



**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 CON
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES
METABÓLICAS, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOMBRE DEL ALUMNO

VELISARIO MERINO GARCÍA

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

M.E. MARÍA AURORA GARCÍA PIÑA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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
PRESENTE.

Me permito informar a usted que **el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería aplicado a una Persona con Desequilibrio Nutricional Ingesta Superior a las Necesidades Metabólicas, con base en el Modelo de Virginia Henderson**


Elaborado por:

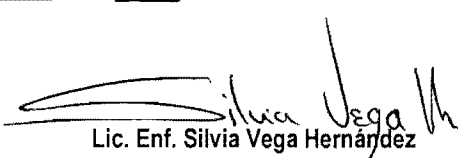
- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. <u>Velisario Merino García</u> | Núm. de expediente: 408511850 |
| 2. _____ | |
| 3. _____ | |

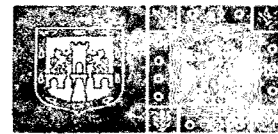
Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta
------------------	---------	--------	----------------

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

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


 María Aurora García Piña
 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



A G R A D E C I M E N T O S

Agradecerte a ti Dios por bendecirme para lograr una meta más en mí vida profesional, y alcanzar un sueño anhelado.

A mis Padres y hermanos por confiar en mí, para lograr este éxito. En especial a ti hermana **María A. Merino García** por brindarme tu incondicional apoyo en todo momento durante mi formación Académica y Profesional.

A los profesores que han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a la profesora Lic. en Enfermería y Obstetricia Norma Sánchez Martínez, por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

A mi asesora del Proceso Atención de Enfermería, Lic. En Enfermería y Obstetricia **María Aurora García Piña**, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigador.

A ti amiga Clara Domínguez Gil, por la confianza, lealtad y apoyo emocional siempre demostrado durante toda mi carrera profesional.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que agradezco por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Velisario Merino García

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	7
II. JUSTIFICACIÓN	9
III. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo general.....	11
3.2 Objetivos específicos:.....	11
IV. METODOLOGÍA	12
V. MARCO TEÓRICO	14
5.1 Antecedentes históricos de la enfermería.	14
5.1.1 La etapa de la sociedad primitiva	14
5.1.2 Dentro del periodo clásico.....	15
5.1.3 En la era del cristianismo	15
5.1.4 Durante la Concepción Nightingale.....	17
5.1.5 Modernismo.....	19
5.2 Definición de Enfermería.....	20
5.2.1 El cuidado de enfermería como objeto de estudio.....	22
5.2.2 Noción del cuidado.....	22
5.3 Proceso Atención de Enfermería.	23
5.3.1 Etapa de Valoración.....	23
5.3.2 Etapa de diagnóstico de enfermería.	27
5.3.3 Etapa de Planeación.	29
5.3.4 Etapa de Ejecución	33
5.3.5 Etapa de Evaluación	35
5.4 Filosofía de Virginia Henderson.....	36
5.4.1. Aportaciones teóricas	38
5.4.2 Conceptos básicos de Virginia Henderson	40

VI. DESARROLLO DEL PROCESO	42
6.1. Presentación del Caso Clínico.	42
6.2. Valoración de las 14 necesidades Básicas de Virginia Henderson.	44
6.3. Conclusión Diagnóstica de Enfermería	51
6.4. Jerarquización de Necesidades.....	53
6.5. Plan de cuidados de enfermería.....	54
VII. CONCLUSIONES	81
VIII. SUGERENCIAS	83
IX. GLOSARIO	84
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
XI. ANEXOS	89
11.1. Instrumento de recolección de datos de Virginia Henderson.	90
11.2 Formato de Conclusión Diagnóstica de Enfermería.....	97
11.3. Obesidad	99
11.4 Diabetes Mellitus	106
11.5 Hipertensión arterial.....	119
11.6 Trípticos.	139

I. INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería debe concientizar que las medidas de prevención deben ser de interés primordial, ya que en nuestro país, la diabetes mellitus considerada enfermedad crónica degenerativa, ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 80 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año, con esto contribuyen y evitan las posibles ocurrencias de afectaciones a las necesidades básicas de las personas, por ello es importante abordar a las personas aparentemente sanas para orientar y así aumenten o mantengan su bienestar físico, emocional, social, cultural y económica. (INEGI 2011).

El profesional de enfermería provee servicios de salud realizando actividades, destrezas con alto sentido de ética, solidario de manera empática a las personas en el proceso de salud o enfermedad, así como a sus familiares y a la sociedad en general y que tiene la finalidad de fortalecer emocional y espiritualmente a las personas.

Al proporcionar un cuidado integral al individuo, familia o comunidad que presenta alguna alteración de sus necesidades básicas, es necesario promover acciones específicas en el plan de cuidados para lograr el bienestar y así contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de las personas.

El proceso atención de enfermería es una metodología que permite brindar el cuidado y consta de cinco fases: Valoración de enfermería, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación; en el momento de integrar un modelo teórico, permite al enfermero(a) guiar el cuidado hacia la independencia, con base en el modelo de Virginia Henderson.

El presente trabajo consiste en la aplicación del Proceso de Enfermería, el cual permite valorar a cada persona con la finalidad de conocer su estado de salud.

Este trabajo fue realizado con la señora P.G, que se encontraba en su domicilio en el estado de México, se encuentra cursando la sexta década de la vida, tiene varias necesidades básicas con dependencia como la de nutrición e hidratación, la del movimiento y mantener buena postura, higiene y protección de la piel, por mencionar algunas.

Para la recolección de datos, se utilizó el instrumento metodológico (ver anexo1), permitiendo analizar los datos obtenidos y construir el diagnostico de enfermería el cual valora las 14 necesidades básicas en cualquier ser humano, esto es con la finalidad de intervenir de manera eficaz en la promoción, tratamiento y restablecimiento de la salud de la persona, así como ayudarle a ser independiente.

El presente trabajo está organizado con una justificación donde enuncio los motivos de la elaboración de este proyecto, con los objetivos, los cuales permiten el desarrollo y construcción del mismo; un marco teórico en cual se sustentan los principios científicos, es decir un marco referencial de la temática.

Posteriormente se presenta el caso clínico en donde se describe a manera de síntesis el trabajo realizado con esta persona, es decir se describe la valoración de necesidad, la valoración las intervenciones y el estado actual de salud.

La parte sustancial de este trabajo es el plan de cuidados, el cual está estructurado con base en el formato que señala la construcción de los planes según la Comisión Interinstitucional de Enfermería, (2011).

Finalmente se integran conclusiones, sugerencias y anexos en las cuales se podrá explicar brevemente el contenido de este proyecto

II. JUSTIFICACIÓN

En México ha aumentado el número de casos de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad, como son: diabetes, hipertensión arterial entre otras, afectando al 70% de la población mayor de 20 años. En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 80.788 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año. INEGI. (2011).

El INEGI (2012), reporta que la esperanza de vida es de 75 años de edad para hombres y mujeres, sin embargo la presencia de enfermedades crónico degenerativas influye en la disminución de calidad de vida, la diabetes mellitus tipo II, se considera un problema de salud pública que tiende a las cifras de morbilidad cifras 413.450 personas, cuando la hipertensión arterial sistémica con cifras hasta 519.836 personas con este problema.

Por lo anterior, es una necesidad centrar y sumar esfuerzos, en la atención primaria a la salud, dirigida principalmente a las personas con estos padecimientos, con especial énfasis en la promoción de actividades de enseñanza para promover estilos de vida saludable a la persona, familia y comunidad; así mismo de la participación activa de las autoridades de salud correspondientes.

Una estrategia para fortalecer esta acción, se establece en las Normas Oficiales Mexicanas, NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad, NOM-043-SSA-2005, Servicios básicos de Salud para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, y la NOM-168-SSA-1998 o NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012, del Expediente Clínico, que contribuyen a la estandarización de la atención de enfermería en todos los niveles de atención a la salud, involucrando acciones preventivas, de enseñanza, control y rehabilitación.

Por tanto, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe brindar cuidado de manera individualizado a las personas, para fomentar la educación para la salud de tal manera que se limite la presencia de complicaciones o secuelas de las enfermedades crónico degenerativas.

Cabe señalar que el interés por seleccionar este proceso de enfermería fue con la finalidad de aplicar el método de cuidados, realizar secuencia del aprendizaje así como una actualización de la temática; es decir desarrollar una herramienta que permite obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Aplicar un proceso de enfermería con una persona adulta aparentemente sana, con base en el modelo de Virginia Henderson; en su domicilio, en el periodo de marzo a junio del presente año.

3.2 Objetivos específicos:

- ▶ Identificar las necesidades alteradas en la persona, según la filosofía de Virginia Henderson.
- ▶ Elaborar Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas.
- ▶ Crear el plan de cuidados en la persona, conforme a los diagnósticos enfermeros elaborados.
- ▶ Ejecutar las intervenciones de enfermería en la persona, siguiendo el plan de cuidados establecido.
- ▶ Evaluar las intervenciones de enfermería realizadas en la persona.

IV. METODOLOGÍA

Para la realización del presente proceso de enfermería se desarrollaron las siguientes actividades.

Primeramente solicitar a la Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud del Distrito Federal cursar el seminario de Proceso atención de Enfermería para titulación, posteriormente se elige una persona para la aplicación del mismo y obtener su consentimiento informado de la señora P.G., para aplicar el instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante una entrevista directa, lo cual arrojó datos objetivos y subjetivos, se realiza exploración física, contemplando estado emocional, cultural y económica, teniendo total colaboración de la señora P.G.

Se realiza nuevamente revaloración durante los meses de abril y mayo, con tres sesiones de dos horas, se utilizó para ello cinta métrica, hojas blancas, bolígrafo, lápiz, goma, báscula, glucómetro, baumanómetro, estetoscopio, termómetro, computadora portátil e impresora.

Obtenidos los datos anteriores, se elaboran los diagnósticos de enfermería, reales, de riesgo y de salud, se utiliza el formato de la NANDA y formato PESS, para la construcción de los diagnósticos de enfermería.

Para la etapa de planeación se utiliza el formato de la Taxonomía NOC con la finalidad de priorizar los cuidados a las necesidades alteradas para la evaluación de los indicadores, correspondientes a cada uno ellos con los resultados esperados y las intervenciones de enfermería.

Durante el mes de junio se capturan los planes de cuidados en el formato de planes y finalmente la evaluación con la puntuación diana valorando continuamente con la escala de Likert, esta de evaluación, tiene como objetivo

saber si los cuidados e información otorgados a la señora P.G., fueron adecuados para satisfacer sus necesidades alteradas, si se mejoró su condición de salud, calidad de vida y si hubiera necesidad de ajustar las etapas anteriores.

De manera simultánea la construcción del plan de cuidados se realiza la búsqueda bibliográfica para elaboración del marco teórico.

Finalmente cabe señalar que este trabajo se realizó por medio de un seminario taller el cual está programado en 14 sesiones y con modalidad semipresencial.

El último mes de julio se transcribe y se realiza revisión general del trabajo, durante los primeros 15 días del mes de septiembre se recaban firmas para la autorización de impresión de ejemplares, se envía el archivo a la imprenta, para la impresión y empastado, finalmente se realiza la entrega de ejemplares en la biblioteca central de la UNAM., un ejemplar en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

V. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se van a enunciar conceptos y definiciones del proceso de enfermería desde el panorama histórico, se abordan la historia de la enfermería, desde el punto de vista de los cuidados, su objeto de estudio, lo cual permite profundizar en esta área para comprender el quehacer de la disciplina.

La enfermería ha pasado por diferentes periodos históricos que han ocurrido en forma paralela a los contextos sociales, políticos o religiosos.

El relato histórico establece una relación de parentesco con los antepasados tanto próximos como lejanos y un sentimiento de continuidad en el interior de los miembros del grupo, el espacio habitado y el proyecto de continuar la construcción del desarrollo de la profesión.

5.1 Antecedentes históricos de la enfermería.

Según Hernández Conesa (1995), plantea para la revisión histórica del cuidado de enfermería, a través de las siguientes etapas:

5.1.1 La etapa de la sociedad primitiva

Se refiere a la sobrevivencia, en donde la mujer se encargaba de cuidar las condiciones de la casa y el hombre salía a buscar alimentos para sobrevivir, en aquella época la madre primitiva era la gran líder y se encargaba de transmitir conocimientos empíricos de generación en generación, utilizando plantas, hierbas para curar sus males, síntomas o molestias, con ello ayudaban a sus semejantes.

A todo esto se le denominó cuidados domésticos institucionales.

5.1.2 Dentro del periodo clásico

El conocimiento mítico de las cosas, da paso al desarrollo de la razón, los cuidados de enfermería son enmarcados en las coordenadas, mágico religiosa, en el ámbito doméstico con algunas incursiones a nivel institucional.

Los cuidados se brindaban en los templos como el de esculapio, siguieron una orientación mística y delegada de la medicina natural como consecuencia de los remedios naturales, tareas que se asignaba a las mujeres, esclavos y siervos como "objetos jurídicos", sobre los que se tenía la propiedad, esto representó un valor social de castigo para quienes brindaban el cuidado.

La mujer era quien se encargaba de seleccionar hierbas medicinales, ayudando a los enfermos, o bien iniciaban los sacerdotes del templo a realizar estas actividades; a esta etapa denominó concepción mágico religioso técnico.

5.1.3 En la era del cristianismo

En esta época se basan sus hechos en valores a partir de las sagradas escrituras, que confieren a Dios el poder sobre la vida, la salud y la muerte.

La enfermedad es permitida por lo divino en función del pecado y el principal medio que poseen los mortales para librarse de sus dolencias, es la oración.

El valor social de caridad y ayuda que otorga el Cristianismo al cuidado y los objetivos espirituales, como ocurrió con los barberos y sangradores, de esta forma "la caridad" en la que encuentra su sentido el concepto de "ayuda" y por tanto los "los Cuidados Enfermeros", es considerada como instrumento de salvación para la vida eterna.

Esta idea lleva a muchos cristianos a dedicar su vida al cuidado de pobres y enfermos. Así, "Los cuidados de Enfermería" se institucionalizaron basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar "Vocacional-Cristiano-Caritativo", era la mujer, la enfermera consagrada que desempeñaba oficialmente las tareas de auxilio a pobres, enfermos y desvalidos.

En el siglo III, en la iglesia, el obispo era llamado "Padre de los pobres", el diácono era su delegado y con él colaboraban las mujeres, generalmente viudas que recibieron el nombre de diaconisas, las tareas de las diaconisas "no eran más que una continuación de aquella mezcla de cuidados mágicos, empíricos y de los tratamientos domésticos que las mujeres de la época empleaban en sus hogares" y estaban dirigidos hacia los más necesitados, por lo que se dedicaron a la educación de los niños huérfanos, labores pastorales entre mujeres y al cuidado de los enfermos, Febe, fue una de las primeras mujeres que se mencionan como seleccionadas para el servicio del diaconato, se le conoce como la primera diaconisa y la primera enfermera de la historia, se cree que asistía a los pobres en sus propios hogares, siendo su principal objetivo ayudar a la salvación del alma., la historia la refiere también como la primera enfermera visitadora.

Las viudas y vírgenes vivían en sus hogares pero con el tiempo se hicieron monjas, para la mujer de aquella época era sus modos vivendus. Por otro lado las mujeres romanas, que por su condición de casadas no podían ser diaconisas, recibieron el nombre de "Matronas romanas".

5.1.4 Durante la Concepción Nightingale

Para el siglo XVII, fue la primera teórica en enfermería, quien aplica sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, el cuidado a la salud de las personas, desarrollo su teoría en un país que inició la transformación de las relaciones sociales de producción y distribución de bienes materiales y espirituales. Como consecuencia de la revolución industrial aparece la clase de la burguesía, que transformaría no solo las condiciones de vida material de los hombres, sino también el pensamiento.

El aumento demográfico fue una consecuencia de la mejora en las condiciones materiales de vida.

En 1882 Robert Koch, descubrió el bacilo ácido resistente, que es el agente de la tuberculosis y que podía destruirse con el calor, quedando confirmado el papel mitológico del sol como purificador. No hay regulación sobre condiciones de salubridad en las hacinadas ciudades.

Nightingale aseguraba que si se cumplían los 5 puntos esenciales para la salubridad se mantendría la salud, ellos son: Aire puro, Agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. En este nuevo siglo surgen nuevas epidemias como la fiebre amarilla, cólera, enfermedades venéreas, etc. Semmelweis revoluciona la atención a las parturientas con medidas higiénicas.

En 1830, se establecen los fundamentos de la diabetología, entre otros., en este contexto, hay progreso e individualización de numerosas enfermedades considerándose este período como la Revolución Biológica, donde se comienzan a plantear las repercusiones económicas por los problemas de salud. La enfermería hasta ese momento se había basado en una idea de arte y no de ciencia.

La enfermería se beneficia para sus prácticas de cuidados generales y materno-infantiles, con los descubrimientos de Pasteur (Revolución Pasteuriana), se manejan conceptos de asepsia y antisepsia, se descubre la anestesia a base de éter 1846 y cloroformo 1848.

A manera de conclusión, Florence Nightingale logró sentar bases en la disciplina de Enfermería a través de los siguientes postulados:

- Orientación centrada en el enfermo y no en la enfermedad.
- Consideración de los aspectos psicológicos y ambientales en relación con la salud y los cuidados.
- Orientación pseudomilitar, laica, profesional y religiosa
- Orientación centrada en la observación de los hechos de cuidados y planificación de los mismos.
- Orientación centrada en una formación específica y preparación sistemática para ejercer la enfermería, así como la investigación de los elementos y naturaleza de los cuidados de enfermería.
- Orientación que, por su época y el estatus de la mujer, está relacionada con la dependencia médica y las actitudes morales de las enfermeras.
- Orientación centrada que enfermeras formen otras enfermeras
- Orientación centrada que la enfermera participe en la administración de las instituciones de salud.
- Orientación centrada en aspectos de prevención y fomento de la salud.
- Orientación hospitalaria y extra hospitalaria de los cuidados de enfermería.
- Orientación remunerada de los cuidados de enfermería como servicio profesional.

5.1.5 Modernismo

En el siglo XX, etapa contemporánea, con el estudiante de enfermería, surge la idea de formar enfermeras y enfermeros en las diferentes especialidades; iniciando los cursos pos técnicos en atención de enfermería al paciente en estado crítico, enfermería médico quirúrgica, pediatría, atención a la salud pública, nefrología, administración y docencia en los servicios de enfermería.

Se crean modelos y teorías, trabajo en equipo, trabajo por funciones, trabajo por esquema, políticas y manuales. Avances de la tecnología y la ciencia, en donde las máquinas suplen las funciones de los hombres.

En la década de los 50's surgen los modelos de enfermería americanos fundamentados con teorías como son las sociales, psicología, pedagogía, entre otras.

Dan auge con mayor impacto en las diferentes especialidades; actualmente hay cursos pos-técnicos en las diferentes áreas.

El México moderno (1945), la escuela de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se separa de la carrera de Medicina y toma el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia. En 1948 se crea la Dirección General de Profesiones, y en ese año se registra con el número 1 Guadalupe Vertiz, Enfermera Militar se establece la licenciatura de enfermería en 1967, y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Dirigida por la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter hasta 1974.

En 1961, México es admitido como país miembro del Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

En diciembre de 1967 se crea la asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C.

5.2 Definición de Enfermería

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo

“Es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas como grupos a mantener o recuperar su bienestar”, Leininger (1998).

Disciplina, profesión y práctica social compuesta por fundamentos filosóficos, históricos, éticos; su misión es el cuidado profesional a la salud del ser humano individual y colectivo en diferentes momentos del proceso vital y en contextos culturales diversos para ayudarlos a alcanzar mejores condiciones de vida.

La profesión de enfermería constituye un segmento particular en la cima de la jerarquía social, es decir, una elite de trabajadores dotados de competencias elevadas, con fuerte autonomía para ejercer sus actividades, independientes en el seno de una organización, quienes recurren a un conjunto de reglas y de mecanismos de control para garantizar el conocimiento que transmiten; la profesión se constituye también por el valor de las competencias, sus costos económicos, su prestigio social y el rigor ético de su práctica y sobre todo concede mucha importancia a la institucionalización de estas actividades en relación con la ciencia moderna, ya que esto tiene un punto común con la esfera ocupacional, Parsons, (1967).

En el ejercicio profesional se visibiliza la labor de la enfermería, este hacer es socialmente aceptado porque la sociedad lo demanda, está reglamentado y tiene un proceso de formación profesional que trasmite su ser, su saber y sus formas de hacer.

- **Ser de la enfermería.** Disciplina, profesión y práctica social cuyo foco es el cuidado a la salud.
- **Saber de la enfermería.** Cuerpo de conocimientos acerca de la salud enfermedad, la persona, el entorno y el cuidado.
- **Hacer de la enfermería.** Trabajar con seres humanos con una base ética y bioética donde sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación con su razón de ser.

Aun con todo esto, la actividad profesional de las enfermeras es difícil de identificar y de conceptualizar ya que durante mucho tiempo fue identificada como oficio, para ello diferenciamos ocupación, oficio y profesión.

Ocupación. Actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa; puede ser el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que llene el tiempo. Müller, (2004).

Una ocupación alcanza el estatus de profesión cuando la actividad se ejerce mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión a reglas y normas de conducta entre los miembros y los no-miembros y la adhesión de una ética del servicio social.

Oficio; es una actividad laboral que no requiere de estudios formales.

Profesión; se refiere a un amplio estrato de ocupaciones relativamente prestigiadas, pero de muy diversa índole, cuyos miembros han tenido algún tipo de educación superior y se identifican más por su estatus educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas (etiqueta profesional). Freidson, (2001).

5.2.1 El cuidado de enfermería como objeto de estudio

Etimológicamente la palabra cuidado tiene dos connotaciones:

- Del latín “cura”: cuidado, solicitud.
- Del latín “cogitare”: pensar, prestar atención, asistir (a alguien), poner solicitud (en algo).

“El Cuidado determina lo que puede ser percibido por una persona y se dirige hacia la respuesta individual determinada por su mundo vivencial”, Benner P. (2002).

Destaca que el cuidar depende en gran medida del contexto, lo cual crea ciertas dificultades para desarrollar una ciencia del cuidar. Leininger (1978).

“**Cuidar** es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca”, Colliere F. (1996).

5.2.2 Noción del cuidado

Tipos de cuidados, según. Colliere, (1996)

CARE: Son cuidados de costumbres y hábitos relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida, estos representan todos los cuidados permanente y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, basados en todo tipos de hábitos, costumbres y creencias, ejemplo: beber, comer, mover, evacuar, lavar, desplazarse.

CURE: Cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Garantiza la continuidad de la vida, encuentra obstáculos o trabas. Ejemplo; Hambre, falta de recursos en energía alimentaria para mantener la función vital.

5.3 Proceso Atención de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales y potenciales. Este proceso está compuesto de cinco etapas que son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, Según la NANDA, (2009-2011).

El proceso de enfermería, es el método científico simplificado, que se caracteriza por la sistematización lógica y la integración de toda experiencia y competencias; conocimientos, habilidades, actitudes y valores adquiridos por el o la enfermera para proporcionar el cuidado a la respuesta humana del paciente, con la calidez y calidad requerido por la dignidad de la persona humana.

El proceso de enfermería es el medio para el logro de la meta de ámbitos socioemocional y técnico-directivo o instrumental, el nivel funcional óptimo de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales, estructurado en cinco etapas:

5.3.1 Etapa de Valoración.

La valoración, es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y comunidad, permite determinar el estado de salud de la persona en sus dimensiones biofisiológico, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espirituales, con la finalidad de hacer una valoración holística.

Se utilizan procedimientos tales como: la entrevista, y el examen físico, que permiten reunir la información necesaria de la persona para conocer su estado general de salud. Sus actividades se centran en la recogida de información de datos sobre el paciente, con el objetivo de identificar los problemas de salud reales o potenciales.

Los datos se recogen sistemáticamente en esta fase, mediante la observación, la entrevista y el examen físico.

A manera de conclusión en la valoración se realizan los siguientes aspectos:

1. Obtención de datos.
2. Interpretación de los datos obtenidos.
3. Organización y síntesis de los datos.

Las fuentes para la recolección de datos pueden ser directas o indirectas.

- De manera directa es con la persona.
- De forma indirecta puede ser: familia o personas que convivan con él, otros profesionales de la salud y expediente clínico.

Se utilizan tres métodos para recoger información durante la valoración de enfermería y son: La entrevista, la observación y el examen físico.

La entrevista

Es un proceso complejo que requiere capacidades de comunicación e interacción por un lado y por otro no olvidar que debe ser una actividad técnica, en la cual la enfermera aplicará sus conocimientos científicos.

Se centra en la identificación de las respuestas del enfermo, que pueden tratarse mediante la intervención de la enfermera y el paciente, permite dar y recibir información.

Los aspectos a tener en cuenta por parte del profesional son:

1. Preparación teórica
2. Comunicación verbal.
3. Comunicación no verbal.
4. Coherencia.
5. Atención.

En la exploración física, se utilizan cuatro técnicas específicas y son:

- ✓ Inspección
- ✓ Palpación
- ✓ Auscultación
- ✓ percusión.

Inspección

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

La inspección es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, de las características del cuerpo en su superficie externa y de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación exterior, por ejemplo, boca y facies.

Cuando se realiza el examen físico como tal, el examinado se colocará de pie, sentado o acostado, de acuerdo con lo que queremos examinar y con las limitantes físicas o facultativas que este pueda tener, y el explorador se situará frente al mismo, de espaldas a la luz, si la persona explorada está de pie o sentada, o al lado derecho si está acostada, cuando el explorador es diestro y al lado contrario cuando el que examina es zurdo.

Palpación. Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Percusión. Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos, que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo.

Este método fue inventado por Leopold Joseph Auenbrugger a mediados del siglo XVIII y dio lugar a un enorme progreso en el diagnóstico de las enfermedades del tórax, pero desde el advenimiento de los rayos Roentgen, ha perdido gran parte de su valor, pues ambos suministran informaciones análogas, siendo mucho más exacta la radiología, tanto que se ha dicho que los errores de la percusión son de centímetros, mientras que los de la radiología son solo de milímetros.

El descubrimiento de la auscultación y el invento del estetoscopio a principios del siglo XIX por René Laennec. Originó una verdadera revolución en el diagnóstico de las enfermedades del tórax (pulmones y corazón), pues una serie de condiciones patológicas irreconocibles en vida fueron fácilmente individualizadas por este método de exploración; por ejemplo: bronquitis, enfisema pulmonar, neumonía, pleuresía, lesiones valvulares cardiacas, pericarditis, etcétera.

A pesar del tiempo transcurrido y del advenimiento de otros métodos modernos con una finalidad más o menos similar, como el registro gráfico de los fenómenos acústicos, la auscultación continúa siendo uno de los métodos fundamentales del examen físico de los sistemas cardiovascular y respiratorio.

La auscultación consiste en la apreciación con el sentido del oído, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón (auscultación cardiovascular), o por la entrada y salida del aire en el sistema respiratorio (auscultación pulmonar), o por el tránsito en el tubo digestivo (auscultación abdominal), o finalmente por cualquier otra causa (auscultación fetal, articular, etc.).

Hay dos métodos para auscultar: la auscultación inmediata y la auscultación mediata.

Auscultación inmediata; Se realiza aplicando directamente el oído contra la superficie cutánea, generalmente con la sola interposición de una tela fina de algodón o hilo y nunca de seda u otro tejido que pueda generar ruidos.

Debe realizarse la suficiente presión para que el pabellón de la oreja se adapte en todo su contorno formando una cavidad cerrada.

Auscultación mediata: Se efectúa interponiendo entre el oído y la superficie cutánea un pequeño instrumento denominado estetoscopio, que se adapta perfectamente al conducto auditivo externo y a la piel de la región.

El estetoscopio puede ser mono auricular, como los que se emplean en obstetricia para auscultar el foco fetal, o biauricular, como los que se utilizan en la auscultación de los diferentes sistemas.

5.3.2 Etapa de diagnóstico de enfermería.

Dentro del proceso de enfermería; la segunda etapa corresponde al “diagnóstico de enfermería”, la cual consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar de manera independiente.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en su propia definición de la profesión destaca la importancia de los diagnósticos de enfermería, mencionando que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Evolución y definición de los diagnósticos de enfermería; Es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona en sus dimensiones (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual).

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Fue adoptada de un estudio Delphi de Joyce Shoemaker.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera. NANDA, (2009- 2011).

A manera de conclusión el diagnóstico de enfermería es un proceso de operaciones cognitivas que el profesional lleva a cabo mediante el procesamiento de datos que ha obtenido en la valoración pueda realizar un juicio clínico detectando la situación de salud o de las necesidades humanas.

5.3.2.1 Tipos de Diagnóstico de Enfermería

Los diagnósticos pueden ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico. Carpenito (1995).

La importancia de la taxonomía es unificar un lenguaje enfermero común, definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y el intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona cuidada, y poder definir un plan de cuidados, unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución.

Cada diagnóstico enfermero NANDA consta de nombre o etiqueta, definición, características definitorias y factores de riesgo.

Dicha taxonomía está dividida en tres partes:

- La primera parte incluye el contenido tradicional de “Diagnósticos enfermeros de la NANDA”: definiciones y clasificación, con los diagnósticos ordenados alfabéticamente por el concepto diagnóstico y no por la primera palabra o descriptor del diagnóstico.
- La segunda parte describe la estructura de la “Taxonomía II” y cómo se gestó su desarrollo.
- La tercera parte incluye guías para la presentación de nuevos diagnósticos, el proceso para apelar la decisión del Comité para la revisión de los diagnósticos, el glosario, etc.

5.3.3 Etapa de Planeación.

Una vez identificado el o los diagnósticos de enfermería, se procede con la etapa de planificación, considerada tercera etapa del proceso atención de enfermería.

Dentro de esta fase se tienen como objetivos:

- ▶ Promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario.
- ▶ Dirigir los cuidados.
- ▶ Documentar y crear registros para utilizarlos en la evaluación, investigación y propósitos legales; así también proporcionar datos de costo beneficio para la institución por lo que se requiere de un acceso fácil a estos, los planes deben ser claros, específicos y congruentes.

Con el fin de llevar a cabo de manera adecuada el plan de cuidados, debe de tener los siguientes componentes:

- ▶ Objetivos.
- ▶ Diagnósticos de enfermería.
- ▶ Intervenciones de enfermería.
- ▶ Evaluación.

La planeación puede sistematizarse a través de cuatro pasos:

1. Determinación de prioridades
2. Establecer los objetivos esperados
3. Determinar las intervenciones de enfermería
4. Registro del plan.

Las prioridades se establecen; teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- a) La importancia vital del problema encontrado
- b) La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo con la teoría de Maslow
- c) La prioridad que les da el usuario.
- d) Los planes de tratamiento médico
- e) Los recursos de enfermería.
- f) El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas.
- g) Importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.
- h) Durante este momento en algunas instituciones se llevan a cabo acciones, medidas, estándares o bien políticas internas de realizar primero x o y, Sin olvidar que los planes estandarizados son guías que generalmente, pero no en su totalidad, se aplican a situaciones individuales de los clientes. La enfermera es responsable de discriminar qué es aplicable y qué no lo es, y de individualizar en consecuencia los cuidados del usuario. Kozier (2004)

La Determinación de los objetivos centrados en la persona se parte de considerar las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería.

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de necesidad humana.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema. Cuando la determinación de resultados esperados es parte del planeación, son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar en parte las intervenciones.

El plan de cuidado de enfermería, es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas.

Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presten.

Hay que verificar que en el registro se anoten los diagnósticos de enfermería, objetivos esperados, intervenciones prescritas y evaluación de notas sobre las necesidades humanas.

De alguna manera dichos registros servirán:

1. De esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.
2. Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.
3. Como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.
4. De guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

La importancia de los Planes de Cuidados Comisión Permanente de Enfermería, (2010) es para:

1. Garantizan la seguridad de los pacientes.
2. Permiten una práctica de los cuidados de enfermería documentada, rigurosa y de conocimiento codificado.
3. Son susceptibles de replicarse y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.
4. Permiten afrontar los nuevos modelos de atención centrados en la continuidad de cuidados: hospitalización a domicilio, cirugía de día, etc.

5.3.3.1 Los tipos de planes de cuidados.

Individualizados: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto, se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados apropiados para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o de una enfermedad.

Estandarizados con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles y permiten la individualización a un paciente concreto. NANDA, (2009-2011).

Las intervenciones de enfermería son las acciones o intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar a la persona a lograr los resultados esperados y pueden agruparse en dos categorías.

Intervenciones de cuidados directos: son aquellas acciones realizadas mediante interacción directa con la persona.

Intervenciones de cuidados indirectos: son acciones realizadas lejos de la persona y en beneficio de ésta, los cuidados se dirigen al manejo del entorno o de colaboración con el equipo de salud.

Al momento de brindar estos cuidados, es donde se puede enfatizar en la valoración/estado de salud, en la enseñanza o asesoramiento, o bien gestionar apoyos del equipo multidisciplinario.

Todas las acciones dirigidas a las personas deben reunir ciertas características, como son:

1. Ser coherentes con el plan de cuidado general.
2. Basarse en principios científicos.
3. Ser individualizados para cada situación en concreto.
4. Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
5. Tener en cuenta la utilización de recursos apropiado.

5.3.4 Etapa de Ejecución

Cuarta etapa del proceso de enfermería, en donde se lleva a cabo la puesta en marcha todas las actividades planeadas para alcanzar un objetivo.

Es importante explicar al paciente qué intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensaciones cabe esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado.

Al ejecutar las intervenciones de enfermería, deben considerarse los siguientes aspectos:

El profesional de enfermería debe ser consciente del fundamento lógico racional que subyace en cada intervención, así como de sus posibles efectos secundarios y complicaciones.

Comprender claramente las prescripciones que deben ejecutarse y cuestionar aquellas que no se comprendan.

El profesional de enfermería es responsable de la ejecución inteligente de los planes de cuidados de enfermería; para ello debe tener conocimientos de cada intervención y de su propósito en el plan de cuidados del paciente, así como de cualquier contraindicación y de los cambios en el estado de éste que podrían afectar a la prescripción.

Adaptar las actividades a cada paciente específico. Las creencias de un paciente, sus valores, edad, estado de salud y entorno son factores que pueden afectar al éxito de una actuación de enfermería.

Proporcionar asesoramiento, apoyo y consuelo. Estas actividades de enfermería independientes potencian la eficacia de los planes de cuidados de enfermería.

Aplicar un enfoque holístico. El profesional de enfermería siempre debe ver al paciente como un todo y considerar sus respuestas en ese contexto.

Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima. Son formas de hacerlo proporcionar intimidad y animar a los pacientes a tomar sus propias decisiones.

Animar a los pacientes a participar activamente en la ejecución de las intervenciones de enfermería. La participación activa potencia la sensación de independencia y control del paciente.

Tras llevar a cabo las intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería. Éstas forman parte de la historia permanente sobre el paciente.

Los cuidados de enfermería no deben registrarse por adelantado, ya que es posible que el profesional de enfermería determine al volver a valorar al paciente que la intervención no debe o no puede ejecutarse.

Las intervenciones de enfermería se comunican verbalmente además de por escrito. Cuando la salud de un paciente está cambiando rápidamente.

También comunican el estado de los pacientes en los cambios de turno o al transferir al paciente a otra unidad o centro en persona, mediante grabación o por escrito.

5.3.5 Etapa de Evaluación

La última etapa del proceso es la evaluación, en este momento se revisará la evaluación del plan de cuidados donde se decide si continuar, modificar o dar por finalizado el plan.

La evaluación es una actividad planificada, continua y con el fin en el que las personas y los profesionales sanitarios determinen: el progreso del mismo hacia los objetivos esperados y la eficacia del plan. En conclusión, cada etapa del proceso retroalimenta a otra o bien se inicia desde la valoración; no necesariamente las fases son seriadas, intervenimos, ejecutamos y evaluamos por ello es flexible, dinámico.

Resultados. Son los cambios favorables o adversos en el estado de salud real o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a los cuidados previos o coexistentes”, se enfatiza en estos u objetivos de los cuidados, hay que preguntarse ¿Se alcanzaron los objetivos? ¿Las personas están satisfechas de los cuidados?, brindados.

Por todo lo anterior la evaluación crítica de los cuidados es la clave de la calidad en la provisión de los cuidados.

5.4 Filosofía de Virginia Henderson.

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

En 1930 realizó la labor como profesora en Nueva York en el Teacher Collage, donde trabajo en los cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica, hasta 1948.

Virginia Henderson obtuvo una gran carrera como autora e investigadora ya que desde 1959 hasta 1971, dirigió el proyecto de la Nursing Studies Index que realizo en la universidad de Yale.

En 1966 realizó un libro llamado The Nature of Nursing, ahí describe la función única y primaria de enfermería que en términos generales lo define como que: cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud, un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar y comodidad, de la cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

La jerarquía que las necesidades fundamentales de Abraham Maslow, ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacerlas para poder acceder a las demás áreas, base en la que Henderson sustentó su teoría.

Así mismo Henderson señalaba que los elementos más importantes de su teoría son:

- ▶ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ▶ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ▶ Identifica 14 necesidades humanas básicas. Según Moran V, Mendoza, R. (2012)
 1. Respirar con normalidad.
 2. Comer y beber de manera adecuada.
 3. Eliminar por todas las vías.
 4. Moverse y mantener la posición conveniente al caminar, sentarse acostarse o cambiar de una posición.
 5. Dormir y descansar.
 6. Elegir prendas de vestir adecuadas; ponerse y quitarse la ropa.
 7. Mantener la temperatura del cuerpo entre los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y al modificar las condiciones ambientales.
 8. Mantener la higiene y el aseo personal y proteger la piel.
 9. Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
 10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
 11. Profesar su religión.
 12. Trabajar en alguna actividad que produzca sensación de provecho.
 13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

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

5.4.1. Aportaciones teóricas

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

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

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

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

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes:

- Edad,
- Nivel de inteligencia,
- Medio social o cultural,
- Capacidad física.

Variables:

- Estados patológicos: Falta aguda de oxígeno. Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios). Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa. Una lesión local, herida o infección, o bien ambas. Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio, Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

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

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

5.4.2 Conceptos básicos de Virginia Henderson

Función propia de la enfermera. La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte serena, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello debe hacerse de manera que ayude al paciente a recobrar su independencia de la forma más rápido posible.

Persona. Con necesidades básicas, la satisfacción de estas necesidades le permite mantener su integridad, promover su desarrollo y crecimiento, requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

- ▶ La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- ▶ La mente y el cuerpo son inseparables.
- ▶ El paciente y su familia son considerados como una unidad.
- ▶ Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia.
- ▶ Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia.
- ▶ Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno. Está constituido por factores ambientales y socioculturales próximos al paciente.

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

Salud. Las personas tienen capacidades y recursos, reales y potenciales, que les permiten buscar la satisfacción de sus necesidades de forma continuada para mantener un estado óptimo de salud y lograr su independencia: es la capacidad

de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas; es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a:

- a) **Falta de fuerza.** La fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también llevar a cabo acciones propias de una situación , lo cual es determinado por el estado emocional, las funciones psíquicas y la capacidad intelectual, entre otros.
- b) **Falta de conocimientos.** En relación con cuestiones esenciales sobre la salud y la enfermedad y sobre recursos disponibles.
- c) **Falta de voluntad.** Comprendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La dependencia puede ser total, parcial, temporal o permanente.

Enfermería. en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Independencia: "Es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación"

Dependencia: es la insuficiencia o ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona, que no le permiten satisfacer sus 14 necesidades básicas. La dependencia se instala en el momento que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla lo que no puede hacer por sí mismo.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1. Presentación del Caso Clínico.

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: P.G.	Edad: 64 años	Talla: 145cms.	Peso: 65 kg.
Fecha de nacimiento: 21 de Septiembre 1955		Sexo: Femenino	
Ocupación: Hogar	Escolaridad: Primaria Incompleta	Fecha de admisión: 15 de mayo 2013	
Hora: 9:00 Horas.	Procedencia: Domicilio	Fuente de información: Directa.	
Fiabilidad: (1-4) 1	Miembro de la familia/ persona significativa: Hijos		

MEDICAMENTO	VÍA	DOSIS	HORARIO
Glibenclamida	v.o.	5mg	Cada 12 horas
Captopril	v.o.	25mg	Cada 12 horas

Se trata de la señora. P.G., a la valoración se encuentra alerta, orientada en sus tres esferas, cabello abundante canoso, alineado sin seborrea, ligera palidez de tegumentos, ojos con pupilas isocóricas reflejas a la luz, membranas hidratadas, cavidad oral con ausencia de piezas dentarias en su mayoría con caries y fracturas, refiere sensibilidad al frío, al cepillado con gingivorragia, no acude al dentista, halitosis matutina, campos pulmonares ventilados sin estertores, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, ruidos peristálticos presente, extremidades inferiores sin alteración, eliminación urinaria e intestinal sin datos de dependencia, duerme más de 7 horas sin problemas de insomnio. niega tabaquismo, llenado capilar de dos segundos, ha perdido tres kg de peso en tres meses, su complexión es obesa, refiere fatiga al esfuerzo (subir escaleras)

antecedentes patológicos, hipertensa y diabética desde hace cinco años, tiene tratamiento médico. Le recetaron Glibenclamida 5mg cada 12 horas. Captopril 25mg 1 tableta cada 12 horas, comenta que en ocasiones se le olvida tomar las pastillas. menciona que su última glucosa capilar de control fue de 121mg/dl.

Es originaria del estado de Oaxaca, vive con su esposo, sus hijos son mayores de edad y viven en su domicilio particular, habita en casa propia que consta de dos recámaras, sala, comedor, cocina y un baño, con piso de cemento liso, bebe agua del contrapozo, sin clorarla, tiene un perro, una granja de gallinero, trabaja en un local de comercio personal. Cocina con gas carburo y leña, ingiere en su dieta habitual tres comidas diarias, consume abundantes carbohidratos, pocas verduras y frutas; niega alergias alimentarias, Comenta llevar un estilo de vida sedentario, no realiza actividades recreativas,

No sabe leer ni escribir, refiere comprender el castellano, aprende rápido, no tiene problemas con el aprendizaje y desconoce las fuentes de apoyo. Desde muy pequeña empezó a trabajar en varias actividades entre ellas las del campo, vendiendo frutas y verduras en el mercado, tiene interés en conocer más sobre las medidas de autocuidados para la salud.

6.2. Valoración de las 14 necesidades Básicas de Virginia Henderson.

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Refiere agitación con fatiga al subir solamente las escaleras, ya que tiene que hacer más esfuerzo físico. Lleva un estilo de vida sedentaria, niega haber consumido cigarrillos, pero comenta que toda su vida ha cocinado con leña.

A la exploración física del patrón respiratorio se encuentran campos pulmonares ventilados, sin presencia de estertores, Tensión Arterial de 130/93mmHg., Pulso de 83 por minuto, con una amplitud fuerte, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura de 36.6°C., buena coloración de tegumentos, mucosas hidratadas, llenado capilar de dos segundos.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Refiere que ha perdido 3 kilos gramos de peso en tres meses, le detectaron diabetes mellitus hace 4 años aproximadamente, actualmente pesa 65kg, estatura 1.50cm, con un índice de masa corporal de 30.92 kg/m² con sobre peso, complexión física grande. Se alimenta por sí sola, acostumbra en su dieta habitual tres comidas diarias, en el desayuno: una taza de café, leche y pan. Durante la comida: guisado, tortillas 3 a 4 piezas grandes, 2 vasos de agua. En la cena, a veces atole con pan. Informa ingerir un litro de agua al día aproximadamente. Le agrada el mole con pollo, le desagradan el huevo y la carne de cerdo. Refiere masticación dolorosa cuando consume alimentos duros, así como sensibilidad al ingerir bebida fría; niega alergias alimentarias. En ocasiones

ha presentado evacuaciones diarreicas con dolor tipo cólico, desconoce la causa, comenta que no realiza ninguna actividad física después de los alimentos.

A la exploración física se encuentra con falta de cuatro piezas dentarias, se observa caries en general, halitosis matutina, gingivitis, presenta gingivorragia cuando realiza el cepillado, se observa sobrepeso de 10kg., abdomen de 97cms., se palpa blando globoso a expensa de panículo adiposo. Otros datos, refiere glucosa preprandial de 121ml/dl.

Tiene un plan terapéutico por el médico. Le recetaron Glibenclamida 5mg cada 12 horas. Captopril 25mg 1 tableta cada 12 horas. Comenta que en ocasiones olvida tomar las pastillas.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

A la entrevista responde que evacua dos veces al día de consistencia blanda a veces pastosa, de color café o amarilla, en ocasiones presenta evacuaciones diarreicas. No acostumbra desparasitarse, solo cuando hay campañas en su pueblo. Sus micciones varían según la cantidad de líquidos que ingiere de cuatro a seis veces al día.

A la exploración física presenta peristalsis, vejiga urinaria sin ninguna molestia con ruidos timpánica. Niega presencia de hemorroides, última menstruación fue hace 28 años aproximadamente, de ciclo regular con sangrado normal.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Refiere que le agrada el clima cálido. Siempre ha vivido en zona de calor húmedo; si se cambia de una región calurosa al frío se abriga bien, soporta el clima frío. No acostumbra realizar ejercicio.

A la valoración temperatura corporal de 36.6 °C, piel hidratada, de color morena clara, llenado capilar inmediato de 2 a 3 segundos. Sin datos de traspiración.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Refiere que tuvo que trabajar en diversas actividades para sacar adelante a sus hijos, realizó actividades de campo como la agricultura, fabricaba pan a mano, cantaros y ollas a base de barro, manualidades como servilletas. Comenta que sufrió una fractura de maléolo (tobillo), hace cuatro años aproximadamente al resbalarse, no hubo tratamiento médico, decidió con reposo absoluto se consolidó el hueso. Al subir las escaleras comenta que ambas rodillas le duelen y le dificulta mucho subirlas. A la exploración física se encuentra, el sistema musculoesquelético con buen tono, articulaciones flexibles. Actualmente hay datos de dolor ubicado a nivel de la rodilla el cual es irradiante a miembros inferiores, deambula sola y sin ayuda.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Refiere no tener ningún problema para conciliar el sueño, suele dormir más de ocho horas por la noche. Comenta que suele descansar durante el día cuando se siente cansada de una a dos horas máximas, después de descansar se siente bien y tranquila. En ocasiones ha presentado dificultad por conciliar su sueño, lo atribuye con preocupación por sus hijos.

A la exploración física se observa alerta, atenta, tranquila, sin ojeras y bien orientada en sus tres esferas.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Refiere utilizar ropa normal, casual y que no tiene ninguna molestia al colocarse sus trajes típicos, es muy fácil y sencillo, no le afecta en su estado de ánimo, ni en su autoestima. El usar el traje típico de la zona mixteca baja del estado de Oaxaca la caracteriza por ser parte de una cultura, le trae recuerdos gratos de sus ancestros.

A la valoración física de enfermería, su aspecto es limpio, ropa muy gruesa, de múltiples colores oscuros, presencia agradable, se observa segura, tranquila. Luce muy bonito.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Refiere baño diario “hasta tres veces al día” por la situación de calor extremo en su pueblo. Cuida su higiene de manos antes de preparar los alimentos y después de ir al baño. Solo realiza lavado de sus dientes una vez al día, a veces olvida lavárselos antes de ir a dormir, desconoce la técnica de higiene dental, así como medidas de autocuidado dental, comenta que no le gusta usar sandalias ni zapatos, suele caminar en casa descalza.

A la valoración se visualiza piel integra, el cabello se encuentra bien implantado, canoso, no graso, aunque comenta que desde hace 5 años se le ha caído el cabello, presenta caries dental en la mayoría de sus dientes con halitosis, gingivitis, gingivorragia entre otros. Las uñas presentan micosis, El resto del cuerpo se observa limpio. También presenta prurito y descamación, con sudoración en la planta de los pies.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Comenta que si conoce las medidas de prevención de los accidentes en casa, ella refiere “pero a veces cuando nos toca vivir un accidente no toca y no hay fuerza que lo impida”. Cuando se enfrenta ante una situación de urgencia se bloquea, se paraliza, le causa miedo e incertidumbre pero suelen ser pasajeras estas impresiones. A veces presenta problemas con la vista (vista borrosa).

Su casa tiene piso de cemento y tierra, cada dos meses el médico del seguro popular, realiza visita comunitaria y cita a todas las personas a revisión y control de sus enfermedades en la casa de salud.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Comenta tener buena relación con su esposo, se casó a la edad de quince años, vive en su matrimonio desde hace cuarenta y cuatro años, en total tuvo ocho hijos, todos nacieron por parto normal, perdió una hija de cuatro años de edad por enfermedad de vías respiratorias, el último hijo varón nació con problema congénito al parecer fue mielo meningocele. La mayoría de sus hijos viven lejos de ella, la mayor parte del día se encuentra en su negocio en compañía de su esposo, rara vez se queda sola. Comenta que se encuentra muy triste por distanciamiento de uno de su hermano por problemas de herencia ya no se hablan.

A la valoración presenta con buena agudeza visual, audición sin ningún problema, su lenguaje es claro, coherente al contestar las preguntas, permite el contacto visual.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Refiere que tiene veinte años que acompaña a su esposo a la iglesia y ella se considera cristiana, acude a la iglesia tres a cuatro veces al mes, sus valores principales es el afecto, el amor, la confianza, la felicidad de los hijos.

A la entrevista al preguntar sobre los antecedentes patológicos, la Sra. P.G. muestra facies de tristeza, refiriendo que desde hace aproximadamente cuatro años le detectaron Diabetes mellitus. Hace dos años con Presión arterial alta.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Refiere estar satisfecha con las estas actividades que realiza, entre ellas son: vender abarrotes, pedidos de mercancías, limpieza en el hogar, patio de la casa y de la granja de su gallinero, no usa guantes para realizar las actividades de limpieza. Hace treinta y cinco años que se dedica a elaborar panes a mano, prepara los alimentos a base de leña.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Comenta que en la región donde habita no se cuenta con áreas recreativas, ni parques, realiza actividades manuales como el bordado de servilletas, rara vez se estresa, su entorno es muy tranquilo y caluroso, rara vez se aburre, no realiza ejercicio físico .

A la exploración presenta estado emocional tranquila, cooperadora, amable, y carismática, con fuerza y tono muscular, sin ninguna alteración.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Comenta que le dificulta leer y escribir, entiende poco el castellano, aprende rápido, no tiene problemas con el aprendizaje y desconoce las fuentes de apoyo. Desde muy pequeña empezó a trabajar en el campo, vendiendo frutas y verduras en el mercado, tiene interés en conocer más sobre las medidas de autocuidados. A la valoración se encuentra atenta, alerta, orientada en sus tres esferas, cooperadora, comprende perfectamente las preguntas, responde rápido, recuerda antecedentes patológicos de la infancia. Tiene poca información con respecto a las enfermedades crónicas degenerativas.

6.3. Conclusión Diagnóstica de Enfermería

Necesidad		Grado de dependencia*		Causas de dificultad**		Diagnóstico de enfermería
1	Oxigenación	I	X	F		Fatiga relacionado con sobrepeso manifestado por informe verbal de cansancio extremo al subir las escaleras.
		PD		V		
		D		C	X	
2	Nutrición Hidratación	I	X	F		Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades Riesgo de nivel de glucemia inestable.
		PD		V		
		D		C	X	
3	Eliminación	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
4	Moverse y mantener una buena postura	I		F	X	Deterioro de la ambulación relacionado con sobrepeso manifestado por dificultad para subir las escaleras.
		PD	X	V		
		D		C		
5	Descanso y sueño	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I	x	F		
		PD		V		
		D		C		
7	Termorregulación	I	x	F		
		PD		V		
		D		C		
8	Higiene y protección de la piel	I		F		Deterioro de la dentición relacionado con Higiene oral ineficaz falta de conocimientos sobre la salud dental.
		PD	x	V		
		D		C	X	

						manifestado por desgaste dental, Caries, Fracturas, gingivitis y halitosis
9	Evitar peligros	I	x	F		Riesgo de caídas relacionado con historias previas y ausencia de medicamentos antihipertensivos.
		PD		V		
		D		C		
10	Comunicarse	I		F		Procesos familiares disfuncionales relacionado con falta de habilidades para la solución de problemas manifestado por abandono de su hermano.
		PD	x	V	X	
		D		C		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	x	F		Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con enfermedades crónicas detectadas.
		PD		V	X	
		D		C		
12	Trabajar y realizarse	I	x	F		
		PD		V		
		D		C		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	x	F		Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de actividades de diversión en su entorno.
		PD		V	X	
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F		Conocimientos deficientes relacionados con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestada por verbalización del problema.
		PD	x	V		
		D		C	X	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente						
** (F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento						

6.4. Jerarquización de Necesidades

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades ➤ Riesgo de nivel de glucemia inestable.
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz, falta de conocimientos sobre la salud dental manifestado por desgaste dental, fracturas gingivitis y halitosis
OXIGENACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fatiga relacionado con sobrepeso manifestado por informe verbal de cansancio extremo al subir las escaleras.
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la ambulación relacionado con sobrepeso manifestado por dificultad para subir las escaleras.
COMUNICARSE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procesos familiares disfuncionales relacionado con falta de habilidades para la solución de problemas
APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimientos deficientes relacionados con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestada por verbalización del problema.
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de actividades de diversión en su entorno.
EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de caídas relacionado con historias previas y ausencia de medicamentos antihipertensivos.
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con enfermedad crónica.

6.5. Plan de cuidados de enfermería.

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS):	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>NANDA</p> <p>ETIQUETA:</p> <p>Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades (00001)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <p>Sobrepeso de 20 kg</p> <p>Sedentarismo.</p>		<p>Estado nutricional(1004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ingestión de nutrientes ▶ Ingestión alimentaria ▶ Ingestión de líquidos ▶ Relación peso/ talla. ▶ Tono muscular ▶ Hidratación. 	<p>1. Desviación grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	<p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p>

NIC (Intervenciones)

Manejo de la nutrición (1100)

Actividades

- ✓ Preguntar a la señora si tiene alergia a algún alimento
- ✓ Determinar las preferencias de comidas de la persona.
- ✓ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- ✓ Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.
- ✓ Enseñar a la señora a llevar un diario de comidas si es necesario.
- ✓ Pesar a la señora en intervalos adecuados.
- ✓ Proporcionar información adecuada acerca de la necesidad nutricional.
- ✓ Fomentar técnicas seguras de preparación y conservación de alimentos.
- ✓ Determinar la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades nutricionales

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS):	INDICADORES	ESCAL DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>NANDA</p> <p>ETIQUETA:</p> <p>Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades (00001)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <p>Sobrepeso de 10 kg</p> <p>Sedentarismo.</p>		<p>Peso: masa corporal (1006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peso ▶ Grosor del pliegue cutáneo del tríceps ▶ Tasa del perímetro de la cintura/cadera ▶ Porcentaje de grasa corporal 	<p>1. Desviación grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	<p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p>

NIC (Intervenciones)	NIC (Intervenciones)
Ayuda para disminuir el peso (1280)	Manejo del peso(1260)
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar con la señora P. la cantidad de pérdida de peso deseada ✓ Pesar a la señora P semanalmente ✓ Proporcionar información acerca de la cantidad de energía gastada con las actividades específicas ✓ Planificar un programa de ejercicios ✓ Fomentar el uso de sustitutos de azúcar ✓ Orientar sobre las medidas de higiene dietético (disminución de calorías, y de grasas) ✓ Enseñar a seleccionar las comidas ricas en proteínas, con abundantes fibras (frutas y verduras) 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratar con la señora p la relación que hay entre ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso o la pérdida de peso. ✓ Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. ✓ Motivar a la señora P. para cambiar los hábitos en su alimentación. ✓ Determinar el peso corporal ideal de la señora P. ✓ Animar a la señora P. a registrar su peso semanalmente. ✓ Sugerirle a la señora que consuma abundante agua al día. ✓ Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas.

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 4 Metabolismo	NOC (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>NANDA</p> <p>ETIQUETA:</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>Conocimientos deficientes sobre el manejo de la hiperglicemia o hipoglicemia, de la enfermedad de la diabetes, de la monitorización de la Glucemia, falta de adherencia al plan terapéutico recomendado para el control y aumento de peso.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>		<p>Nivel de glucemia(2300)</p> <p>Autocontrol de la Diabetes(1619)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Concentración sanguínea de glucosa ▶ Tratamiento prescrito. ▶ Control de glucosa en sangre. ▶ Trata los síntomas de hiperglucemia. ▶ Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones. ▶ Sigue dieta recomendada. ▶ Controla el peso. ▶ Reconoce su situación de salud. 	<p>1. Desviación grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	<p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>3 a 5</p>

NIC (Intervenciones)

Enseñanza medicamentos prescritos (5616)

ACTIVIDADES

- ✓ Retroalimentar el conocimiento de la señora P.G. acerca de los diferentes tipos de medicación para este tipo de enfermedad, así como del propósito y acción de cada medicamento del plan terapéutico prescrito.
- ✓ Orientar sobre signos y síntomas de alguna reacción adversa con la ministración de la medicación y a donde debe asistir para la solución de la situación de salud.
- ✓ Enseñar a la señora el procedimiento correcto de toma de glucosa en sangre de manera programada o cuando sea necesario.
- ✓ Enseñar a la señora a almacenar correctamente los medicamentos verificando la caducidad de los mismos.
- ✓ Ayudar a la señora a establecer un horario de medicación prescrita.
- ✓ Recomendar a la señora, no auto medicarse, para disminuir el riesgo de presentar algún evento adverso o complicación.
- ✓ Enseñar a la señora la técnica de administración y conservación de la insulina en el hogar.
- ✓ Instruir a la señora sobre los signos y síntomas que puede presentar en caso de sobre dosis de algún tipo de medicamento o insulina.

NIC (Intervenciones)

Manejo de la hiperglucemia (2120)

Actividades

- ✓ En personas dependiente o parcialmente dependientes, corresponsabilizar al familiar para la detección oportuna de signos y síntomas de hipoglucemia e hiperglicemia.
- ✓ Enseñar a la persona y familiar corresponsable los signos y síntomas de hiperglucemia que debe detectar como: oliguria, poliuria, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o cefalea.
- ✓ Recomendar a la persona que se realice los estudios de laboratorio prescritos para la detección de cuerpos cetónicos en orina, como una forma de control de la hiperglucemia.
- ✓ Enseñar a la persona a administrarse la dosis prescrita de insulina.
- ✓ Orientar sobre la importancia de ingerir líquidos suficientes acorde a su necesidad.
- ✓ Enseñar a la persona y familiar corresponsable a utilizar el glucómetro y llevar un registro de los mismos e identifique cuando la glucosa se encuentre inestable y acuda de inmediato a su centro de salud.
- ✓ Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- ✓ Enseñar a la persona a interpretar los niveles de glucosa en sangre.
- ✓ Instruir a la persona y cuidador acerca de las actividades de autocuidado que debe realizar durante la enfermedad incluyendo el uso de insulina y/o hipoglucemiantes orales, control del estado de líquidos, modificación de la dieta.
- ✓ Orientar a la persona y familiar en que momento debe solicitarse la asistencia sanitaria profesional.

NIC (Intervenciones)

Fomento del ejercicio (0200)

Actividades

- ✓ Ayudar a la señora y familia a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- ✓ Ayudar la señora a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- ✓ Incluir a la familia o cuidadores de la señora en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- ✓ Informar a la señora de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- ✓ Instruir a la señora acerca del tipo de ejercicio adecuado a su edad y estado de salud, en colaboración con el médico o el fisioterapeuta.
- ✓ Instruir a la señora y familia en qué condiciones debe suspender el programa de ejercicios, como: al presentar una ulcera, dolor en miembros inferiores, edema, cambios de coloración de la piel de los miembros inferiores, entre otras.
- ✓ Registrar la respuesta del individuo al programa de ejercicio.
- ✓ Reconocer los esfuerzos del individuo y familia con el programa de ejercicios.
- ✓ Difundir y promover a la comunidad, la importancia de realizar ejercicio programado de acuerdo a edad y género para disminuir los riesgos de desarrollar alteraciones de salud como: Diabetes Mellitus, sobrepeso u obesidad.
- ✓ Dar seguimiento en la consulta o domicilio de los avances del programa.

DOMINIO: 4 Actividad/ Reposo	CLASE: 3 Equilibrio de la energía	NOC (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Fatiga (00093)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Sobrepeso</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <p>Informe verbal de cansancio extremo al subir las escaleras.</p>		<p>Estado nutricional: energía (1007)</p> <p>Conservación de la energía (0002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Energía ▶ Resistencia ▶ Tono muscular. ▶ Equilibrio entre la actividad y descanso ▶ Reconoce limitaciones de energía ▶ Mantiene una nutrición adecuada ▶ Nivel de resistencia adecuado para la actividad. 	<p>1. Desviación grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	<p>3 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo de la energía (0180)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224)</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar a la señora la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. ✓ Utilizar instrumentos válidos para medir el grado de fatiga. ✓ Determinar la percepción de la causa de la fatiga. ✓ Animar a la señora P.G., realizar ejercicio aeróbico. ✓ Observar la localización y la naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad. ✓ Facilitar la alternación de periodos de reposo. ✓ Ayudar a la señora PG., a comprender los principios de conservación de la energía. 	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar las limitaciones de movimiento articular y actuar sobre la función. ✓ Determinar el nivel de motivación de la señora para mantener el movimiento articular. ✓ Explicar a la señora el plan de ejercicios de las articulaciones. ✓ Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento. ✓ Realizar ejercicios pasivos o activos. ✓ Fomentar la deambulación en la señora P.G. ✓ Determinar el progreso hacia la meta fijada. ✓ Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Deterioro de la dentición (00048)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Higiene oral ineficaz Falta de conocimientos sobre la salud dental.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Desgaste dental, Caries, Fracturas, gingivitis y halitosis.</p>		<p>Autocuidado higiene bucal(0308)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se cepilla los dientes ▶ Utiliza un enjuague bucal ▶ Se lava la boca, las encías y la lengua. ▶ Acude al dentista regularmente. 	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente Comprometido.</p> <p>5.No comprometido.</p>	<p>3 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>1 a 5</p>

<p align="center">NIC (Intervenciones) Fomentar la salud bucal (1720)</p>	<p align="center">NIC (Intervenciones) Mantenimiento de la salud bucal (1710)</p>
<p align="center">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito. ✓ Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad. ✓ Fomentar la revisión dental de manera regular. ✓ Enseñar y estimular el uso de hilo dental ✓ Enseñar a la persona a evitar mascar chicle en exceso. ✓ Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca 	<p align="center">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer una rutina de cuidados bucales. ✓ Animar a la persona a lavarse la boca. ✓ Enseñar y ayudar a la señora a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. ✓ Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves. ✓ Enseñar a la señora a cepillarse los dientes, las encías y la lengua. ✓ Enseñar a la señora a masticar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes.

DOMINIO: 4 Actividad y Reposo	CLASE: 5 autocuidado	NOC (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA ETIQUETA: Disposición para mejorar el autocuidado (00182) FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud, y autocuidado.</p> <p>Expresión de deseos por aumentar los conocimientos sobre los factores de riesgo modificables. Como diabetes mellitus, obesidad, hipertensión.</p>		Autocuidados higiene(0305)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se lava las manos ▶ Se limpia la zona perineal ▶ Mantiene la nariz limpia ▶ Mantiene la higiene bucal ▶ Se lava el pelo ▶ Se cuida las uñas de las manos ▶ Se cuida las uñas de los pies ▶ Usa el espejo ▶ Mantiene una apariencia pulcra ▶ Mantiene la higiene corporal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente Comprometido. 5. No comprometido. 	<p style="text-align: center;">4 a 5 4 a 5</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">2 a 5 4 a 5</p> <p style="text-align: center;">3 a 5</p> <p style="text-align: center;">1 a 5</p> <p style="text-align: center;">3 a 5 3 a 5</p> <p style="text-align: center;">4 a 5</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p style="text-align: center;">Ayuda al autocuidado (1800)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p style="text-align: center;">Enseñanza cuidados de los pies (1710)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerar la cultura de la señora P. para fomentar las actividades de autocuidados. ✓ Considerar la edad de la señora al promover las actividades de autocuidados. ✓ Comprobar la capacidad de la señora para ejercer autocuidados independientes. ✓ Ayudar a la señora P. a aceptar las necesidades de dependencia. ✓ Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias. Lavado de manos, aseo bucal, etc. ✓ Establecer una rutina de actividades de autocuidados. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar practicas actuales de cuidados de los pies ✓ Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión. ✓ Recomendar que sea un especialista quien arregle las uñas de los pies. ✓ Recomendar el lavado diario de los pies con agua caliente y jabón neutro. ✓ Recomendar que se sequen completamente los pies, especialmente entre los dedos. ✓ Instruir a la señora P. a hidratar sus pies diariamente, aplicando crema hidratante. ✓ Recomendar calcetines adecuados (material absorbentes y que no aprieten) ✓ Sugerir zapatos nuevos con la medida y forma adecuada de los pies en el momento de comprarlos.

DOMINIO: 4 Actividad/ Reposo	CLASE: 2 Actividad y ejercicio	NOC RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA:</p> <p>Deterioro de la deambulaci3n (00088)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>sobrepeso</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <p>Dificultad para subir las escaleras</p>		<p>Ambular (00200)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Soporta el peso ▶ Camina con marcha eficaz ▶ Sube escaleras ▶ Baja escaleras ▶ Anda por la casa ▶ Se adapta a diferentes tipos de superficies 	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente Comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p>

NIC (Intervenciones)

Terapia de ejercicios: ambulaci3n (0221)

ACTIVIDADES

- ✓ aconsejar a la se1ora P.G., que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.
- ✓ Ense1ar a la se1ora a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado.
- ✓ Ayudar a la se1ora a la deambulaci3n si es necesario.
- ✓ Instruir a la se1ora acerca de las t3cnicas de traslado, deambulaci3n seguras.
- ✓ Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.
- ✓ Animar a la se1ora a realizar deambulaci3n por su propia voluntad, si procede.

DOMINIO: 7 Rol/relaciones	CLASE 2: Relaciones familiares	NOC (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Procesos familiares disfuncionales (00063)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Falta de habilidades para la solución de problemas</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Abandono de un hermano.</p>		<p>Afrontamiento de los problemas de la familia (1302)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establece la flexibilidad de los roles ▶ Afronta los problemas ▶ Controla los problemas ▶ Expresa libremente sentimientos y emociones 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p>

NIC (Intervenciones)

Entrenamiento para la asertividad (4340)

Actividades

- ✓ Identificar las barreras a la afirmación
- ✓ Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto.
- ✓ Ayudar a clarificar las áreas de problemas en las relaciones interpersonales.
- ✓ Instruir a la señora en las distintas formas de actuar afirmativamente.
- ✓ Facilitar las oportunidades de practicar mediante la discusión, modelación y juego de roles.
- ✓ Valorar los esfuerzos en la expresión de sentimientos e ideas.

DOMINIO 5: Percepción/ Cognición	CLASE 4: Cognición	NOC (RESULTADOS):	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Conocimientos deficientes sobre la higiene bucal (00126)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Verbalización del problema.</p>		<p>Conocimiento: conducta sanitaria (1805)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Describe prácticas nutricionales saludables. ▶ Describe técnicas de control de estrés. ▶ Efectos de fármacos prescritos. ▶ Detección y control de la salud. 	<p>1. Ningún conocimiento.</p> <p>2. Conocimiento escaso.</p> <p>3. Conocimiento moderado.</p> <p>4. Conocimiento sustancial.</p> <p>5. Conocimiento extenso.</p>	<p>1 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>3 a 5</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Educación sanitaria (5510)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Facilitar el aprendizaje (5520)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria. ✓ Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida la señora. ✓ Ayudar a la señora a clarificar las creencias y valores sanitarios. ✓ Formular objetivos para la educación sanitaria. ✓ Incorporar estrategias para potencializar la autoestima. ✓ Realizar un plan de seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación al estilo de vida y conductas saludables. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comenzar la instrucción solo después de que la señora demuestre disposición para aprender. ✓ Se ajusta la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de la señora. ✓ Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. ✓ Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje. ✓ Establecer información en una secuencia lógica. ✓ Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida. ✓ Asegurarse que la información sea actualizada. ✓ Utilizar un lenguaje familiar. ✓ Presentar la información de manera que sea estimulante. ✓ Fomentar la participación activa de la señora P.G. ✓ Repetir la información importante.

DOMINIO: 4 Actividad/Repos o.	CLASE: 2 Actividad/ Ejercicio.	NOC (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Déficit de actividades recreativas (00097)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Entorno desprovisto de actividades recreativas.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Informe verbal de aburrimiento en ocasiones.</p>		Participación en actividades de ocio(0604)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participación en actividades diferentes al trabajo habitual. ▶ Participación de actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico. ▶ Elige actividades de ocio de interés. ▶ Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. ▶ Disfruta de actividades de ocio. ▶ Identificación de opciones recreativas. 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>1 a 5</p> <p>2 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>3 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Terapia de actividad (4310)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Terapia de actividad. (4310)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar y fomentar el compromiso de la señora con el compromiso de realizar actividades recreativas y de diversión, que tengan por objeto disminuir la ansiedad, (tareas sencillas, juegos simples, tareas rutinarias, quehaceres domésticos, arreglo personal. ✓ Ayudar a elegir actividades coherentes en sus actividades físicas, psicológicas y sociales. ✓ Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. ✓ Ayudar a la señora a identificar sus preferencias en cuando a actividades recreativas. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a programar periodos específicos de actividades recreativas en la rutina diaria. ✓ Enseñar a la señora/ familia el papel de la actividad física social y cognitiva en el mantenimiento de la funcionabilidad y de la salud. ✓ Remitir a centros comunitarios o programas de actividades. ✓ Disponer un ambiente seguro para la realización de actividades recreativas. ✓ Ayudar a la señora a desarrollar la motivación y la seguridad. ✓ Observa la respuesta emocional y física.

DOMINIO 11: Seguridad/ protección	CLASE 2: Lesión física	NOC (RESULTADOS):	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA.</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de caídas (00155)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Historia de caídas. Ausencia de antihipertensivos.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>		<p>Conocimiento: prevención de caídas (1828)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uso correcto de dispositivos de ayuda ▶ Uso correcto de los mecanismos de seguridad ▶ Calzado adecuado ▶ Medicaciones prescritas que aumenten el riesgo de caídas ▶ Cambios en la presión sanguínea. 	<p>1. Ningún conocimiento.</p> <p>2. Conocimiento escaso.</p> <p>3. Conocimiento moderado.</p> <p>4. Conocimiento sustancial.</p> <p>5. Conocimiento extenso.</p>	<p>1 a 5</p> <p>2 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>1 a 5</p> <p>3 a 5</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones) Prevención de caídas (6490)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones) Conducta de prevención de caídas (1909)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar déficit cognoscitivo o físico de la señora que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. ✓ Revisar la historia de caídas con la señora y familiares. ✓ Animar a la señora a utilizar un bastón si es necesario. ✓ Instruir a la señora que pida ayuda al moverse cuando se sienta débil. ✓ Sugerir que utilice la cama en la posición más baja. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se orienta las medidas de para prevenir las caídas ✓ Uso de medios traslados seguros. ✓ Uso de precauciones a la hora de tomar sus pastillas que aumente el riesgo de caídas.

DOMINIO 10: Principios vitales	CLASE 3: Valores/ Creencias/ Congruencia de la Acción	NOC. (RESULTADOS)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Enfermedad crónica detectadas.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>		Afrontamiento de problemas (1302)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verbaliza aceptación de la situación ▶ Busca información acreditada sobre el diagnóstico. ▶ Busca información acreditada sobre el tratamiento. ▶ Obtiene ayuda de un profesional sanitario. ▶ Refiere aumento del bienestar psicológico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p style="text-align: center;">3 a 5</p> <p style="text-align: center;">1 a 5</p> <p style="text-align: center;">1 a 5</p> <p style="text-align: center;">3 a 5</p> <p style="text-align: center;">2 a 5</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Apoyo espiritual (5420)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Facilitar el crecimiento espiritual (5426)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. ✓ Animar a la señora a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual. ✓ Tratar a la señora con dignidad y respeto. ✓ Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. ✓ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad. ✓ Rezar con la señora si procede. ✓ Fomentar el uso de recursos religiosos, si se desea. ✓ Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de la señora. ✓ Estar abierto a los sentimientos de la señora acerca de su enfermedad y la muerte. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con la señora, con su familia y otras personas significativas. ✓ Fomentar la conversación que ayude a la señora a separar los intereses espirituales. ✓ Modelar habilidades saludables de relación y razonamiento. ✓ Ayudar a la señora a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento. ✓ Ofrecer el apoyo de la oración a la señora o a la familia según sea conveniente. ✓ Fomentar la exploración de la señora de su compromiso espiritual según sus creencias y valores. ✓ Remitir a grupos de apoyo, de autoayuda mutua que se basen en la espiritualidad.

EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS.

Se ha enfatizado en las medidas de autocuidados e higiene y aseo bucal, se proporciona información relevante sobre las medidas de automedicación, signos y síntomas de alarma de complicaciones de su enfermedad y la importancia de acudir al dentista para la reparación y tratamiento de sus dientes.

Finalmente la señora P.G., se queda satisfecha con la información proporcionada, comenta que después de la demostración de la técnica del cepillado de los dientes y al uso de enjuague bucal, desaparece su aliento bucal, ya no presentó gingivorragia al cepillado después de dos semanas.

Al aplicarse crema y pomada anti fúngicos durante tres semanas en las plantas de los pies, se observa disminución de escama y prurito.

Mejóro la deambulaci3n al abordar las escaleras, previamente realizando los ejercicios de flexi3n y extensi3n. Fue a consulta de control de la diabetes en donde se detecta glucosa central de 118mg/dl.

VII. CONCLUSIONES

Este trabajo se realiza con base en el modelo de Virginia Henderson considerando las bases teóricas, de los conceptos fundamentales de enfermería como son persona, entorno, salud, enfermería, los cuales se traducen en catorce necesidades básicas del ser humano, son la base de este modelo; es decir la revisión de este marco conceptual permite la reflexión y análisis de las etapas de la vida.

Es así que el Licenciado en Enfermería y Obstétrica debe contar con actualización docente, es decir, es conveniente que el personal de enfermería profundice en los conocimientos teóricos, metodológicos que sustentan la práctica y aptitudes de una formación rigurosa, con el fin de integrar la teoría con la práctica clínica. En el ejercicio de la profesión se aplica este método compuesto de las cinco etapas, en donde cada uno tiene su importancia para la evaluación y punto de vista crítica de la enfermera(o), es un sistema dinámico que se aplica en el momento de proporcionar cuidados, a las personas en su situación de salud o de enfermedad, también aplica en el entorno a la familia o a la comunidad, por ello se requiere de conocimiento extenso para la elaboración de los planes de cuidados.

Es importante señalar que durante la formación académica, se realizaron procesos de enfermería con personas enfermas hospitalizadas; en este momento el reto fue realizar este proyecto con una persona aparentemente sana, lo cual resultó favorable ya que en el momento de realizar la valoración de necesidades y enfocar un plan de cuidados individualizados, se cumple de manera satisfactoria con los objetivos establecidos, en un 95% con todas las intervenciones de enfermería realizadas, de tal manera que son visibles los cambios en los estilos de vida higiénico-dietéticos

Cabe mencionar que el adulto mayor presenta cambios físicos, psicológicos que son propios de la edad, los cuales se presentan al llegar a los 60 años; es un proceso de vida en donde los excesos, descuidos o malos hábitos de toda la vida se reflejan en esta etapa, por tal motivo es de vital importancia que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia retome a esta población de manera específica e individualizada.

El modelo de Virginia Henderson sirvió de apoyo y guía para la recolección de datos, validando los datos objetivos y subjetivos obtenidos, para posteriormente construir los diagnósticos de enfermería reales o de riesgo para poder priorizar las intervenciones de enfermería en plan de cuidados, esto se puede aplicar en personas aparentemente sanas o enfermas.

A manera de conclusión, el modelo de esta autora es factible para brindar el cuidado de manera holística.

VIII. SUGERENCIAS

Promover la difusión del proceso enfermero para delimitar las actividades propias de la disciplina lo cual permitiría reafirmar dichas actividades y su vez evitar la confusión de roles con el resto del equipo multidisciplinario; así mismo favorecer el proceso enfermero como opción para la titulación de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

Comentar a cada alumno de enfermería, la importancia de concientizar a cada uno de los integrantes de la familia el autocuidado de la salud.

Los pasantes de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia opten por titularse por medio del seminario del proceso atención de enfermería en la modalidad semipresencial, ya que durante el transcurso de la formación académica, el profesional de enfermería obtiene herramientas y bases científicas aplicadas en este método enfermero, las cuales le permiten desarrollar y concluir con el proyecto.

Finalmente externo que se continúe con el seminario de titulación proceso atención de enfermería en la escuela de enfermería de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, ya que permite consolidar las habilidades que se adquirieron durante la formación académica.

IX. GLOSARIO

Agudo: Trastorno de inicio rápido, síntomas intensos y duración breve; no crónico.

Clasificación: disposición sistemática de fenómenos relacionado en grupos o clases basándose en las características que tienen en común.

Diagnostico enfermero: juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales.

Etiqueta Diagnóstica: Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o grupo o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnostico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos reales tienen relacionado con.

Fatiga: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

Gingivitis: es una infección de las encías. Es causada por la placa dental, una película adherente que se acumula sobre la superficie de los dientes y las encías, y que produce ácidos y toxinas que pueden hacer que las encías sangren, se hinchen o enrojezcan.

Hiper glucemia: Concentración elevada de glucosa en la sangre.

Hipoglucemia: Concentración anormalmente baja de la glucosa en la sangre, se puede deber a un exceso de insulina (inyectada o secretada).

Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales que pueden ser asintomática o caracterizarse por lesiones celulares.

Insulina: Hormonas que producen las células betas de los islotes pancreáticos (de Langerhans) y reduce la concentración de glucosa en sangre.

Nomenclatura: Sistema de designaciones (términos) elaborado según reglas preestablecidas.

Síndrome: Grupo de signos y síntomas que aparecen casi siempre juntos. Justos estos grupos representan un cuadro clínico específico.

Síntoma: Apreciación objetiva de los cambios en las funciones corporales que no pueden advertir un observador; como dolor o náusea, pero indican que hay una enfermedad o trastorno en el cuerpo.

Taxonomía: Clasificación según las supuestas relaciones naturales entre los tipos y subtipos.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, L. R. (1988). *Aplicación del Proceso de Enfermería: guía práctica*, Barcelona: Doyma.
- Alfaro, L. R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración*. Mexico: Masson.S.A.
- Alfaro, L. R. (2013). *Aplicación del proceso de enfermería*. 14ª ed. Barcelona: Doyma.
- Atkinson, L. (1996). *Proceso de Atención de Enfermería*, 5ª ed., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Braguinsky J. *Prevalencia de obesidad en América Latina* [en línea]. (consulta enero 2006).
- Carpenito, L. J. (1993). *Manual de Diagnóstico de Enfermería*, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Carpenito L. (2002). *Diagnóstico de enfermería*. 9ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Colliere, M. F. (1993). *Promover la vida. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero*, España: interamericana McGraw-Hill.
- Donahue, M. P, (1985) *Historia de la Enfermería*. Barcelona, Doyma.
- Fernández, Ferrin C. (1993). *El Proceso de Atención Enfermería. Estudio de casos*. Barcelona: Masson Salvat.
- García Peña, C y González González, c. La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer. En academia nacional de medicina de México, academia mexicana de cirugía, instituto de geriatría, UNAM (eds), *envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp.208-210). México, D.F.

- Harrison, (1994). *Tratado de Medicina Interna*. 13ª ed. Interamericana: McGraw Hill.
- Hernandez, C. J., (1995). *Historia de Enfermería, un análisis Histórico de los cuidados de enfermería.*, Madrid, Interamericana Mc-Graw Hill.
- Heather, Herdman, (2006). *VI Symposium Internacional de Diagnósticos de enfermería*, Granada.
- Heather, H. T. (2010). *Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación Internacional NANDA*. Editorial Elsiur.
- Iyer, P. (1997). *Proceso de Diagnóstico de Enfermería*. 3ª. ed., México, Mc Graw-Hill Interamericana.
- King, wieck, Lynn y dyer, Marilyn, (1998). *Técnicas de Enfermería*, 3a. ed. México: Interamaricana-Mc-Graw-Hill.
- Kozier, B. (1993). *Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica I*. 4ª Ed. Madrid: Interamericana Mc Graw Hill.
- Kozier, B. (1994). *Enfermería Fundamental*. México: Mc- Graw-Hill Interamericana.
- Marriner, Tomey y Raile Alligood Ann, M. (1994). *Modelos y teorías de enfermería*, Madrid: Mosby-Doyma.
- Marion Johnson, Merodean Mass y Sue Moorhead, (2001) *Clasificación de resultados de enfermería*, Madrid: Harcourt- Mosby.
- Moran, Aguilar V., Mendoza Robles A. L. (2010). *Proceso de enfermería, uso de los lenguajes NANDA, NIC Y NOC, Modelos referenciales*, 3ª. ed. México: trillas.
- Nanda Internacional, (2009-2011). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*, España: Elsevier.

- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*. México: Secretaría de Salud; 2001.
- Obesidad, alimentación y actividad física*. Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- Ochoa, S. (1994) *Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería*, España: Mc-Graw-Hill-Interamericana.
- Orrego, A. M. (2004). *Fundamentos de Medicina endocrinología*. Medellín Colombia.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería: Orientación para el Diagnóstico de Enfermería*, España: Mc Graw-Hill-Interamericana.
- Potter, P. (1995). *Guía clínica de enfermería. Valoración de salud*. 3ª Barcelona: Mosby/Doyma.
- Rosales, Barrera, Susana y Reyes Gomez, E. (1991) *Fundamentos de Enfermería*, Manual Moderno, México.
- Riopelle, L. (1993). *Cuidados de Enfermería. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona*. España: Mc-Graw-Hill-Interamericana.
- Sánchez P, Pichardo E, López R. *Epidemiología de la obesidad*. *Revista Gaceta Médica de México* 2004; 140(2): 3-17.
- Taptich, J. B., Iyer, P. M. (1992) *Diagnóstico de Enfermería y Planeación del Cuidado*, México: Interamericana-Mc-Graw-Hill.

XI. ANEXOS

Anexo I. Instrumento de recolección de datos de Virginia Henderson.

Anexo II Formato de Conclusión Diagnostica de Enfermería

Anexo III. Obesidad

Anexo IV. Diabetes mellitus.

Anexo V. Hipertensión arterial.

Anexo VI Trípticos.

ANEXO 1.

11.1. Instrumento de recolección de datos de Virginia Henderson.

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	Edad:	Talla:	Peso.
Fecha de nacimiento:		Sexo:	
Ocupación:	Escolaridad:	Fecha de admisión:	
Hora:	Procedencia:	Fuente de información:	
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa:		

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a:	Tos productiva /seca:
Dolor asociado con la respiración:	
Fumador:	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarrillos al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
Tos productiva /seca:	Estado de conciencia:
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:	
Circulación del retorno venoso:	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo)
Número de comidas diarias
Trastornos digestivos
Intolerancia alimentarias/ Alergias
Problemas de la masticación y deglución
Patrón de ejercicio

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel:
Membranas mucosas hidratadas/ secas:
Características de uñas/cabello:
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Aspecto de los dientes y encías:
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:
Otros:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales:	
características de las heces/orina/ menstruación:	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:	
Uso de laxantes:	Hemorroides:
Dolor al defecar/menstruar/orinar:	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	

Datos Objetivos:

Abdomen, características:
Ruidos intestinales:
Palpación de la vejiga urinaria:
Otros:

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
Ejercicio, tipo y frecuencia:
Temperatura ambiental que le es agradable:

Datos Objetivos:

Características de la piel:
Transpiración:
Condiciones del entorno físico:
Otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana:
Actividades en el tiempo libre:
Hábitos de descanso:
Hábitos de trabajo:

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad:	
Posturas:	
Necesidad de ayuda para la deambulación:	
Dolor con el movimiento:	Presencia de temblores:
Estado de conciencia:	Estado emocional:
Otros:	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso:	Horario de sueño:
Horas de descanso:	Horas de sueño:
Siesta:	Ayudas:
Insomnio:	Debido a:
Descansado al levantarse::	

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje:	
Ojeras:	Atención:
Bostezos:	Concentración:
Apatía:	Cefaleas:
Respuesta a estímulos:	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad:	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	
Vestido incompleto:	Sucio:
Inadecuado:	
Otros:	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos Subjetivos:

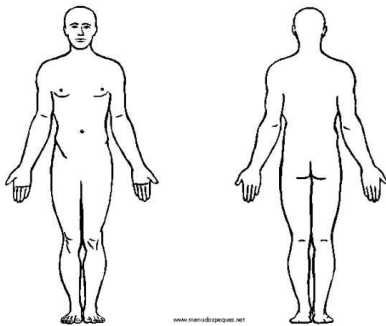
Frecuencia del baño:
Momento preferido para el baño:

Cuántas veces se lava los dientes al día:
Aseo de manos antes y después de comer:
Después de eliminar:
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

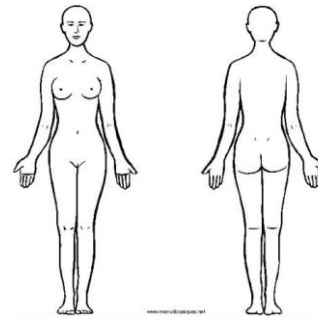
Datos Objetivos:

Aspecto general:	
Olor corporal	Halitosis:
Estado del cuero cabelludo	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):	
Otros:	

Masculino:



Femenino



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia:	
Cómo reacciona ante situación de urgencia:	
Conoce las medidas de prevención de accidentes:	
Hogar:	Trabajo:
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:	
familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas
Condiciones del ambiente en su hogar
Trabajo
Otros

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil:	Años de relación:
Viven con:	Preocupaciones / estrés:
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar:	
Rol en estructura familiar:	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado:	
Cuanto tiempo pasa sola:	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:	

Datos Objetivos:

Habla claro	Confuso
Dificultad. visión	Audición
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas	
Otros	

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa:
Su creencia religiosa le genera conflictos personales:
Principales valores en la familia:
Principales valores personales:
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

--

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso):
Permite el contacto físico:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente:	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Está satisfecho con su trabajo:	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico:
Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:
Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular
Rechazo a las actividades recreativas
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo
Otros

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación	
Problemas de aprendizaje	
Limitaciones cognitivas	Tipo
Preferencias. leer/escribir	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud	
Otros	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:

Estado emocional ansiedad, dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones:

ANEXO 2

11.2 Formato de Conclusión Diagnóstica de Enfermería

6.3. Conclusión Diagnóstica de Enfermería

Necesidad		Grado de dependencia*		Causas de dificultad**		Diagnóstico de enfermería
1	Oxigenación	I		F		
		PD		V		
		D		C		
2	Nutrición Hidratación	I		F		
		PD		V		
		D		C		
3	Eliminación	I		F		
		PD		V		
		D		C		
4	Moverse y mantener una buena postura	I		F		
		PD		V		
		D		C		
5	Descanso y sueño	I		F		
		PD		V		
		D		C		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I		F		
		PD		V		
		D		C		

7	Termorregulación	I		F		
		PD		V		
		D		C		
8	Higiene y protección de la piel	I		F		
		PD		V		
		D		C		
9	Evitar peligros	I		F		
		PD		V		
		D		C		
10	Comunicarse	I		F		
		PD		V		
		D		C		
11	Vivir según sus creencias y valores	I		F		
		PD		V		
		D		C		
12	Trabajar y realizarse	I		F		
		PD		V		
		D		C		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		F		
		PD		V		
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F		
		PD		V		
		D		C		

*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

** (F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento

ANEXO 3

11.3. Obesidad

Concepto .El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo (adiposidad) 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^2).

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.

Antecedentes

- 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.
- La obesidad puede prevenirse.

Etiología

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido: un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación.

Tipos de obesidad y clasificación

Atendiendo al Consenso SEEDO (2000), después de todo lo dicho a los sujetos se los clasifica en función del porcentaje de grasa corporal, cuando este está por encima del 25% en los varones y del 33% en las mujeres los podemos catalogar como personas obesas. Los valores comprendidos entre el 21 y el 25% en los varones y entre el 31 y el 33% en las mujeres se consideran límites.

Tipos de obesidad

Obesidad androide o central o abdominal (en forma de manzana): el exceso de grasa se localiza preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general. Consenso SEEDO (2000).

Obesidad ginoide o periférica (en forma de pera): la grasa se acumula básicamente en la cadera y en los muslos. Este tipo de distribución se relaciona

principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla (genoartrosis). Consenso SEEDO (2000).

Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo. Consenso SEEDO (2000).

Para saber ante que tipo de obesidad nos encontramos tenemos que dividir el perímetro de la cintura por el perímetro de la cadera. En la mujer, cuando es superior a 0,9 y en el varón cuando es superior a 1, se considera obesidad de tipo androide.

Clasificación de la obesidad

- **Hiperplástica:** Se caracteriza por al aumento del número de células adiposas. (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).
- **Hipertrófica:** Aumento del volumen de los adipocitos. (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).
- **Primaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).
- **Secundaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de la grasa corporal (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).

Fisiopatología

El peso corporal y el porcentaje que de este corresponda al tejido adiposo resulta sin lugar a duda del balance calórico, cantidad de energía que entra menos de la que gasta.

La obesidad es siempre la expresión de un balance calórico positivo, el cual llega por un incremento de ingesta de alimentos, por disminución del gasto, o por la combinación de ambos factores.

Hay un gasto calórico mínimo y necesario, el metabolismo basal que es el gasto requerido por el cuerpo en estado de reposo, mayor que el requerido durante el sueño, pero menor que el producido durante el ejercicio el estado posprandial.

De la energía entrante o depositada, hay dos terceras partes se utilizan para las funciones metabólicas de reposo, como son mantener la homeotermia, mantener la síntesis de proteínas celulares estructurales, los gradientes iones a través de las membranas celulares y las funciones respiratorias cardiovasculares, es decir mantener la vida. La de otra tercera parte se destina al trabajo físico y a otras funciones. Orrego, M. (2004).

Clasificación de la obesidad por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO -2007

	IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 – 29,9
Obesidad de tipo I	30 – 34,9
Obesidad de tipo II	35 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 – 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50

Complicaciones del sobrepeso y la obesidad

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como: las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

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

Afrontar una doble carga de morbilidad

Muchos países de ingresos bajos y medianos actualmente están afrontando una "doble carga" de morbilidad.

- Mientras continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, estos países están experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos.
- No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en un mismo país, una misma comunidad y un mismo hogar.

Cómo se pueden reducirse el sobrepeso y la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. Para apoyar a las personas en el

proceso de realizar elecciones, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir la obesidad, son fundamentales unas comunidades y unos entornos favorables.

En el plano individual, las personas pueden:

- limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total;
- aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- limitar la ingesta de azúcares;
- realizar una actividad física periódica, y
- lograr un equilibrio energético y un peso normal.

La responsabilidad individual solamente puede tener pleno efecto cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable. Por consiguiente, en el plano social es importante:

- Dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas más arriba, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas.
- Lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.

La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable:

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados;
- Asegurando que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos;

- Poner en práctica una comercialización responsable, y
- Asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo.

La respuesta de la OMS. Adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud expone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y una actividad física periódica. La Estrategia exhorta a todas las partes interesadas a adoptar medidas en los planos mundial, regional y local para mejorar los regímenes de alimentación y actividad física entre la población.

La OMS ha establecido el Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles con miras a ayudar a los millones de personas que ya están afectados por estas enfermedades que duran toda la vida a afrontarlas y prevenir las complicaciones secundarias. El Plan de acción se basa en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

ANEXO 4

11.4 Diabetes Mellitus

Definición. La diabetes Mellitus es un síndrome caracterizado por aumento de los niveles de la glucosa sanguínea causado por la alteración de la secreción de la insulina, de su acción o ambos y se asocia a otros trastornos del metabolismo intermedio, su expresión más severa conlleva a la cetoacidosis, y luego de varios años puede producir complicaciones en diversos órganos tales como la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la arteriosclerosis. Orrego, M (2004).

Historia

La historia de la diabetes se remonta a la dinastía VXIII de Amenofis II de Egipto en el año 1536 A.C. En los papiros de Ebers se describió una enfermedad consistente en pérdida de peso, poliuria y polifagia.

En el siglo V A.C. el médico indú Sushruta, también describió sobre un síndrome similar y mencionó la orina dulce.

No fue hasta el siglo I D.C. cuando Areteo de Capadocia en Grecia, denominó este síndrome como diabeneim, lo cual significaba “sifón” o “ pasar a través de”. Galeno posteriormente lo atribuyó a la incapacidad de riñón para detener agua.

Durante el renacimiento Paracelso aisló una “sal” en la orina de los diabéticos. Thomas Willis, en 1600, describió la orina como dulce y Cullen, en 1176, le dio el nombre de mellitus diferenciándola de la diabetes insípida.

Los científicos Minkowsky y Von Mering, en 1889, encontraron que el origen de la diabetes era pancreático y no renal. En 1901 Opie le atribuyó el origen alteraciones de los islotes de Langerhans. Al inicio del siglo XX, dos investigadores demostraron que un extracto pancreático era capaz de disminuir la glucemia (Zuelser y Paulesco), pero sus investigaciones no fueron difundidas. Solo hasta 1921, en Toronto Canadá, Frederic Banting y Charles Best, el primero un ortopedista y el segundo un estudiante de medicina, trabajando en los

laboratorios del Dr. JJR Macleod, encontraron un extracto el cual inyectado en perros pancreatectomizados producía una disminución de la glucosa circulante, este extracto inicialmente lo denominaron isletina pero luego lo bautizaron como insulina.

Clasificación

En 1998 la ADA publicó una serie de modificaciones a las anteriores clasificaciones basados en los nuevos conceptos adquiridos.

- 1 Diabetes tipo 1** (destrucción de la célula beta, Lleva a deficiencia absoluta de insulina)
 - A)** Inmunológicamente mediada
 - B)** Idiopática.

- 2 Diabetes tipo 2** (puede ir desde resistencia a la insulina con relativo déficit hasta la predominancia de la deficiencia de insulina).

- 3 Otros tipos específicos.**
 - A.** Defectos genéticos de las células beta.
 1. Cromosoma 12, HNF-1 alfa (MODY3).
 2. Cromosoma 7, glucokinasa (MODY2)
 3. Cromosoma 20, HNF- 4 alfa (MODY1)
 4. DNA mitocondrial.
 5. Otro.

B. Defectos genéticos de la acción de la insulina

1. Resistencia a la insulina tipo A
2. Lepreuchanismo
3. Síndrome de Rabson – mendenhall
4. Diabetes lipoatrófica.
5. Otros.

C. Enfermedades del páncreas exógeno.

1. Pancreatitis.
2. Trauma / pancreatoclectomía.
3. Neoplasia.
4. Fibrosis quística.
5. Hemocromatosis.
6. Pancreatopatía fibrocalculosa.
7. Otros.

D. Endocrinopatías.

1. Acromegalia.
2. Síndrome de Cushing.
3. Glucagonoma.
4. Feocromocitoma.
5. Hipertiroidismo.
6. Somatostatina.
7. Aldosteronoma.
8. Otros.

E. Inducida por drogas o químicos.

1. Vacor.
2. Pentamidina.
3. Ácido nicotínico
4. Glucocorticoides.
5. Hormonas tiroideas.

6. Dioxido.
7. Agonistas beta adrenérgicos.
8. Tiazidas.
9. Epamin.
10. Alfa interferón.
- 11Otros.

F. Infecciones.

1. Rubéola congénita.
2. Citomegalovirus.
3. Otros.

G. Formas raras inmunológicamente mediadas.

1. Síndrome de hombre rígido.
2. Anticuerpos antirreceptor de la insulina
3. Otros.

H. Otros síndromes genéticos asociados con diabetes.

1. Síndrome de Down.
2. Síndrome de Klinefelter
3. síndrome de Turner
4. síndrome de Wolfram.
5. Ataxia de Friedreich.
6. Corea de Huntington.
7. Síndrome de Laurence Moon Biedl.
10. Síndrome de Prader Willi.
11. Otros.

5. Diabetes Gestacional.

Epidemiología

La diabetes mellitus está reconocida como un problema de salud pública importante. Su prevalencia aumenta cada vez más, en nuestro medio la prevalencia se encuentra entre 7 y 9% es causa de un porcentaje importante de morbimortalidad en las estadísticas de los países. Los diabéticos tiene un 4 y 40 veces más probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y es la causa de la mayoría de los casos de ceguera en personas entre 30 y 50 años, la mitad de los trasplantes renales se efectúan en diabéticos y es la causa del 75% de las amputaciones no traumáticas en los miembros inferiores.

En Latinoamérica se espera un aumento exagerado de la prevalencia diabetes tipo 2, medido por la predisposición genética de las poblaciones amerindias, el desarrollo y la migración hacia las áreas urbanas y el cambio de hábitos de vida. La prevalencia varía entre 1.3% 3 en indígenas, en Perú hasta el 12.7% en ciudad de México, en Colombia la prevalencia ajustada a la edad está entre 7.3% y 8.9%.

Fisiopatología

Diabetes tipo 1. El defecto primario en la diabetes tipo 1 es la disminución de la secreción de la insulina por las células betas del páncreas. Este defecto causa hiperglucemia, poliuria, polidipsia y pérdida de peso, síntomas que se observan en la mayoría de los diabéticos que se diagnostican por primera vez con diabetes tipo 1. Algunos de ellos llegan hasta la deshidratación, alteraciones electrolíticas y cetoacidosis en casos más avanzados.

Diabetes tipo 2. Si bien concuerda con la diabetes tipo 1, en los mecanismos de la alteración metabólica producida por la hiperglucemia su patogenia es totalmente diferente, los mecanismos exactos aún no se conocen, pero se encuentran en una combinación de factores ambientales (alteraciones nutricionales, sedentarismo, obesidad y genéticos, los cuales unidos producen

el síndrome clínico de diabetes enmascaradas muchas veces dentro del síndrome metabólico. Las características básicas de la diabetes tipo 2 es una reducción de la secreción de la insulina acompañada de una disminución de la sensibilidad de los tejidos (hígado, musculo esquelético y grasa), a la acción de la insulina. Existe controversia acerca de los dos defectos constituye la lesión inicial en la patogenia de la diabetes tipo 2, pero se conoce que ambos deben altura en forma simultanea para la expresión clínica de la diabetes tipo 2.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO.

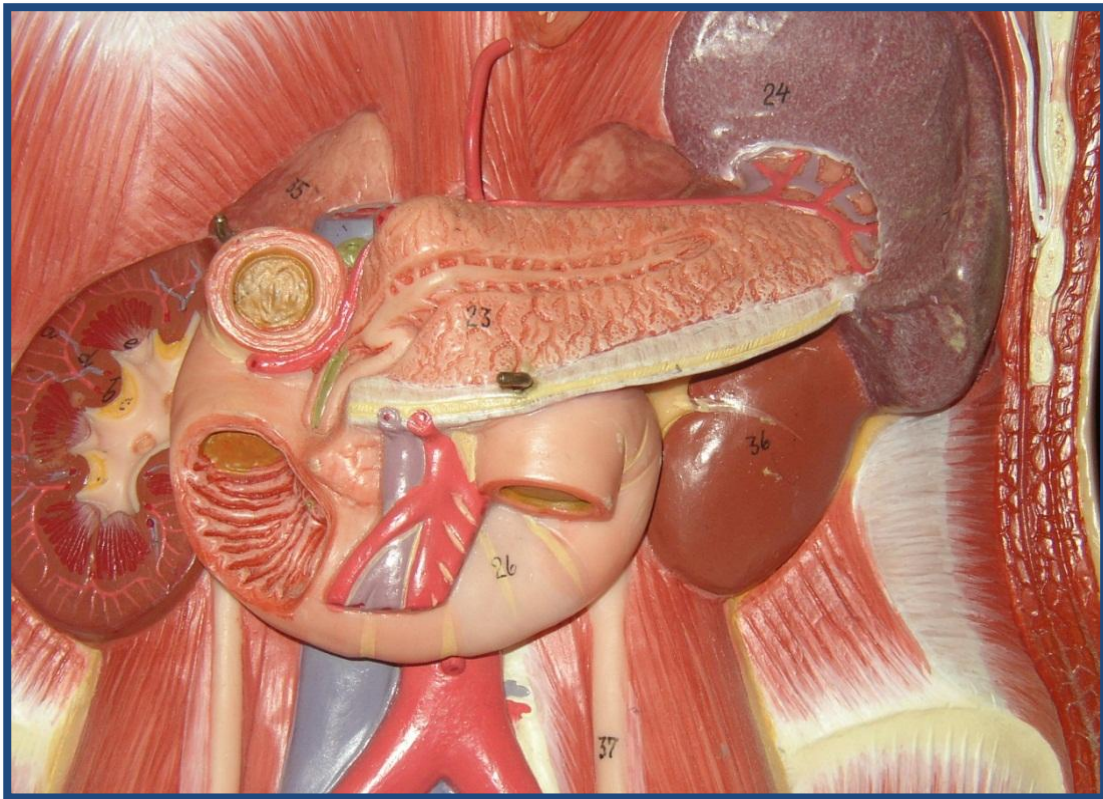


Fig. 1 Páncreas y Órganos adyacentes.

Cuadro clínico

La sintomatología más frecuente de la Diabetes Mellitus es:

- ▶ Poliuria.
- ▶ Polidipsia.
- ▶ pérdida de peso.
- ▶ Cansancio.
- ▶ Debilidad.
- ▶ Visión borrosa
- ▶ Infecciones superficiales frecuentes.
- ▶ Mala cicatrización de las heridas.

Complicaciones agudas de la diabetes mellitus:

- ▶ La cetoacidosis diabética CAD
- ▶ El estado hiperosmolar no cetónico.
- ▶ Oftálmicas: retinopatía diabética no proliferativa o proliferativa
- ▶ Renales: proteinuria, insuficiencia renal terminal IRT, acidosis tubular renal tipo IV
- ▶ Neurológicas: poli neuropatía simétrica distal, polirradiculopatía, mono neuropatía, neuropatía autónoma.
- ▶ Genitourinarias: cistopatía, disfunción eréctil, disfunción sexual femenina.
- ▶ Cardiovasculares: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad vascular periférica. Ictus.
- ▶ De las extremidades inferiores, deformidad del pie (dedo en martillo, dedo en garra, pie de Charcot), úlceras, amputación.

Factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2

- ▶ Antecedentes familiares de diabetes (es decir, progenitor o hermano con diabetes de tipo 2)
- ▶ Obesidad (es decir mayor 20% peso ideal o IMC mayor 27 kg./m²)
- ▶ Edad mayor 45 años
- ▶ Raza/etnia (es decir afroamericanos, norteamericanos de origen hispano, nativos Norteamérica, etc.)
- ▶ Glucosa basal anómala o alteración de la tolerancia a la glucosa identificadas previamente.
- ▶ Hipertensión (tensión arterial mayor 140/90 mmHg)
- ▶ Niveles de colesterol HDL menor 0.90 mmol/L (35 mg/dl), nivel triglicéridos mayor 2.82 mmol/L (250 mg/dl)
- ▶ Síndrome del ovario poliquístico
- ▶ Sedentarismo.
- ▶ Alcoholismo

Diagnóstico. Los criterios diagnósticos de DM comprenden:

1. Glucosa plasmática en ayunas mayor de 126mgdl.
2. Síntomas de diabetes mas una glucosa al azar 200mgdl.
3. Glucosa plasmática 200mgdl. A las dos horas de una prueba de sobrecarga oral de glucosa con 75gr.

Estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente si no hay hiperglucemia inequívoca con descompensación metabólica aguda. Se ha definido dos categorías intermedias.

Primero: la glucosa basal anómala GBA cuando la glucosa es plasmática en ayunas tiene mayor valor entre 110 y 126mgdl.

Segundo: La alteración de la tolerancia a la glucosa ATG para unos niveles de glucosa plasmática oral con 75g de glucosa.

Los individuos con GBA y ATG no son diabéticos pero tienen un riesgo considerable de padecer DM de tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

El nivel de hemoglobina A resulta útil para controlar la respuesta al tratamiento pero no se recomienda como prueba de detección sistemática de DM.

En individuos de más de 45 años se recomienda una prueba de detección sistemática con una determinación de la glucosa plasmática en ayunas cada 3 años, así como en individuos más jóvenes con factores de riesgo adicionales.

Tratamiento

El tratamiento óptico de la diabetes necesita algo más que tratar la glucosa plasmática. Una atención integral a la diabetes debería detectar y tratar también las complicaciones específicas de la diabetes y modificar los factores de riesgo de las enfermedades asociadas a la DM.

El paciente con DM de tipo 1 o 2 debe recibir educación sobre nutrición, ejercicio, atención la diabetes durante las enfermedades y los medicamentos para disminuir la glucosa plasmática. En general, el objetivo de Hba debe ser menor 7.0%, aunque es necesario tener en cuenta factores individuales (la edad, la capacidad de poner en práctica un tratamiento complejo, y la presencia de otras enfermedades).

El tratamiento intensivo disminuye las complicaciones a largo plazo, pero va acompañado de episodios de hipoglucemia más frecuente y grave.

Objetivos de tratamiento de la diabetes mellitus.

- ✓ Mantener los niveles glucémicos lo más cerca posible a lo normal.
- ✓ Evitar hipoglucemias e hiperglucemias y tratarlas en forma oportuna y adecuada.
- ✓ Mantener un crecimiento y desarrollo adecuado en el niño.
- ✓ Controlar los niveles de lipoproteínas y de la presión arterial.
- ✓ Prevenir o minimizar complicaciones agudas o crónicas.
- ✓ Aceptar el estado diabético en una actitud realista y positiva.
- ✓ Permitir un estilo de vida tan normal como sea posible.
- ✓ Asumir el cargo de ser diabético.
- ✓ Normalizar los niveles de glucemia; en el individuo no diabético, estos se logra gracias a los factores neuroendocrinos, los cuales aseguran unos valores llamados de normalidad, con la liberación pulsátil de insulina y glucagón entre otras hormonas.

Los pacientes con DM de tipo 2 se puede tratar con dieta y ejercicio exclusivamente o combinados con antidiabéticos orales, insulina, o una combinación antidiabéticos orales e insulina.

Un algoritmo de tratamiento inicial razonable propone una sulfonilurea o metformina como tratamiento inicial por su eficacia.

La metformina tiene la ventaja de que favorece una ligera pérdida de peso, disminuye los niveles de insulina, mejora levemente el perfil lipídico y no causa insuficiencia renal, la insuficiencia cardiaca congestiva, en cualquier forma de acidosis, hepatopatía o hipoxia grave y debe ser suspendida de forma transitoria en los pacientes que están gravemente enfermos o reciben contrastes radiográficos.

FARMACOCINÉTICA DE LOS PREPARADOS DE INSULINA.

PREPARADO	COMIENZO, H	MÁXIMO, H	DURACIÓN EFICAZ, H	DURACIÓN MÁXIMA, H
Acción corta Lispro Soluble	Menor 0.25	0.5-1.5	3-4	4-6
	0.5-1.0	2-3	3-6	6-8
Acción Intermedia NPH Lenta	2-4	6-10	10-12	14-18
	3-4	6-12	12-18	16-20
Acción Prolongada Ultralenta Glargina	6-10	10-16	18-20	20-24
	4		24	Mayor 24

► **EDAD ADULTA MEDIA,** (Etapa que comprende de los 40 a los 65 años).

La capacidad física e intelectual máxima se alcanza a los 40 o 45 años y de aquí empieza a declinar lentamente, se ha demostrado que los adultos que permanecen activos física y mentalmente, en la madurez pueden experimentar poca o ninguna reducción de estas facultades.

HAY CUATRO TIPOS DE CAMBIOS FÍSICOS GENERALES QUE CARACTERIZAN A LA VEJEZ HUMANA:

1. Cambios en la composición corporal

De los 50 a 75 años y más la altura y el peso disminuyen se incrementa la grasa y disminuye el agua corporal junto con el tamaño y resistencia del esqueleto óseo y el volumen muscular.

2. Cambios en las capacidades de reserva corporal

“Las personas sanas de edad avanzada que no tienen enfermedad crónica, las funciones del corazón, cerebro y riñones se mantienen bien en los años muy tardíos” pero la presencia de una o más enfermedades crónicas conduce a una disminución de reservas funcionales.

3. Cambios en la capacidad corporal para reparar un daño

En las personas de edad avanzada se reparan los tejidos más lentamente, pero esta reparación es completa y efectiva.

4. Cambios en la respuesta a la tensión

Responden menos efectivamente a todo tipo de tensiones, aunque pueden responder adecuadamente cuando cuentan con tiempos y condiciones específicas.

► **LA EDAD ADULTA**, es la etapa más rica y satisfactoria en lo social.

La satisfacción en el trabajo es alta, la satisfacción marital llega a su punto máximo después de que los hijos han dejado el hogar, los lazos de amistad se vuelven fuertes e importantes.

En esta etapa los adultos tienen que atender exigencias de sus hijos así como a sus padres ancianos. El aumento en la creatividad puede ocurrir para muchos adultos en este periodo.

Las mujeres de los 40 a los 65 se preocupan más por alcanzar sus metas personales, también se presenta el climaterio tanto en los hombres como en las mujeres disminuyendo gradualmente las hormonas sexuales, en la mujer se pierde la capacidad reproductiva. En los cincuenta los patrones hormonales de los hombres y mujeres son más similares, por lo que hay un equilibrio entre ambos sexo.

ANEXO 5

11.5 Hipertensión arterial.

Definición

Se define como un trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que en última instancia causa aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados. OMS (2005).

La **hipertensión arterial** (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

La hipertensión arterial es una enfermedad multigenética y multifactorial en desencadenamiento participan tanto factores genéticos como ambientales, su aparición resulta de un complejo mecanismo en el que se interactúan diversas neurohormonas, el sistema nervioso central, el riñón y el endotelio vascular, estos mecanismos llevan a alteraciones en la estructura de la pared vascular y del músculo cardíaco desencadenando la presencia de factores lipídicos, inflamatorios e inmunológicos que finalmente desencadenan esta patología.

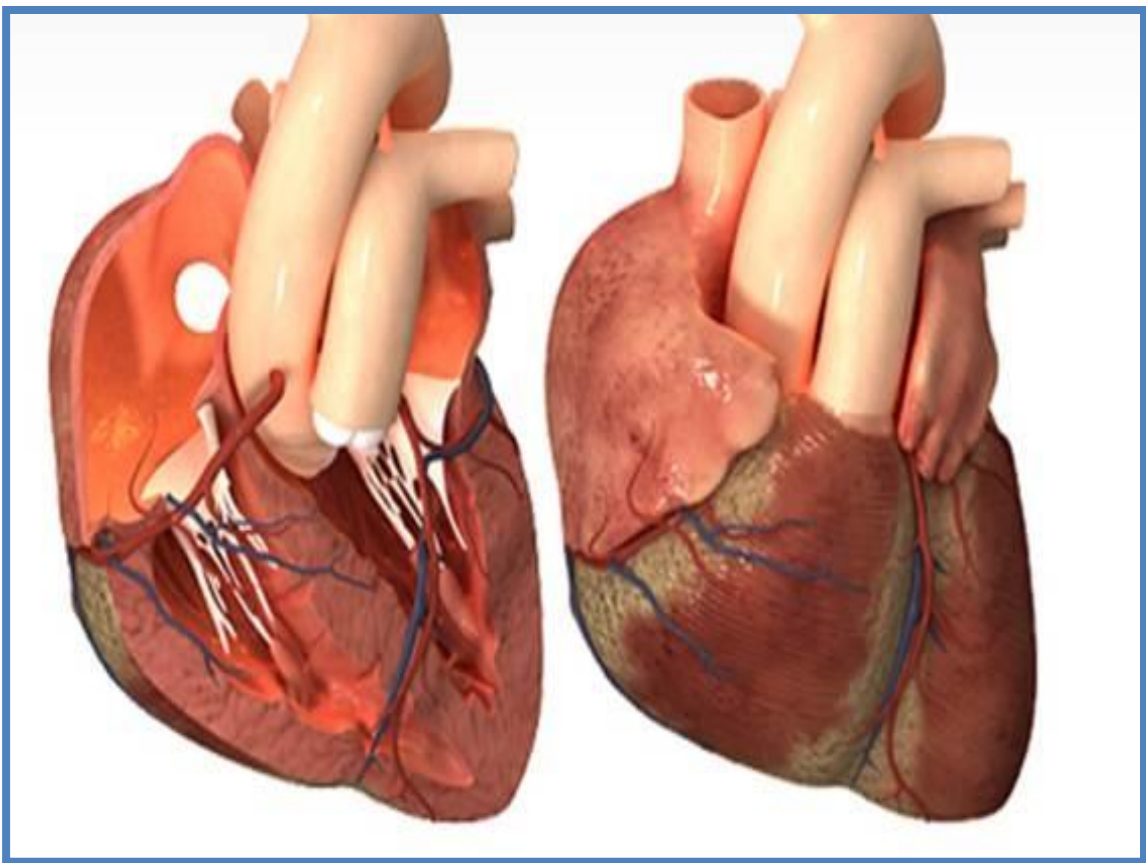


Fig. 2 Morfología Cardiovascular.

Corazón. Es una visera hueca, situada en la cavidad torácica y ocupa el mediastino medio inferior.

Configuración Externa. El corazón tiene forma de una pirámide triangular, de base derecha de vértice izquierdo, su eje mayor está dirigido de derecha a izquierda de atrás hacia adelante y ligeramente de arriba hacia abajo, de consistencia firme siendo esta su mayor porción ventricular que en la auricular.

De coloración rojiza en su superficie externa se encuentran masas adiposas, más abundantes cerca de los vasos coronarios. Pesa alrededor de 300 gr en el adulto y 30 gr en el recién nacido.

Debido a su forma, presenta tres caras:

- ✓ Anterior o esternocostal.
- ✓ Formada en su mayor parte por el ventrículo derecho.
- ✓ posterior o diafragmática.
- ✓ Corresponde completamente a los ventrículos pero es el ventrículo izquierdo el que constituye la mayor parte de esta cara.
- ✓ Lateral izquierda o pulmonar.
- ✓ Corresponde al ventrículo izquierdo en su mayor parte.

También cuenta con tres bordes:

- ✓ Derecho: formado por la unión de las caras anterior y posterior.
- ✓ Superior e inferior izquierdos, muy poco marcados.
- ✓ Surcos: el corazón presenta tres surcos.
- ✓ Auriculoventricular: separa en cada lado la aurícula del ventrículo correspondiente.
- ✓ Interventricular anterior: separa a ambos ventrículos en la parte anterior y aloja en su recorrido a la arteria coronaria izquierda.
- ✓ Interventricular posterior: separa a ambos ventrículos en la parte posterior y aloja en su recorrido a la arteria coronaria derecha.

✓ Interauricular: separa a la aurícula derecha de la izquierda.

La base está constituida por las aurículas en tanto que el vértice o punta del corazón está formado por el ventrículo izquierdo.

Configuración Interna.

El corazón en su interior está formado por cuatro cavidades: dos aurículas, una derecha e izquierda. Y dos ventrículos, uno derecho y otro izquierdo cada uno de ellos con características propias.

Comunicando a cada aurícula con el ventrículo correspondiente, se encuentra una válvula; en el lado derecho esta la tricúspide (tres válvulas) y en el lado izquierdo la mitral (dos válvulas).

En la aurícula derecha se encuentran los orificios de la llegada de las venas cavas superior e inferior y en la aurícula izquierda están los orificios de las cuatro venas pulmonares.

En el ventrículo derecho se localiza el orificio de salida de la arteria pulmonar, con su válvula sigmoidea correspondiente y en el ventrículo izquierdo se encuentra el orificio de salida de la arteria aorta, también con su válvula sigmoidea.

La estructura de la pared del corazón posee tres capas de adentro hacia afuera: endocardio; miocardio y pericardio.

Ciclo Cardíaco.

Puede estudiarse la actividad del corazón como si tuviera una bomba la cual expulsara sangre de cierto volumen cada vez que se contraiga. Se conoce como ciclo cardíaco a la sucesión de llenado y expulsión de sangre del corazón. Generalmente va desde el final de una sístole hasta el final de la siguiente sístole.

El ciclo cardíaco consta de dos etapas, diástole (llenado) y sístole (expulsión).

Fase de la Diástole; La diástole se inicia al abrirse las válvulas auriculoventriculares. Las válvulas sigmoideas se encuentran cerradas. La sangre que llega a la aurícula derecha por las venas cavas y a la aurícula izquierda por las venas pulmonares, paso directamente a los ventrículos produciéndose la primera fase de la diástole, el llenado rápido, posteriormente se llenan lentamente ambos ventrículos. A esta segunda fase de la diástole se le denomina llenado lento ventricular o diastasis.

Esta fase termina al iniciar la contracción de las aurículas y su vaciamiento en los ventrículos produciendo la tercera fase de la diástole conocida como llenado ventricular, a expensas de la sístole auricular, la diástole propiamente dicha termina al producirse el cierre de las válvulas auriculoventriculares, y en ese momento principia la sístole.

Fase de Sístole; Al principio de la sístole están cerradas tanto las válvulas auriculoventriculares como las sigmoideas, en este momento los ventrículos empiezan a contraerse y la presión interventricular asciende, a esta fase se le conoce como la contracción ventricular, con la cual termina de abrirse las válvulas sigmoideas con la apertura de dichas válvulas la sangre de los ventrículos sale hacia la arteria pulmonar y la aorta respectivamente, fase llamada de contracción isotónica o de expulsión máxima.

Luego se siguen vaciando los ventrículos pero más lentamente y esta tercera fase de la sístole se le denomina fase de expulsión lenta o pro-trosístole, que continua con el cierre de las válvulas sigmoideas y en este momento nuevamente cerradas, tanto las válvulas sigmoideas como las auriculoventriculares, el corazón se relaja y a esta fase se le conoce como relajación ventricular isovolumétrica; nuevamente empieza la diástole al abrirse las válvulas auriculoventriculares, con lo que se inicia otro ciclo cardiaco.

Gasto Cardíaco.

El corazón, centro del sistema cardiovascular órgano muscular, hueco que funciona como una bomba que expulsa la misma cantidad de sangre mediante sus dos ventrículos, desde el punto de vista fisiológico, el corazón está compuesto de dos partes, corazón derecho y corazón izquierdo, los cuales actúan en forma independiente y pueden cumplir su función de manera adecuada.

A la cantidad de sangre que expulsa el ventrículo izquierdo hacia la aorta en un minuto se le llama gasto cardíaco o volumen minuto, habitualmente se mide en litros/minutos, está determinada por dos factores:

- 1.- Cantidad de sangre bombeada por el ventrículo izquierdo durante la contracción.
- 2.- Numero de contracciones cardíacas por minuto.

Volumen Sistólico. Adulto en reposo, el volumen sistólico tiene un promedio de 70 mililitros y la frecuencia cardíaca es de alrededor de 70 latidos por minuto, el gasto cardíaco promedio en un adulto en reposo es alrededor de 5 litros por minuto.

Presión Arterial. Se define como la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos.

Como toda fuerza se opone otra de igual magnitud pero en sentido contrario, los vasos oponen resistencia al paso de la sangre, esta resistencia se conoce como tensión arterial.

La presión arterial se obtiene mediante el producto del gasto cardíaco por la resistencia vascular periférica, la presión arterial tiene varias expresiones:

- 1.- la presión sistólica o máxima dada principalmente por el volumen sistólico del ventrículo izquierdo, su valor promedio para un adulto es de 120mmHg.

2.-La presión diastólica o mínima, dada por la resistencia vascular periférica, su valor promedio de un adulto es de 80 mmHg.

3.- Diferencial o de pulso, es la diferencia entre las presiones máximas y mínima, su valor promedio para un adulto es de 40 mm de hg.

Los vasos sanguíneos y su endotelio.

Su desarrollo en el ser humano comienza en el mesodermo del saco vitelino, corion y tallo corporal.

Los vasos sanguíneos se desarrollan a partir de masas y cordones aislados del mesenquima en el mesodermo, poco después, aparecerán espacios en dichos islotes, que después constituirán la luz de los vasos sanguíneos.

Algunas células mesenquimatosas que circundan a tales espacios son el origen del endotelio que reviste a los vasos sanguíneos, el mesenquima que envuelve al endotelio forma las tunicas (intima, media y externa) de los vasos sanguíneos de gran calibre.

El crecimiento y la fusión de los islotes sanguíneos forman una red extensa de vasos en el embrión.

El plasma y sus elementos figurados de la sangre se forman a partir de células endoteliales y aparecen en los vasos sanguíneos del saco vitelino y la alantoides con relativa prontitud.

La formación de sangre en el embrión se inicia hacia el segundo mes en el hígado, médula ósea y ganglios linfáticos.

En el centro cardiovascular es un área localizada en el tercio inferior de la protuberancia y los dos tercios superiores del bulbo, está formado por dos partes una excitadora bilateral y puede excitar las fibras vasoconstrictoras y otra parte inhibidora medial que puede inhibir la vasoconstricción permitiendo así la vasodilatación.

Sistema Renina-angiotensina.

Cuando la presión arterial baja y el riego sanguíneo a través de los riñones disminuye las células del aparato yuxtaglomerular que secreta renina, esta enzima cataliza la conversión de una proteína plasmática sintetizada originalmente en el hígado, llamada sustrato de renina, en el sentido angiotensina 1, que por aclarar otra enzima se convierte en otro péptido, angiotensina 2, el vasoconstrictor más potente del organismo por lo que la constricción de las arterias aumenta la resistencia periférica y por tanto eleva la presión arterial hasta cifras normales y el volumen sanguíneo renal se incrementa.

Clasificación de hipertensión arterial

Según los niveles de Presión Arterial.

La OMS distingue tres categorías de HTA: ligera, moderada y severa.

CATEGORÍA	PA DIASTÓLICA (mmHg)
LIGERA	90 - 104
MODERADA	105 - 114
SEVERA	>115

Para clasificar la HTA podremos distinguir cuatro criterios básicos.

1. Según la elevación de la PA sistólica o diastólica

HTA diastólica. Elevación de la PA diastólica con sistólica dentro de cifras normales.

HTA sistólica-diastólica. Elevación de la PA sistólica y diastólica.

HTA sistólica aislada (HSA). PA sistólica elevada con cifras diastólicas normales.

OMS 2009.

La norma Oficial Mexicana NOM- 030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial Sistémica se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios.

- Con fines de clasificación y registro.
- Para efectos de diagnóstico y tratamiento,

Se usará la siguiente clasificación clínica:

Categoría	P.A. Sistólica	P.A. Diastólica
Presión arterial óptima	<120	<80
Presión arterial normal	120-129	80 - 84
Presión arterial normal alta	130-139	85-89
Hipertensión arterial		
Etapa 1	140-159	90-99
Etapa 2	160-179	100-109
Etapa 3	≥180	≥110

Etiología

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales, tales como el estrés, la dieta y la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial.

Esta interacción origina los denominados fenotipos intermedios, mecanismos que determinan el fenotipo final, hipertensión arterial a través del gasto cardiaco y la resistencia vascular total, los fenotipos intermedios incluyen, entre otros: el

sistema nervioso autónomo, el sistema renina angiotensina, factores endoteliales, hormonas vasopresoras y vaso depresora, volumen líquido corporal.

En una población libre de factores que predispongan a la hipertensión arterial, la presión arterial presentara una distribución normal, estará desviada a la derecha y tendrá una base estrecha o menor varianza.

Cuando surge un factor que predispone a la hipertensión, como el aumento de masa corporal, a curva de distribución se desplaza más hacia a derecha, aumenta la base (mayor varianza) y se aplana, si el aumento de masa corporal se agrega otro factor, como el consumo de alcohol, la curva se desplazara aún más hacia la derecha, aumentara la varianza y habrá más individuos considerados hipertensos.

Los límites entre la influencia del ambiente y de los genes son borrosos, sobre todo con la detección del retardo del crecimiento intrauterino como fuerte indicador predictivo de hipertensión futura.

Factores Determinantes. La hipertensión arterial se desencadena provocada principalmente por una serie de factores que aplican en cierta medida el mecanismo de la hipertensión arterial estos factores son los siguientes.

A.-Contractibilidad Miocárdica. El aumento de la actividad del sistema autónomo simpático es el principal contribuyente del aumento de contractibilidad cardiaca. El aumento de actividad del sistema simpático se puede deber a la estimulación hormonal, o liberación excesiva de catecolaminas por las glándulas suprarrenales.

B.- Volumen Circulante. Un aumento del volumen circulante dentro del sistema arterial puede deberse a redistribución o aumento de la volemia, el primer mecanismo se produce por aumento del retorno venoso primer mecanismo se produce por aumento del retorno venoso secundario a vasoconstricción venosa medida por el sistema simpático.

La constricción de las venas provoca mayor cantidad de sangre que puede ser bombeada en cada latido llevando a aumento de la cantidad de sangre en el territorio arterial y con ello un aumento de la presión arterial.

El aumento de volemia se debe a excesiva retención de sodio por el riñón, el sodio es el principal determinante de la volemia ya que su retención también retiene agua por su fuerza osmótica, puede deberse también a exceso de angiotensina II mineral corticoides como aldosterona, glucocorticoides o disminución de nefronas por falla renal aguda o crónica.

C.-Aumento de la resistencia periférica.

Se produce por dos mecanismos, el primero es por aumento del tono arterial, elevando la resistencia vascular, mediado por diversas sustancias y el segundo por la disminución de la elasticidad arterial, la cual impide la acomodación de la volemia en el territorio arterial, esto significa que ante un aumento del volumen circulante, el territorio arterial es incapaz de dilatarse para acomodar todo el volumen, produciendo el aumento de la presión arterial.

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo se dividen en dos grupos no modificables y modificables, de ahí que haya que separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente y costumbre de las personas como: obesidad, alcohol, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida sedentario.

Factores de riesgo no modificables.

Herencia. De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial, se desconoce su mecanismo exacto pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un

progenitor, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos.

Sexo. En cuanto al sexo, son los hombres quienes tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial y solo las mujeres presentan esta tendencia hasta que llegan a la menopausia, a partir de aquí la frecuencia es igual en ambos.

Edad. La edad es otro factor no modificable que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumenta con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad, en los países industrializados la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es el 60%.

Raza. Con relación a la raza, es más frecuente la hipertensión arterial en las personas de color negro quienes tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión a diferencia de la raza blanca, además de tener un pronóstico grave.

Factores de Riesgo Modificables.

Sobrepeso. Es indiscutible que en la gran mayoría de los casos, el nivel de presión arterial e incluso la hipertensión arterial es el resultado del estilo de vida de una persona, la reacción que existe entre peso y presiones arteriales y entre sobrepeso e hipertensión se conoce desde hace muchos años. Y la reducción del sobrepeso se utiliza en el tratamiento de la misma, un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener presión arterial alta que un individuo de peso normal, a medida de que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres.

Dieta. El cambio de hábitos dietéticos en el paciente, con una ingesta hipo sódica disminuirá de manera progresiva los índices de sodio en sangre, hipocalórica y baja en grasas saturadas favorecerán, disminución de colesterol y baja de calorías para la disminución de masa corporal, alta en fibra, el consumo de alimentos ricos

en fibras disminuirán progresivamente la presión del estómago y el tránsito intestinal.

Ejercicio Físico. El uso del ejercicio físico favorece la quema de calorías, disminución progresiva de masa corporal, denigración de toxinas, se favorece la baja de peso y alimentara el estado de salud del paciente en mejoría progresiva, se sugieren ejercicios aeróbicos, los cuales incrementan la frecuencia cardiaca y tienen mayor quema de grasas y calorías en el paciente.

Cuadro clínico

La hipertensión arterial no produce ninguna manifestación clínica específica, por lo general es asintomática hasta que causa complicaciones. Los síntomas que suelen atribuirse a la hipertensión y que no presenta una buena correlación con los valores de presión arterial son: cefalea, inestabilidad en la marcha, irritabilidad, acufenos y nicturia. Algunos aumentan la posibilidad de que una persona desarrolle presión alta. A esto se le llama factores de riesgo, como la obesidad, consumo exagerado de sal, alcohol, falta de ejercicio o sedentarismo, estrés. También están los factores de riesgo no controlables como la edad, raza y factor hereditario. Los daños que la presión alta puede provocar en el organismo son muchos. Por principio aumenta la cantidad de trabajo de corazón y de las arterias. Como el corazón tiene que trabajar más de lo normal por mucho tiempo, esto tiende a agrandarse, y posteriormente puede ser difícil responder a las exigencias del organismo.

A medida de que envejecemos, las arterias se endurecen y se hacen menos elásticas. Esto ocurre gradualmente en todas las personas, aunque no tengan la presión arterial alta. Pero con la presión arterial alta esto tiende acelerarse.

El riesgo de un derrame cerebral también aumenta al igual que el peligro de sufrir daño en los riñones.

La presión arterial es un parámetro variable sujeto a múltiples cambios determinados tanto por factores externos como la actividad física y mental, el frío y la digestión o las emociones como internas (variabilidad intrínseca).

Por ello es importante obtener muestras repetidas para seguir una valoración más representativa y veraz de este parámetro cambiante.

La monitorización ambulatoria no invasiva de la presión arterial, al realizar múltiples tomas, constituye una técnica que permite obtener una información más precisa; sin embargo el diagnóstico de hipertensión se basa en las determinaciones casuales y el papel de la monitorización ambulatorio queda limitado a determinadas situaciones.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la hipertensión arterial se necesitan tres determinaciones de presión arterial.

La correcta medición de la presión arterial es la clave para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, por lo que adquiere gran importancia la capacitación de los profesionales de salud en la correcta aplicación de la técnica estandarizada.

Los ensayos clínicos en pacientes hipertensos utilizan 2 o más determinaciones en dos o más visitas. Para confirmar el diagnóstico se ha utilizado el perfil presión arterial, que consiste en realizar al menos 2 mediciones adicionales de presión arterial, en cada brazo, separados al menos 30 segundos, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días. Si los valores difieren por más de 5mmHg, se debe tomar lecturas adicionales hasta estabilizar los valores. Se clasificará como hipertenso a personas cuyo promedio de mediciones sea mayor o igual a 140/90mmHg.

En la evaluación inicial se toman mediciones en ambos brazos y para las mediciones posteriores, se elige aquel brazo con valor de presión arterial más alta. Para realizar la medición presión arterial, las personas deben estar en reposo al menos 5 minutos, evacuar vejiga en caso necesario y al menos 30 minutos, si han realizado ejercicio físico intenso, han fumado, tomado café o alcohol.

El monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) es una técnica de evaluación no invasiva de presión arterial, que permite su medición en un periodo prolongado, que habitualmente es 24 horas. Estudios han evidenciado sus ventajas en relación a la medición de presión arterial en el consultorio, tales como mejor correlación con daño de órgano blanco, estrecha relación con eventos cardiovasculares, mayor exactitud en el control de presión arterial, durante el tratamiento, por el mayor tiempo de control y el menor efecto del delantal blanco.

El rol de MAPA en la sospecha de hipertensión arterial, es confirmar el diagnóstico en las siguientes situaciones:

- Sospecha de hipertensión del delantal blanco
- Hipertensión episódica
- Disfunción autonómica
- Otras utilidades del MAPA se aplican en el seguimiento de hipertensión arterial:
- Aparente resistencia a tratamiento farmacológico
- Síntomas de hipotensión arterial en pacientes con terapia antihipertensiva.

CLASIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE PA (mmHg)

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Óptima	Menor 120	Menor de 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal alta	130 -139	85 – 89
Hipertensión grado 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensión grado 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensión grado 3	Mayor o igual a 180	Mayor o igual a 110
Hipertensión sistólica aislada	Mayor o igual a 140	Menor a 90

Una vez confirmada la hipertensión arterial:

A.- Evaluación Clínica inicial con el objetivo de descartar factores de riesgo cerebro vascular, daño en órgano blanco y/o comorbilidad lo que permita establecer riesgo cerebro-vascular.

Anamnesis y Examen Físico.

- ✓ Antecedentes familiares de hipertensión arterial, nefropatía o enfermedad vascular.
- ✓ Antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular.
- ✓ Síntomas relacionados con posibles causas etiológicas secundarias, patología renal, endocrina, ingesta de fármacos.
- ✓ Historia previa de hipertensión.
- ✓ Presión arterial de ambos brazos para seleccionar el brazo con la mayor presión para controles posteriores de existir una diferencia.
- ✓ Pulso, peso, estatura, índice de masa corporal, circunferencia de cintura.
- ✓ Solicitud de exámenes básicos de laboratorio.

Exploración Física.

Inspección General: intentando objetivar algunos signos característicos de hipertensión arterial secundaria como obesidad truncal que se acompaña de facies de luna llena, estrías abdominales y atrofia cutánea que sugeriría síndrome de Cushing, aumento del tamaño de pies y manos y tejidos blandos junto a la presencia de prognatismo que es típico de acromegalia los cambios típicos de la patología de la glándula tiroidea.

Exploración cardiaca, el primer signo físico que detectarse es el aumento de la intensidad del latido de la punta, típico en hipertensos jóvenes con circulación hiperdinámica y aumento del gasto cardíaco si dicho latido es más prolongado de lo habitual a esta desplazado hacia la izquierda, es sugestivo de hipertensión ventricular, en la auscultación cardiaca, la audición del cuarto ruido puede reflejarse una disfunción del ventrículo izquierdo, un tercer ruido o galope suele reflejar una hipertensión arterial con afectación miocárdica en forma de insuficiencia cardíaca, auscultar un soplo eyectado en foco aórtico puede ser reflejo de hipertrofia del ventrículo izquierdo y de hipertensión grave, puede oírse un segundo ruido reforzado, junto con un soplo de regurgitación aórtica, en personas jóvenes y delgadas, la audición de un soplo en el mesocardio irradiado a la región inter-escapular debe hacerse sospecha la posibilidad de existencia de una coartación aórtica.

Exploración vascular: el aspecto principal es la palpación de los pulsos en las arterias de las cuatro extremidades, una disminución de los pulsos o un retraso en la palpación en las extremidades inferiores con respecto a los pulsos carotídeos y de las extremidades superiores, sugiere a un paciente joven una coartación aórtica.

Auscultar el territorio carotídeo es fundamental en el paciente hipertenso para detectar procesos oclusivos ateroscleróticos, así como territorios renales y femorales, la

presencia de soplos lumbares o en los flancos del abdomen, sugiere estenosis de las arterias renales que constituye causa importante de hipertensión arterial.

Exploración abdominal: la presencia de una masa pulsátil es sugestiva de un aneurisma aórtico, la palpación de masas en los flancos abdominales puede indicar la existencia de riñones poli quísticos, hidronefrosis, tumores renales.

Pronóstico

La mayoría de las veces, la presión arterial alta se puede controlar con medicamentos y cambios en el estilo de vida.

Tratamiento

El paciente hipertenso debe ser tratado de manera individualizada en relación a los factores de riesgo que puedan estar presentes y a la patología, el objetivo de la prevención y control de hipertensión arterial es evitar lesiones orgánicas para disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

En el primer nivel de atención se prestara tratamiento a los pacientes con hipertensión arterial sistémica etapa 1 y 2.

Los casos de hipertensión arterial etapa 2 más complicaciones cardiovasculares o bien con hipertensión arterial secundaria y los casos asociados al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo serán referidos al especialista para su atención.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas del tratamiento, manejo no farmacológico, tratamiento farmacológico, educación del paciente y la vigilancia de complicaciones.

Tratamiento no farmacológico.

Vigilar la presión arterial.

Reducción de peso, el sobrepeso / obesidad se considera factor desencadenante que contribuye a la aparición de hipertensión arterial, el exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial el control ponderal se considera pilar principal del tratamiento no farmacológico que conllevarse una restricción calórica y aumento de la actividad física, la reducción de peso disminuye la presión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico.

Reducción del consumo de alcohol: el riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g de alcohol al día puro.

Los individuos cuyo consumo de alcohol es de 5 o más bebidas estándares por día , puede presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo, los bebedores cuyo patrón es de fin de semana es posible diagnosticar una hipertensión al principio de la semana, cuyas cifras serán bastantes menores al final de la misma.

Abandono del tabaco: la mayoría de estudios indican que en la población fumadora, la prevalencia de hipertensión arterial no es mayor que entre la no fumadora, la relación existente entre el tabaco y las enfermedades cardiovasculares mediante terapia.

Reducción de consumo de sal: estudios demostraron que una reducción pronunciada en la ingesta de sal, disminuía la presión arterial en pacientes hipertensos, por mg al día conseguir una reducción considerable, tan solo con esta medida, hay que reducir la ingestión de sodio a menos de 7 gr al día.

Aumento de actividad física: como respuesta al entrenamiento físico, los normotensos se pueden alcanzar reducciones de presión arterial, diferencia general a la que se observa entre la población general que realiza el ejercicio físico.

Tratamiento Farmacológico.

- ✓ Captopril 25 mg
- ✓ Verapamil 80 – 120 mg
- ✓ Prazocin 10 mg
- ✓ Metoprolol 50 mg
- ✓ Clortalidona 12.5 a 50 mg
- ✓ Nifedipina 10 mg
- ✓ Enalapril 10 mg

Complicaciones

- ✓ Deficiencia visual.
- ✓ Oclusión coronaria.
- ✓ Insuficiencia renal.
- ✓ Cardiomegalia.
- ✓ Angina de pecho.
- ✓ Enfermedad vascular cerebral.

Medidas preventivas o recomendaciones

Los adultos mayores de 18 años deben hacerse revisar la presión arterial de manera regular.

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar la presión arterial.

Siga las recomendaciones del médico para modificar, tratar o controlar posibles causas de hipertensión arterial.

ANEXO 6

11.6 Trípticos.

8. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO

- ◆ Reducir el ingreso calórico y aumentar el gasto energético.
- ◆ Ejercicio metódico constante (actividad física 10 a 30 minutos diarios)
- ◆ Dieta equilibrada baja en calorías.
- ◆ Drogas anorexiantes (mazindol, fenmetrazina, fentermina, dietilpropion, fenilpropalonaamina, floxetina y otros).
- ◆ Tratamiento quirúrgico. (e inserta y se infla un balón intragástrica).



¿CUALES SON LAS COMPLICACIONES?

- ◆ Enfermedades cardiovasculares
- ◆ Cardiopatías
- ◆ Accidente cerebrovascular
- ◆ La diabetes mellitus I, II.
- ◆ Trastorno del aparato locomotor

¿ COMO SE PUEDE PREVENIR ?



- ◆ En el plano individual, las personas pueden:
 - ◆ limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total;
 - ◆ aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
 - ◆ limitar la ingesta de azúcares;
 - ◆ realizar una actividad física periódica, y lograr un equilibrio energético y un peso normal.

¿CUALES SON LAS RECOMENDACIONES?

- ◆ Come muchas frutas y verduras (en lo posible crudas y con cascara).
- ◆ Come suficientes cereales (tortillas, pan integral,, pastas, arroz o avena), de preferencias integrales, combinados con leguminosas (frijoles, lentejas, habas o garbanzos).
- ◆ Consume lo menos posible grasas, aceites, azúcar y la sal. (prefiere los aceites a la manteca, mantequilla o margari-



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



CARRERA: LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
GENERACIÓN 2007- 2011.

OBESIDAD SOBREPESO



ELABORÓ:

VELISARIO MERINO GARCÍA.

PASANTE DE ENFERMERÍA DE LA CARRERA
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

ASESORÓ:

LIC. ENF. MARIA AURORA GARCIA PIÑA.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. OMS (2008).



¿QUÉ ES LA OBESIDAD O SOBREPESO ?

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo (adiposidad) que puede ser perjudicial para la salud.

¿CÓMO SE CLASIFICA?

	IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 – 29,9
Obesidad de tipo I	30 – 34,9
Obesidad de tipo II	35 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 – 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Aumento de masa corporal

Fatiga

Baja autoestima.

Cansancio



¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El IMC es un indicador simple para calcular la proporción de grasa corporal de un individuo e identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

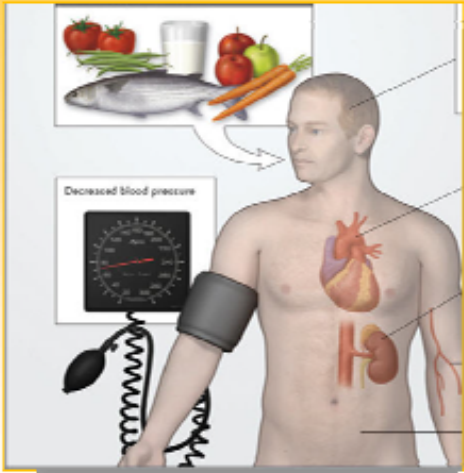
El IMC se obtiene de la división del peso corporal en kilogramos entre la estatura al cuadrado

Formula

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso corporal (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Estatura (m²)

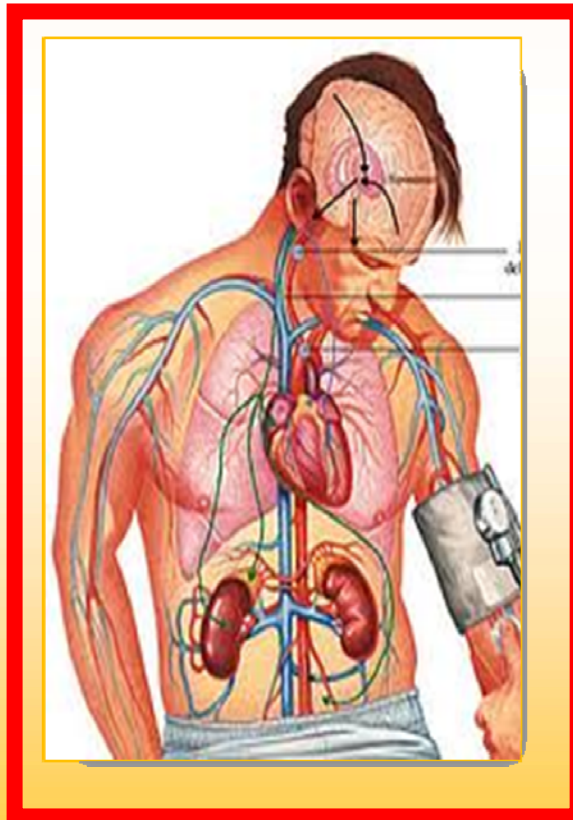
8. ¿CUÁL SON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES?



- ⇒ Vigilar la presión arterial.
- ⇒ Reduce el peso corporal si tienes sobrepeso.
- ⇒ Reduce el consumo de sal a 4-6 gramos al día; consume menos productos preparados y en conserva, y no emplees demasiada sal en la preparación de los alimentos. No obstante, existen pacientes que no responden a la restricción salina.
- ⇒ Reduce la ingesta de alcohol, que en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres inferior a 210 gramos.
- ⇒ Realiza ejercicio físico, preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, de 30 a 45 minutos, un mínimo de 3 veces por semana.
- ⇒ Reduce el consumo de café y no consumas más de 2-3 tazas al día.
- ⇒ Consume alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras. Abandona el hábito de fumar.

9. COMPLICACIONES

- ⇒ Ataques cardíacos
- ⇒ Insuficiencia cardiaca congestiva
- ⇒ Daño en los vasos sanguíneos (arteriosclerosis)
- ⇒ Disección aórtica
- ⇒ Daño a los riñones
- ⇒ Insuficiencia renal
- ⇒ Apoplejía
- ⇒ Daño cerebral
- ⇒ Pérdida de la visión

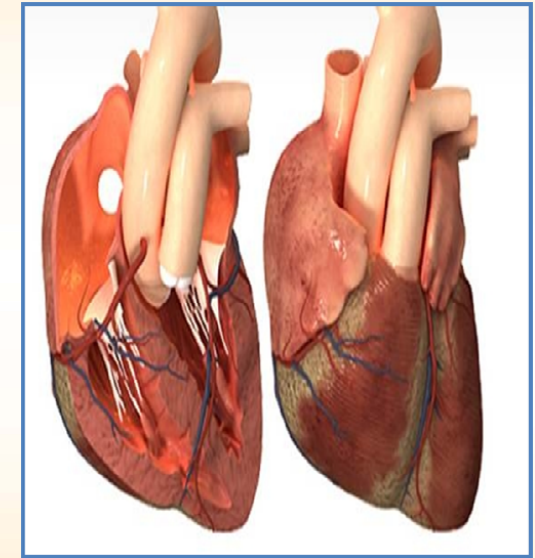


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.



CARRERA: LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
GENERACIÓN 2007- 2011.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



ELABORÓ:

VELISARIO MERINO GARCÍA.

PASANTE DE ENFERMERÍA DE LA CARRERA LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ASESORÓ:

LIC. ENF. MARIA AURORA GARCIA PIÑA.

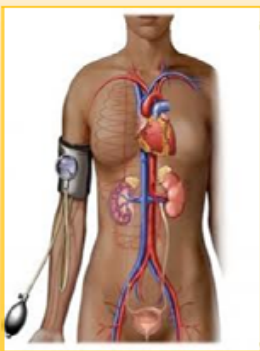
1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. Alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas.

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas.

2. ¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Se define como la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos. Como toda fuerza se opone otra de igual magnitud pero en sentido contrario, los vasos oponen resistencia al paso de la sangre, esta resistencia se conoce como tensión arterial. La presión arterial se obtiene mediante el producto del gasto cardiaco por la resistencia vascular periférica.



3. ÓRGANOS AFECTADOS.

Es una enfermedad sistémica, porque afecta a varios órganos del cuerpo, fundamentalmente se afectan el corazón, el riñón, las arterias, los ojos y el cerebro.

4. ¿CÓMO SE CLASIFICA?

Categoría	PA Sistólica	PA Diastólica
Presión arterial óptima	<120	<80
Presión arterial normal	120-129	80 - 84
Presión arterial normal alta	130-139	85-89
Hipertensión arterial		
Etapa 1	140-159	90-99
Etapa 2	160-179	100-109
Etapa 3	≥180	≥110

5. ¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

La organización mundial de la salud (OMS) clasifica a los factores de riesgo en:

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- ⇒ La edad y el envejecimiento
- ⇒ Herencia e historia familiar
- ⇒ Sexo



6. ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

El diagnóstico de la HA se dificulta ya que por sí misma es raramente sintomática, aunque los síntomas que se presentan son: cefalea (usualmente occipital), visión borrosa, fatiga, mareo, epistaxis, disnea y dolor torácico.



7. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Para el diagnóstico de hipertensión arterial se necesita tres determinaciones de presión arterial, la correcta medición de la presión arterial es la clave para el diagnóstico, se debe realizar al menos dos mediciones adicionales de presión arterial en cada brazo, separados entre sí 30 segundos, en días distintos y en un lapso no mayor a quince días.

