Parte de la filosofía que trata del ser en cuanto tal, y de sus propiedades, principios y causas primeras.

Monasticismo. Perteneciente o relativo a los monjes o al estado de monasterio.

Narcolepsia. Del griego *narco*, que significa adormecimiento y *lepsis*, que significa ataque o crisis, es una necesidad brusca de dormir que aparece durante el día, por lo que

se conoce como un ataque de sueño. Su causa es desconocida, aunque se cree que es un defecto genético del sistema nervioso central, en el cual la fase de sueño REM no puede ser controlada. En los ataques de narcolepsia, el sueño comienza en la fase REM. Incluso aunque se duerma bien durante la noche, las personas afectadas de narcolepsia se duermen varias veces al día.

Nicotina. Alcaloide muy venenoso que se obtiene del tabaco o se produce sintéticamente.

Nódulo. Nudo.

NOM. Norma Oficial Mexicana.

Pápula. Pequeña lesión elevada, sólida y circunscrita de la piel.

Perspiración. Sudoración. Secreción funcional de sudor. Sudor.

Positivismo. Sistema filosófico que únicamente admite el método experimental y rechaza toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto. Tendencia general a valorar preferentemente los aspectos materiales de la realidad.

Prurito. Trastorno cutáneo caracterizado por picor.

Psicopatológico. Perteneciente a la Psicopatología. Rama de la medicina que se ocupa de las causas y la naturaleza de la enfermedad mental.

Pústula. Lesión cutánea pequeña, elevada, circunscrita que contiene pus.

Sedentario. Dicho de un oficio o de un modo de vida de poca agitación o movimiento.

Seglar. Perteneciente o relativo a la vida feudal, costumbres que no incluían órdenes clericales.

Sinérgico. Perteneciente o relativo a la sinergia. **Sinergia.** Acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales.

Taquipnea. Frecuencia respiratoria mayor que 20/min.

Taxonomía. Clasificación ordenada de los organismos, en categorías apropiadas y aplicación de nombres adecuados y correctos.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro –LeFevre, Rosalinda. *Aplicación del Proceso Enfermero guía paso a paso*, 4ª. ed. Masson, México, 1998.

Antología Memorias *Legados y Tendencias 1907 – 1997 Enfermería Universitaria*, ENEO – UNAM, México, 1996.

Basilio Moreno, Esteban, et al. *La obesidad en el tercer milenio*. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2005.

Carpenito Juall, Lynda. *Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la Práctica Clínica*. 9ª. ed. McGraw – Hill Interamericana, México, 2003.

Carpenito Juall, Lynda. *Planes de cuidado y Documentación clínica en enfermería*. McGraw – Hill Interamericana, México, 1998.

Charles, Sister Marie Frank. *Desarrollo Histórico de la Enfermería*, Tr. The Historical Development of Nursing, La Prensa Mexicana, México, 1966.

Donahue, M. Patricia. *Historia de la Enfermería*, Ediciones Doyma, España, 1985.

Dorland. *Diccionario Médico de bolsillo*, Tr. Dr. Carlos Badía Villaseca, 25ª. ed. McGraw – Hill Interamericana, México, 1998.

Fawcett, Jacqueline. *Análisis y Evaluación de los Modelos Conceptuales en Enfermería*, Tr. Liliana González y Magda Franco, 3ª. ed. Ed. Philadelphia, Davis Company, EU, 1995.

García Martín, Catalina. *Historia de la Enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero*, Ediciones Harcourt SA, Madrid, 2001.

García Piña, Maria Aurora et al. Antología *Método Científico y Proceso de Enfermería*, ENEO – UNAM, México, 2003.

Gauntleet Beare, Patricia. *Principios y Práctica de la Enfermería Medicoquirúrgica*. 2ª. ed. Mosby, México, 1995.

Guía para el cuidado de la Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2002.

Grinspun, Doris. *Documento Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico*, Presentación Magistral para la XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, México, Agosto de 1992.

Kerovac, S. et al. *Grandes Corrientes del pensamiento. Antología, Sociedad, Salud y Enfermería*. ENEO – UNAM, México, 2002.

Kozier, Bárbara, et al. *Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y práctica*. 4ª. ed. Interamericana McGraw – Hill, México, 1993.

Marriner, Tomey Ann. *Modelos y teorías en enfermería*, 4ª. ed. Interamericana, México, 1999.

Medina, José Luis. *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*, Ed. Alertes, Barcelona, 1999.

Morrison Treseler, Kathleen. *Laboratorio Clínico y Pruebas de Diagnóstico*, Tr. Dr. Jorge Merigo Jane, El Manuel Moderno, México, 1999.

Nordmark, Medelyn T. *Bases científicas de la enfermería*. 2ª. ed. Tr. Ana María Pérez Tamayo, Ed. El Manuel Moderno, México, 1998.

Sholtis Brunner, Lillian, et al. *Manual de la Enfermera*. 4ª. ed. Tr. Dr. Carlos Hernández Zamora, Interamericana McGraw – Hill, México, 1991.

Siles González, José. *Historia de la Enfermería*, Editorial Agua Clara, 1999.

Tortora Grabowski, Gerard J. et al. *Principios de Anatomía y Fisiología*, Tr. Rubén Israel Sánchez Monsiváis, 9ª. ed. Oxford University Press, México, 2005.

Workman M., Linda. *Saunders Cuidados de Enfermería*. Tr. Jorge Orizaba Samperio, McGraw – Hill Interamericana, México, 2000.

http://www.perso.wanadoo.es.aniorte_nic.apunt_histor_enfermer1.htm. *Historia de la Enfermería*. 30 de enero de 2006.

http://www.uv.mx.universidad_doctosofi_nme_glos.htm. *Disciplina Enfermería*. 6 de marzo de 2006.

http://www.fiesterra.com.recursos_web_enfermeria_protocolos.asp. *Virginia Henderson*. 5 de marzo de 2006.

<http://www.puc.cl/sw> *Características del desarrollo del adulto medio*. 15 de marzo de 2006.

http://www.issste.gob.mx/aconseja/res_/me_obesidad.html, *Obesidad*, 15 de marzo de 2006.

<http://www.msd.es>. *Pruebas de laboratorio Habituales*, 15 de abril de 2006.

<http://www.presidencia.gob.mx> *SSA refuerza campaña de combate a la obesidad*, 24 de diciembre de 2005.

<http://www.unam.mx>. *Facultad de Medicina, Obesidad*, 2 de febrero de 2006.

<http://www.salud.gob.mx> *Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales*. 15 de marzo de 2006.

<http://www.salud.gob.mx>. *Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral de la obesidad*. 24 de febrero de 2006.

A. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MEDIO.

La fase adulta del desarrollo abarca los años comprendidos desde el final de la adolescencia hasta la muerte. Debido a que las tareas de desarrollo del adulto joven difieren de las del resto, la edad adulta se divide en tres fases – la fase joven, la del adulto medio y la del anciano – En este libro, los adultos jóvenes son las personas entre los 20 y los 40 años, los adultos medios son los de edades comprendidas entre los 40 y los 65 años; los ancianos son las personas mayores de 65 años.¹

Las edades comprendidas entre los 40 y los 65 años forman parte de los periodos de estabilidad y consolidación. Para la mayoría de las personas, esta es una etapa en la que los niños han crecido y se han marchado ya del hogar o están próximos a hacerlo. Por ello, las parejas tienen más tiempo para dedicarse el uno al otro y para ocuparse de sus propios intereses que han ido posponiéndose con el paso de los años. Los adultos tienen un número muy amplio de tareas de desarrollo.²

- Desarrollo físico.

Durante esta etapa se producen diferentes cambios, entre los 40 a los 65 años se suceden diversas modificaciones; tanto los hombres como las mujeres experimentan una disminución de la producción de hormonas. La *menopausia* se refiere al cese de la menstruación en la mujer. El *climaterio (andropausia)* se refiere al cambio de vida del hombre, cuando la actividad sexual disminuye. La menopausia sucede normalmente entre los 40 y los 55 años, la media son los 47. A esta edad los ovarios disminuyen su actividad hasta que llega el momento del cese de la ovulación. La aparición de la menopausia se puede identificar por diversos síntomas, cuatro de ellos son: los periodos siguen siendo regulares, pero el flujo menstrual disminuye; los periodos se suceden irregularmente, algunos no se producen; el flujo menstrual disminuye de forma repentina; el flujo menstrual es irregular, variando en periodicidad y cantidad.

Hasta hace poco tiempo, las tareas de desarrollo del adulto han venido recibiendo poca atención. Eric Erikson (1963, pág. 266), definió la etapa del desarrollo del adulto como la *actividad frente a la paralización*. La actividad se define como el interés para establecer y guiar la nueva generación. En otras palabras, el *interés* por proporcionar el mismo bienestar que se desea para uno mismo a la humanidad. Las personas de 20 a 30 años tienden a centrarse en sí mismos y en sus familias. Cuando se llega a la mediana edad, el *yo* se hace más altruista y los conceptos de servicio, amor y compasión a los demás ganan importancia. Estos conceptos generan las acciones caritativas y desinteresadas, tales como tareas de interés religioso, social, político, comunitario o educativo. Los matrimonios tienen más tiempo para el compañerismo y el ocio; así las parejas se sienten más unidas a esta edad. Hay tiempo libre para trabajar juntos en actividades desinteresadas.

Erikson cree que las personas que son incapaces de ampliar sus intereses y que no asumen la responsabilidad derivada de su edad aparecen aburridas y abúlicas, es decir, estancadas o inactivas. No aceptan fácilmente los cambios corporales que sufren o prefieren la soledad. Se preocupan excesivamente por sí mismos y son incapaces de dar nada a los demás.

A esta edad, los adultos, suelen enfrentarse a diversas transformaciones que regulen sus actividades y relaciones. Las relaciones familiares cambian; los hijos se casan y se marchan y tienen sus propios hijos. Los padres son mayores y, con frecuencia, surgen nuevas necesidades. Las personas entre los 40 y 50 años suelen tener nietos, se divierten

¹ Kozier, Bárbara. *Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica*. Pág.698.

² *Ibid.* Pág. 698 – 702.

con ellos y, al mismo tiempo, se preocupan de cuidar a sus propios padres. Es normal que a esta edad haya que enfrentarse con la muerte del padre o de la madre, lo cual les hace tomar conciencia de su propia edad y de su inevitable final.

Para los adultos que han desarrollado una carrera profesional, estos años representan el punto más alto de su desarrollo formativo y laboral.

El adulto se acerca a la vejez y, como tal, se siente. Normalmente, acepta el hecho de que se hacen mayores, sin embargo, algunos tratan de negar esta circunstancia, lo cual se hace patente en su forma de vestir e incluso de actuar. Algunos hombres y mujeres tienen relaciones extramaritales y se casan con personas más jóvenes que ellos. Se tiene una nueva libertad para ser independientes y perseguir los intereses individuales. Anteriormente a esta fase, el cónyuge o compañero y otras personas son muy importantes para definirse a uno mismo. Después, el adulto no hace comparaciones con los demás, no tiene miedo a la vejez y a la muerte, abandona su capacidad de competitividad y prefiere la libertad y la independencia que le facilita su edad. Las opiniones de los demás carecen de importancia y ya no se intenta, como antes, agradar en todo momento a los demás. La persona establece sus propias bases éticas y morales, que no tienen nada que ver con la de los demás. Las consideraciones religiosas y filosóficas adquieren suma importancia.

Gail Sheehy (1977) sugiere que la transición a la fase media de la vida es tan crítica como la adolescencia. Esta autora identificó las características de esta edad como la crisis de los adultos y denominó “década de la última oportunidad” a las edades comprendidas entre los 35 y 45 años. De acuerdo a ella, la mayoría de las mujeres padecen esta crisis entre los 35 y 40 años. En los hombres entre los 40 y 45 años. Se produce cuando la persona reconoce que ha llegado a la mitad de su vida. Aunque a esta edad se goza de gran plenitud, uno se da cuenta de que el tiempo apremia y que la vida es finita. La juventud y la fuerza física se marchan para siempre. Algunas características de la crisis de la mediana edad incluyen lo siguiente:

- Sentirse aburrido, agotado, inquieto e inapreciado.
- Insatisfecho con la forma en que uno ha desarrollado su camino.
- Ambivalencia e incertidumbre sobre el futuro.
- Consternación por los signos de envejecimiento.
- Temer que el tiempo será insuficiente para cumplir objetivos.
- Sentimiento de duda sobre sí mismo.
- Necesidad de encontrarse a sí mismo, es decir, establecer una verdadera identidad.
- Procurar por la salud.
- Sentimientos de tristeza, soledad o depresión.

- Desarrollo Cognitivo.

Tal como el adulto joven, el medio, posee un pensamiento formal (Piaget). Sin embargo, éste tiene una particularidad que determinaría cierto grado de rigidez haciéndole difícil enfrentar cambios y la novedad de las diversas situaciones que vive.

Se plantea entonces, que el adulto tendría un pensamiento “post - formal” en el que se integra el pensamiento objeto y analítico con el subjetivo y simbólico, siendo menos literal y más interpretativo.

Entre las características que tiene este pensamiento (Kramer, 1983), se encuentra el “relativismo”, es decir, el adulto observa y analiza desde diferentes perspectivas, es capaz de hacer “síntesis”, replanteando las situaciones y planificando constantemente.

Existe temor en relación con pérdidas de habilidades mentales, debido a que puede haber una disminución de memoria, mayor tiempo en terminar una tarea o solucionar un problema por que se distraen con mayor facilidad. Estos son cambios comunes en las destrezas intelectuales.

En las personas sanas, sus habilidades verbales y razonamientos tienden a ser mejores, así como la habilidad para organizar y procesar información visual. Existe un aumento de las destrezas del pensamiento, comprensión e información, mientras sus habilidades motoras disminuyen (lentitud de respuesta). El grado de motivación para aprender o recordar, el interés o significatividad de la información, el tiempo de la experiencia educacional que se ha tenido, tiende a ser más importantes en esta edad que la modificación de las habilidades de aprendizaje y memoria. Son igualmente creativos que los adultos jóvenes.

Desarrollo afectivo: En esta etapa de la vida, el adulto se replantea frente a lo vivido. Los posibles cambios que debe de enfrentar puede afectar el matrimonio y la estructura familiar. Es una etapa importante en la que la relación con los hijos, los padres y de la pareja deben de considerarse.

Los hijos tratan de diferenciarse de los padres, comienzan a polarizarse y eso será difícil cuando el rol parental es rígido y no evoluciona.

En su mayoría las mujeres, en la mediana edad se vuelven más asertivas y orientadas al logro, la autoestima se centra en el trabajo y en el sentido de la productividad.

Los adultos medios con sus padres alcanzan una mayor cercanía, ya que la brecha generacional no es tan notoria, a su vez experimentan un deterioro físico y viven la incertidumbre por el futuro y la vejez, al mismo tiempo se produce un sentimiento de superioridad debido a que sus padres se ven débiles, hay preocupación por la vulnerabilidad que ellos presentan frente a las enfermedades y al mayor riesgo de muerte.

Ocurre un cambio de roles, transformándose también, además de cuidar a sus hijos, en cuidadores de sus propios padres.

En la adultez temprana hay una pérdida de la intimidad en la pareja, sin embargo, en la adultez media al tener hijos adolescentes se produce un reencuentro, redefiniéndose como pareja en función de logros obtenidos.

Las personas en los 40 años tienden a pensar que el futuro es infinito, mientras que los de 50 empiezan a pensar, más bien, en el tiempo que les queda por vivir y en lo inevitable de su propia muerte, lo que a muchos los lleva a empezar a estructurar sus vidas en términos de prioridades.

- **Desarrollo psicosocial.**

Según Ericsson en la adultez media se presenta la generatividad v/s el estancamiento. La generatividad es posible cuando la persona logra darle un espacio a la generación que sigue, transformándose en un adulto medio que es capaz y sabe guiar al adolescente y adulto joven, así gana en virtud al preocuparse por otros y sentirse feliz por ello, si esto no ocurriese se produce el estancamiento y se le da paso a la segunda adolescencia en donde se vuelve al egocentrismo y hedonismo e intente vivir así todos los momentos que no realizó durante su adolescencia.

- **Desarrollo moral.**

El adulto joven y medio se encuentran generalmente en los mismos estadios. El desarrollo moral del adulto se basa en las experiencias, lo que le permite por medio de

las emociones, evaluar y definir lo que es correcto y justo. Estas experiencias hacen que pueda ver mejor, moral y socialmente el punto de vista de los demás. Existen aspectos que facilitan el desarrollo moral, por ejemplo, el confrontar valores en conflictos fuera del hogar (universidad, trabajo) y en el hogar respondiendo al bienestar de las personas a su cuidado (paternidad)³.

Tabla 1 Valoración física normal en los adultos de edad media⁴.

Piel y pelo	Intacto; distribución admodada de la pigmentación; disminución lentamente progresiva de la turgencia de la piel; encanecimiento y pérdida del pelo.
Cabeza	Simetría de cuero cabelludo, cráneo y cara; órganos accesorios de la vista
Ojos	Agudeza visual en los gráficos de Snellen <20/50; reacción pupilar a la luz y acomodación; campos visuales y movimientos extraoculares normales; estructuras retinianas normales.
Oídos	Estructuras y agudeza auditiva normales.
Nariz y garganta	Orificios nasales permeables y senos, boca, y faringe intactas; tráquea en la línea media; lóbulos laterales del tiroides no palpables.
Pulmones	Aumento del diámetro anteroposterior (AP); frecuencia respiratoria de 16 a 21 respiraciones por minuto y regulares; relación entre frecuencia respiratoria y cardiaca 1:4; frémito táctil, resonancia y ruidos respiratorios normales en todos los campos.
Corazón	Tonos cardiacos normales (sístole –T1<T2 en la base; diástole, T1 >T” en el vértice), punto de impulso máximo en el quinto espacio intercostal de la línea medio clavicular y de 2 cm o menos de diámetro.
Constantes vitales	Temperatura de 36.7 a 37.6 °C; pulso 60 a 100 (atletas: 50); presión arterial sistólica de 95 a 140 mm Hg, diastólica de 60 a 90 mm Hg. Todos los pulsos palpables.
Mamas	Disminución del tamaño debido a la disminución de la masa muscular, pezones normales.
Abdomen	No sensibilidad ni organomegalia; disminución de la fuerza de los músculos abdominales.
Aparato reproductor	Cambios en el ciclo menstrual y en la duración y magnitud de las reglas; sofocos, cambios en la mucosa cervical; pene y escroto normales; aumento de la próstata en algunos varones.
Aparato musculoesquelético	Disminución de la masa muscular; fracturas patológicas secundarias a osteoporosis; disminución de la amplitud de la movilidad articular.
Estado Mental	Afectos, aspecto y conducta adecuados; lucidez y nivel adecuado de la capacidad cognoscitiva; nervios craneales intactos; respuesta motora adecuada; sistema sensorial con respuestas normales.

³ http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/medio/desarrollo.htm. *Características del desarrollo, adulto medio*. 15 de marzo de 2006.

⁴ Gauntlett Beare, Patricia. *Principios y prácticas de la enfermería medicoquirúrgica*. Pág. 26-28.

B. OBESIDAD

Definición. La **obesidad** es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. El **sobrepeso** se refiere a la condición en la que el peso real excede al límite superior esperado para la talla, y no es necesariamente un indicador de obesidad, ya que el peso corporal alto puede deberse a otros factores como el desarrollo de la musculatura y del esqueleto, la acumulación de líquidos, e incluso la presencia de tumores.

El sobrepeso y la obesidad son el resultado de una compleja interacción entre los genes y el ambiente, que se caracteriza por un desequilibrio de energía debido a un estilo de vida sedentario, un consumo excesivo de energía, o ambos.

Epidemiología

La obesidad es la alteración nutricia más común en los países desarrollados, está alcanzando cifras alarmantes en los países en vías de desarrollo, y afecta tanto a niños como a adultos. En el caso de México, en la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 se encontró un aumento preocupante de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años, de 4.7% en 1988 a 5.4% en 1999. Lo mismo sucedió en el caso de las mujeres, en quienes se encontró una prevalencia de 52.5% de sobrepeso u obesidad (30.8% se clasificaron con sobrepeso y 21.7% con obesidad) (figura 1), que es una de las prevalencias más elevadas del mundo (figura 2). Estos datos nos indican que la obesidad y el sobrepeso son ya problemas de salud pública, dada la estrecha relación de estas condiciones con enfermedades crónicas, por lo que se recomienda emprender acciones inmediatas para su prevención y control.

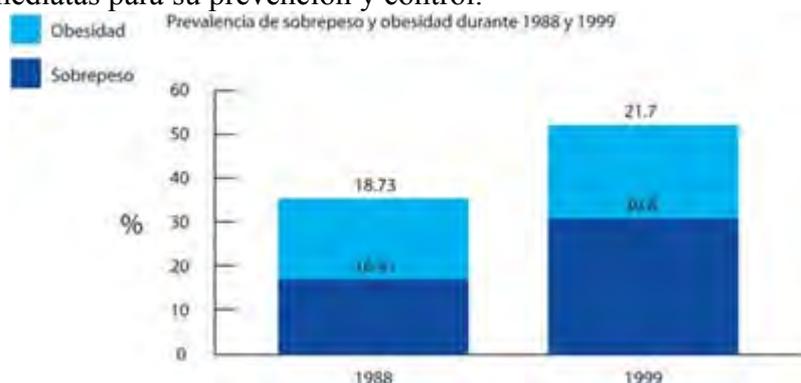


figura 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 12 a 49 años durante 1988 y 1999, en México.



figura 2. Ubicación de la obesidad de las mujeres en el contexto internacional.

Obesidad y morbilidad

La obesidad es una enfermedad en sí misma que antecede o incluso es factor etiológico de una diversidad de enfermedades crónicas, como son: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, aterosclerosis, cáncer (cáncer de colon, endometrio y mama), enfermedades cerebrovasculares, litiasis biliar, osteoartritis y gota, también puede ocasionar apnea del sueño. El obeso, además de estar expuesto a estos padecimientos biológicos, con frecuencia está sometido a presiones psicológicas por marginación social.

Clasificación

Uno de los métodos más utilizados para clasificar tanto el peso subnormal como la obesidad es el índice de masa corporal (IMC) o índice Quetelet: peso (kg)/ estatura (m)²

CLASIFICACIÓN	TIPO DE OBESIDAD	IMC kg/m ²	RIESGO DE ENFERMEDAD ^a EN RELACION CON EL PESO Y EL PERÍMETRO DE CINTURA NORMALES	
			Hombres < 102 cm Mujeres < 88 cm	Hombres > 102 cm Mujeres > 88 cm
Bajo peso		< 18,5		
Normal		18,5 - 24,9		
Sobrepeso		25,0 - 29,9	Aumentado	Alto
Obesidad	I	30,0 - 34,9	Alto	Muy alto
	II	35,0 - 39,9	Muy alto	Muy alto
Obesidad extrema	III	≥ 40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

^a Riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular. El perímetro de cintura aumentado puede ser un marcador para un riesgo mayor (incluido en personas con peso normal). Fuente: Kauffman M, Neurología Médica, 2001.

Clasificación de la obesidad y el sobrepeso mediante el Índice de Masa Corporal, el perímetro de cintura y el riesgo asociado de enfermedad

Factores etiológicos

Entre los múltiples factores que contribuyen a la etiología de la obesidad están los genéticos, metabólicos, ambientales, nutricios y la actividad física, entre otros.

Factores genéticos: cada vez hay más evidencia de que en una proporción importante la obesidad está genéticamente determinada. Si bien es difícil diferenciar entre la herencia genética y la herencia cultural (lo aprendido), existe un consenso cada vez mayor de que el IMC es heredable en cerca de 33% de los casos (Stunkard, 1996).

Investigaciones muestran que la descendencia de una pareja con peso adecuado tiene tan sólo entre 7 y 14% de probabilidades de padecer obesidad, la cifra aumenta a 40 y 80% respectivamente, cuando uno o ambos progenitores son obesos. No obstante, se ha observado la misma tendencia del peso corporal tanto en hijos biológicos como en hijos adoptivos de personas obesas. Esto indica que los modelos de comportamiento de los padres o herencia social, también desempeñan un papel importante en la génesis de la obesidad.

Actualmente se sabe que existen varios genes capaces de causar obesidad o de aumentar la susceptibilidad de desarrollarla; dos son los que han recibido mayor atención: el gen *ob* y el gen *beta3-adrenorreceptor*. El gen *ob* codifica la proteína leptina en las células adiposas. La leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en las señales de saciedad. El gen *beta3-adrenorreceptor*, localizado principalmente en el tejido adiposo, regula la tasa metabólica en reposo y la oxidación de grasa en el ser humano. Los genes confieren la susceptibilidad a la obesidad, pero deben existir otros factores que la determinen, como son los factores ambientales (culturales, psicológicos y actividad física, entre otros).

Factores metabólicos: se ha venido estudiando la manera en que algunas alteraciones metabólicas pueden influir en el desarrollo de la obesidad: Por la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos.

Por el aumento en la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo. Por una mayor eficiencia para efectuar el trabajo fisiológico, en la que se requiere menos energía, y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos que se almacenan en el tejido graso. Por la inhibición en la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

Factores celulares: las células adiposas o adipositos consisten en una gran gota central de lípidos rodeada por un borde delgado de citoplasma. Los adipositos almacenan grasa en cantidades equivalentes a 80 a 95% de su volumen.

El tejido adiposo aumenta al incrementar el tamaño de las células ya existentes cuando se añaden lípidos (hipertrofia) o al elevar el número de células (hiperplasia). El aumento de peso puede ser resultado de hipertrofia, hiperplasia o ambas.

Los depósitos de grasa pueden expandirse hasta 1000 veces tan sólo por hipertrofia, un proceso que se presenta en cualquier momento siempre y cuando los adipositos tengan espacio suficiente. La hiperplasia ocurre principalmente como una parte del proceso de crecimiento durante la lactancia y la adolescencia, pero también ocurre en la adultez cuando el contenido de grasa de las células existentes ha alcanzado el límite de su capacidad. Si se reduce el peso, disminuye el tamaño del adiposito. El número de células no se incrementa sino hasta que se alcanza el tamaño máximo de las mismas; tampoco disminuye con la baja de peso. **La prevención es decisiva** en virtud de que una vez que aumenta la grasa y se mantiene, es más difícil perderla.

Factores nutricios: la obesidad es resultado de ingerir un exceso de energía, superior a la que se gasta. La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. Un aspecto importante de la dieta del obeso es la distribución de nutrimentos. Algunos estudios sobre los hábitos alimentarios de los sujetos obesos muestran que éstos por lo general tienden a abusar de alimentos ricos en lípidos, que por su elevada densidad energética favorecen su depósito en forma de grasa corporal.

Estilo de vida: estilos de vida caracterizados por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física son factores importantes en la génesis de la obesidad, sobre todo en el medio urbano. Es importante señalar que en México la obesidad ha aumentado considerablemente no sólo en los adultos, sino también en los niños, particularmente por los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, ya que los prescolares y escolares dedican varias horas del día a ver televisión y utilizar videojuegos, en lugar de realizar alguna actividad física.

Evaluación del estado de nutrición

La evaluación del estado de nutrición del individuo obeso debe ser una valoración integral que contemple indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos y bioquímicos. Por medio de esta evaluación es importante determinar tres aspectos del sujeto obeso: la grasa corporal y su distribución; la edad de inicio de la obesidad, así como la existencia de antecedentes familiares; y la presencia de alteraciones físicas o emocionales que pudieran ser causantes de la obesidad o su consecuencia.

Evaluación dietética: los hábitos alimentarios de las personas se pueden conocer por medio de diferentes técnicas, como son: recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo y registro de pesos y medidas, entre otras. Y así poder dar recomendaciones para lograr hábitos alimentarios más sanos.

Evaluación antropométrica: las medidas más utilizadas para medir la magnitud de la obesidad son el peso y la estatura; con ellas se construye el IMC, el cual tiene una alta correlación con la adiposidad. Para determinar la grasa corporal y su distribución, también se utiliza la medición de los panículos adiposos en distintos puntos del cuerpo, así como la circunferencia de cintura y de cadera.

Evaluación de laboratorio: los métodos de laboratorio (métodos biofísicos) que se utilizan para estimar la grasa corporal y su distribución son: tomografía computarizada, resonancia magnética, densitometría, ultrasonido, agua corporal total e impedancia bioeléctrica, entre otros. La mayoría de ellos son muy costosos y de difícil aplicación, aunque su precisión es alta.

Evaluación bioquímica: estima las concentraciones disponibles de diversos nutrimentos o metabolitos asociados, y permite identificar alteraciones presentes y subclínicas que indican riesgos para la salud en la obesidad como son: resistencia a la insulina, niveles de glucosa en sangre y perfil de lípidos.

Tratamiento

El tratamiento del paciente obeso debe hacerse de manera integral: el médico es el responsable del manejo integral, el nutriólogo del nutricio, y el psicólogo del psicológico.

Los programas de reducción de peso que más perspectivas de éxito ofrecen integran opciones de alimentos más sanas, ejercicio y modificación del estilo de vida. La farmacoterapia y la intervención quirúrgica son apropiadas en algunas circunstancias, pero no sustituyen a los cambios necesarios en el consumo de alimentos y en el patrón de actividad física.

Alimentación: debe utilizarse una dieta hipocalórica equilibrada, combinada con un programa de modificación de conducta en lo referente tanto a la actividad física como a los hábitos alimentarios.

Actividad física: es importante promover el ejercicio en el obeso, para que la pérdida de peso sea a costa de una disminución de la magnitud del tejido adiposo más que del tejido muscular. La actividad física moderada practicada con constancia es el mejor predictor del mantenimiento del peso en el largo plazo.

La actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. En un inicio se sugiere niveles moderados de actividad física durante al menos 30 a 45 minutos, de 3 a 5 veces por semana. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se ha elegido. Todos los adultos deben fijarse la meta de acumular por lo menos 30 minutos o más de actividad física moderada a lo largo de casi todos - preferentemente todos- los días de la semana.

Aspectos psicológicos: por lo general, el individuo obeso tiene una conducta alimentaria que si bien no es causa única de su padecimiento, sí ayuda a su permanencia. Por ello, es necesario ofrecerle un apoyo psicológico encaminado a la modificación de su conducta alimentaria.

Prevención

La prevención del sobrepeso y la obesidad es tan importante, o más, que el tratamiento. La acción preventiva incluye:

La prevención primaria, la cual debe incluir estrategias dirigidas a tratar los asuntos relacionados con el excesivo consumo de energía y con el sedentarismo.

La prevención secundaria, la cual debe evitar que se recupere el peso después de perderlo. Desafortunadamente el pronóstico para mantener el peso reducido es desfavorable, ya que entre 80 y 85% de las personas que pierden cantidades significativas de peso, lo recuperan. Por ello, el cambio en el estilo de vida con buenos

hábitos alimentarios y actividad física diaria es fundamental para mantener la pérdida de peso. La prevención de incrementos de peso adicionales en individuos incapaces de perder peso.

Servicios

Para mayor información y dudas acudir al Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina. Edificio B 6o. piso. Atención: Lic. en nutrición Ma. del Carmen Iñarritu Pérez.

C. TABAQUISMO

PERSPECTIVA SOBRE EL TABAQUISMO EN MEXICO

David Moreno García y Pedro César Cantú Martínez*

Centro Universitario para la Prevención de la Drogadicción, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

*Coordinación General de Investigación, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

E-mail: davidmore@hotmail.com

Introducción.

Las adicciones son un problema en el campo de la salud pública, que requieren de acciones amplias y coordinadas en las que deben de estar incluidos los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad al respecto el Sector Salud emprende acciones, por medio del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), con programas nacionales, a los cuales se conjugan muchas propuestas e ideas que emprenden infinidad de agrupaciones y organismos nacionales como internacionales (1). Sin embargo, los tiempos y las condiciones en las que se presenta el abordaje y la atención para disminuir los índices de adicción no parecen reflejar el esfuerzo y la atención de agrupaciones y organismos, que entre sus actividades esta el implementar estrategias y actividades contra el tabaquismo en beneficio de la población.

El tabaquismo, constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con mas problemas de salud y causas de muerte en el mundo. En México durante el año 2000, se estimo que más de 40,000 defunciones anuales están asociadas al consumo del tabaco. El costo que este problema de salud pública tiene para nuestra sociedad se refleja en las muertes prematuras, en la invalidez de población productiva y en un deterioro de la calidad de vida de los mexicanos. Además, de que la atención a los padecimientos agudos y crónicos causados por el tabaquismo afectan severamente el presupuesto de los sistemas de atención a la salud (2,3).

El Tabaquismo como epidemia, una constante oportunidad de trabajar y concientizar.

Los programas contra el tabaquismo, constituyen una guía y un compromiso para el trabajo, un avance en la formulación de respuestas integrales, e iniciativas propuestas por numerosas instituciones y organizaciones públicas, sociales y privadas. Lo anterior con el fin de ofrecer a la población alternativas accesibles de atención a los fumadores y con el propósito, de contribuir a conservar y mejorar el estado de salud de la población. Además el avance de la epidemia del tabaquismo, ha contribuido a plantear el desarrollo de acciones estratégicas en el ámbito legislativo, preventivo, de tratamiento y rehabilitación, así como en el área de investigación y participación comunitaria en el ámbito nacional (4).

En el ámbito internacional, este tipo de esfuerzos se suma a las acciones para el control del tabaquismo que a emprendido la Organización Mundial de la Salud y que contribuye

a dar cumplimiento a los compromisos que suscribió México durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 1998 y en la X Conferencia Mundial sobre el Tabaco y Salud, realizada en China en 1997 (5).

México y su estrategia institucional contra el tabaquismo: SSA-CONADIC

El campo de la atención preventiva y curativa, el tabaquismo tiene relativamente pocos años de establecido en México. Es en 1984, que por primera vez la Ley General de Salud considero las adicciones, farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo como un problema de salubridad general. Este esquema normativo dio lugar a la creación en la Secretaría de Salud (SSA), del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) el 8 de julio de 1986 cuyos objetivos son promover y apoyar las acciones de los sectores publico, social y privado encaminadas en prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia (6,7).

El programa contra el tabaquismo de 1986, elaborado con el consenso de los representantes de los diversos sectores que conforman el Comité Técnico en la materia, se orientó específicamente al análisis de los aspectos de la salud, educación, investigación y legislación en este campo, con base en las primeras aproximaciones epidemiológicas y clínicas existentes en el país. Planteó amplias líneas estratégicas orientadas a la prevención, la atención de la salud, la legislación y la investigación conforme al modelo del agente, el huésped y el medio ambiente. (8)

Para 1992, avances en estas líneas de trabajo constituyeron ser el fundamento para que el programa contra el tabaquismo fuera actualizado, contando, una vez mas, con la participación activa de mas instituciones. Sin embargo, no se contó con mecanismos específicos para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos por las instituciones participantes. (9)

En 1993, la Dirección General de Epidemiología realiza la segunda Encuesta Nacional de Adicciones, que sirvió de base para conocer las tendencias del tabaquismo y fundamentar el establecimiento de nuevas prioridades en cuanto a la forma de otorgar servicios de atención a este fenómeno o situación que por sus dimensiones, formaba parte de los ya principales problemas de salud pública en el país. Sin embargo la prevalencia detectada en hogares urbanos señalo que alrededor de la cuarta parte de la población había consumido tabaco "alguna vez en su vida", lo que permitió estimar mas de diez millones de usuarios. Tales resultados probaron que a pesar de las acciones emprendidas, el consumo de tabaco se mantenía elevado, particularmente entre los adolescentes, las mujeres jóvenes y los grupos urbanos de ingresos estables. (10)

Es 1997 cuando la SSA, a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, instituyó el Programa para la Prevención y Control de Adicciones, a cargo del CONADIC, como uno de sus programas prioritarios buscando fortalecer, ampliar la cobertura y aumentar el impacto en el ámbito nacional. Todo ello con el fin de cumplimiento con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000. De igual manera se emitió el Reglamento sobre Consumo de Tabaco para hacer efectivas las disposiciones del Artículo 188 de la Ley General de Salud, que se refiere a la prohibición de fumar en instalaciones del Gobierno Federal, del Sistema Nacional de Salud y entidades que prestan servicios de nivel federal. (11,12, 13)

La problemática sobre el tabaquismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirectamente de cerca de cuatro millones de muertes al año en todo el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en naciones en desarrollo (14 y 15). Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la

nicotina del tabaco, se manifiesta a través de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una forma de dependencia como la que se evidencia en otras adicciones (16)

En México se cuenta con diversas fuentes de información sobre la situación de las adicciones, por ejemplo, encuestas, investigaciones y sistemas de reporte, en los cuales, se argumenta la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol, y la predisposición de usar otras drogas. (17, 18, 19)

La Encuesta Nacional sobre Adicciones realizada en México durante el año de 1998, señala que el 27.7% de la población entre 12 y 65 años es fumadora lo que represento en 1998 a mas de 13 millones de habitantes. Haciendo hincapié, que el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Destacando al mismo tiempo, que alrededor de un 10% de los adolescentes de la población general es fumador. Por otra parte reveló que un 61.4% de los fumadores adolescentes reportó haberse iniciado en el consumo antes de los 18 años de edad, con una distribución por rango de 15 a 17 años el 39.7%, 11 a 14 años el 19.6% y menor de los 10 años el 2.1% (20)

El tabaquismo en México se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, que atañe a enfermedades cardiovasculares, pulmonares y diversos cánceres, por lo que constituye en un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto por su aspecto invalidante como por su elevada letalidad. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Evolución del lugar ocupado por enfermedades relacionadas con el tabaquismo entre las principales causas de mortalidad general en México. 1950-1998

CAUSA	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Enfermedades del corazón</i>	5to	4to	3ero	1ero								
<i>Tumores malignos*</i>		6to	5to	5to	2do							
<i>Enfermedad cerebro vascular</i>			7mo	7mo	8vo	6to	5to	5to	5to	5to	5to	6to
<i>Bronquitis crónica, enfisema pulmonar</i>					12vo	14vo	14vo	14vo	14vo	13vo	13vo	15vo

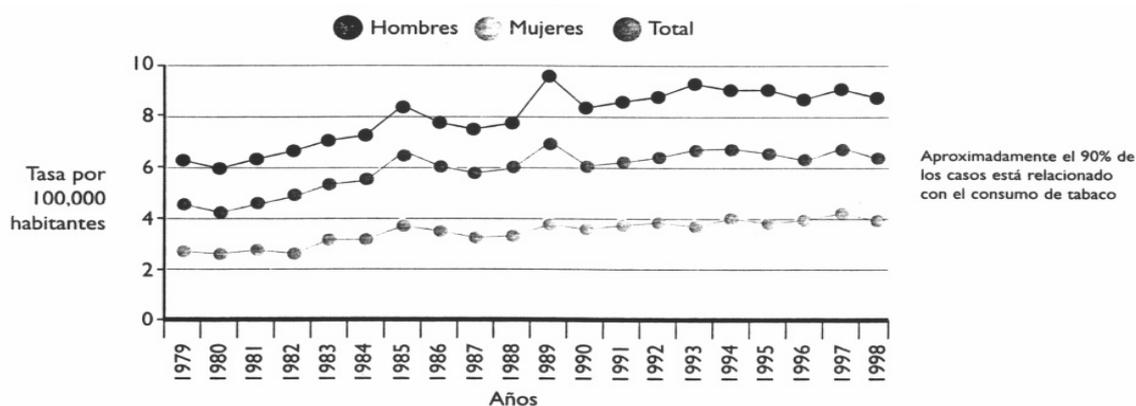
* Incluye cáncer de tráquea, bronquios y pulmón; cáncer de estómago y del cuello del útero.

Fuente: SSA/CONADIC. 2000

Una situación de análisis para continuar y esforzarnos más.

Tanto los informes del CONADIC y SSA nos señalan que la tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años en nuestro país México, siendo más elevada entre los hombres en una proporción de 2.5 hombres por 1 mujer. Pero, esta relación se esta modificando, en la tendencia de suponer que la causa de este comportamiento se debe al aumento en el consumo de tabaco entre las mujeres. Estadísticas agregan que entre 1992 y 1998 la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse llegándose a registrar, en ese ultimo año, 735 defunciones por dichas causas (21)

Figura 1. Mortalidad por tumores Malignos de Tráquea, Bronquios y Pulmón en México, 1985-1998



Fuente: SSA/CONADIC, 2000.

En referencia a la modificación del comportamiento en el uso y consumo de tabaco entre las mujeres, estudios informan que entre los varones la edad de inicio para ser fumador va siendo mayor, mientras en las mujeres este hábito se inicia, cada vez más precozmente. (22)

Reclutando fumadores.

Los mismos análisis del Programa Nacional Contra las Adicciones nos reportan que ha nivel mundial alrededor del 60% de fumadores ha empezado el consumo desde los 13 años y más del 90% antes de los 20 años de edad. Cifras en que los expertos infieren que si se empieza a fumar en la madurez de edad, es poco frecuente esperar el convertirse en fumador. Y destacan que es por ello que el grupo de los adolescentes es donde la industria tabacalera trata de reclutar a la mayoría de los fumadores. Llama la atención el señalamiento de que en todo el mundo, se trata de atraer, a diario, más de 5'000,000 (cinco millones) de niños y adolescentes con el propósito de remplazar a los fumadores que se han rehabilitado o han muerto prematuramente a causa de alguna enfermedad asociada con el tabaquismo (23)

Empresas contra la salud.

Es un hecho muy notorio entre nuestra sociedad, y es de cuestionar, la función y el rol de algunos actores e instituciones sociales ante la ausencia de armonía, al coordinar estrategias por alcanzar el bienestar social y de salud en nuestra población; sobre todo, cuando dejamos que las empresas multinacionales destaquen los puntos débiles, la falta de creatividad y posturas, al debilitar los esfuerzos de control expresados en las restricciones existentes de publicidad (24). Ya que estas empresas patrocinan campeonatos de fútbol, financian competencias de automovilismo, carreras de caballos, festivales de cine y conciertos musicales; con la firme intención de propiciar la selección entre marcas por los fumadores habituales, y promover el consumo e inducir a los grupos de riesgo, especialmente jóvenes y adolescentes al uso del tabaco. Contrastando con la imagen del modelo social de hábitos saludables que se pretende transmitir en estos eventos.

Conclusión.

Resulta claro que las preferencias están determinadas muchas de las veces por la moda y el tabaquismo no es la excepción, en este ensayo convenimos y nos unimos al esfuerzo por prevenir e informar lo dañino que es el tabaquismo, pero también buscamos dar a conocer los esfuerzos que el Gobierno y el Sector Salud en México realizan. Un país no puede quedar aislado en los esfuerzos por combatir lo que se ha declarado como una epidemia de carácter mundial. Y como epidemia hay que combatirla desde los escenarios mundiales pero en colaboración con autoridades y agrupaciones, para ello

será necesario reforzar y seguir exhortando a los gobiernos a que vigilen y den seguimiento al buen cumplimiento de las leyes y su normatividad.

El continuar trabajando en el aspecto social y cultural, es también esencial, para ir adecuando estrategias educativas y de transformación de ambientes saludables, que permitan implementar nuevos estilos de vida a favor de las nuevas generaciones. Distinguir entre el bien y el mal se presenta como uno de los retos en el campo de la educación y reformar la currícula educativa en los principios de la razón y de los elementos filosóficos para la práctica del bien se presenta como una herramienta para las futuras generaciones.

Queda claro que las tendencias actualmente a favor del tabaquismo es cada vez mayor y sobre todo entre las mujeres no solo de México, sino a nivel mundial. Lo antes expuesto nos presenta un escenario de jóvenes desordenados en la salud y con omisión a los mensajes de los efectos nocivos pero libres en su actuar y a ser felices como ellos lo quieran entender.

Sin embargo un gobierno que no responde en un equilibrio a la capacidad de atención a la salud de su población al momento que este la requiere, es y será cuestionable y es ahí donde refleja su falta de operatividad y en ocasiones del ecuanimidad por mantener un sistema social.

Si los gobiernos continúan perdiendo soberanía y credibilidad por parte de la sociedad. Tal vez los profesionales de la salud pública no debieran participar en ocuparse de la prevención en las drogas, si la tendencia por sistema o globalización de una economía es el incorporarlas a la legalización. Sin embargo, la función debiera estar encaminada a demandar, una seguridad en salud por parte de las instituciones gubernamentales, que conlleve a reincorporar al enfermo a la sociedad, sin menoscabar en la elección de lo bueno o malo que una persona actualmente hace con tal de no privarle de su libertad.

D. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: **GRC** Edad: **35 años** Peso: **111 kilogramos** Talla: **157 cm de altura** Tórax **133 cm** Abdomen **126.5 cm** Cadera **135 cm** Brazo **40 cm.** Fecha de nacimiento: **26 de febrero de 1971** Sexo: **Femenino**
Escolaridad: **Educación Secundaria** Procedencia: **Originaria del Distrito Federal** Fuente de Información: **entrevista personal / valoración**

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivos

¿Tiene usted dificultad para respirar? **No**

¿Tiene usted Tos? **Solo en ocasiones, es una tos seca.**

¿A qué cree que se deba? **Creo que es por que hablo mucho con la gente, a veces fumo y a lo mejor por la contaminación de la ciudad.**

¿Siente usted dolor al respirar? **Ninguno.**

¿Fuma usted? **Sí** ¿Cuántos cigarros se fuma al día? **De 2 a 3.**

¿Cuándo comenzó a fumar? **A los 17 años.**

¿Qué le motivó hacerlo? **Por que mis amigos lo hacían y por que nos sentíamos bien, como que era lo de moda y por que todos lo hacían. Quizá para sentirnos un poco**

mayores.

Objetivos

Registro de signos vitales

Presión Arterial 110/80 milímetros de mercurio (mm/Hg)

Frecuencia Cardíaca: 86 por minuto

Frecuencia Respiratoria: 18 por minuto

Temperatura: 37.3 grados Celsius (Oral)

Patrón respiratorio: Ritmo, regularidad y profundidad normales a la auscultación, campos pulmonares bien ventilados. Sin presencia de sonidos o sibilancias. Ruidos Cardíacos: Rítmicos, fuertes y de buena intensidad. Coloración de la piel: Piel rubicunda al momento de la exploración, piel reseca en espalda, cadera y miembros inferiores. Circulación de Retorno Venoso: Llenado capilar adecuado de 1 segundo.

Necesidad Satisfecha _____ Insatisfecha X

Observaciones:

Se valoraron los siguientes pulsos: Pulso Temporal: 90 por minuto débil; Pulso Carotídeo: 90 por minuto débil; Pulso Central: 86 por minuto; Pulso Braquial: Difícil de palpar, debido a la presencia de tejido muscular abundante; Pulso Femoral: Difícil de palpar, debido a la presencia de tejido muscular abundante; Pulso Radial: 86 por minuto; Pulso Popíteo: Difícil de palpar, debido a la presencia de tejido muscular abundante; Pulso Posterior Tibial: Difícil de palpar, debido a la presencia de tejido muscular abundante; Pulso Pedio: 80 por minuto.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivos

¿Sigue usted una dieta especial? **No**

Por lo general ¿qué desayuna usted y a qué horas?

Desayuno: No tengo una dieta habitual, varía según las circunstancias. Pan de Dulce ocasional, medio litro de jugo, ocasionalmente es enlatado, de 1 a 2 piezas de huevos preparados de diferente manera, 1 bolillo o dos tortillas; lo realizo en mi trabajo, por que ahí pasan a vender, o compro el jugo en el camino, a veces si lo hago en mi casa, pero casi no.

Por lo general ¿qué alimentos ingiere en las comidas y a qué horas? **Tengo un horario fijo a las 14:00 horas; consumé de pollo con verduras, arroz, guisado que puede consistir en pollo o res, ocasionalmente empanizado o frito, tres tortillas, agua natural de sabor y postre que consiste en gelatina o fruta natural. Como en los restaurantes o fondas, en locales comerciales que están en los alrededores de la delegación en donde trabajo.**

Por lo general, ¿en dónde realiza la cena y qué tipo de alimentos ingiere? **Ceno los guisados del día, a veces embutidos como jamón, salchicha, los acompaño con un pan blanco (bolillo) o dos tortillas. Ocasionalmente mandamos a comprar pizzas, tacos, café con leche endulzado con poca azúcar y/o refrescos. Estos últimos alimentos por lo menos 3 veces a la semana.**

Otras ingestas fuera del horario habitual: **nueces, pistaches y refrescos en la oficina pero no como muchos. Ingesta de líquidos: aproximadamente 3 vasos de agua al día y refrescos enlatados o embotellados. A veces no me termino los refrescos, los dejo a la mitad. Cuando voy al cine, si tomo un poco más.**

¿Cree usted tener trastornos digestivos? **Diarreas ocasionales, dolores estomacales después de comer, presencia de gases y agruras. ¿Cada cuándo? Las diarreas una**

vez cada 15 días aproximadamente; los dolores de estómago y acidez son ya casi a diario, después de comer; además como que me siento muy llena, el estómago lo siento muy pesado.

¿Tiene usted intolerancias alimentarias? **Ninguna**

¿Algún problema de masticación o al tragar los alimentos? **Ninguno**

¿Ingiere Bebidas Alcohólicas?: **Sí.** ¿Con qué frecuencia? **2 veces por mes.**

¿En qué cantidad? **De 4 a 6 cervezas de 350 ml aproximadamente; en ocasiones un poquito más. Hasta 8 cervezas, pero solo en raras ocasiones, solo cuando está muy buena la fiesta.**

¿Qué bebida acostumbra? **Cerveza en cualquier presentación.**

¿Qué le motiva a ingerir bebidas alcohólicas? **Por diversión, en convivios o fiestas. Por invitación de mis amigos y compañeros de trabajo.**

Objetivos

Estilo de Vida: Sedentario. Membrana mucosa: hidratadas. Características del cabello: Abundante, hidratado con brillo. Funcionamiento Neuromuscular y esquelético: Sin alteraciones aparentes. Aspectos de labios: hidratados, rosados uniformemente, capacidad para cerrar los labios, contorno simétrico, de textura lisa. Labios internos y mucosa bucal: De color rosa uniforme, suaves, húmedos, hidratados, con elasticidad. Dientes y Encías: pérdida de dientes, 4 de 32.

Piezas superiores: Se observa que carece de los terceros molares (refiere que nunca le salieron); así como del segundo premolar derecho. Con presencia de caries en el segundo molar derecho.

Piezas inferiores: Se observa que carece del primer molar izquierdo y caries en el primero, segundo y tercer molares derechos. El segundo premolar izquierdo se encuentra semidestruido con presencia de sarro. Las encías son suaves, de color rosado, húmedas de textura firme.

Lengua: Posición central, de color rosado, húmeda, ligeramente rugosa de movimiento libre.

Cavidad Bucal (Base): De color rosado, hidratado. Paladares: Base suave, de color ligeramente rosado y liso. Úvula: Sin desviación se sitúa al centro del paladar blando.

Orofaringe y amígdalas: Rosadas y suaves de tamaño normal. Uñas Extremidades superiores: De buena textura y color sin la presencia de alteraciones.

Uñas extremidades inferiores: De buena textura y color, se observa descamación y resequedad en los bordes aparentemente ocasionado por la presencia de pie de atleta.

Necesidad Satisfecha _____ Insatisfecha X

Observaciones

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivos

¿Cuántas veces va usted al baño durante el día a evacuar? **3 veces en promedio**

¿Cómo describiría sus evacuaciones? **Heces duras, color café claro.**

¿Existe Estreñimiento o Diarrea?: **Estreñimiento alrededor de 1 vez cada seis meses; Diarrea alrededor de 2 veces por mes.** ¿Usa laxantes? **No.** ¿Presenta gases intestinales? **Si, durante el día y a veces por la noche.** ¿Tiene alguna molestia al orinar? **Ninguna** ¿Dolor? **No**

¿Se levanta por la noche a orinar? **Solo cuando tomo mucho agua o cerveza.**

¿Cuántas? 2 ¿Existe dolor al evacuar? **No**

¿Ha tenido usted padecimientos o enfermedades gastrointestinales de suma preocupación que hayan requerido algún tratamiento específico o intervención médica en los últimos 6 meses? **Ninguno**

¿El estrés le provoca diarrea? **No me he dado cuenta.**

¿Ha tenido sangrados anormales al orinar o evacuar? **Ninguno**

¿Padece usted de hemorroides? **No.**

Su periodo de menstruación es...? **Irregular con presencia de molestia general, bochornos, "calor", dolor abdominal, irritabilidad y me vuelvo muy sensible.**

El baño que utiliza, ¿es de uso personal o lo comparte? **Lo comparto con otras tres personas algunos son de mi familia de mi familia.**

¿Acostumbra utilizar baños públicos? **No, como en la oficina tenemos, solo uso ese, trato de evitarlo.**

Objetivos

Características del abdomen:

Contorno simétrico, abdomen globoso, Distensión abdominal, ruidos peristálticos presentes. Sin presencia de dolor en órganos ni masas palpables en ninguno de los cuadrantes. Cantidad de masa corporal considerable.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

Subjetivos

¿Realiza ejercicio? **No exactamente; camino todos los días.**

Hábitos de trabajo o estudio: **Trabajo alrededor de 9 horas al día.**

¿Cuántas horas pasa sentado? **8 horas en silla giratoria.**

¿Cuántas horas pasa de pie? **Entre 1 ó 2 horas en mi trabajo, el resto del día camino. No tengo auto.** ¿Ha sufrido alguna fractura o Cirugía que comprometa su Sistema Músculo Esquelético? **Si Describe: Se trató de una luxación en el dedo índice hace 8 años pero no he tenido ninguna molestia posterior.**

Al caminar o realizar alguna actividad física, ¿siente usted dolor o molestias? **Solo me fatigo pronto, sobre todo después de comer, me cuesta más subir las escaleras. Físicamente no siento dolor o molestia alguna.**

Objetivos

Estado del Sistema Músculo Esquelético/Fuerza: Normal

Tono: Firme seccionado, sin presencia de espasmos flexibles.

Presencia de flacidez en músculos recto anterior del abdomen y oblicuo externo.

Estado de conciencia: Orientado en tiempo y espacio. Alerta.

Marcha: Normal, sin presencia de alteraciones.

Equilibrio: Normal sin presencia de alteraciones.

Debilidad muscular: Presencia de flacidez en bíceps braquial bilateral.

Presencia de Dolor: Sin presencia de dolor en huesos, articulaciones o tendones.

Presencia de ruidos en articulación de rodillas al flexionarse de pie.

Movimiento de articulación de rodillas extensión y flexión: Normales.

Movimientos de flexión, extensión e hiperextensión de cuello: Normal

Movimientos de flexión, extensión e hiperextensión de hombros: normal Movimientos de aducción y abducción: Normales.

Movimientos de flexión, extensión e hiperextensión de Codos: Normal

Movimientos de flexión, extensión e hiperextensión de Muñecas: Normal Movimientos de aducción y abducción de muñeca: Normal

Movimientos de aducción y abducción de dedos ambas extremidades superiores: (índice y meñique): Normales

Movimientos de flexión, extensión e hiperextensión de cadera: **Limitado por la presencia de masa corporal.**

Movimientos de aducción y abducción de miembros inferiores: **Normal limitados por la masa corporal**

Movimiento de circunducción en miembros superiores e inferiores: Normal.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha

Observaciones

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivos

¿Cuántas horas duerme al día? **7 horas en promedio.**

¿En qué horario? **Por lo regular me acuesto a las 11 de la noche, pero a veces tardo para dormir y me levanto todos los días a las 6 de la mañana. Los sábados a las 9 y los domingos un poco más tarde, como a las 10.** ¿Toma usted Siestas? No ¿Padece usted de Insomnio? Sí

Describa: **Me Tardo para dormir, no me da sueño. En ocasiones me despierto por las noches. Y duermo con la televisión encendida, la programo para que se apague sola, mientras me duermo.**

¿Se siente bien descansado (a) al levantarse? No

¿Cómo se siente? **Siento mucho sueño al levantarme, me levanto cansada o con fatiga.**

¿Se despierta en la noche? **Sí.**

¿Cuántas veces? **2 veces a la semana a veces para ir al baño, cuando tomo mucha agua. Se me va el sueño.**

¿Desde cuando? **Aproximadamente desde hace dos años.**

¿Ha tenido pesadillas en los últimos 7 días? **Sí.**

¿Donde descansa, lo hace solo? **Sí.**

¿Considera que su habitación y cama es adecuada? **Sí.**

¿Por qué? **Es cómoda, la habitación es caliente, mi cama me gusta, siento que es cómoda.**

¿Cómo es el entorno de su vivienda, existen ruidos que alteran su descanso? **Sí.**

Especifique: **Vivo cerca de las vías de un tren y pasa por la noche, también cerca de la puerta de entrada y se escucha cuando la abren y cierran.**

Objetivos

Estado Mental: Atento; Organiza pensamientos; Mantiene secuencia lógica; con ligera presencia de Ojeras (círculos oscuros en los ojos).

Necesidad Satisfecha Insatisfecha X

Observaciones: **Refiere roncar por las noches.**

NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Subjetivos

Adaptación a los cambios de temperatura ¿Le cuesta trabajo adaptarse a los cambios de temperatura? **No**

¿La temperatura ambiental le es agradable? **Si**. ¿Cómo es su transpiración? **Sudo poco**.
¿La casa que habita es...? **Caliente, agradable**. ¿La temperatura del ambiente en su trabajo es agradable? **Si**.

Cuando cree que esta enferma, ¿usa el termómetro? **No**. ¿Cómo se toma la temperatura? **Tocándome la frente únicamente**. ¿Siente bochornos? **Si, sobre todo cuando estoy en mi periodo de ovulación, me siento muy caliente y abochornada**.

¿Qué tipo de clima le agrada más o se siente más confortable? **Me agradan los climas calurosos de mar, ya estoy acostumbrada a los climas templados, me siento más a gusto en ellos. De las estaciones del año prefiero la primavera y el verano**.

Objetivos

Temperatura: 37.3 Grados Celsius. Turgencia de la piel: Piel facial rubicunda, hidratada. Transpiración: Al momento de la valoración sin presencia de olores ni sudor.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha _____

Observaciones: *Ninguna*

NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivos

¿Su estado de ánimo influye en las prendas que usa para vestir? **No**.

¿Cree usted que la autoestima, determina la forma en que viste? **No**.

¿Sus creencias, le impiden vestirse como a usted le gustaría? **No**.

¿Necesita ayuda para vestirse y/o desvestirse? **No**.

¿Alguien o algo le impide vestirse como usted quisiera? **No**.

¿Necesita el consejo de otro para vestirse y sentirse bien? **No**.

¿Ha tenido algún problema o sentimiento por su apariencia física? **Ninguna**

¿En dónde trabaja usted? **En oficinas de la delegación Cuauhtémoc. Mi trabajo es administrativo.**

Objetivos

Ropa: Adecuada para el ambiente. Tipo de actividades que realiza: Administrativas de oficina. Imagen de sí mismo: Viste de acuerdo a la edad y presenta aceptación de su propia imagen.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha _____

Observaciones: *Ninguna*

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivos

¿Con qué frecuencia se asea? **Todos los días**.

¿Cuál es el momento preferido para asearse? **Por las mañanas, apresurada por que se me hace tarde para ir al trabajo.**

¿El baño que utiliza es de uso personal o lo comparte? **Es compartido con otras personas**. ¿Comparte artículos de limpieza como jabón, cepillos, sandalias etc.? **Zacate (estropajo) para tallarme y el jabón a veces; el cepillo de dientes, las sandalias y toalla no la comparto, es de uso personal.**

¿Cuántas veces al día se lava usted los dientes? **2 veces al día.**

¿Cuándo se lava usted las manos? **Antes de comer y después de ir al baño.**

¿Existe alguna creencia, costumbre familiar o factor que la limiten en sus hábitos higiénicos? **No**.

¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico dentista? **Hace 7 meses.**

¿Usa prótesis dentales? **No.** ¿Tiene usted ardor o comezón en alguna parte del cuerpo? **Si.**

¿En qué parte de su cuerpo? **En los dedos y planta de los pies, algunas veces en el pecho y la espalda.**

¿Desde cuándo presenta este padecimiento? (pies) **La resequedad es ocasional, cuando hace frío se me reseca más la piel; en los pies desde hace ya 3 años.**

¿Esta siguiendo algún tratamiento? **Si, utilizo pomadas para los hongos, a veces se me quita, pero no del todo.** ¿Le dedica un tiempo especial de limpieza a alguna parte de su cuerpo? **No porque me baño por las mañanas y tengo que hacerlo rápidamente.**

Objetivos

Aspecto General:

Coloración facial: Rubicunda, hidratada. Circulación de Retorno Venoso: Llenado capilar adecuado de 1 segundo. Turgencia de la Piel: lisa, integra, semihidratada. Membrana mucosa: hidratadas. Características del cabello: Abundante, hidratado con brillo. Aspectos de labios: hidratados, rosados uniformemente, capacidad para cerrar los labios, contorno simétrico, de textura lisa. Labios internos y mucosa bucal: De color rosa uniforme, suaves, húmedos, hidratados, con elasticidad.

Cuello: Presencia de línea pigmentada alrededor del cuello con cicatrices ocasionadas por acné. Espalda: Resequedad, presencia de cicatrices ocasionadas por acné. Características de la piel (abdomen): piel reseca con presencia de estrías, presencia de línea horizontal pigmentada oscura en la cintura.

Extremidades Superiores: Simétricas, se observa tatuaje en brazo izquierdo de regular tamaño (8 cm) de 15 años de antigüedad. Sin presencia de edema.

Extremidades inferiores: Simétricas, presencia de abultamientos a la altura del músculo vasto externo y bíceps crural. Sin presencia de edema.

Pies: Presencia de pie de atleta (Tiña pedis) con signos de resequedad plantar y cuarteadoras interdigitales. Con presencia de olor.

Presencia de Halitosis: No.

Presencia de Estrías (Localización) Abdomen bilateral a la altura de la cadera y glúteos. Uñas Extremidades Superiores: De buen aspecto sin presencia de alteraciones, de buena textura y color. Uñas Extremidades Inferiores: De buen aspecto, sin presencia de alteraciones de buena textura, se observa infección fúngica en los bordes y espacios interdigitales. Olor corporal: No se percibe, excepto en pies.

Presencia de lesiones dérmicas (estado): En espalda presencia de cicatrices ocasionadas por acné. Tatuaje de tamaño medio en brazo izquierdo.

Necesidad Satisfecha _____ Insatisfecha X

Observaciones:

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivos

Miembros que componen su familia:

Catalina / madre / 81 años / Sin escolaridad / Hogar

Petra / Hermana / 62 años / primaria / Hogar

Elisa / Hermana / 53 años / Primaria / Hogar

Ciro / Hermano / 51 años / Técnico / Contratista

Clementina / Hermana / 45 años / Profesional / Profesionista Médico.

Flavia / Hermana / 41 años / Preparatoria / Empleada

Andrés / hermano / 40 años / Profesionista / Ingeniero

Lucia / Hermana / 37 años / Preparatoria / Empleada.

¿Cómo reaccionan ante una situación de peligro en su familia?

Nos comunicamos y actuamos con tranquilidad, se piensan bien las cosas antes de actuar, todos opinan.

¿Cómo reaccionan ante una situación de peligro en su entorno (vivienda)?

Los que nos damos cuenta de las situaciones de peligro actuamos llamando por teléfono a las autoridades correspondientes, yo no me espanto, hay gente que sí lo hace.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su hogar? **Sí las conozco.**

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo?

No pero sí existen simulacros para los casos de incendio y sismo.

¿Conoce usted los teléfonos de emergencia y los tiene a la mano? **Sí.**

¿Siente usted miedos o temores al salir a la calle sola o acompañada? **Ninguno.**

¿Considera que su entorno es seguro? **Sí, el riesgo es como en cualquier otro lugar, la inseguridad es algo que a todos nos preocupa. Conozco a todos mis vecinos.**

¿Cómo considera usted su salud? **Buena, creo que debo bajar un poco de peso por salud.**

¿Realiza usted controles de salud recomendados? **No.**

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión de su vida?

Me da por fumar a veces por comer o llorar solo en situaciones extremas. A veces sí me encomiendo a Dios, le pido que todo salga bien, no soy muy creyente, pero en ocasiones le pido a Dios que nos ayude a todos; eso me tranquiliza.

¿Ha cumplido con el esquema de vacunación para adultos? **De manera parcial.**

¿Presenta alguna lesión corporal que le limite movimiento? **Ninguna.**

¿El ingerir bebidas alcohólicas le ha ocasionado algún problema? **Hasta el momento no. Me cuido y trato de divertirme con mis amigos. Considero que no tomo en exceso y lo hago en lugares en donde estoy segura.**

Objetivos

*Existen factores de riesgo en su entorno: **No, la vivienda es un campamento provisional en donde el ambiente externo es precario pero limpio, existe comunicación con el resto de los habitantes y conocen las medidas de prevención de accidentes.***

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha _____

Observaciones: Ninguna

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivos

Estado Civil: **Soltera**

Vive con: **Sola con la presencia de familiares en su entorno cercano.**

Preocupaciones actuales: **Quedarme sin trabajo, mi familia que tiene problemas económicos y rencillas familiares comunes.**

Rol en su estructura familiar: **Hermana, la menor de los hermanos e hija.**

¿Existen buenas relaciones con las personas de su entorno?

Con toda mi familia, también en mi trabajo aunque a veces tengamos diferencias como todo. En el campamento a veces hay conflictos pero en general con todos me relaciono y me respetan.

¿Tiene amigas (os), familiares, pareja en quien confíe? **Sí.**

¿Cuánto tiempo pasa sola? **Generalmente no paso el tiempo sola, solo cuando duermo.**

¿Siente miedos, temores o depresión cuando está sola? **No tengo miedos, solo a lo desconocido, cuando estoy sola a veces me siento un poco triste pero no llego a la depresión.**

¿Siente que sus amigos la comprenden y escuchan? **Sí.**

¿Esto le satisface o se siente insatisfecha? **Me siento satisfecha.**

¿Considera que expresa correctamente sus sentimientos hacia las personas?

Sí pero a veces creo que no me comprenden del todo bien.

¿Siente que crea problemas por la forma en como dice las cosas? **No.**

¿Ve usted bien? **Sí.**

¿Utiliza lentes? **Sí para miopía pero sólo los utilizo en el trabajo. Fueron con receta.**

¿Escucha bien? **Sí.**

¿Utiliza aparatos auditivos? **No**

¿Presenta alguna lesión en manos que limiten su movimiento? **No**

¿Presenta alguna lesión bucofaringea que le impida comunicarse? **No**

Objetivos

Lenguaje claro, secuencia de ideas; expresión corporal ademada, sin ninguna limitante física. *Órganos de los sentidos*

Vista: Movimientos oculares adecuados, sin presencia de alteraciones oculares, refiere ligera miopía y cansancio ocular después de la jornada de trabajo ya que lo hace a través de computadora.

Ojos: Simétricos, forma regular, contracción de la pupila adecuada.

Oído: Percepción adecuada de los sonidos. Sin lesiones externas en la estructura del oído. Sin lesiones aparentes en la estructura interna.

Nariz: Central, simétrica, mucosas permeables, hidratadas, presencia de moco sin coloración, vibras adecuadas y abundantes.

Olfato: Percibe olores, no refiere ningún compromiso.

Gusto: Lengua de color ligeramente rosada, hidratada, presencia de reflejo de náusea. Percepción de los sabores salados, dulces y amargos correctamente.

Manos / Tacto: Piel palmar en buen estado, sin compromiso, rubicundas, extremidades con temperatura adecuada. Percibe textura, calor y frío. Percepción adecuada de dolor.

Memoria reciente: Adecuada.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha _____

Observaciones

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivos

Tipo de religión: **Creyente católica, aunque no soy muy religiosa. No voy a la iglesia seguido por que no me acostumbraron y por que no siento la necesidad de ir.**

¿Sus creencias religiosas le generan conflicto personales? **No.**

¿Cuáles considera usted que son los principales valores en su familia?

Honestidad, trabajo, sinceridad, respeto.

¿Cuáles considera que son los principales valores en su persona?

Honestidad, respeto y amistad.

¿Es congruente en su forma de pensar con su forma de vivir? **Si.**

¿Por qué? **Por que creo que hay que hacer lo que uno dice y piensa. Me siento a gusto con lo que hago, no tengo sentimientos de culpa o culpa moral.**

Objetivos

Hábito específico de vestir, relacionado con un grupo social o religioso: Ninguno
Semblante: Buen semblante, relajado. Claridad al expresarse: Claro y seguro.
Coordinación de ideas.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha _____

Observaciones

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivos

¿Trabaja actualmente? **Sí.**

¿Su trabajo le produce satisfacciones? **Sí. Por que tengo la oportunidad de ayudar a la gente. Siento que he aprendido mucho en los últimos 6 años y que he ayudado a la comunidad. He tomado decisiones.**

¿Existen riesgo en su trabajo que le inquieten o preocupen?

Me molesta que no se cumplan los acuerdos que se toman entre el equipo al que pertenezco, pero trato de hablar y aceptar mis errores, ojala que otros lo hicieran.

¿Cuánto tiempo le dedica a su trabajo?

9 horas diarias de lunes a viernes.

¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? **Si, por que es un sueldo holgado, generoso. Ahorro, creo que es lo más correcto, esto me permitirá adquirir mi vivienda propia.**

Objetivos

Sentido de Orientación: Bien Orientado en sus tres dimensiones. Facilidad de expresión y comunicación de ideas. Lenguaje: Claro, preciso, fuerte. Otros: Movilidad ocular aceptable, gesticulaciones normales sin limitantes. Claridad del lenguaje. Hilaridad y articulación de ideas.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha _____

Observaciones:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivos

¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

Trabajos del hogar, escucho música, leo, veo televisión o duermo.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa en los últimos 15 días?

Participo en algunas actividades recreativas de la organización a la que pertenezco.

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? **Existen una canchas de básquetbol y fútbol, como a 400 metros de la casa.**

¿Cuánto tiempo de la semana le dedica a su diversión?

1 vez cada quince días voy al cine y salgo a bailar con mis amigos 2 veces por mes.

¿El estrés le impide realizar alguna actividad recreativa?

No, al contrario me dan ganas de divertirme o hacer otras actividades para desaburrirme.

¿El trabajo le impide realizar alguna actividad de diversión, juego o recreación?

Un poco por que trabajo mucho tiempo y no me sobra para realizar más actividades que yo quisiera.

¿Forma parte de alguna sociedad, club u organización?

Sí. ¿Cómo se siente en ella? Bien, me satisface por que tengo responsabilidades.

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos?

Ir al cine o bailar.

¿Existe alguna limitación física para que usted no practique algún deporte o actividad recreativa? **Ninguna**

¿Cómo siente su autoestima?

Bien, satisfecha, contenta en este momento, me acepto como soy. En mi trabajo he aprendido el manejo de programas de computación y me gusta que la gente me busque y me felicite; se siente bien que la reconozcan a una; atiendo a la gente lo mejor que puedo.

Objetivos

Integridad Neuromuscular: Sin compromiso. Estado de Ánimo: Conciente, lucidez al expresar sus ideas y pensamientos, se ríe y gesticula de acuerdo a lo que expresa. Lesiones de la piel: Ninguno que le limiten a desarrollar actividades físicas y recreativas.

Necesidad Satisfecha X Insatisfecha

Observaciones: La falta de actividades físicas inciden en el sobrepeso.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivos

Nivel educativo: **Secundaria**

¿Ha tenido usted, problemas de aprendizaje? **No.**

¿Ha tenido usted limitaciones para la comprensión de ideas? **No.**

¿Cuáles son las lecturas de su preferencia? **Libros de historia y novelas románticas.**

¿Esta satisfecha con su nivel de estudios? **Si pero creo que puedo aprender más. Voy a seguir estudiando.**

¿Qué le limita a seguir estudiando? **A veces por el tiempo, pero se que es cuestión de que me organice.**

Objetivos

Estado del sistema nervioso central: Sin limitaciones, gesticula y expresa correctamente sus ideas. Movimientos corporales adecuados y en sincronía.

Órgano de los Sentidos:

Vista: Movimientos oculares adecuados, sin presencia de alteraciones oculares, refiere ligera miopía y cansancio ocular después de la jornada de trabajo ya que lo hace a través de computadora.

Ojos: Simétricos, forma regular, contracción de la pupila adecuada.

Oído: Percepción adecuada de los sonidos. Sin lesiones externas en la estructura del oído. Sin lesiones aparentes en la estructura interna.

Nariz: Central, simétrica, mucosas permeables, hidratadas, presencia de moco sin coloración, vibrisas adecuadas y semi – abundantes.

Olfato: Percibe olores, no refiere ningún compromiso.

Gusto: Lengua de color ligeramente rosada, hidratada, presencia de reflejo de náusea. Percepción de los sabores salados, dulces y amargos correctamente.

Manos / Tacto: Piel palmar en buen estado, sin compromiso, rubicundas, extremidades con temperatura adecuada. Percibe textura, calor y frío. Percepción adecuada de dolor.

Memoria reciente: Adecuada.

Necesidad Satisfecha x Insatisfecha

Observaciones: No presenta ninguna limitante física o mental para cubrir esta necesidad.

E. CARTILLA NACIONAL DE LA MUJER

Cartilla Nacional de Salud de la Mujer

La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer fue diseñada por el Sistema Nacional de Salud como un instrumento que permita tener información amplia y precisa sobre los principales problemas de salud de las mujeres, al tiempo que facilite a éstas llevar un seguimiento adecuado de su estado de salud.

La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer integra información sobre:

- Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer Mamario.
- Salud Perinatal
- Planificación Familiar
- Detección y Control de Diabetes e Hipertensión
- Inmunizaciones
- Menopausia

La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer se establece por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación en Marzo de 1998.

La distribución de la Cartilla en todo el territorio nacional se realizó a partir del 6 de marzo de 1998, garantizando su entrega en forma **GRATUITA** a todas las mujeres, desde el inicio de su vida reproductiva, en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud cuando lo soliciten o en la primera ocasión en que se les preste atención médica.

CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Planificación Familiar			
Método	Usada	Usada	Usada
Hormonales Orales			
Hormonales Inyectables			
Dispositivo Intrauterino			
Ligadura de Trompas (OTB)			
Vasectomía de la pareja			
Otro			

Salud Perinatal			
Gesta	Partos	Aborios	Cesáreas
Ultimo Parto		Nacidos	
Fecha		Vivos	
Fecha		Muertos	
1era menstruación	1er embarazo	Ultima menstruación	
Edad	Edad	Edad	
Inmunizaciones			
Terapia Hormonal de Reemplazo		Usada	Usada

Antecedentes		
Pedagogicos	Personales	Familiares
Cáncer cérvico uterino		
Cáncer mamario		
Diabetes		
Hipertensión arterial		
Cardiopatías		
Osteoporosis		
Alergias		
Tuberculosis		
Tabaquismo		
Alcoholismo		