

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA APARENTEMENTE  
SANA, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOMBRE DE LA ALUMNA

**PATRICIA CORREA VARELA**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**M.E. MARÍA AURORA GARCÍA PIÑA**



Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal  
con estudios incorporados a la UNAM

df. mx  
salud.df. mx



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.



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

"2013; AÑO DE BELISARIO DOMÍNGUEZ"

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN  
 ANEXO 13

**AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO**

**M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL**  
**DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN**  
**Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM**  
**P R E S E N T E.**

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería aplicado a una Persona  
Aparentemente Sana, con base en el Modelo de Virginia Henderson

Elaborado por:

1. Patricia Correa Varela Núm. de expediente: 408501235
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta
------------------	---------	--------	----------------

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

México D. F., a 10 de septiembre de 2013

  
 M.E. María Aurora García Piña  
 Nombre y firma del Asesora

  
 Lic. Enf. Silvia Vega Hernández  
 Nombre y firma del  
 Directora Técnica de la carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal  
 Escuela de Enfermería  
**DIRECCION**  
**CLAVE 3095**  
 Sello  
 de la Institución



Ciudad de México, Telcelos No. 595 Ser Pilo (C) S.p.A. S. de C.V.  
 Delegación Miguel Alemán Tels. 5047057 y 5041812

df. mx  
 salud.df. mx

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primeramente a mis padres que me han apoyado incondicionalmente en cada momento, hasta esta etapa de mi vida.

A mis hermanos y familia por su apoyo, confianza y cariño que han puesto en mí.

A mis compañeros, amigos y profesores que han sido parte importante de mi formación profesional y a todas aquellas personas que contribuyeron directa o indirectamente; para que hoy este por concluir mi carrera profesional.

**A todos muchas ¡GRACIAS!**

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. JUSTIFICACIÓN.....	6
III. OBJETIVOS.....	8
3.1 General	
3.2 Específico	
IV. METODOLOGIA.....	9
V .MARCO TEÒRICO.....	10
5.1 Antecedentes y perspectivas del cuidado de Enfermería.....	10
5.2 Definición de Enfermería.....	15
5.3 Definición del proceso de enfermería y sus etapas.....	17
5.4 Modelos y Teorías.....	25
5.5 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.....	25
5.6 Etapa del desarrollo del paciente.....	31
VI. DESARROLLO DEL PROCESO .....	34
6.1 Presentación del caso clínico.....	34
6.2 Valoración de necesidades.....	36
6.3 Conclusión diagnóstica.....	41
6.4 Jerarquización de necesidades.....	43
6.5 Plan de cuidados.....	45
6.5.1 Plan de Cuidados.....	48
6.5.2 Plan de Cuidados.....	51
6.5.3 Plan de Cuidados.....	53
6.5.4 Plan de Cuidados.....	55
6.5.5 Plan de Cuidados.....	57

6.5.6 Plan de Cuidados.....	59
6.5.7 Plan de Cuidados.....	61
6.5.8 Plan de Cuidados.....	63
6.5.9 Plan de Cuidados.....	65
6.5.10 Plan de Cuidados.....	67
6.5.11 Plan de Cuidados.....	70
6.5.12 Plan de Cuidados.....	72
VII. CONCLUSIONES.....	74
VIII. SUGERENCIAS.....	76
IX. GLOSARIO.....	77
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	79
XI. ANEXOS.....	81
Anexo 1.....	81
Anexo 2.....	93
Anexo 3.....	95
Anexo 4.....	96
Anexo 5.....	97

---

## I. INTRODUCCIÓN

La Enfermería brinda cuidado a través del método enfermero. Según Alfaro-LeFevre, R, (1999), el proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de los objetivos de forma eficiente. Es sistemático porque consta de 5 pasos, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación durante los cuales se llevan a cabo acciones para lograr la máxima eficiencia y conseguir resultados beneficiosos. El proceso tiene como propósito fundamental proporcionar un marco dentro del cual se puedan identificar necesidades reales o potenciales de una persona para establecer planes y realizar acciones específicas que satisfagan esas necesidades.

A este método se integra el Modelo Teórico de Virginia Henderson el cual tiene la finalidad de conseguir la independencia del individuo en este caso para el desarrollo de este proceso de enfermería, las acciones estarán dirigidas a una persona en la etapa de adultez intermedia aparentemente sana.

Refiere Cornachione, A, (2006), la adultez resulta un periodo muy extenso dentro del ciclo vital englobando a personas comprendidas entre los 18 y los 60 años aproximadamente, generalmente en la adultez se diferencia en dos etapas: Adultez Temprana y Adultez Media. Menciona que desde el punto de vista del desarrollo personal, biológico y social, la adultez surge como una entidad propia, como una etapa diferente, entre la adolescencia y la vejez y que durante esta época se guardan muchos acontecimientos que estarán estrechamente ligados.

El presente trabajo está organizado con una justificación en la cual se explicitan los motivos para la realización de este proyecto, una metodología en la cual se describe la construcción del mismo, en el marco teórico se encuentran los fundamentos científicos y conceptuales que permiten la estructura del Proceso Atención de Enfermería.

En un segundo apartado se encontrara la presentación del caso en donde a manera de resumen se puede conocer la situación de salud, así como las intervenciones planeadas y ejecutadas en los planes de intervención.

También se presenta una descripción narrativa de la valoración de las 14 necesidades, posteriormente se incluye una conclusión diagnóstica de enfermería, en la cual se pueden observar; las necesidades el grado de dependencia, fuentes de dificultad, así como la etiqueta diagnóstica correspondiente.

Los planes de atención de enfermería se desarrollaron bajo el esquema del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para el registro de los planes,

Finalmente se muestran las conclusiones, sugerencias referencias y anexos que permitirán construir el trabajo en su totalidad.



## II.JUSTIFICACIÓN

El proceso de desarrollo de una de las etapas más importantes en el ciclo vital es la adultez, la importancia de este periodo y de su estudio radica en que es una de las etapas más extensa de la vida humana y que además incluye al grupo más productivo de la sociedad. Durante esta se observan cambios significativos psicológicos, biológicos así como el papel que juega dentro de la sociedad de estos adultos.

El papel que juega enfermería en este grupo de la sociedad es fundamental y la relevancia de enfocar este trabajo a una persona aparentemente sana radica que de acuerdo a las estadísticas, el estilo de vida, el cual actualmente es de 75 años, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2012), durante esta etapa es vital ya que como primera causa de muerte en México es la Diabetes Mellitus con 89,914 muertes de acuerdo con el reporte de Base de Mortalidad, Secretaria de Salud. Tasa por cien mil habitantes; (2012), atribuyen esto al deterioro de los hábitos de alimentación y la alta ingesta de bebidas y productos azucarados además, una de las razones que propician el desarrollo de esta grave enfermedad es el exceso de peso y bien sabemos que México ocupa el primer lugar mundial de personas con problemas de obesidad, refiere el Sistema nacional de Información en salud, SINAIS (2011).

Por lo anterior, el cuidado enfermero al adulto resulta primordial para el profesional de enfermería en los tres niveles de atención, todo esto con el fin de implementar acciones integrales para atender ese proceso gradual de los cambios que en esta edad se presentan, los objetivos de preservar la salud y prevenir las enfermedades a partir de la educación en la promoción y formato de la salud.

En la interacción con estas personas se considera sobre todo, el orientarlo para el control de riesgos, el apego terapéutico y la integración de redes de apoyo para

así promover el máximo el nivel de independencia a través de un estilo de vida saludable, de una detección oportuna de enfermedades crónicas y ayudar a prevenir, controlar o retardar las limitaciones. En este caso en particular orientando al individuo a que realice por si solo sus actividades y por ende sea independiente.

A partir de todo esto el presente trabajo de igual manera se realiza como una opción para titulación.

## **III. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo General**

Desarrollar un Proceso de Enfermería con una persona femenina aparentemente sana, utilizando el modelo de Virginia Henderson; en los meses de mayo –junio del presente año dentro de su domicilio.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar y jerarquizar las necesidades con dependencia.
- Construir diagnósticos enfatizados a la aplicación de un plan de cuidados
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a favorecer la independencia de la persona
- Ejecutar y evaluar las acciones de enfermería planificadas en este proyecto.

## IV. METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo se tomó un seminario de proceso de enfermería; con una duración de 14 asesorías de 5 horas cada una de ellas. Se inicio por realizar una búsqueda bibliográfica para la elaboración del marco teórico, se eligió un caso que fue con el que se trabajo durante el seminario.

Es la etapa de valoración, se utilizó como herramienta se utilizo el instrumento de recolección de datos de Virginia Henderson (Ver anexo 1); así mismo se realizo la exploración física y la entrevista, se prosiguió a detectar la dependencia/independencia que la persona tenía en las necesidades, se llevo a cabo en un tiempo de 4 sesiones de 1 hora cada una y el material utilizado para esta valoración fue baumanómetro, estetoscopio, báscula, reloj, calculadora, termómetro. Al igual la utilización de libros, artículos relacionados con la valoración de la persona y cuaderno de trabajo.

Los datos anteriores permiten la formulación de diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Así mismo se planean las acciones e intervenciones de enfermería; así como, el resultado esperado y para así poder ejecutarlas y evaluar de forma continua todo el proceso.

Cabe mencionar que durante el seminario se transcribió de manera simultánea conforme a los avances, desarrollados en cada apartado.

## **V. MARCO TEÒRICO**

### **5.1 Antecedentes y Perspectivas del Cuidado de Enfermería**

#### **Investigación y Documentación Histórica en Enfermería**

La enfermería siempre ha existido como una actividad. Es por eso que la investigación histórica y la documentación es importante para conocer las bases del origen, el desarrollo y la estructura de la profesión.

Durante un largo tiempo se ha manifestado una búsqueda de identidad profesional, a partir de la investigación histórica capaz de proveer respuestas a diversas interrogantes, aportando datos científicos que puedan haber aportado y enriquecido el proceso y campo intelectual de la disciplina, despertando una curiosidad permanente hacia la indagación y experimentación y así se constituye en una herramienta capaz de conducir y sustentar la legitimidad, autoridad y autonomía de la profesión.

Diferentes teóricas a través del tiempo han coincidido que la investigación del ser de enfermería es crucial para definir su rol. La documentación histórica es esencial para analizar el contenido del desarrollo profesional y a la forma cómo ha sido abordada, ya que se muestra su esencia a través del cuidado. La investigación histórica trabaja especialmente con documentos únicos con técnica de historia oral y todas aquellas, que aporten un conocimiento directo o indirecto, sobre lo acontecido.

Inicialmente la enfermería aparece en los primeros monasterios donde el cuidado se centraba en los propios monjes y seguidamente a la sociedad. Menciona que Desde los comienzos de la Enfermería contaba con un campo de actuación amplio, el que le permitía mostrar autonomía en cuanto al cuidado, sin embargo al

pasar del tiempo este papel fue relegado al médico. El paso a la profesionalización de Enfermería fue posible gracias a la documentación obtenida de órdenes religiosas donde se conoce así actividades, jerarquía profesional, competencias, sistematización y construcción disciplinar. Y no fue hasta que Florence Nightingale, realiza observaciones donde reconoce el valor del cuidado e igualmente al aporte de las teoristas que es cuando se incorpora el concepto de proceso de Enfermería y se observó la creación del Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A partir de ese momento se muestra la aplicación de enfermería tanto al campo clínico, la investigación; por todo lo anterior ya no es meramente un conocimiento empírico.

Los cambios producidos a través de la historia que han afectado a la profesión de Enfermería, son responsables de importantes manifestaciones en su desarrollo y una visión hacia el futuro de la enfermería donde sea más autónoma, innovadora, transformadora y capaz de guiar su propio desarrollo, y que se pueda hablar de una consolidación profesional, teniendo en cuenta cómo va respondiendo a lo largo de su historia a las exigencias que conllevan las diferentes etapas de la transformación en la profesión.

A continuación se describirá de manera sintética este trayecto histórico planteado por Hernández, C, (1999) para mostrar el devenir del cuidado enfermero.

El cuidado como objeto de estudio ha existido desde siempre comenzado en la sociedad primitiva donde solo son prácticas cuidadoras e intuitivas a base de plantas, oraciones; teniendo así un trayecto histórico donde pasan a los cuidados domésticos institucionales aquí ya hay un pensamiento lógico hacia el cuidado pero sin dejar atrás los remedios mágicos y las oraciones. A lo largo del tiempo esto ha tenido transformaciones pero sin dejar fuera el objetivo principal que es el cuidado; teniendo en cuenta que la profesionalización de la disciplina está

encaminado a desarrollar un método enfermero para lograr el bienestar que se necesita y mejorando las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades.

El cuidado de enfermería tiene varios conceptos que las teóricas han descrito; sin embargo el cuidado de la persona implica cuidar de la persona ya sea sana o enferma en el entorno que se desenvuelve respetando valores; creencias, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.

### **Antecedentes Históricos del Cuidado de Enfermería**

En el presente apartado se hará referencia a los cambios más significativos que ha tenido la enfermería a través de la historia de la misma; conoceremos las etapas de la enfermería y además conceptos y definiciones que definirán el proceso atención de enfermería.

La historia de la enfermería la conoceremos a partir de las etapas que propone Hernández C., (1999):

Desde culturas primitivas las estructuras sociales han tenido que satisfacer necesidades básicas; es por eso que la sociedad primitiva; es la primera etapa a lo que se refiere la historia de la enfermería, existe una estructura elemental de convivencia donde el hombre se dedicaba a la caza de animales y a la búsqueda de alimentos para subsistir, mientras que la mujer se le asigna el rol de cuidadora.

La mujer primitiva era la encargada de dar cuidados los cuales eran meramente empíricos para la supervivencia de la comunidad y estos eran a base de semillas, plantas, hierbas principalmente ; pero sin dejar de lado lo mágico-religioso, todo esto con la finalidad de curar o aliviar sus males. Todos estos conocimientos la

mujer los transmitía de generación en generación, a todo esto se le denominó Cuidados Domésticos Institucionales.

Menciona Colliere, M. (1993) que las mujeres se convierten en las primeras cuidadoras: los cuidados se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierte en las mujeres, lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también a los enfermos y a los moribundos.

Refiriéndonos a la segunda etapa esta el periodo clásico, en las familias la mujer hechicera era la encargada de cuidar a los hombres y mujeres, sin olvidar que su conocimiento no era innato si no conocido por sus antecesoras y que posteriormente ella tenía que dar a conocer a las otras mujeres lo que utilizaban como remedio, todo esto a través de una práctica institucionalizada; puesto que este cuidado se daba en casas y templos todavía con influencia mágico-religiosa. Durante esta etapa se observa la práctica social puesto que los esclavos y prostitutas; a los cuales se les pedía como castigo y remediar el daño se les encomendaban los cuidados a los humanos.

Durante el siglo I, la aparición del cristianismo marca un antes y un después en la atención a los pacientes, persiste a través de lo mágico religiosa pero apegándose más a este último.

Según Martin- Caro (2001), con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación a que atribuye a la salud y enfermedad a los designios de Dios.

Es aquí donde aparece la vocación cristiano- caritativo, quienes brindaban el cuidado eran mujeres viudas, ricas, con vocación y mujeres que cumplieran con ciertas actitudes que el clero imponía para poder brindar el cuidado los cuales eran la obediencia, sumisión, que fueran jóvenes y nunca demasiado bellas. Todo esto da origen a las primeras diaconisas cristianas. Este cuidado era dado principalmente en templos y casas que eran donadas por las mujeres por medio



de caridad; conociendo así a los primeros hospitales en un contexto formal e institucionalizado para el cuidado, donde se atendían a los enfermos de viruela y peste que eran las enfermedades principales de esa época.

El valor social que otorgo el cristianismo al cuidado es puramente espiritual y la practica social es observada al aparecer aquí las primeras matronas, que eran las mujeres encargadas de atender los partos de las mujeres en su hogar.

Del siglo V al XVII existió un retroceso para el papel de enfermería, sin embargo a nivel sociedad hubo un gran avance puesto que surge la revolución industrial, aparecen las maquinas, ferrocarril y un avance importante para la medicina la pasteurización, microbiología como en inmunología aparece la vacuna de la Viruela, se detectan y aíslan bacilos como el de la tuberculosis, la cólera.

Para esta época es donde Florence Nigtingale tiene una visión sobre profesionalizar la enfermería y que esta tuviera remuneración económica y una jornada justa de trabajo. Todo esto conlleva a lo que hoy es la enfermería moderna, Florence observó que el cuidado ya no debía ser empírico y debía tener una base mas solida brindar el cuidado mediante una técnica y conocimientos. Para 1860 continua la influencia del cristianismo pero para quienes debían de dar el cuidado, Florence opto por organizar una escuela donde se enseñaba el arte de la enfermería; apareciendo así las diaconisas alemanas las cuales tuvieron un gran auge y atendían en un hospital- escuela con énfasis en el 1er nivel sin embargo se debían de cumplir órdenes del médico que estaba a cargo.

Refiere Martin- Caro (2001), que una vez finalizada la formación la cual era de tres años, se conseguía que las enfermeras graduadas de esta escuela no entraran al servicio privado que hasta ese tiempo habían absorbido a las mejores enfermeras, si no que ya trabajaran en hospitales practicando la asistencia y la docencia de enfermería.

Se funda la cruz roja y la escuela de Florence hace un convenio para que las enfermeras en formación realizaran prácticas en ese lugar.

Toda esta visión que Florence tenía para la profesionalización de enfermería va orientada al enfermo y no a la enfermedad, considerando aspectos psicológicos, ambientales, sociales, orientada a la observación de hechos y que se tiene que investigar para brindar esos cuidados enfermeros.

En la etapa del modernismo ya en el siglo XX se requiere de enfermeras profesionales y para mejorar su práctica profesional la enfermera acude a la universidad y con ello asume mayores funciones, responsabilidades, realiza investigaciones, se retoman los planteamientos de modelos teóricos propuestos por enfermeras americanas.

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado menciona Martínez Marín (2007), que la enfermería se consolida como disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención de salud de la población. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios propios de la profesión, utilizando una metodología lógica y racional para el actuar de la disciplina.

## **5.2 Definición de enfermería**

La enfermería, es una profesión dinámica dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Ledesma M., (2004). Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y se le ha considerado como un arte, compuesta por fundamentos filosóficos históricos y éticos.

Se considera un arte porque, se necesita de cierta intuición y de un conjunto de habilidades para integrar los conocimientos.

Se reconoce como profesión porque requiere de un conocimiento y apoyo de otras ciencias tales como la física, biología, ciencias sociales y medicas; así, se requiere también de un trabajo especializado, mediante la aplicación de conocimientos específicos, debe ser práctica, académica, se debe de contar con bases éticas, organización interna y autonomía.

La enfermería como profesión requiere una guía moral y actuar en base a normas y valores. Se le ha considerado como una ciencia porque requiere de los conocimientos de la disciplina propia, de un desarrollo teórico conceptual y de un método científico; sin embargo para que la enfermería se le siga considerando ciencia debe de realizar investigación pero trabajando de forma sistemática, ordenada y consensual para clarificar nuevos conocimientos. De aquí parten los modelos y teorías en enfermería.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS); la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, sanos o enfermos, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Si la enfermería abarca todos y cada uno de estos aspectos, entonces se necesita de un método que fundamente su actuar, así como para evaluar los resultados obtenidos, es así como surge la necesidad de aplicar una metodología para la práctica profesional que solidifiquen los conocimientos que enfermería requiere como profesión. Esta metodología la constituye el Proceso de atención de enfermería.

### 5.3 Definición del proceso de Enfermería y sus Etapas

Según Alfaro, L. (1999), refiere que el uso del proceso de cuidados de enfermería, requiere de habilidades cognitivas, motoras e interpersonales, para llevar a cabo los procedimientos técnicos e intelectuales, para resolver los problemas, tomar decisiones, establecer relaciones interpersonales con los pacientes, familia y comunidad.

El proceso de atención de enfermería es un proceso sistematizado, organizado, y dinámico con el fin de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos.

Tiene diferentes características entre las cuales se observan que es flexible, dinámico, individualizado, tiene una finalidad, es universalmente aplicable y cuenta con una base teórica y es sistemático porque consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

#### **Valoración**

La fase de **valoración** es el proceso ordenado y sistemático; donde existe la recopilación de datos de forma directa e indirecta, sobre el estado de salud del cliente familia y entorno mediante diversas fuentes medios y métodos

Para su realización se recolecta información de diversas fuentes: de manera directa el paciente; y de forma indirecta: la familia, el expediente clínico, personal del quipo de salud. Para recolectar este tipo de datos existen diferentes métodos entre los que están: la observación, la entrevista y la exploración física.

La observación comienza en el momento del primer contacto con el paciente y continúa a través de la relación enfermera paciente. La observación implica la

utilización de los sentidos, para la obtención de información tanto del paciente en sus esferas biológica, social, espiritual psicológica y económica-

En la entrevista la finalidad es obtener una historia de salud, identificar necesidades humanas y factores de riesgo; además de obtener información precisa y validar los datos obtenidos. Pérez Hernández (2002), menciona los tipos de datos y éstos pueden ser:

- subjetivos los cuales, no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe.
- Los datos objetivos se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

En forma generalizada aquí aborda en forma global el estado de salud del paciente, puede ser de cefalo-caudal, por aparatos y sistemas o por patrones funcionales de salud; Carpenito (1995), refiere que por patrones funcionales de salud : la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud; otra forma de valorar es de manera focalizada, la cual reúne datos de un aspecto, problema, órgano, situación específica.

Debemos finalmente dejar constancia por escrito de toda la información obtenida y validar los datos y poner mayor atención en las necesidades de la persona que requieren ayuda para su recuperación; sin emitir juicios de valor.

## **Diagnóstico de Enfermería**

A lo largo del tiempo se han publicado diferentes definiciones del diagnóstico enfermero, pero la que destaca es la aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1990), dice que es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales y potenciales.

Este diagnóstico se obtiene al valorar las necesidades con sus dimensiones biológica, psicológica y socialmente de la persona; por el profesional de enfermería, quien elaborará diagnósticos de acuerdo a la intuición, conocimientos, habilidad y aptitud para reunir datos.

Los tipos de diagnósticos, según Carpenito (1995), son de bienestar, real, de alto riesgo o posible.

El diagnóstico real representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico. Para estructurar el diagnóstico de enfermería es con base al formato PES; Problema, Etiología, Signos y síntomas.

El diagnóstico de riesgo describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema. Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencias de signos y síntomas. Este consta de 2 componentes, formato P+E.

Diagnóstico de bienestar es el juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Solo se pondrá la denominación para usar estos diagnósticos.

Refiere Carpenito (1995), que los diagnósticos posibles son opciones que presenta la enfermera para indicar la presencia de algunos datos para confirmar un diagnóstico, aunque en ese momento son insuficientes.

Los componentes de los diagnósticos NANDA consta de 4 componentes: nombre o etiqueta, definición, características definitorias y factores etiológicos.

La importancia de la taxonomía NANDA para la formulación de los diagnósticos es unificar un lenguaje, definir un plan de cuidados, un resultado esperado y las intervenciones. La nueva taxonomía se divide en tres niveles: dominios, clases y etiquetas diagnósticas. Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés menciona, Roget, (1980), una clase es una subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado, Roget, (1980). Esta taxonomía es un lenguaje enfermero puesto que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología propia a la profesión.

## **Planeación**

Esta tercera etapa del proceso se refiere a la planeación que se necesita para brindar un cuidado enfermero, una vez recabada y ordenada la información y haber elaborado un diagnóstico de enfermería. Durante la planeación se fijan objetivos entre los cuales observamos, promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario, documentar y dirigir los cuidados, crear registros para la utilización en la investigación evaluación y en casos legales, además de que deben ser claros, específicos y consecuentes.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes componentes: (Manual Para El Diplomado en Enfermería (ats/du) 2003.

Diagnósticos de enfermería, objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado), intervenciones de enfermería (actividades), evaluación (informe de evolución).

Con el fin de realizar una planeación se sugiere realizar: el establecimiento de prioridades, determinación de objetivos, planeación de actividades de enfermería y documentación del plan de cuidados.

Al establecer prioridades se debe jerarquizar las necesidades de la persona, dando interés al problema de mayor importancia; Alfaro( 2003), refiere que la enfermera es responsable de discriminar lo que es aplicable y lo que no es y de individualizar los cuidados del usuario.

Determinar objetivos en esta etapa, implica fijar un resultado esperado los cuales son situaciones que buscan un cambio total o parcial, y si no es así se busca que no empeore la necesidad afectada. Estos además nos dirigen hacia las intervenciones de enfermería. Al fijar objetivos, puesto que cuando se quiere lograr algo, debemos limitar el tiempo que se tiene para ello y es por eso q aparecen los objetivos a corto plazo, se fijan a un máximo de 24 horas, y los objetivos a largo plazo que va de los diez días a un mes. Se les debe dar un carácter medible ya que para poder evaluar su consecución debemos partir de un cero determinado.

Los tipos de planes de cuidados son: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Comisión Permanente de Enfermería (2010) menciona que:

- El individualizado nos permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- El estandarizado, un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizado con modificaciones; permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería y el computarizado Requieren la



informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Como se menciona el fijar objetivos; nos conlleva a un resultado esperado los cuales nos dirigirán hacia las intervenciones de enfermería; McCloskey y Bulechek, (2000). Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente. Todas ellas deben ser coherentes, individualizadas, propiciar oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje; pero basándose en un principio científico; para su ejecución.

La importancia de los planes de cuidados según la Comisión Permanente de Enfermería (2010), son garantizar la seguridad de los pacientes, permiten una práctica documentada y rigurosa, son susceptibles a replicarse y favorecer el camino a la excelencia de los planes de cuidado y permiten afrontar los nuevos modelos de atención centrados en la continuidad de los cuidados.

**Ejecución** es la cuarta etapa del proceso durante esta se establecen prioridades, se ejecutan intervenciones y se valora si es necesario; es de vital importancia ya que aquí se hacen todos los registros con base al marco legal.

Menciona Iyer, P. (1997), que la fase de **ejecución** comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.

Refiere Alfaro, L. (2003), que al fijar prioridades hay que revisar los siguientes aspectos: revisar al paciente e identificar las prioridades, verificar la información crítica, identificar el problema urgente y solucionarlo inmediatamente por ejemplo tomas de oxígeno, venoclisis etc., hacer una lista y trabajar con los problemas

que necesitan intervención inmediata, determinar intervenciones, establecer actividades para el mismo a su familia y hacer un registro personal y checarlo cuantas veces se necesite.

Al llevar a cabo las intervenciones hay que tener en cuenta la individualidad de y cuidando siempre los derechos del paciente; explicándole todo procedimiento o actividad que se le vaya realizar. En el momento de brindar el cuidado la enfermera es responsable legal y ético de proteger los derechos del paciente y el cuidado brindado son con responsabilidad, solidaridad, diálogo, empatía hacia el paciente.

Terminadas las intervenciones la enfermera es responsable de anotar simultáneamente toda intervención realizada, las valoraciones obtenidas así como toda respuesta que el paciente haya tenido hacia esta ya sea en forma objetiva o subjetiva; la forma de registrar correcta es usar tecnicismos, en hojas de control específicas, en registros computarizados, pero cumpliendo con un lenguaje propio el cual debe de ser descriptivo, técnico y cuantificable. Iyer (1992), refiere que el tipo de lenguaje debe ser objetivo porque nunca debemos etiquetar al paciente en forma subjetiva y se debe entrecomillar todo lo que nos refiere, también debe ser preciso y exacto ya que los hallazgos deben describirse de manera meticulosa en forma, tipo, tamaño y aspecto, otra forma de lenguaje es que sea con simultaneidad, quiere decir anotar inmediatamente después de realizar la intervención el resultado y la respuesta obtenida, y por ultimo legibilidad y claridad registrando sin faltas ortográficas y en forma coherente.

El propósito de los registros es según Alfaro L. (2003), comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud de cómo está evolucionando el paciente, ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación, proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, crear un documento legal y proporcionar validación para el pago de los servicios.

Así entonces la finalidad durante esta etapa es integrar al equipo multidisciplinario y al familiar, así lo refiere; Atkinson M. (1999), su aplicación puede englobar medidas terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar, favorece a una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente y del familiar.

La última etapa del proceso de enfermería es la **Evaluación** del plan de cuidados aplicado y esta etapa se centra en cómo se brindaron los cuidados.

La evaluación es una actividad planificada en la cual los profesionales de enfermería determinan la evolución del paciente en relación con la consecución del resultado esperado. Pérez Hernández, (2002) refiere que la evaluación consta de tres partes:

- La evaluación del logro de objetivos: Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
- Revaloración del plan: Es el proceso que puede llevar al profesional de enfermería a suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos, enunciar nuevos diagnósticos; priorizar, establecer nuevos objetivos y programar intervenciones, modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultados y mantener la ejecución de las actividades.
- La satisfacción del paciente atendido: Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

En concreto la evaluación es determinar si un plan de cuidados funciona o no, si se lograron los objetivos en tiempo a cada una de las etapas del proceso en general.

#### **5.4 Modelo y Teoría de enfermería**

Menciona Lluch, C. (2004); que las teorías y los modelos de enfermería, describen, explican y predicen como los cuidados de enfermería son susceptibles a afectar al individuo o de entrar en interrelación con él o con su entorno, para conseguir objetivos precisos relacionados con su estado de salud. Sin embargo Wesley (1997); refiere que los modelos y las teorías proporcionan información sobre: las definiciones de enfermería y de la misma práctica; los principios que forman la base para la práctica y las metas y funciones de la enfermería. Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Refiere Ann Marriner A. (1989), que los modelos permiten la manipulación de los conceptos sobre el papel, antes de someterlos a la verificación del mundo real. Pero para enfermería que significa contar con un modelo: García (2002), menciona que un modelo de enfermería es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

#### **5.5 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson**

Virginia Henderson (1951), desarrollo su modelo conceptual el cual se sustenta en las necesidades básicas del ser humano y está influido en el pensamiento de interacción, está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la

persona, define la función propia de las enfermeras y definiendo a el Rol profesional como un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente.

Refiere Raile Alligood, (2011) que la filosofía de Henderson se basa en los trabajos de: Thorndike, psicólogo estadounidense, a su experiencia en enfermería de rehabilitación y la conceptualización propia de enfermería que propuso Ida J. Orlando.

Plantea los siguientes supuestos

- Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud.
- La persona es un todo complejo con 14 necesidades.
- la persona quiere independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cada individuo es una totalidad compleja, un ser biopsicosocial que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente.

García, (2007), refiere que el termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

- La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales; esto quiere decir que la enfermera se orienta a su práctica según el modelo y tendrá una identidad profesional en concreto.
- La sociedad busca y espera este servicio de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera.

Henderson utilizó una forma deductiva del razonamiento lógico para desarrollar la definición de enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Dedujo la definición de enfermería y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. El Comité de Servicios de Enfermería del International Council Nurses (ICN), pide a Henderson que exponga su definición de Enfermería y es así como Henderson, (1964) define a la **Enfermería** como: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

## **Salud**

Henderson no dio una definición propia de salud, en otras obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida.

Sin embargo, Fernández F., (2001), menciona que la salud se equipara con la independencia de la persona para la satisfacción de las necesidades básicas.

## **Entorno**

No da una definición como tal de este concepto, sino que utiliza la definición de Websters New Collegiate Dictionary (1961), que definía el entorno como el

conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

## **Persona**

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Refiere Fernández F; (2001) La persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas que comparten todas las personas, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en el inicio de la vida, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Estas necesidades son:

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación
4. Moverse y mantener buena postura
5. Sueño y descanso.
6. Prendas de vestir
7. Termorregulación.
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros
10. Comunicarse
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.

13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprendizaje

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).

### **Afirmaciones teóricas**

#### 1) Relación enfermera-paciente

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente

- a) la enfermera como sustituta del paciente
- b) la enfermera como ayudante del paciente
- c) la enfermera como compañera del paciente

Durante situaciones de convalecencia Henderson afirmó: La independencia es un término relativo, todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza.

La enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente; también debe conocer las características y los estados patológicos que las modifican. Henderson señaló que: debe ponerse en el lugar de todos sus pacientes para saber cuáles son sus necesidades.

Cuidados básicos: son el conjunto de intervenciones, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional, dirigidas a satisfacer las necesidades de la



persona. Hay que mencionar que una necesidad no significa Carencia si no un Requisito.

Independencia: nivel optimo de desarrollo potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia: desarrollo insuficiente del potencial de la persona, por falta de fuerza conocimientos o voluntad que dificulta o impide la realización de las actividades para satisfacer necesidades básicas.

Autonomía: es la capacidad física e intelectual de la persona que le va a permitir satisfacer las necesidades básicas mediante acciones que realiza por sí misma.

- 2) La relación enfermera- Médico: Henderson insistió que el trabajo de la enferma es único y diferente al del médico. El plan de cuidados elaborado por la enfermera y el paciente, debe asegurar que se consiga el plan terapéutico prescrito por el médico.
- 3) La enfermera como parte del equipo sanitario: La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados. Henderson afirmo: ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que este no pueda realizar sus propias tareas.

Además su teoría ha sido muy influyente en el desarrollo de planes de estudio y en la investigación, de tal manera que en la actualidad se siguen manejando, tanto el concepto holístico de la salud como el desarrollo de la enfermería clínica y la investigación.

## 5.6 Etapa del desarrollo del paciente

La edad adulta intermedia, es un término relativamente nuevo y debe su creación a la longevidad y estilos de vida cada vez más diferentes en las personas.

Refiere Cornachione, A. ( 2006), al abarcar el periodo de vida que comprende de los 40-45 años hasta los 60- 65 años, se espera que el adulto medio haya vivido experiencias como el matrimonio y la paternidad, y se esté preparando para otros como la jubilación o soledad por la viudez e incluso separación marital.

Los malos hábitos y el descuido en lo que a salud se refiere, pueden empezar a cobrar la factura con enfermedades que se vuelven crónicas, sin descartar, por supuesto, las que se habrán de desarrollar en esta etapa y que de no recibir tratamiento adecuado y oportuno, pueden ser causa de muerte.

Los cambios físicos al inicio de esta etapa tienden a ser imperceptibles, pero se irán acentuando conforme pasen los años, sobre todo cuando llega la menopausia con sus efectos orgánicos y emocionales; la percepción de la misma afortunadamente hoy ha cambiado, por lo que se percibe como una característica más de la edad media.

Los hábitos negativos e irresponsabilidad como el consumo de cigarros, alcohol, drogas y mantener un estilo de vida sedentario con poca actividad física, son una causa directa en la incidencia de enfermedades en la adultez mayor.

Jiménez, G. ( 2012), menciona que los síntomas físicos más comunes, a veces como reflejo de alguna enfermedad, son el dolor de cabeza, de estómago y la tensión muscular junto con la fatiga, los síntomas psicológicos asociados de igual forma son nerviosismo, ansiedad, tensión, ira, irritabilidad y depresión.

En esta etapa se experimenta una pérdida en la resistencia por una baja en la tasa del metabolismo basal, la cantidad de energía que se gasta para mantener las funciones vitales.

Algunos cambios visibles y generalizados son los siguientes:

- La piel se torna menos tersa y uniforme.
- El cabello se encanecerse y adelgaza.
- Se gana peso y pierde estatura.
- Al absorber menos calcio, la densidad de los huesos disminuye.
- Las articulaciones pueden ser menos flexibles.
- Un problema de salud significativo en la edad intermedia es la hipertensión, el cual predispone a ataques del corazón, afectando a uno de cinco adultos.

Las enfermedades físicas y emocionales más comunes de la edad media son el asma, la bronquitis, la diabetes, el cáncer (de mamas, útero, próstata), desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), artritis, reumatismo, los deterioros de la vista y oído.

Con respecto a la sexualidad y funcionamiento reproductivo se experimentan pérdidas en la capacidad reproductiva, sin embargo, el disfrute sexual puede ser mejor que antes y continuar a lo largo de la vida adulta. En la mujer se presenta la menopausia, resequedad vaginal, el ardor y la comezón; infecciones vaginales y urinarias y disfunción urinaria ocasionada por la contracción de los tejidos. En los hombres se emplea el término climaterio masculino andropausia; que es un período de cambio físico, emocional y psicológico que involucra al sistema reproductivo masculino y a otros sistemas corporales, incluyendo la disfunción eréctil.

Es en la etapa de adultez intermedia en la cual se encuentra la persona que se valora en este trabajo, y es por eso que describiré los principales cambios psicológicos y biológicos que ocurren dentro de esta; El funcionamiento físico y la salud son usualmente buenos en estos años, a pesar de que no están en el nivel máximo del de la edad adulta temprana. Muchos de los problemas de salud que se originan en la edad intermedia son debidos a la pérdida de la capacidad o habilidad de los órganos y sistemas del cuerpo como resultado directo del envejecimiento de los órganos. Sin embargo, los factores de comportamiento y el estilo de vida pueden afectar su regulación y su extensión. La gente envejece a diferentes ritmos, y la decadencia de los sistemas del cuerpo es gradual.

## VI. DESARROLLO DEL PROCESO

### 6.1 Presentación del caso clínico

Persona femenina de 45 años; casada, se dedica al hogar, es originaria de Tlaxcala; trabaja actualmente y dice sentirse a gusto en su empleo actual. A la cual se realiza valoración general de enfermería en su hogar. Encontrándose los siguientes datos: T/A 100/70 mm/hg, pulso de 72x', respiración 19x', llenado capilar de 3", tiene un peso de 86 kg y una talla de 1.62 cm.

Refiere cansarse al subir escaleras y de padecer mareos esporádicamente con prevalencia matutina, se encuentra con mucosas orales hidratadas, falta de piezas dentales, su alimentación se basa en grasas, comer mucha carne roja y no come en horarios establecidos, la ingesta de líquidos es prioritariamente de refrescos y café. Se observa tipo de marcha claudicante y dolor leve al caminar por la presencia de prominencia ósea en talón con evolución de 1 año, presencia de micosis en primeros dedos de ambos pies. Se siente con calor generalizado en ocasiones, aunque haga frío.

En todo momento se nota tranquila y cooperadora; sin embargo si se muestra renuente e insegura al describir el tipo de problemas que la hacen sentirse triste y deprimida en ocasiones.

Su trabajo actual, rola turnos de 8 horas por lo cual; no suele descansar lo suficiente, refiere sentirse cansada y con ganas de dormir mas, se nota ojerosa; no realiza actividad física, refiere ver televisión y hacer actividades domesticas en su tiempo libre. Menciona que le gustaría terminar de estudiar cultura de belleza y aprender a hacer manualidades. Muestra interés en todo lo que se refiere a su estado de salud actual.

Dentro del plan de cuidados la necesidad a la que se le dio prioridad es la de moverse y mantener buena postura, ya que aquí se muestra alterada la marcha, le es dificultosa y presenta dolor que en ocasiones le es molesta para realizar actividad.

Se le hizo énfasis a la persona en relación al peso que tiene ya que de acuerdo a su índice de masa corporal cuenta con un sobrepeso tipo I, (ver anexo 2). Se le hablo de riesgos que puede tener al contar con ese peso; se implemento con la persona un plan de cuidados en el cual se manejara el peso y se le dio asesoramiento nutricional. Se hizo hincapié al sobrepeso, para poder así de igual manera minimizar la Fatiga en la necesidad de oxigenación, ya que esta la presenta al subir escaleras; como ya se menciono y se describe más adelante en la valoración de necesidades se manejó el fomento al ejercicio y el manejo de la energía.

Se le brindó asesoramiento para el manejo de afrontamiento ineficaz de problemas que se identifico en la necesidad de comunicación ya que se muestra insegura al abordar el tipo de problemas que tiene. Respecto a la necesidad de descanso y sueño se identifico un trastorno en el patrón del sueño ya que por su tipo trabajo rola turnos, se muestra dispuesta a conocer más sobre su estado de salud y al aprendizaje, sin embargo se identificó un riesgo de baja autoestima situacional en la necesidad de vivir según creencias y valores y que las situaciones se describen en la valoración de necesidades.

Al momento de la evaluar el resultado, la persona se observa cooperadora a realizar las intervenciones que ella pueda y ah mostrado un interés principalmente en disminuir su peso y manejar los problemas que tiene en casa, se observa contenta y dispuesta a seguir trabajando en su independencia.

## 6.2 Valoración de necesidades

### 1. OXIGENACIÓN

A la exploración física se encuentra con los signos vitales T/A 100/70 mm/hg, pulso 72x' , respiración 19 x', llenado capilar de 3", miembros pélvicos con presencia de varices; refiere nunca haber sido fumadora no presenta dolor ni dificultad al respirar, sin presencia de estertores y se muestra eupneico , tórax con movimientos de amplexión y amplexación normales, refiere cansarse al subir escaleras, cometa padecer de mareos esporádicos con mayor prevalencia matutina y aun no diagnosticada posible vértigo referido por su médico; sin embargo cuenta con un diagnostico de adenoma hipofisario desde hace 17 años con tratamiento : bromocriptina 25 mg 1 tableta diaria por la noche.

### 2. NUTRICIÓN

Peso 86 kg, Talla 1.62 cm, IMC 32.8, A la exploración se observan mucosas orales hidratadas y de coloración rosada, falta de 2º y 3er molar inferior y 3er molar del lado izquierdo y 2º molar derecho superior, presenta falta de incrustación en 3er molar inferior izquierdo, encías rosadas, a la palpación se identifica masa fija a nivel de epigastrio de aproximadamente 4 cm con presencia de dolor a la misma, abdomen globoso, distendido.

Refiere tener de 2 a 3 comidas de manera habitual con horarios entre las 10 am y 6pm, llega a comer algo entre comidas, comidas de preferencia guisados, No le agrada la sopa, bebe de 500 a 1000 ml de agua: refresco y café; menciona haber perdido en los últimos 6 meses 1 kg, dice "siento reflujo, acidez al terminar de comer", presencia de flatulencias y eructos.

### 3. ELIMINACIÓN

A la auscultación ruidos intestinales presentes, se palpa abdomen globoso no doloroso, distendido; refiere tener una eliminación intestinal al día de color café y consistencia de la heces blanda “en ocasiones es fétida”; refiere presentar flatulencia y padecer estreñimiento en ocasiones y lo alivia al comer naranja para disminuirlo. En cuanto a la eliminación vesical frecuencia de 2 a 3 veces al día; de aproximadamente 300 ml cada eliminación, ultima fecha de menstruación 27/04/13, “irregular y tengo sangrados abundantes” hipermenorrea, cambio de toalla sanitaria 6 veces al día.

### 4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Realiza actividad sola y refiere no practicar actividad física, se cansa mucho y por las mañanas refiere sentirse con rigidez; descansa cuando puede.

A la explotación física la postura es un poco erguida, columna alineada, se observa protuberancia a nivel cervical y dorsal, tono y fuerza muscular sin complicaciones, el tipo de marcha claudicante, se observa por medio de Rx prominencia ósea a nivel anterior del pie derecho con presencia de dolor punzante e igual a la palpación.

### 5. DESCANSO Y SUEÑO

Suele dormir de 5 a 7 horas al día, despertándose cansada y con ganas de dormir mas, refiere tener ronquidos y por su tipo de trabajo hay veces que no descansa lo suficiente, se observa cansada, con ojeras, atenta.



## 6. USO DE PRENDAS DE VESTIRSE ADECUADAS

Utiliza ropa cómoda, acorde a su edad y a las actividades que realiza. Es independiente para vestirse y desvestirse, se observa alineada y limpia; refiere cambio de ropa interior y exterior es diario.

## 7. TERMORREGULACIÓN

A la exploración física piel tibia al tacto, afebril, 36.4° C, la condición física del entorno es templada. Refiere protegerse de cambios bruscos de temperatura y en ocasiones sentirse abochornada aunque haga frío.

## 8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Refiere baño diario dependiendo la hora de su trabajo, lavarse los dientes 2 veces al día y lavarse las manos las veces que sean necesarias; dice "8 a 10 veces".

Se observa limpia alineada, piel hidratada, tibia al tacto piel gruesa y turgencia de 1", no hay presencia de edema, orejas limpias y ojos sin lagrimas, se observan estrías color blanco a nivel del vientre, se observan varices en ambos miembros inferiores, sin molestias; piel escamosa en parte anterior de ambos pies a nivel del talón; uñas limpias y cortas de manos; uñas de pies con micosis en los primeros dedos de ambos pies.

## 9. EVITAR PELIGROS

Consiente y orientada en tiempo, lugar y espacio, se muestra atenta; el tipo de vivienda con piso de cemento, 5 cuartos, cuenta con agua potable, drenaje y luz eléctrica presencia de fauna domestica (perro).

Refiere tener completo su esquema de vacunación, no tener adicciones, niega alergias y acude al médico cuando tiene citas “son periódicamente”. Trata de resolver situaciones que le provocan tensión a veces sola o con ayuda d sus hijos, ah llegado a realizar revisiones de salud por su cuenta.

#### 10.COMUNICARSE

Casada de 27 de relación, vive con sus hijos y esposo, no pertenece a ningún grupo social, refiere tener preocupaciones y sentirse estresada por problemas con su esposo y problemas económicos que tiene “recurso a mi hijos y otros familiares cuando lo necesito; para no recurrir con mi esposo”. Se muestra insegura y renuente al contestar el tipo de problemas que tiene con su esposo; habla claro y se observa un buen funcionamiento auditivo y verbal.

#### 11.VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Refiere profesar la religión católica, considera importante los valores de respeto y honestidad; sin embargo dice haber perdido la confianza en si misma por comentarios que su esposo hace; y que esto a veces si influye en su estado de ánimo, sus creencias le permiten creer que sus problemas pueden resolverse. a la entrevista se muestra apática e insegura de contestar el tipo de problemas que la hacen sentirse deprimida y triste en ocasiones.

#### 12.TRABAJAR Y REALIZARSE

Menciona trabajar actualmente y rolar turnos de 8 horas, siempre se encuentra de pie y solo descansa en su trabajo cuando es hora de comer; le gusta su trabajo y dice que le permite cubrir sus necesidades básicas; sus problemas de salud refiere que le han traído a veces problemas en su trabajo por inasistencias al

sentirse mal o tener citas en el médico; verbaliza “me desespero cuando me siento mal y no recuperarme rápido”. Refiere algunos cuidados que debe tener como el descansar, y la actividad física no de esfuerzo.

### 13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

La observación ningún problema importante que le impida realizar actividades; se muestra participativa, refiere ver televisión en su tiempo libre y realizar actividades domesticas. Menciona que le gustaría hacer manualidades o terminar de estudiar cultura de belleza.

### 14. APRENDIZAJE

Nivel de estudios secundaria, le gustaría saber más sobre su estado de salud actual y se observa tranquila y un buen funcionamiento de todos sus sentidos, escucha y ve televisión.

### 6.3 Conclusión Diagnóstica de Enfermería

Conclusión diagnóstica de Enfermería						
Necesidad		Grado de dependencia*		Causa de dificultad**		Etiqueta diagnóstica
1	Oxigenación	I		F		Fatiga Riesgo de caídas
		PD		V	X	
		D	X	C		
2	Nutrición Hidratación	I		F		Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
		PD		V	X	
		D	X	C		
3	Eliminación	I		F		Riesgo de estreñimiento.
		PD	X	V	X	
		D		C		
4	Moverse y mantener una buena postura	I		F		Dolor crónico en talón
		PD		V		
		D	X	C	X	
5	Descanso y sueño	I		F		Trastorno del patrón del sueño
		PD		V	X	
		D	X	C		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
7	Termorregulación	I		F		Termorregulación ineficaz.
		PD		V		
		D		C		
8	Higiene y protección de la piel	I		F		Deterioro de integridad cutánea.  Alto riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.
		PD	X	V		
		D		C	X	

9	Evitar peligros	I		F		Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
		PD	X	V		
		D		C	X	
10	Comunicarse	I		F		Afrontamiento ineficaz
		PD		V	X	
		D	X	C		
11	Vivir según sus creencias y valores	I		F		Riesgo de baja autoestima situacional
		PD	X	V		
		D		C	X	
12	Trabajar y realizarse	I		F		_____
		PD		V		
		D		C		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X	F		Disposición para mejorar el autocuidado
		PD		V		
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F		Disposición para mejorar los conocimientos
		PD	X	V	X	
		D		C		
		<p>*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente</p> <p>**F- Fuerza V- Voluntad C-Conocimiento</p>				

## 6. 4 Jerarquización de Necesidades

	NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1)	Moverse y mantener buena postura	Dolor crónico en talón, relacionado con prominencia ósea, manifestado por marcha claudicante e informes verbales.
2)	Nutrición	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas manifestado por peso corporal superior en un 20 % al ideal.
3)	Oxigenación	Fatiga, relacionado con sobrepeso, ocupación, manifestado por agitación al subir escaleras, percepción de necesitar energía adicional para realizar tareas.
4)	Descanso y sueño	Trastorno del patrón del sueño, relacionado con trabajo, manifestado por cansancio, ojeras y quejas verbales de no sentirse descansado.
5)	Higiene y protección de la piel	Deterioro de integridad cutánea, relacionado con micosis, manifestada por uñas engrosadas y amarillas.
6)	Comunicarse	Afrontamiento ineficaz relacionado con falta de comunicación, manifestado por falta de resolución de los problemas.

<b>7)</b>	Termorregulación	Termorregulación ineficaz, relacionado con cambios hormonales manifestada por bochornos.
<b>8)</b>	Vivir según creencias y valores	Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con falta de reconocimiento, desconfianza e inseguridad.
<b>9)</b>	Oxigenación	Riesgo de caídas relacionado con vértigo y mareo.
<b>10)</b>	Eliminación	Riesgo de estreñimiento relacionado con cambios en los patrones de alimentación habituales y obesidad.
<b>11)</b>	Higiene y protección de la piel	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con obesidad, claudicación y postura.
<b>12)</b>	Evitar peligros	Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.
<b>13)</b>	Participar en actividades recreativas	Disposición para mejorar el auto cuidado
<b>14)</b>	Aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con manifestar interés en el aprendizaje.

## 6.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 12 CONFORT	CLASE: 1 CONFORT FISICO	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b> <b>NANDA</b>  <b>ETIQUETA:</b> <p style="text-align: center;">Dolor crónico en talón</p> <b>FACTORES RELACIONADOS:</b>  <p style="text-align: center;">Prominencia ósea</p> <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>  <p style="text-align: center;">Marcha claudicante e informes verbales</p>		Nivel del dolor (2102)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido</li>   <li>• Expresiones faciales de dolor</li>   <li>• Duración de los episodios del dolor</li>   <li>• Utiliza analgésicos de forma apropiada</li> </ul>	1. Gravemente comprometido <b>2. Sustancialmente comprometido</b> 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3 hasta 5  4 hasta 5  2 hasta 4  4 hasta 5



<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<p data-bbox="365 337 621 375"><b>Manejo del dolor</b></p>	<ul data-bbox="835 289 1864 1161" style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.</li> <li>• Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</li> <li>• Enseñar uso de técnicas (terapias de actividad para disminuir el dolor).</li> <li>• Explorar el uso actual de la persona de métodos usados para el dolor y readaptarlos.</li> <li>• Verificar el nivel de dolor ( anexo 4)</li> <li>• Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</li> <li>• Enseñar al paciente a eliminar el estímulo doloroso: Evitando los movimientos innecesarios Disminuyendo la tensión muscular</li> <li>• Aplicando tópicamente calor o frío</li> <li>• Evaluar la eficacia de las medidas de alivio de dolor mediante una valoración.</li> </ul>
<p data-bbox="268 1219 716 1305"><b>Terapia de ejercicios: control muscular</b></p>	<ul data-bbox="835 1242 1759 1328" style="list-style-type: none"> <li>• Establecer secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia.</li> </ul>



### 6.5.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 2 NUTRICIÓN	CLASE: 1 INGESTA	NOC (RESULTADO)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>  Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>  Peso corporal superior en un 20% al ideal</p>		<p>Estado nutricional  1004</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ingestión de nutrientes</li> <li>• Ingestión de líquidos</li> <li>• Relación peso / talla</li> <li>• Hidratación</li> <li>• Come en respuesta al hambre</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Desviación grave del rango normal</b></li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal</li> </ol>	<p>3 hasta 4</p> <p>3 hasta 5</p> <p>2 hasta 3</p> <p>4 hasta 5</p> <p>3 hasta 4</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<b>Asesoramiento nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la persona.</li> <li>• Establecer con la persona metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</li> <li>• Determinar el conocimiento por parte de la persona acerca de los cuatro grupos de alimentos así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.</li> <li>• Revisar con la persona la medición de ingesta y eliminación de líquidos y pérdidas o ganancias de peso.</li> <li>• Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.</li> </ul>
<b>Manejo de la nutrición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</li> <li>• Incluir en la dieta alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</li> <li>• Ajustar la dieta al estilo de vida de la persona.</li> <li>• Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</li> <li>• Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso.</li> <li>• Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso.</li> </ul>

**Ayuda para disminuir el peso**

- Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer.
- Fomentar en la persona la participación, en al menos una actividad de gasto energético tres veces a la semana.
- Planificar un programa de ejercicios teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
- Fomentar el uso de sustitutos de sal y azúcar.
- Fomentar la ingesta de líquidos

### 6.5.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/ REPOSO	CLASE: 3 EQUILIBRIO DE LA ENERGÍA	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p style="text-align: center;">Fatiga</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p style="text-align: center;">Sobrepeso</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b></p> <p style="text-align: center;">Agitación al subir escaleras, cansancio.</p>		<p>Tolerancia a la actividad (0005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolerancia al subir escaleras</li> <li>• Facilidad para realizar actividades de la vida diaria.</li> <li>• Recuperación de la energía con el descanso.</li> <li>• Paso al caminar.</li> <li>• Equilibra la actividad y el descanso</li> </ul>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p><b>4. Levemente comprometido</b></p> <p>5. No comprometido</p>	<p>4 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>3 hasta 4</p> <p>3 hasta 4</p>

<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Fomento del ejercicio</b></p>	<p><b>NOC (Actividades )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a empezar a realizar ejercicio</li> <li>• Enseñar a individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno.</li> <li>• Establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.</li> <li>• Determinar las limitaciones físicas de la persona.</li> <li>• Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</li> <li>• Controlar el cumplimiento del individuo del programa de ejercicios.</li> </ul>
<p><b>Manejo de la energía</b></p>	<p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar qué y cuanta actividad física necesita para reconstruir la resistencia física.</li> <li>• Vigilar la respuesta cardiorespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez, frecuencia respiratoria).</li> <li>• Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</li> <li>• Enseñar técnicas de organización de actividades a gestión del tiempo para evitar la fatiga</li> </ul>

### 6.5.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO	CLASE:1 SUEÑO/REPOSO	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p>Trastorno del patrón del sueño</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p>Trabajo</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b></p> <p>Cansancio, ojeras y quejas verbales de no sentirse descansado</p>		<p>Descanso (0003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de descanso.</li> <li>• Calidad del descanso.</li> <li>• Descansado físicamente.</li> <li>• Patrón del descanso.</li> <li>• Descansado mentalmente.</li> </ul>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p><b>3. Moderadamente comprometido</b></p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>3 hasta 5</p> <p>2 hasta 4</p> <p>2 hasta 5</p> <p>2 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p>



<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Mejorar el sueño</b></p>	<p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el esquema sueño/vigilia.</li> <li>• Explicar la importancia de un sueño adecuado.</li> <li>• Animar a la persona a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia a la de sueño.</li> <li>• Disponer y llevar a cabo medidas agradables (masajes, buena colocación) para crear un ambiente confortable.</li> <li>• Disponer de siestas durante el día.</li> <li>• Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares y permitir el ciclo del sueño.</li> <li>• Explicar la importancia a los seres queridos de la calidad del sueño de la persona.</li> </ul>
<p><b>Entrenamiento autogénico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente sobre el propósito de la intervención.</li> <li>• Iniciar actividades de relajación (posturales y narradas).</li> <li>• Animar a la persona que permanezca relajado 15 a 20 minutos con el fin de disminuir la sensación de pesadez.</li> </ul>

### 6.5.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN	CLASE:2 LESIÓN FÍSICA	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Deterioro de la integridad cutánea</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>  Micosis</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>  Uñas engrosadas y amarillas</p>		<p>Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. (1609)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumple las precauciones recomendadas</li> <li>• Cumple con los tratamientos prescritos.</li> <li>• Realiza cuidados personales.</li> <li>• Supervisa los efectos terapéuticos del tratamiento</li> </ul>	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p><b>3. A veces demostrado.</b></p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p><b>5. Siempre demostrado.</b></p>	<p>3 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<b>Cuidados de los pies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner pies en remojo</li> <li>• Limpiar las uñas</li> <li>• Secar cuidadosamente entre espacios interdigitales</li> <li>• Ofrecer una rutina habitual de cuidado.</li> <li>• Comprobar el nivel de hidratación de los pies.</li> <li>• Cortar las uñas cuando estén blandas.</li> <li>• Enseñar al paciente a preparar y arreglarse las uñas:</li> <li>• Cortándose en forma recta para evitar que se incruste.</li> </ul>
<b>Administración de medicación tópica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la zona donde se aplicará la medicación</li> <li>• Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la persona.</li> <li>• Aplicar el fármaco tópico según prescripción</li> <li>• Explicar a la persona las ventajas de la medicación tópica.</li> <li>• Observar respuesta de la persona hacia el medicamento</li> </ul>
<b>Acción interdependiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir al podólogo</li> </ul>

### 6.5.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS	CLASE:2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p style="text-align: center;">Afrontamiento ineficaz</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p style="text-align: center;">Falta de comunicación con su pareja</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b></p> <p style="text-align: center;">Falta de resolución de los problemas</p>		<p>Afrontamiento de problemas (1302)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica patrones de superación verbaliza sensación de control.</li> <li>• Evita situaciones estresantes.</li> <li>• Refiere disminución de sentimientos negativos.</li> <li>• Refiere aumento del bienestar psicológico</li> </ul>	<p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p><b>3. A veces demostrado</b></p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado.</p>	<p>3 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>3 hasta 4</p>

<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Aumentar el afrontamiento</b></p>	<p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> <li>• Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar sentimientos de impotencia.</li> <li>• Confrontar los sentimientos ambivalentes de la persona.</li> <li>• Valorar deseos de la persona de necesitar apoyo social.</li> <li>• Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones.</li> <li>• Alentar la manifestación de sentimientos y miedos</li> </ul>
<p><b>Aumentar los sistemas de apoyo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el grado de apoyo familiar.</li> <li>• Determinar el grado de apoyo económico.</li> <li>• Observar la situación familiar actual.</li> <li>• Implicar a la familia en la planificación del problema.</li> </ul>

### 6.5.6 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCION	CLASE: 6 TERMORREGULACION	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b> <b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Termorregulación ineficaz</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Cambios hormonales</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Bochornos</p>		<p>Termorregulación (0800)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comodidad térmica referida</li> <li>• Temperatura aumentada</li> <li>• Temperatura disminuida</li> <li>• Cambios de coloración cutánea</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. <b>Levemente comprometido</b></li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<b>Regulación de la temperatura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Observar y registrar la presencia de signos y síntomas de hipertermia e hipotermia.</li> <li>• Favorecer una ingesta nutricional de líquidos adecuada.</li> </ul>
<b>Control de temperatura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a la persona a utilizar el termómetro y realizar lecturas de temperatura y el registro de la temperatura.</li> <li>• Retirar el uso excesivo de ropa si se requiere.</li> <li>• Aplicar medio de control físico, para disminuir o controlar la temperatura corporal.</li> </ul>
<b>Orientación sobre el climaterio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir posibles cambios de animo</li> <li>• Explicar posibles golpes de calor, sentir calor en cara, cuello y pecho.</li> <li>• Posibles sudores nocturnos.</li> <li>• Problemas para dormir.</li> <li>• Cambios vaginales e infecciones.</li> <li>• Osteoporosis</li> </ul>

### 6.5.7 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:6 AUTO PERCEPCIÓN	CLASE:2 AUTOESTIMA	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Riesgo de baja autoestima situacional</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p>Falta de reconocimiento, desconfianza e inseguridad</p>		<p>Autoestima (1205)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalización es de auto aceptación</li> <li>• Comunicación abierta</li> <li>• Nivel de confianza</li> <li>• Sentimientos sobre su propia persona</li> <li>• Descripción del yo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca positivo</li> <li>2. Raramente positivo</li> <li>3. <b>A veces positivo</b></li> <li>4. Frecuentemente positivo</li> <li>5. Siempre positivo</li> </ol>	<p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p>



<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Apoyo emocional</b></p>	<p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con la persona que desencadenan las emociones</li> <li>• Animar a la persona a que exprese los sentimientos de ansiedad tristeza y desconfianza</li> <li>• Proporcionar apoyo durante la aceptación de la fases de sentimientos</li> <li>• Favorecer la conversación o el llanto como medio de la disminución de la respuesta emocional</li> <li>• Remitir a servicios de asesoramiento</li> </ul>
<p><b>Potenciación de la autoestima</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a la persona a identificar sus virtudes</li> <li>• Reafirmar virtudes personales</li> <li>• Ayudar a la persona a identificar las respuestas de ayuda</li> <li>• Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta</li> <li>• Animar a la persona a evaluar la propia conducta</li> <li>• Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.</li> </ul>

### 6.5.8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	CLASE:2 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	NOC RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p>Riesgo de estreñimiento</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p>Cambios en los patrones de alimentación habituales y sobrepeso</p>		<p>Eliminación intestinal (0501)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación.</li> <li>• Cantidad de heces en relación a la dieta.</li> <li>• Facilidad de eliminación.</li> <li>• Estreñimiento</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. <b>No comprometido</b></li> </ol>	<p>4 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<b>Manejo intestinal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valorar presencia de sonidos intestinales</li><li>• Capacitar a la persona a valorar el color volumen, frecuencia y consistencia de las heces.</li><li>• Instruir a la persona sobre alimentos ricos en fibra.</li><li>• Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases.</li><li>• Asegurar la ingesta adecuada de líquidos.</li><li>• Enseñar a la persona a observar signos y síntomas de estreñimiento:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Distensión abdominal</li><li>○ Flatulencias</li><li>○ Esfuerzo ineficaz</li><li>○ Dolor al defecar</li><li>○ Disminución en la frecuencia</li></ul></li><li>• Identificar factores (medicamentos, dieta, estrés) que puedan ser la causa de estreñimiento.</li></ul>

### 6.5.9 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE:2 LESIÓN FÍSICA	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>  <b>NANDA</b>  <b>ETIQUETA:</b> <p style="text-align: center;">Riesgo de caídas</p> <b>FACTORES RELACIONADOS:</b>  <p style="text-align: center;">Vértigo, mareo</p>		Equilibrio (0202)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mareo</li> <li>• Agitación</li> <li>• Tambaleo</li> <li>• Equilibrio al caminar</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li><b>4. Levemente comprometido</b></li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	4 hasta 5 5 hasta 5 5 hasta 5 4 hasta 5

<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Prevención de caídas</b></p>	<p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas</li> <li>• Controlar la marcha y el equilibrio</li> <li>• Instruir a la persona para pedir ayuda si lo precisa</li> <li>• Valorar la necesidad de requerir apoyo adicional</li> </ul>
<p><b>Vigilancia: seguridad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar si hay alteraciones de la función neurológica, física, cognoscitiva de la persona que puedan conducir a caídas</li> <li>• Determinar el grado de vigilancia requerido</li> <li>• Instruir al paciente sobre medidas de seguridad para la prevención de caídas, si se necesita.</li> <li>• Comunicar la información acerca del riesgo de caídas a familiares</li> </ul>

### 6.5.10 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO	CLASE: 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR PULMONAR	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p>Alto riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p>Sobrepeso, claudicación y mantenerse de pie</p>		<p>Perfusión tisular periférica (0407)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenado capilar de los dedos de los pies.</li> <li>• Sensibilidad.</li> <li>• Coloración de la piel</li> <li>• Edema periférico.</li> <li>• Dolor localizado en extremidades</li> <li>• Presión sanguínea</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li><b>4. Levemente comprometido</b></li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>5 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<p data-bbox="226 337 772 423"><b>Monitorización de las extremidades inferiores</b></p>	<ul data-bbox="850 342 1871 878" style="list-style-type: none"> <li>• Examinar si en la piel hay evidencia de lesiones.</li> <li>• Determinar el estado de movilidad.</li> <li>• Examinar si en el pie hay evidencias de presión.</li> <li>• Palpar pulso pedio y tibial posterior.</li> <li>• Determinar el tiempo de llenado capilar.</li> <li>• Realizar una vigilancia continua de las extremidades inferiores para determinar las necesidades de derivación como mínimo cuatro veces al año.</li> <li>• Enseñar a la persona síntomas y signos como parestesias dolor, presión, imposibilidad en la marcha.</li> </ul>
<p data-bbox="380 943 716 976"><b>Fomento del ejercicio</b></p>	<ul data-bbox="850 959 1871 1276" style="list-style-type: none"> <li>• Animar a la persona a empezar rutinas de ejercicio.</li> <li>• Ayudar a la persona a integrarse a un programa de ejercicios en su rutina semanal.</li> <li>• Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado.</li> <li>• Enseñar a reconocer señales/ síntomas de tolerancia/ intolerancia al ejercicio durante y después de las rutinas</li> </ul>

**Descanso de miembros inferiores**

- Elevación de los miembros a 45°.
- Utilización de medias antiembòlicas para favorecer el retorno venoso.



### 6.5.11 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 5 PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN	CLASE: 4 COGNICIÓN	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p style="text-align: center;">Disposición para mejorar los conocimientos</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p style="text-align: center;">Manifestar interés sobre su salud</p>		<p>Conocimiento: fomento de la salud (1823)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de conductas que fomenten la salud.</li> <li>• Descripción de conductas para prevenir lesiones.</li> <li>• Descripción de medidas eficaces para el control del peso.</li> <li>• Descripción de una dieta sana.</li> </ul>	<p>1. Ninguno</p> <p>2. Escaso</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Sustancial</p> <p><b>5. Extenso</b></p>	<p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<b>Facilitar el aprendizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer claramente los objetivos de la enseñanza</li><li>• Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades cognitivas y afectivas de la persona.</li><li>• Proporcionar información adecuada.</li><li>• Adaptar la información con los deseos y necesidades personales.</li><li>• Fomentar la participación activa de la persona.</li><li>• Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida y rutina de la persona.</li><li>• Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li><li>• Responder preguntas de una forma clara y concisa</li></ul>

### 6.5.12 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	CLASE: 2 GESTIÓN DE LA SALUD	NOC RESULTADO	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b></p> <p><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b></p> <p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud</p>		<p>Conducta de fomento de la salud (1602)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza conductas para evitar los riesgos.</li> <li>• Realiza los hábitos sanitarios correctamente</li> <li>• Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.</li> <li>• Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés.</li> <li>• Supervisa los riesgos de la conducta personal.</li> </ul>	<p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado.</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p><b>4. Frecuentemente demostrado.</b></p> <p>5. Siempre demostrado.</p>	<p>4 hasta 5</p> <p>5 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>3 hasta 5</p> <p>4 hasta 5</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<p data-bbox="407 337 575 423"><b>Enseñanza Individual</b></p> <p data-bbox="247 724 735 810"><b>Intercambios de información de cuidados de salud.</b></p>	<ul data-bbox="831 342 1953 1049" style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la necesidad de enseñanza de la persona, valorando el nivel actual de conocimientos y comprensión del mismo</li> <li>• Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con la persona</li> <li>• Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas</li> <li>• Instruir al paciente cuando corresponda</li> <li>• Reforzar la conducta que ya tiene aprendido.</li>   <li>• Identificar el tipo de información al alcance y el lugar donde se encuentra.</li> <li>• Informar de los diagnósticos médicos y de cuidados específicos.</li> <li>• Identificar el equipo y material que tiene al alcance para los cuidados.</li> <li>• Pedir información a otros profesionales de la salud para elevar los conocimientos.</li> </ul>

## VII. CONCLUSIONES

El proceso de Enfermería se centra, en construir una estructura que pueda cubrir, de una forma individualizada las necesidades que la persona tenga afectadas, y además esto hace posible que el profesional de enfermería actúe con un carácter científico; en una forma racional y sistemática sin perder de vista el cuidado; y que, la persona participe en su propio cuidado.

En lo que se refiere al caso clínico, respecto al diagnóstico de dolor crónico en talón; se determinó con la persona el nivel de dolor y se calificó de acuerdo a la escala visual analógica (EVA), al primer contacto se encontró a la persona con el dolor sustancialmente comprometido; esto de acuerdo a la escala de medición, a medida que se llevaron a cabo las intervenciones, se valoró nuevamente a la persona al usar la talonera y medicamento; dice “que el nivel de dolor disminuye con el uso de esta, mas sin embargo hay ocasiones en que si es fuerte el dolor”, muestra alivio con los masajes y se propone seguir evaluando el uso de la talonera y se canalizará a servicio de ortopedia.

La persona mostraba un exceso de peso por lo cual en conjunto con ella se platicó sobre una dieta y se habló con ella sobre los factores de riesgo al padecer sobrepeso, fue disminuyendo el consumo de refresco, actualmente ingiere más agua y refiere sentirse con menos distensión en su abdomen, se realizó un horario de comidas acoplándolo a sus horarios de trabajo y se integró a su familia para trabajar con ella en cuanto a sus hábitos alimenticios. Continuo así y se evaluó 3 semanas después, tomando peso el cual ha disminuido 300 grs. Siendo así que las intervenciones de igual manera han ayudado a empezar a manejar la fatiga relacionado con su peso y el riesgo de estreñimiento que puede presentar por la alimentación que ella tenía. Los resultados se verán poco a poco y al momento el objetivo se logró en un 80%.

Se platicó y se aconsejó a la persona a cerca de afrontar los problemas y de buscar un grupo de ayuda en caso de no poder hacerlo sola; se habló con la familia, mayormente con los hijos, la persona ha mostrado apoyarse más en ellos; y expresar sus preocupaciones, sin embargo, se orientó y se recomendó asistir a algún grupo de apoyo. Se muestra más segura al expresar sus sentimientos. El objetivo se logro en un 70%.

Para la realización del trabajo los limitantes que se me presentaron fue el tiempo que en ocasiones la persona tenía para continuar con su valoración, en ocasiones no se pudo asistir puesto que la persona como se menciona rola turnos en su trabajo y hubo ocasiones que se empalmaron horarios, sin embargo se pudo valorar satisfactoriamente y la persona se mostro interesada en continuar con los cuidados y seguir trabajando en su persona.

## VIII. SUGERENCIAS

El Proceso de Atención de Enfermería favorece la atención de calidad al individuo, familia y comunidad, quienes a su vez al conocer sus necesidades y problemas, participaran en este proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud.

A su vez el trabajar bajo este proceso considero que mejora las capacidades de relación, la comunicación, el interés, conocimientos e información hacia la persona desarrollando confianza y obteniendo datos de manera que se respete la individualidad de la persona y proporcione integridad a su familia.

En cuanto a la utilización del modelo de Virginia Henderson es uno de los modelos más completos desde el punto de vista personal, ya que, se valora a la persona no solo en sus necesidades biológicas; entorno y las situaciones en que se desarrolla la persona, considero que es de útil aplicación para seguir trabajando el proceso de atención de enfermería en personas aparentemente sanas.

El seminario que se impartió como opción a titulación, me pareció idóneo y excelente puesto que además de poder titularse por esta manera es mucha más rápida; en cuanto tiempo, me parece que refuerza lo que en general es la base de la formación en enfermería, el Método Enfermero.

## IX. GLOSARIO

**Adulto:** Etimológicamente el término adulto procede del verbo latino “adolescere”, que significa “crecer”. En la forma del participio pasado, el verbo “adolescere” se convierte en la palabra “adultum”. Por lo tanto, su significado con la expresión “el que ha terminado de crecer o de desarrollarse, el crecido”.

**Ansiedad:** La ansiedad es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o, por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

**Autogénico:** Que se origina o engendra a sí mismo.

**Climaterio:** es un periodo de transición que se prolonga durante años, antes y después de la menopausia, como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas, folículos y ovocitos.

**Depresión:** Situación patológica consistente en una perturbación de la vida psíquica, con caída de su tono y tendencia patológica a la tristeza.

**Disfunción eréctil:** es tener dificultades para lograr o mantener una erección. La disfunción eréctil se hace más común a medida que envejece. Pero la disfunción sexual masculina no es una parte natural del envejecimiento.

**Fatiga:** es una falta de energía y de motivación.

**Inmunología:** es el estudio de la forma en que nuestro organismo se protege de macromoléculas extrañas o de microorganismos invasores y la manera en que responde a estos.

**Ira:** es una emoción que se expresa con el resentimiento, furia o irritabilidad.



**Irritabilidad:** es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo o positivo en el medio ambiente y poder reaccionar mediante este. Tiene un efecto patológico o fisiológico.

**Matronas:** es la persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto

**Menopausia:** Cese definitivo de la menstruación en las mujeres adultas. Período comprendido entre los 45 y 55 años en que desaparecen definitivamente las funciones ováricas.

**Microbiología:** es la ciencia encargada del estudio de los microorganismos, seres vivos pequeños. Se dedica a estudiar los organismos que son sólo visibles a través del microscopio

**Monasterios:** es un edificio donde habita uno o varios monjes

**Metrorragia:** Salida de sangre por vagina procedente del útero. Hemorragia anormal entre dos reglas.

**Pasteurización:** es el proceso térmico realizado a líquidos (generalmente alimentos) con el objetivo de reducir los agentes patógenos que puedan contener: bacterias, protozoos, mohos y levaduras, etc. El proceso de calentamiento recibe el nombre de su descubridor, el científico-químico francés Louis Pasteur (1822-1895)

**Pirámide nutricional:** Es un recurso didáctico que se propone como guía dietética para la población o un sector de la población (niños, jóvenes, adultos, ancianos, etc.). Como tal guía que es, se basa en recomendaciones relativas al tipo de alimentos y la frecuencia con que se deben consumir, con objetivo de mantener la salud.

**Prominencia:** Abultamiento, elevación de una cosa con respecto a lo que está a su alrededor.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro-LeFevre R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Elsevier Masson: Barcelona.

Andrade Cepeda, R.M. (2004). Manual del proceso de cuidado en Enfermería.

Collière, M.F. (1993). Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill.

Martín-Caro, C. García, M. M. (2001). Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. España: Elsevier.

Mora Martínez, J. (2003) .Guía Metodológica para la Gestión Clínica para Procesos: Aplicación en Las Organizaciones de Enfermería. Madrid: Díaz de santos.

Carpenito, L. J. (1995). Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana.

Cornachione, M. (2006). Psicología del desarrollo: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Córdoba: Edit. Brujas.

García, M. (2002). El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Barcelona: Progreso.

Heather, H. (2009-2011). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación de NANDA International*. USA: Elsevier.

Iyer, P. (1992). Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. *Nursing*, 10 (3): 40-44.

Jiménez, G. (2012). Teorías del desarrollo III. Edit. Red tercer milenio: México de [www.aliatuniversidades.com.mx/.../pdf/.../Teorias\\_del\\_desarrollo\\_III](http://www.aliatuniversidades.com.mx/.../pdf/.../Teorias_del_desarrollo_III)

Lluch Canut, M. (2004). Enfermería psicosocial y de salud mental: marco conceptual y metodológico. Barcelona: Edit. Universitat.

Fernández Ferrín, María. C. Navarro Gómez, M. (2005). De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. elsevier: Barcelona.

Marriner, T. (2005). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Mosby.

Navarro, M. (2003). *De la Teoría a la Practica el pensamiento de Virginia Henderson* en el siglo XXI. Barcelona: Masson.

Pérez Hernández, M. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de cardiología.

# XI. ANEXOS

## Anexo 1

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M

FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

**DATOS GENERALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LLEGA: SOLO ( ) FAMILIA ( ) AMBULANCIA ( ) OTRO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_ TIEMPO QUE TIENE CON EL: \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR MEDICAMENTOS QUE TOMA:

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	HORARIO	MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	HORARIO

**OXIGENACION**

**TENSIÓN ARTERIAL:** BRAZO DERECHO \_\_\_\_\_ BRAZO IZQUIERDO \_\_\_\_\_ **FRECUENCIA**

**CARDIACA:** \_\_\_\_\_ TAQUICARDIA ( ) BRADICARDIA ( ) ARRITMIA ( ) **PULSO:** \_\_\_\_\_

TAQUISFIGNIA ( ) BRADISFIGNIA ( ) FILIFORME ( ) REBOTANTE ( ) **GRUPO SANGUÍNEO:** A ( )

B ( ) AB ( ) O ( ) Rh POS. ( ) Rh NEG. ( )

**PATRÓN RESPIRATORIO:** FRECUENCIA.: \_\_\_\_\_ RITMO: TAQUIPNEA ( ) BRADIPNEA ( ) NORMAL ( )  
**PROFUNDIDAD:** SUPERFICIAL ( ) PROFUNDA ( ) PAM: \_\_\_\_\_ **TIPO:** KUSMAULL ( ) ORTOPNEA ( )  
 DISNEA ( ) CHEYNE STOKES ( ) PVC: \_\_\_\_\_ SIGNO DE HOMMANS POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )

**ESTILO DE VIDA:** SEDENTARIA ( ) ACTIVA ( ) ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA CON SU RESPIRACIÓN? SÍ ( ) NO ( ) **TOS:** FRECUENTE ( ) AISLADA ( ) PRODUCTIVA ( ) SECA ( )  
 ¿HAY SECRECIONES AL TOSER? SÍ ( ) NO ( ) ESCASA ( ) ABUNDANTE ( ) BLANQUECINA ( )  
 VERDOSA ( ) AMARILLENTA ( ) HEMATICA ( )

¿EXISTE MOLESTIA AL TOSER? SÍ ( ) NO ( ) DESCRÍBALA: \_\_\_\_\_

**PRESENTA:** MAREO ( ) AGITACIÓN ( ) VERTIGO ( ) FATIGA AL: SUBIR ESCALERAS ( ) AL CAMINAR ( ) AL COMER ( ) OTROS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**COLORACION:** CIANOSIS DISTAL ( ) CIANOSIS PERIBUCAL ( ) PALIDEZ ( ) VARICES ( )  
 TORTUOSIDAD VENOSA ( ) LLENADO CAPILAR MENOR A 5" ( ) MAS DE 5" ( ) EQUIMOSIS ( )  
 HEMATOMAS ( ) APOYO VENTILATORIO: MASCARILLA ( ) PUNTAS NAALES ( ) CANULA ( )  
 VENTILADOR ( )

<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>	<b>QUIMICA SANGUINEA</b>	<b>GASOMETRIA ARTERIAL</b>	<b>TIEMPOS</b>
HEMOGLOBINA _____	GLUCOSA _____	pCO <sub>2</sub> _____	T.T. _____
HEMATOCRITO _____	UREA _____	pO <sub>2</sub> _____	T.P.T. _____
LEUCOCITOS _____	CREATININA _____	pH _____	
PLAQUETAS _____	COLESTEROL _____		
	TRIGLICERIDOS _____		
	ACIDO URICO _____		

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### NUTRICION E HIDRATACION

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ PESO IDEAL: \_\_\_\_\_ I.M.C. \_\_\_\_\_

¿A PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?: SÍ ( ) NO ( ) ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

¿A GANADO PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?: SÍ ( ) NO ( ) ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

**COMPLEJIÓN:** ATLETICA ( ) CAQUEXICA ( ) OBESO ( ) DELGADO ( ) PIKNICO ( )

**SE ALIMENTA:** SOLO ( ) CON AYUDA ( ) SONDA ( ) OTRO ( ) HORARIO: DESAYUNO: \_\_\_\_\_ COMIDA: \_\_\_\_\_ CENA: \_\_\_\_\_ COMIDAS HABITUALES: UNA ( ) DOS ( ) TRES ( ) CUATRO O MAS ( ) CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE INGIERE AL DÍA: MENOS DE 500 ML ( ) 500 A 1000 ML ( ) MÁS DE 1000 ML. ( ) ACOSTUMBRA TOMAR: AGUA ( ) REFRESCO ( ) JUGOS ( ) TÉ ( ) CAFÉ ( )

ALIMENTOS O LÍQUIDOS QUE ORIGINAN:

PREFERENCIA: \_

DESAGRADO:

**TIPO DE DIETA:** NORMAL ( ) BLANDA ( ) AYUNO ( ) PAPILLA ( ) SUPLEMENTOS ( )

**PRESENTA:** ANOREXIA ( ) NÁUSEAS ( ) VÓMITO PREPRANDIAL ( ) VOMITO POSPRANDIAL ( ) INDIGESTIÓN ( ) HIPERÁCIDEZ ( ) AUMENTO DEL APETITO ( ) DISMINUCIÓN DEL APETITO ( ) ACIDEZ ( ) REGURGITACIÓN ( ) ERUCTOS ( ) HEMATEMESIS ( ) DISTENSION ( ) MASTICACION DOLOROSA ( ) DISFAGIA ( ) POLIDIPSIA ( ) CRECIMIENTO ABDOMINAL ( ) FLATULENCIA ( )

**CAVIDAD ORAL:** SECA ( ) HIDRATADA ( ) ESTOMATITIS ( ) CARIES ( ) PRÓTESIS ( ) GINGIVITIS ( ) ULCERAS ( ) SIALORREA ( ) XEROSTOMIA ( ) SENSIBILIDAD AL FRÍO ( ) SENSIBILIDAD AL CALOR ( ) FALTA DE PIEZAS DENTALES ( ) FLICTENAS ( ) PROTESIS DENTAL FIJA ( ) MOVIBLE ( )

OBSERVACIONES:

---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### ELIMINACION

**INTESTINAL** EN 24 HORAS: FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ COLOR: CAFÉ ( ) VERDOSA ( ) NEGRA ( ) AMARILLA ( ) CONSISTENCIA: FORMADA ( ) LIQUIDA ( ) SEMILIQUIDA ( ) PASTOSA ( ) CARACTERISTICAS: OLEOSA ( ) MUCOSA ( ) GRUMOSA ( ) CON RESTOS ALIMENTICIOS ( ) SANGUIÑOLENTAS ( ) FETIDA ( ) PRESENCIA DE: DOLOR ( ) ESTREÑIMIENTO ( ) DIARREA ( ) INCONTINENCIA ( ) HEMORROIDES ( ) MELENA ( ) ACOLIA ( ) PUJO ( ) TENESMO ( ) FLATULENCIA ( ) HERIDAS ( ) ESTOMA ( ) RUIDOS PERISTALTICOS ANORMALES ( ) DISTENSIÓN ( ) MASAS ( ) CUANDO ESTA ESTREÑIDO UTILIZA: LÍQUIDOS ( ) ALIMENTOS ( ) FÁRMACOS ( ) ENEMAS ( )

**VESICAL** EN 24 HORAS: FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_ OLORES: \_\_\_\_\_

PRESENCIA DE: HEMATURIA: ( ) NICTURIA ( ) DISURIA ( ) POLIURIA ( ) COLURIA ( ) OLIGURIA ( ) POLAQUIURIA ( ) ENURESIS ( ) ANURIA ( ) RETENCION ( ) SONDA ( ) PAÑAL ( ) OTRO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**MENSTRUACIÓN:** CANTIDAD \_\_\_\_\_ ASPECTO \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_ OLORES \_\_\_\_\_

SECRECION VAGINAL: CANTIDAD \_\_\_\_\_ ASPECTO \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_ OLORES \_\_\_\_\_ PRURITO: \_\_\_\_\_

**EGO:** CREATININA \_\_\_\_\_ UREA \_\_\_\_\_ BACTERIAS \_\_\_\_\_ PROTEINAS \_\_\_\_\_ GLUCOSA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ ( ) NO ( ) ESPECIFICAR ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_  
DIARIO ( ) SEMANALMENTE ( ) OCASIONALMENTE ( ) ¿SABE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ ( ) NO ( ) ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**PRESENCIA DE:** DOLOR MUSCULAR ( ) EDEMA ARTICULAR ( ) PARESIAS ( ) PARESTESIAS ( )  
HEMIPLEJIA ( ) PARAPLEJIA ( ) CUADRIPLEJIA ( ) DISMINUCION DE FUERZA ( ) RIGIDEZ  
MATUTINA ( ) CREPITACION ( ) ASTENIA ( ) ADINAMIA ( ) DEBILIDAD ( ) LIMITACION DE  
MOVIMIENTO ( ) ARTRALGIAS ( ) UTILIZA APARATOS ( ) PARÁLISIS ( ) DEFECTOS ÓSEOS ( )  
REPOSO RELATIVO ( ) REPOSO ABSOLUTO ( ) TEMBLORES ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )

### **DESCANSO Y SUEÑO**

AL DÍA DESCANSA: MENOS DE 30 MIN. ( ) DE 30 MIN. A 1 HORA ( ) MÁS DE 1 HORA ( ) TIPO  
DE SUEÑO: FISIOLÓGICO ( ) INDUCIDO ( ) INSOMNIO ( ) RONQUIDOS ( ) HORAS DE  
SUEÑO: MENOS DE 5 HORAS ( ) DE 5 A 7 HORAS ( ) MÁS DE 7 HORAS ( )

SE NOTA: SOMNOLIENTO ( ) BOSTEZA FRECUENTEMENTE ( ) CANSADO ( ) TIENE OJERAS ( )  
AL DESPERTAR SE SIENTE: CANSADO ( ) TENSO ( ) DESCANSADO ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )

### **USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

CAMBIO DE ROPA INTERIOR ( ) FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ NYLON ( ) ALGODÓN ( )

CAMBIO DE ROPA EXTERIOR ( ) FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ AJUSTADA ( ) HOLGADA ( )

¿NECESITA AYUDA PAR VESTIRSE/DESVESTIRSE? SÍ ( ) NO ( ) VESTIDO: INCOMPLETO ( )  
DESCUIDADO ( ) SUCIO ( ) INADECUADO A LA SITUACIÓN ( ) EXHIBICIONISMO ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )



### TERMORREGULACION

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_°C ORAL ( ) OTICA ( ) AXILAR ( ) RECTAL ( )

PRESENCIA DE: ESCALOFRIOS ( ) PILOERRECCION ( ) DIAFORESIS ( ) CONTROL DE TEMPERATURA: SÍ ( ) NO ( ) MEDIOS: \_\_\_\_\_ ¿SE PROTEGE DE CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA? SÍ ( ) NO ( ) ¿CÓMO? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( ) AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

BAÑO: PARCIAL ( ) TOTAL ( ) REGADERA ( ) TINA ( ) OTRO ( ) FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

LAVADO DE MANOS ( ) FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ LAVADO DE DIENTES ( ) FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

¿USA ALGÚN PRODUCTO PARA EL CUIDADO DE LA PIEL? SÍ ( ) NO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

### PIEL

CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES	ESPECIFICAR REGION
PIGMENTACIÓN	PALIDEZ ( ) CIANOSIS ( ) ICTERICIA ( ) ROBICUNDEZ ( ) HIPERPIGMENTADA ( ) CLOASMA ( ) MELASMA ( ) ANGIOMAS ( ) NORMAL ( ) MANCHADA ( )	
TEMPERATURA	NORMAL ( ) FRIA ( ) CALIENTE ( )	
TEXTURA	CELULITIS ( ) ASPERA ( ) NORMAL ( )	
TURGENCIA	MENOS DE 5" ( ) MAS DE 5" ( ) EDEMA ( ) SECA ( )	
LESIONES	CONTUSIONES ( ) CICATRICES ( ) MASAS ( ) ESTRIAS ( ) HERIDAS ( ) PAPULAS ( ) VESICULAS ( ) ISQUEMIA ( ) COSTRAS ( ) ESCAMAS ( ) EROSION ( ) ESCORIACION ( ) ULCERAS ( ) NEVOS ( ) VERRUGAS ( ) COMEDON ( ) AMPOLLA ( ) PUSTULA ( ) TATUAJES ( )	
PRURITO		

UÑAS	QUEBRADIZAS ( ) MICOSIS ( ) MORDIDAS ( ) BLANCAS ( )	
OLOR		

CABELLO: ALINEADO ( ) DESALINEADO ( ) LIMPIO ( ) SUCIO ( ) SEBORREA ( ), FACIL DESPRENDIMIENTO ( ), ESCAMAS ( )

OJOS: LAGRIMEO ( ) ENROJECIMIENTO ( ) SECRECIÓN ( ) OTRO ( )

OREJAS: CERUMEN ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

#### EVITAR PELIGROS

ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

SR ( ) FECHA: \_\_\_\_\_ TT ( ) FECHA: \_\_\_\_\_ INFLUENZA ( ) ADICIONES: DROGAS ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ ALCOHOL ( ) FARMACODEPENDENCIA ( ) OTRA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CON QUE ACUDE AL: MEDICO: \_\_\_\_\_ DENTISTA: \_\_\_\_\_

MEDIDAS PREVENTIVAS QUE REALIZA PARA PREVENIR ENFERMEDADES Y ACCIDENTES:

**DOLOR:** SI ( ) NO ( ) **CARACTERISTICAS:** COLICO ( ) PUNZANTE ( ) OPRESIVO ( )

LACERANTE ( ) QUEMANTE ( ) CONSTANTE ( ) INTERMITENTE ( ) ESPORADICO ( )

INTENSIDAD + ( ) ++ ( ) +++ ( ) UBICACIÓN: \_\_\_\_\_ SE INTENSIFICA CON:

\_\_\_\_\_ DISMINUYE CON: \_\_\_\_\_

ALERGIAS:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA QUE SEAN FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD: HUMEDAD ( )

ESCALERAS SIN BARANDAL ( ) **PISOS:** TIERRA ( ) CEMENTO ( ) LOZETA ( )

PERSONAS CON LAS QUE VIVE: 1-2 ( ) 3-4 ( ) 5-6 ( ) 7 o más ( ) NUM. DE HABITACIONES ( )

HACINAMIENTO ( ) PROMISCUIDAD ( )

FAUNA NOCIVA SI ( ) NO ( ) MOSCAS ( ) CUCARACHAS ( ) ROEDORES ( ) FAUNA DOMESTICA SI ( ) NO ( ) PERROS ( ) GATOS ( ) AVES ( )

CUENTA CON AGUA POTABLE? SI ( ) NO ( ) CON DRENAJE SI ( ) NO ( ) LUZ ELECTRICA SI ( ) NO ( )

ESTADO MENTAL: ALERTA ( ) ORIENTADO EN: TIEMPO ( ), LUGAR ( ) ESPACIO ( )

AGRESIVO ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) VISION BORROSA ( ) ESCOTOMA ( ) DIPLOPIA ( ) CONVULSIONES ( ) LETARGICO ( ) EXCITABILIDAD PSICOMOTRIZ ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA: ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

#### **NECESIDAD DE COMUNICARSE**

¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO SOCIAL? SÍ ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ?

\_\_\_\_\_

VIVE CON: HIJOS ( ) PADRES ( ) PAREJA ( ) PARIENTES ( ) AMIGOS ( ) SOLO ( ) OTRO ( ) ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

¿TIENE PROBLEMAS EN LA RELACIÓN CON ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA? SÍ ( ) NO ( ) ¿CON QUIEN? \_\_\_\_\_

**TIPO DE COMUNICACIÓN:** ORAL ( ) ESCRITA ( ) SEÑAS ( ) HABLA: NORMAL ( ) POCO CLARA ( ) INCOMPLETA ( ) INCOHERENTE ( ) PAUSADO ( ) AFSIA ( ) IDIOMA/DIALECTO ( ) SIN HABLA ( ) DISLALIA ( ) TARTAMUDEO ( ) BALBUCEO ( ) VERBORREICO ( ) DISLÉXICO ( ) COPROLAICO ( ) AUDITIVO: SORDERA ( ) DETERIORO AUDITIVO ( ) DISPOSITIVO ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### **VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES**

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA DE ALGÚN SERVICIO RELIGIOSO:

\_\_\_\_\_

¿QUÉ VALORES CONSIDERA IMPORTANTES?

\_\_\_\_\_

¿QUÉ VALORES CONSIDERA QUE HA PERDIDO?

\_\_\_\_\_

¿CÓMO INFLUYEN SUS CREENCIAS EN SU ESTILO DE VIDA?

\_\_\_\_\_

¿CONSIDERA QUE SUS CREENCIAS INFLUYEN EN SU ESTADO DE SALUD?

\_\_\_\_\_

¿RECORRE A TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA MANTENER SU SALUD?

\_\_\_\_\_

¿EN QUE MEDIDA SUS VALORES SE HAN ALTERADO POR SU SITUACIÓN DE SALUD?

\_\_\_\_\_

FETICHES ( ) COLGIJES ( ) TATUAJES ( ) IMÁGENES ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL: BUENO ( ) GRAVE ( ) MALO ( )

HISTORIA LABORAL:

\_\_\_\_\_

TRABAJA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_ TIPO DE EMPLEO: FIJO ( ) TEMPORAL ( ) ANTIGÜEDAD:

\_\_\_\_\_

JORNADA: \_\_\_\_\_ ¿TIENE INCAPACIDAD? SI ( ) NO ( ) TIPO:

LA ENFERMEDAD LE HA TRAI DO PROBLEMA: PSICOLÓGICO ( ) ECONÓMICO ( ) LABORAL ( )  
FAMILIAR ( ) LA ENFERMEDAD LE CAUSA: INQUIETUD ( ) CORAJE ( ) DESESPERACION ( )  
TRISTEZA ( ) DEPRESION ( )

DEPENDIENTE ECONOMICO ( ) INDEPENDIENTE ECONOMICO ( )

¿CONSIDERA QUE PUEDE LOGRAR EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD?

¿CONOCE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER EN SU PADECIMIENTO?: SI ( ) NO ( )

¿MENCIONE ALGUNOS?

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )

#### **PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA? : \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE:

\_\_\_\_\_

EN SU TIEMPO LIBRE: VA AL CINE ( ) AL PARQUE ( ) CAMINA ( ) COME ( ) BAILA ( ) VE T:V.  
( ) OYE MÚSICA ( ) ASISTE A CONCIERTOS ( ) OTRA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO PARTICIPO POR ÚLTIMA VEZ EN ACTIVIDADES DE ESTE TIPO? \_\_\_\_\_

¿DISPONE DE RECURSOS PARA DEDICARSE A COSAS QUE LE INTERESEN? \_\_\_\_\_

¿LA DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO ES EQUILIBRADA ENTRE TRABAJO Y DISTRACCIÓN? SI ( ) NO ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )

#### **NECESIDADES DE APRENDIZAJE**

ESCOLARIDAD: ANALFABETA ( ) ALFABETA ( ) ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

DESEMPEÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

PROBLEMAS ESCOLARES \_\_\_\_\_

¿CONOCE EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_ LA INFORMACION QUE HA RECIBIDO  
RESULTA: INSUFICIENTE ( ) CLARA ( ) CONFUSA ( ) COMPLETA ( )

¿CONOCE SU DIAGNOSTICO MÉDICO?  
\_\_\_\_\_

¿CUENTA CON RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE?: \_\_\_\_\_ MENCIONELO: \_\_\_\_\_

¿LE GUSTARIA SABER MÁS SOBRE? SI MISMO (FÍSICAMENTE) ( ) NECESIDADES BÁSICAS ( ) ESTADO  
DE SALUD ACTUAL ( ) TRATAMIENTO ( ) AUTOCUIDADO ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )

### SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

¿DEMUESTRA COMODIDAD CON SU PROPIA IDENTIDAD SEXUAL? \_\_\_\_\_ ¿POR QUÉ?

ENFERMEDADES QUE DIFICULTEN LA FUNCION SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ETS ( ) ESPECIFICAR:  
\_\_\_\_\_ OTRAS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

GENITALES: ERUPCIÓN ( ) IRRITACIÓN ( ) LESIONES ( ) SECRECIÓN ( )

**MUJER:** MENARCA: \_\_\_\_\_ RITMO: \_\_\_\_\_ FLUJO: \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_ FUM:  
\_\_\_\_\_ AMENORREA ( ) IVSA ( ) HIPERMENORREA ( ) METRORRAGÍA ( ) NO PAREJAS  
SEXUALES ( ) CIRCUNCIDADO ( ) MENOPAUSIA ( ) P:F: ( ) ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
PAPANICOLAO ( ) FECHA: \_\_\_\_\_ RESULTADO: \_\_\_\_\_ **MAMAS:**  
TURGENTES ( ) FLACIDAS ( ) MASAS ( ) SIMETRICAS ( ) ASIMETRICAS ( ) GRIETAS ( )  
SANGRADO ( ) GALACTORREA ( ) DOLOROSAS ( ) HIPEREMICAS ( ) PEZON: FORMADO ( )  
INVERTIDO ( ) PLANO ( ) SEMIPLANO ( ) EXAMEN MENSUAL DE MAMA: SI ( ) NO ( ) ¿POR  
QUÉ? \_\_\_\_\_

### SOLO EMBARAZADAS

HISTORIA DEL EMBARAZO: GESTA: \_\_\_\_\_ PARTOS: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_ CESÁREAS: \_\_\_\_\_ LUI ( )  
) OBITOS: \_\_\_\_\_ FUP: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ SDG: \_\_\_\_\_ FU  
\_\_\_\_\_ F.C.F \_\_\_\_\_

LOQUIOS: HEMATICOS ( ) SEROHEMATICOS ( ) SEROSOS ( ) FETIDOS ( ) COAGULOS ( )

**HOMBRES:** ANTIGENO PROSTATICO NO ( ) SI ( ) RESULTADO: \_\_\_\_\_ PENE:  
CIRCUNCIDADO ( ) LESIONES ( ) SECRECION: PURULENTO ( ) SANGUIÑOLENTO ( ) EXAMEN  
MENSUAL DE TESTÍCULOS: SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

EXAMEN MENSUAL DE MAMA/TESTÍCULOS: SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE  
CONOCIMIENTOS ( )

**ELABORO:** \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Obesidad y sobrepeso

**(Organización Mundial de Salud. Nota descriptiva N°311, Mayo de 2012)**

#### Datos y cifras

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

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

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

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>).

La definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.



El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

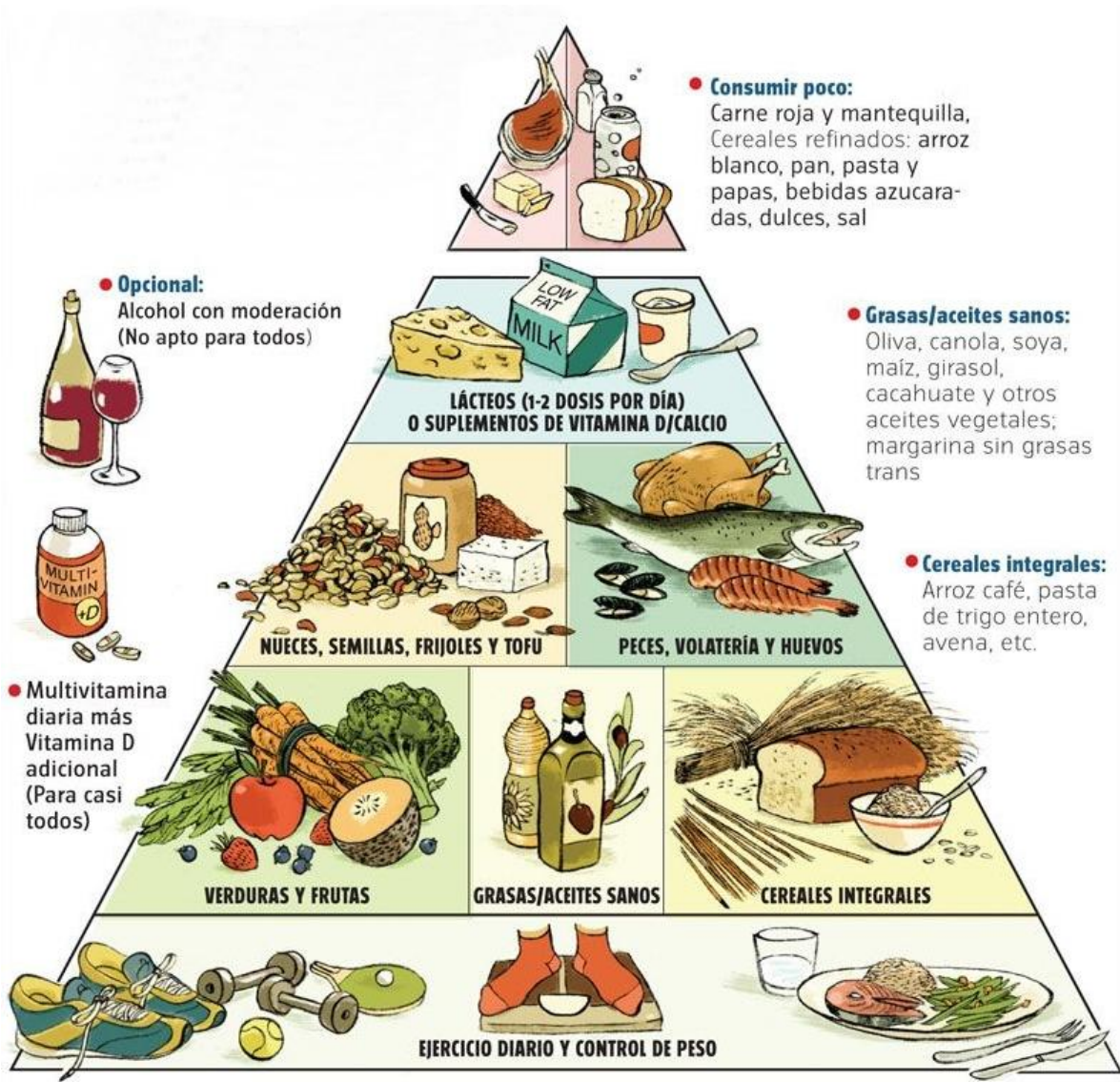
Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebro vascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis) y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

<b>CLASIFICACION</b>	<b>IMC</b>
<b>BAJO PESO</b>	<b>MENOR A 18.5</b>
<b>RANGO NORMAL</b>	<b>18.5 - 24.9</b>
<b>PRE OBESO</b>	<b>25 - 29.9</b>
<b>OBESO GRADO 1</b>	<b>30 - 34.9</b>
<b>OBESO GRADO 2</b>	<b>35 - 39.9</b>
<b>OBESO GRADO 3</b>	<b>IGUAL O MAYOR A 40</b>

## Anexo 3

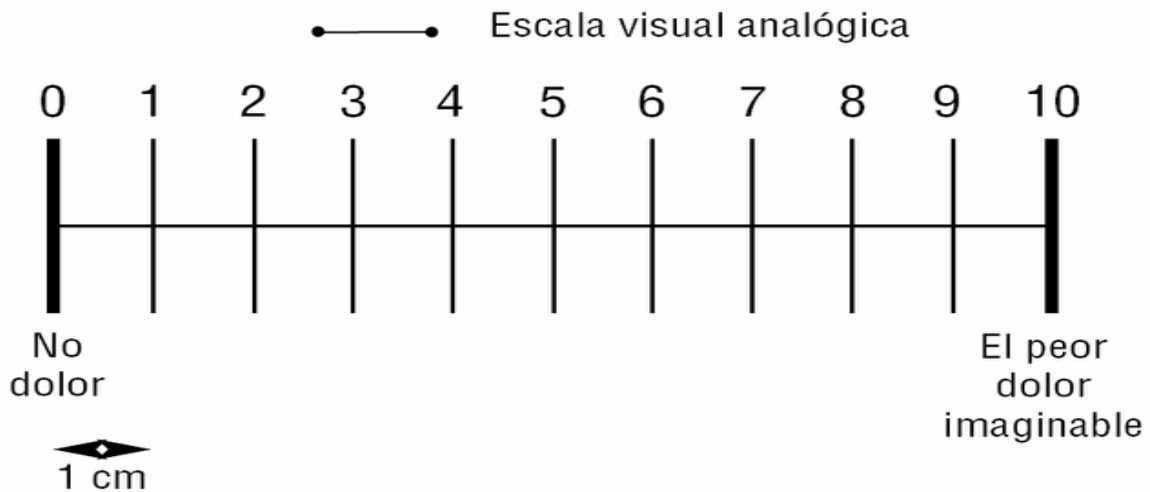
### Pirámide Nutricional



## Anexo 4

### Escala Visual Analógica (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



## Anexo 5

### Ejercicios para aliviar el dolor en el talón



- Rodar pelota bajo el pie
- Rodar botella bajo el pie

Se sienta en la silla y coloca una botella bajo el pie, se recomienda que este fría para un efecto anti-inflamatorio.

- Presión longitudinal con el pulgar

Se cruzara de piernas y colocara su pulgar y dará presiones longitudinales del talón hacia los dedos y aumentando la presión cada vez más, si encuentra una zona con mayor dolor; realizar movimientos circulares en esa zona.



#### Recomendaciones:

- Realizar los ejercicios varias veces al día
- La duración de cada ejerció será de 3 a 5 minutos