



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: FLORES ESTRADA AURORA

No. CTA 085513189

Handwritten signature of Maestra Juana Baroja Cruz

ASESORA DE TRABAJO: MAESTRA JUANA BAROJA CRUZ



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 2005

0349839





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

A MIS PADRES:

*HERMELINDA Y RICARDO
DOS COSAS QUE ME HAN ENSEÑADO Y QUE SIEMPRE ME
SERVIRAN SON: QUE LAS COSAS BUENAS DE LA VIDA
SE CONSIGUEN CON ESFUERZO Y NO DE UN DIA,
SINO TODOS LOS DIAS DE LA VIDA.*

A MIS HERMANAS:

*CLAUDIA, NORMA, ZOILA Y JUDITH
POR SU APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO Y
POR SER PARTE DE MI MOTIVACION A SUPERARME.*

A MI HIJO OSCAR.

*POR LA INFINITA PACIENCIA Y APOYO QUE ME BRINDASTE,
EN TODO MOMENTO, PARA CULMINAR UNA DE MIS METAS MAS
GRANDES, Y POR PERMITIRME ROBARTE MUCHO DEL
TIEMPO QUE MERECE ESTAR CONTIGO.*

MONSERRAT... POR SU AFECTO Y CARIÑO.

A MI ASESOR DE TESIS:

*MTRA. JUANA BAROJA CRUZ
POR SU TIEMPO Y SU INTERES EN MI TRABAJO.*

INDICE

Introducción	1
CAPITULO I	
Esbozo del Marco Teórico acerca del origen del cuidado y situación actual de Enfermería	3
1 Etapas Históricas del cuidado	3
1.1 Etapa Doméstica	3
1.2 Etapa Vocacional	4
1.3 Etapa Técnica	4
1.4 Etapa Profesional	5
2 El Impulso de la Enfermería	5
2.1 Tiempos Remotos	6
2.2 Sociedades Arcaicas Superiores	6
2.3 El Mundo Clásico	6
2.4 Inicio del Mundo Cristiano	7
2.5 Alta Edad Media	7
2.6 Mundo Moderno	7
2.7 Nueva Concepción de la Enfermería	8
2.8 Inicio de la Profesionalización del Cuidado	8
2.9 Campo de Actuación de la Enfermera Profesional	8
2.10 El Cuidado como Objeto de la Disciplina Enfermera	9
2.11 Los Paradigmas que han ido caracterizando a la enfermería	10
2.12 La Disciplina Enfermera en el Momento	15
3 Palabras del Presidente de la República Mexicana del 6 de Enero 2005	16
4 Proceso Atención de Enfermería	17
4.1 Antecedentes sobresalientes	17
4.1.2 Características	18
4.1.3 Importancia del PAE	19
4.1.4 Etapas del PAE	20
4.1.4.1 Valoración	20
4.1.4.1.1 Técnicas para realizar la Valoración	21
4.1.4.1.2 Validación de la Información	24
4.1.4.1.3 Registro de la Información	24
4.1.4.2 Diagnósticos de Enfermería	25
4.1.4.2.1 Pasos	26

4.1.4.2.2	Clasificación de Diagnósticos Enfermeros	27
4.1.4.2.3	Problemas Inter-dependientes	28
4.1.4.2.4	Estructuración de Diagnósticos Enfermeros	28
4.1.4.3	Planeación	30
4.1.4.3.1	Pasos	31
4.1.4.4	Ejecución	33
4.1.4.4.1	Pasos	34
4.1.4.5	Evaluación	36
4.1.4.5.1	Finalidad de la Evaluación	36
4.1.4.5.2	Etapas del Proceso de Evaluación	37
4.1.4.5.3	Qué Evaluar	38
4.1.4.5.4	Elementos de la Evaluación	39
4.1.4.5.5	Como Evaluar	39
4.1.4.5.6	Cuando Evaluar	39
5	Modelo de Virginia Henderson	41
5.1	Datos biográficos	41
5.2	Tendencia y Modelo	43
5.3	Meta paradigma del Modelo de V. Henderson	44
5.4	Relación Enfermera-Paciente	46
5.5	Causas de Dificultad	47
5.6	Necesidades Básicas	48
5.7	Ventajas de la utilización del Modelo Conceptual	52
CAPITULO II		
6	Aplicación del PAE	54
6.1	Breves Antecedentes Históricos del Hosp. R.G.I. Zaragoza	54
6.2	Identificación de la UCI	56
6.3	Estadística General	57
6.4	Presentación del caso clínico	61
6.5	Valoración de las 14 Necesidades	63
6.6	Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación	66
6.6.1	Necesidad de Respirar	66
6.6.2	Necesidad de Eliminación	67
6.6.3	Necesidad de mantener la temperatura corporal	68
6.6.4	Necesidad de Beber y Comer	69
6.6.5	Necesidad de Moverse y mantener una postura adecuada	70
6.6.6	Necesidad de Dormir y Descansar	71
6.6.7	Necesidad de Evitar peligros	72
6.6.8	Necesidad de Vestirse	73
6.6.9	Necesidad de de estar Limpio, Aseado y Proteger los Tegumentos	73
6.6.10	Necesidad de comunicarse con los semejantes	74
6.6.11	Necesidad de actuar según las propias creencias y valores	75
6.6.12	Necesidad de preocuparse de la propia realización	75
6.6.13	Necesidad de Distraerse	76
6.6.14	Necesidad de Aprender	77

Comentario final	78
Bibliografía	80
ANEXOS	
7 Diabetes Mellitus Tipo II	83
7.1 Anatomía y Fisiología del Páncreas	83
7.2 Fisiopatología de la D.M. Tipo II	85
7.3 Etiología	88
7.3.1 Personas de Riesgo de contraer D.M	89
7.4 Síntomas	89
7.4.1 Objetivos	90
7.5 Tratamiento Específico	90
7.6 Observaciones y Recomendaciones	90
7.7 Educación del Paciente	90
7.8 Complicaciones	92
7.9 Prevención	92
8 Instrumento de Val. De las 14 Necesidades Básicas	94

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre un Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente de 55 años de edad con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE, para proporcionar cuidados de enfermería integral, continuos y de calidad y calidez con enfoque holístico, a fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades, de acuerdo a sus necesidades detectadas, coordinando los esfuerzos con el enfermo y la familia, aplicando el modelo de Virginia Henderson.

Los hombres tienen la salud y la enfermedad según la vida que llevan. Utilizar en el cuidado enfermero una sola fuente de explicación a la enfermedad, es alejar, eliminar y rechazar los factores de orden cultural, social, económico, etc., que deben tenerse en cuenta para que el cuidado sea integral. De esta forma la atención basada en la unicausalidad tiene que dar paso a la atención integrada fundamentada en la pluralidad de conocimientos.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema en la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo mediante el cual utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente o del sistema familiar, a los problemas reales o potenciales de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, en el Modelo de Virginia Henderson, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos, sociológicos o relacionadas a una falta de conocimientos. Su

principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería.

En la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se presenta el caso del paciente, sus datos generales, su historia clínica, su padecimiento actual, la exploración física y el tratamiento establecido.

En el punto de Valoración de las 14 necesidades se redacta cada una de las necesidades de acuerdo a lo referido por el paciente tomando como base de referencia el instrumento de valoración de las 14 necesidades y los datos obtenidos.

Así entonces el paciente es el principal determinante de su estado de salud y grado de control, con una participación activa guiada por los profesionales de la salud. Un buen control de la diabetes tiene mejores perspectivas de lograrse cuando el paciente posee una clara información de la naturaleza del padecimiento, de los recursos y de los objetivos del manejo. Es evidente que Diabetes Mellitus y una buena calidad de vida no se logran solo con la lectura de un libro o manual sobre diabetes.

CAPITULO I.- ESBOZO DEL MARCO TEÓRICO ACERCA DEL ORIGEN DEL CUIDADO Y SITUACIÓN ACTUAL DE ENFERMERÍA

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidado desde los tiempos más remotos. La palabra inglesa *nursery* deriva del vocablo latino *nutrire*, "nutrir". El término inglés *nurse* también tiene sus raíces en el latín, en el nombre *nutrix*, que significa "madre que cría". A menudo hacía referencia a una mujer que amamantaba a un niño que no era hijo suyo, o sea una ama de cría. Con el tiempo, el término *nutrix* se utilizó para identificar a una mujer que criaba, lo que suponía una definición más amplia aunque todavía relacionada con la idea de engendrar. Los vocablos latinos fueron la base de la palabra francesa *nourrice* y de la española *nodriza*, que también se referían a la mujer que amamantaba a un niño, en especial al hijo de otra. A lo largo de esta evolución de la palabra, se añadió otra dimensión a su significado: mujer que cuida y atiende a niños pequeños.¹

La palabra inglesa *nurse* también se ha utilizado como verbo, cuyas raíces originarias entroncan con el vocablo latino *nutrire*, que significaba amamantar y nutrir.

El significado tanto del nombre como del verbo continuó ampliándose para abarcar un número cada vez mayor de funciones relacionadas con el cuidado de toda la humanidad.²

.1.- ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

1.1.- ETAPA DOMÉSTICA

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la

¹ DONAHUE M. Patricia, "Historia de la Enfermería", Ediciones Harcourt, Mosby, 1999, Pp: 2 – 5.

² Idem, Pp: 4 – 5.

mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio: La enfermería debió adoptar un carácter de arte doméstico.³

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elementos muy importantes de contacto maternal, para transmitir bienestar. En último extremo, las exigencias globales de la enfermedad resultarían incomprensibles sin la formación y el conocimiento de las condiciones sociales y de las necesidades del momento.⁴

1.2.- ETAPA VOCACIONAL

Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Collière llama la mujer consagrada. Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por tanto, la incipiente enfermera, a causa de estos principios de tipo moral, centró la atención en la palabra en forma de oración y en los consejos morales, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.⁵

1.3.- ETAPA TÉCNICA

La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, en algunos casos referidos a pruebas diagnósticas (análisis, medición de signos vitales, etc.), en otros con fines

³ GARCIA Martín – Caro Catalina, Historia de la Enfermería. "Evolución Histórica del Cuidado Enfermero", Ediciones Harcourt 2001, Madrid España, Pp: 15.

⁴ Idem, Pp: 7 – 9.

⁵ Idem, Pp: 16.

curativos (administración de fármacos, curas, etc.). De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se las denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos. Esta etapa conocida, como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Collière denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”.

Un largo periodo de transición, conocido como Etapa Oscura de la Enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.⁶

1.4.- ETAPA PROFESIONAL

Las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. Comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad.⁷

2.- EL IMPULSO DE LA ENFERMERÍA

A veces resulta difícil distinguir la enfermería de la medicina en este proceso evolutivo, pues las primeras etapas de ambas disciplinas están estrechamente entrelazadas. Aunque hay quienes opinan que la enfermería nació con Florence Nightingale, en realidad es tan antigua como la propia medicina. La interdependencia entre ambas se ha puesto de manifiesto a lo largo de la historia y ha producido una interrelación única y singular. A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.⁸

⁶ Idem, Pp: 18 – 19.

⁷ Idem, Pp: 21.

⁸ GARCIA, Opcit: Pp: 2 – 3.

2.1.- TIEMPOS REMOTOS

Abarca del siglo XVIII y continúa intensamente en el siglo XIX.

Durante toda la Prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayó en la mujer y en el sanador. El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres. Son ellas las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar.⁹

2.2.- SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES

Estas sociedades se encuentran en el tiempo entre la Prehistoria y el Mundo Clásico. En los escritos existen relatos de amas de cría, parteras o cuidadoras de niños que tenían un gran apego a su trabajo. En el Nuevo Mundo (es el nombre con el que los historiadores denominan al continente americano), la posición de la mujer india era socialmente muy alta. Parece que tenía autoridad total sobre el hogar. Cabe suponer que su papel incluía el cuidado de los niños, la asistencia al parto y algún tipo de participación en el cuidado de los enfermos y los ancianos.¹⁰

2.3.- EL MUNDO CLÁSICO

Comprende desde el 330 al 29 a. de c, al siglo V.

En Grecia: las mujeres brindaban la mayor parte de los cuidados obstétricos. Así como las parteras eran habituales, otro tipo de asistencia a la salud estaba vedada a la mujer, los cuidados a la familia recaían principalmente en la esposa. En Roma. Las mujeres eran muy independientes y se dedicaban a muchas actividades fuera del hogar, su papel seguía siendo el cuidado de los niños, los ancianos y la atención a los

⁹ Idem, Pp: 28.

¹⁰ Idem, Pp: 35.

partos. Así, el cuidado del enfermo lo asumían los esclavos y sirvientes (hombres y mujeres).¹¹

2.4.- INICIO DEL MUNDO CRISTIANO

En los primeros siglos de la Era Cristiana, florecieron congregaciones dedicadas al cuidado de los enfermos, encabezadas por las mujeres como: las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas. Tanto en los monasterios como en los hospitales había personal de enfermería mayoritariamente religioso, pero también laico con votos.¹²

2.5.- ALTA EDAD MEDIA

La esposa del señor feudal tenía a su cargo el cuidado de los enfermos de la hacienda, practicaba primeros auxilios y tenía un amplio conocimiento de remedios caseros para todo tipo de enfermedades.¹³

2.6.- MUNDO MODERNO

La mujer comenzó a tener una relativa importancia social, lo que favoreció que se escribieran tratados dirigidos a matronas y parteras. Las personas que en esta época se incorporaron al cuidado de los enfermos fueron en su mayoría mujeres de vida alegre, entregadas a la bebida y, frecuentemente, procedentes de cárceles.¹⁴

¹¹ GARCIA, Opcit: Pp: 55.

¹² Idem, Pp: 70.

¹³ Idem, Pp: 78.

¹⁴ Idem, Pp: 99.

2.7.- NUEVA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA

La persona de Florence Nightingale, representa el final de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional. Es ella la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras.¹⁵

2.8.- INICIO DE LA PROFECIONALIZACIÓN DEL CUIDADO

- ❖ Enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50, 60 y 70 del siglo XX
- ❖ Hasta iniciado el siglo XX, la preparación de las enfermeras fue escasa o nula.
- ❖ La enfermera pierde su identidad asociada a los cuidados.
- ❖ Pasa de una actividad de cuidar centrada en la persona a la de curar centrada en el órgano, ésta derivada de la práctica médica.
- ❖ El comienzo de las mujeres en los estudios para su preparación y titulación de las enfermeras.
- ❖ Formación posbásica, se crean especialidades con formación muy heterogéneas.
- ❖ La figura de la auxiliar de clínica surge como necesidad del tipo de atención sanitaria que se prestaba.¹⁶

2.9.- CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA PROFESIONAL

La enfermería se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional.¹⁷

¹⁵ Idem, Pp: 133.

¹⁶ Idem, Pp: 155 – 156.

¹⁷ Idem, Pp: 165.

2.10.- EL CUIDADO COMO OBJETO DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos, riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado. El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. No por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería.¹⁸

En definitiva el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera; si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión. Todo lo cual permite analizar el cuidado de enfermería como entidad diferenciada, aunque igual que otras estructuras dinámicas, está en constante interacción con el ambiente en que se desarrolla. Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requieren conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería. Por tanto, los cuidados de enfermería comienzan mucho antes de la realización de una tarea concreta y finalizan bastante más allá de esa tarea. El cuidado integral no puede ser dependiente de la improvisación y la rutina. Para que sea de calidad, debe planificarse con una metodología rigurosa pero flexible, aplicable a cada situación y que permita el conocimiento que sirve de base para iniciar un plan de acción.¹⁹

El ejercicio de la profesión abarca aspectos deontológicos a la vez que se enmarca en los derechos humanos. El cuidado de la salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que están presentes en todas y cada una de las personas. El enfoque holístico del hombre en la atención a la salud es asumido

¹⁸ GARCÍA, Op.cit: 179.

¹⁹ Idem, Pp: 180 – 181.

por la enfermería desde todas las perspectivas teóricas. La teoría holística describe a los seres humanos como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes, de tal manera que el desequilibrio en una de las partes origina un desequilibrio en todo el sistema hombre. Desde este concepto, las enfermeras comprenden que al prestar cuidados tienen que relacionar los aspectos fisiológicos y psicológicos, sin olvidar la relación e interacción del individuo con el medio externo y con los demás. Así, el concepto de hombre como ser biopsicosocial significa que la adaptación humana para el mantenimiento de la salud total ha de hacerse en las tres áreas enunciadas: fisiológica, psicológica y social.²⁰

Área fisiológica: el sistema orgánico tiene como función el mantenimiento de la homeostasis interna. El hombre se adapta a esta área a través del sistema regulador.

Área psicológica: basada en los comportamientos humanos, su fin es la consecución de metas. Comprende las necesidades de amor, autoestima, auto concepto, seguridad, etc. Influyen en ella, además de la personalidad, las experiencias de vida, el concepto de sí mismo, etc. *Área social:* referida a las relaciones entre los individuos y los grupos que se establecen, según las normas, valores, ideología, modelos, etc., en el contexto cultural donde el hombre está inmerso.²¹

2.11.- LOS PARADIGMAS QUE HAN IDO CARACTERIZANDO A LA ENFERMERÍA

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas "paradigmas".²²

²⁰ Idem, Pp: 182.

²¹ Idem, Pp: 179 – 184.

²² KEROUAC S y Cols. "Grandes Corrientes del Pensamiento", El Pensamiento Enfermero, Barcelona, Editorial Masson, S.A. Edición 1ª, Pp: 114.

Paradigma de la Categorización

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables, así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones lineales y causales. Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Este paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera: una orientación centrada en la Salud Pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.²³

Orientación a la Salud Pública:

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.²⁴

Persona: Nightingale la considera según sus componentes físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente.²⁵

²³ Idem, Pp: 115.

²⁴ Idem, Pp: 116.

²⁵ Idem, Pp: 117.

Entorno: si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada, son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.²⁶

Cuidado: es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal. Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.²⁷

Orientación hacia la enfermedad

Se sitúa en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.²⁸

Cuidado: está enfocado hacia los problemas, la intervención de enfermería consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. La enfermera está muy atareada y ocupada, planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones.²⁹

Persona: se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.³⁰

Salud: es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como positiva, mientras que la enfermedad es percibida como negativa.³¹

²⁶ Idem, Pp: 117.

²⁷ Idem, Pp: 117.

²⁸ Idem, Pp: 118.

²⁹ Idem, Pp: 118.

³⁰ Idem, Pp: 119.

³¹ Idem, Pp: 119.

Entorno: es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural.³²

Paradigma de la Integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.³³

Orientación hacia la persona

Entorno: está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.), en el que la persona vive. La enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve el cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento.³⁴

Cuidado: va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas.³⁵

Persona: es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados.³⁶

Salud: es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.³⁷

³² KEROUAC, Opcit, Pp: 119.

³³ Idem, Pp: 121.

³⁴ Idem, Pp: 122.

³⁵ Idem, Pp: 123.

³⁶ Idem, Pp: 123.

³⁷ Idem, Pp: 123.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno; la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.³⁸

Paradigma de la Transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes, tratándose de un proceso recíproco y simultáneo de interacción, éste paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.³⁹

Apertura hacia el mundo

La OMS propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que "los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas".⁴⁰

Cuidado: va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona.⁴¹

Persona: es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta, evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.⁴²

³⁸ Idem, Pp: 124.

³⁹ Idem, Pp: 124.

⁴⁰ Idem, Pp: 125.

⁴¹ Idem, Pp: 126.

⁴² Idem, Pp: 126.

Salud: es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona.⁴³

Entorno: está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte; la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo.⁴⁴

Así frente a la complejidad de las situaciones de salud y a la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más emprenden estudios superiores. El avance de los conocimientos en su disciplina las lleva a diversificar sus motivos de estudio; tienen necesidad de una formación científica para utilizar sus conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano. Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.⁴⁵

2.12.- LA DISCIPLINA ENFERMERA EN EL MOMENTO

La enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia.⁴⁶

⁴³ KEROUAC, Opcit, Pp: 126.

⁴⁴ Idem, Pp: 127.

⁴⁵ Idem, Opcit, Pp: 129.

⁴⁶ GARCIA, Opcit, Pp: 173.

3.-Palabras del Presidente de la República Mexicana del día 6 de Enero del 2005 reconociendo a enfermería como carrera profesional

México,D.F. a 6 de Enero del 2005

Palabras del Presidente Vicente Fox Quesada durante la Ceremonia Conmemorativa del Día de la Enfermera, que esta mañana tuvo lugar en el Auditorio No. 1 de la Unidad de Congresos, del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en esta ciudad.

Así, a partir de este año, las y los enfermeros se desincorporarán ya del tabulador para los egresados de bachillerato estudiar la licenciatura en Enfermería.

Es para ustedes y es en su día. Se recupera el Código de Enfermera Obstetra en el tabulador de la Secretaría de Salud, lo que también va a mejorar las percepciones de estas valiosas trabajadoras vinculadas a la atención del parto de bajo riesgo en el ambiente rural. Esta acción es parte del fortalecimiento del Programa Arranque Parejo en la Vida.

Instruyo en este momento al Secretario de Salud a buscar, en la revisión salarial de este año, junto con las representaciones sindicales y la FSTSE, la retabulación del personal de enfermería.

Instruyo al Secretario a que alcancemos un acuerdo con la representación sindical para que, en las nuevas condiciones de trabajo de la Secretaría de Salud, se incorporen las enfermeras al Seguro Institucional de Responsabilidad Profesional.

Nuestro sistema de salud está constituido sobre una base ética, una base ética que parte de la búsqueda de una sociedad justa, inspirada en el espíritu solidario, que emana de las mejores tradiciones de nuestra sociedad ". ⁴⁷

⁴⁷FOX. QUEZADA Vicente, <http://2004.presidencia.gob.mx>.

4.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.- ANTECEDENTES SOBRESALIENTES

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión (1955), lo describió por primera vez como un proceso distinto Johnson 1959, Orlando 1961, y Wiedenbach 1963, desarrollaron un proceso de 5 fases actual. En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de 4 fases, valoración, planificación, ejecución y evaluación.⁴⁸

A mediados de los años 70, Blach 1974, Roy 1975, Munding y Jauron 1975 y Aspinall 1976, añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde ese momento, el proceso de atención de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.⁴⁹

CONCEPTO:

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.⁵⁰

⁴⁸RODRIGUEZ S. Bertha, Proceso Enfermero, Editorial: Cuellar, Junio 2002. Pág. 31

⁴⁹ Idem, Pp: 31

⁵⁰ Idem, Pp: 29.

El proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que " el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del paciente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar . En caso de que este bienestar no se pueda conseguir , el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del pacientes, elevando al máximo sus recurso para conseguir l la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo.⁵¹

4.1.2.- CARACTERÍSTICAS

- ◆ Método : porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- ◆ Sistemático : por estar conformado de cinco etapas que obedecen aun orden lógico y conduce al logro de resultados.
- ◆ Humanista : por considerar al hombre como un ser holístico que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- ◆ Intencionado: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.
- ◆ Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

⁵¹IYER Patricia, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, Editorial Interamericana 1999, Pp: 11.

- ◆ Flexible : porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería y
- ◆ Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes. ⁵²

4.1.3.- IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cuando se emplea como instrumento en la práctica de enfermería, el proceso puede ayudar a asegurar la calidad de los cuidados del paciente. Si no se aplica este método científica para el cuidado del paciente, pronto ocurrieran omisiones y duplicaciones. Un plan de atención de enfermería ayuda a reducir estos problemas al utilizarse, como guía para proporcionar cuidados aun paciente en particular. La enfermera utiliza el proceso de enfermería para planear cuidados y asegurar un control consistente y responsable de los problemas. El proceso de enfermería exige como requisitos previos, opiniones , conocimientos y habilidades. Las opiniones forman el sistema teórico sobre el que se basa la práctica de la enfermería. Los conocimientos y habilidades constituyen los instrumentos para la valoración, el diagnóstico , la planeación , la ejecución y la evaluación.⁵³

El uso de Proceso de Enfermería tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para el paciente y para el profesional de la enfermería en particular. En sentido profesional, el Proceso de Enfermería define el alcance de la práctica de la enfermería e identifica ñas directrices de la asistencia de enfermería. El paciente se beneficia del uso del Proceso de Enfermería, ya que le asegura la calidad de asistencia, al tiempo que estimule al cliente a participar en la misma.

⁵²Idem, Pp: 29.

⁵³ Idem, Pp: 29 – 30.

Finalmente las ventajas para el profesional de enfermería en particular son una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento del desarrollo profesional. El razonamiento crítico facilita una definición intencionada y dirigida al objetivo de la asistencia al paciente y de los problemas de tratamiento. Ello exige lógica, competencia, flexibilidad, creatividad, iniciativa y comunicación eficaz.⁵⁴

4.1.4.- ETAPAS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.⁵⁵

4.1.4.1 .-VALORACIÓN

Observación, interrogatorio y entrevista y exploración física.⁵⁶

CONCEPTO

Es la primera etapa del proceso de enfermería que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todos los datos correspondientes a repuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.⁵⁷

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un

⁵⁴Idem, Pp: 31 – 32.

⁵⁵ Idem, Pp: 32.

⁵⁶ RODRIGUEZ, Opcit, Pp: 29.

⁵⁷ IYER, Opcit, Pp: 39.

modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de Henderson, los 4 principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhonson, los requisitos de autocuidado de Orem, o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y ed los patrones de respuesta humana.⁵⁸

4.1.4.1.1.- TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

a).-Recolección de la información:

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de enfermería y son la entrevista, la observación y la exploración física. Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico , sistemático y continuo en la recolección de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.⁵⁹

La entrevista en enfermería es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas. Sus objetivos en el contexto de una valoración de enfermería son:

- adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planeación
- facilitar su relación con el paciente creando una oportunidad para el diálogo
- permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos
- ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.⁶⁰

⁵⁸Idem, Pp: .40

⁵⁹ Idem, Pp: 54.

⁶⁰ Idem, Pp: 55.

La entrevista consta de tres segmentos:

La introducción: es la fase introductora, profesional de enfermería y paciente, comienzan a desarrollar una relación terapéutica.

Cuerpo: comienza con el principal motivo de queja del paciente, añadiéndose después otras áreas como la historia familiar y los datos religiosos y culturales.

Cierre: durante esta fase se prepara al paciente para terminar la entrevista.⁶¹

La recolección de datos comprende información subjetiva y la información objetiva. Cualquier información es muy valiosa, pero a veces sucede que debido a la edad del enfermo los datos subjetivos son escasos, e incluso inexistentes. Esta situación se ha de compensar mediante la información objetiva y la que pueda conseguirse al acudir a otras fuentes. A veces ocurre que los datos subjetivos y los datos objetivos se contradicen. Una persona puede, por ejemplo, negar que se encuentra mal después de una operación quirúrgica(dato subjetivo), cuando presenta todos los signos del dolor. Existe otro tipo de informaciones que se refieren más bien al tiempo: comprenden los datos actuales y los datos históricos. Los datos actuales incluyen lo que ocurre en el momento de la recolección de datos. Se refieren por ejemplo, a las náuseas, vómitos, dolores o las limitaciones que experimenta en ese momento la persona.⁶²

Los datos históricos tiene en cuenta lo que le pasaba antes de su llegada al servicio o antes de que apareciera la enfermedad, estos datos nos permiten conocer mejor a la persona y establecer una comparación con lo que le ocurre ahora. De entre los datos subjetivos y objetivos, alguno son estables (gusto, ascos, alergias), mientras que otros son variables(pulso, coloración de la piel estado de ánimo). Hay que vigilar las fluctuaciones de estos últimos y llevar un control.⁶³

⁶¹Idem, Pp: 55.

⁶² Idem, Pp: 56.

⁶³PHANEUF Margot, La planificación de los cuidados enfermeros, Editorial, Mc Graw-Hill 2000, Pp: 85 - 86.

b).- Observación:

La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables. La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte, así como una amplia base de conocimientos y el uso consiente de los sentidos: vista, olfato, oído y sensibilidad. Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente(características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico(comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente) que le rodea.⁶⁴

Las manifestaciones clínicas, signos y síntomas que son de gran relevancia para la obtención de datos. Signo es un fenómeno objetivo de la enfermedad o estado que la enfermera y el médico reconoce o provoca. El síntoma es una manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por la enfermera o el enfermo y el médico. Un síntoma subjetivo es que es percibido únicamente por el enfermo.⁶⁵

Un elemento importante es la observación objetiva y no la interpretación personal en relación con el paciente, para no distorsionar la realidad de lo que está sucediendo.⁶⁶

c).- Exploración Física:

El objetivo de la exploración física se concentra en:

- mayor definición de la respuesta del paciente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.

⁶⁴ Idem, Pp: 86.

⁶⁵ Diccionario médico, Editorial, Salvat 30ª Edición, 1990, Pp: 615.

⁶⁶ ROSALES. B. Susana, Fundamentos de enfermería, Editorial, Manual Moderno 2004, Pp: 238.

- establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería
- comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier interacción entre profesional de enfermería y cliente.⁶⁷

Durante la exploración, se utilizan cuatro técnicas concretas: inspección, palpación, percusión y auscultación. Existen determinadas variables que afectan a su capacidad para recolectar datos. Algunas de ellas son factores ambientales, técnicas de recolección de datos y la comunicación verbal y no verbal.⁶⁸

4.1.4.1.2.- VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones ,centrar la atención e la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se éste seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario, familia y otros integrantes del equipo de salud. La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.⁶⁹

4.1.4.1.3.- REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son : favorecer la comunicación entre los

⁶⁷ RODRIGUEZ, Opcit, Pp: 44.

⁶⁸ IYER, Opcit: Pp: 46.

⁶⁹ Idem, Pp: 46.

miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Recomendaciones para el registro de información:

- cumplir con las normas del centro de trabajo en cuanto a registros
- evitar juicios de valor
- escribir textualmente lo que el usuario expresa entrecomillado
- acompañar las inferencias con las evidencias respectivas
- señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta
- procurar que la información sea importante y relevante
- realizar anotaciones claras, concisas y completas.
- escribir con letra clara
- evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine
- cuidar ortografía y evitar abreviaturas
- anotar siempre fecha y hora.⁷⁰

4.1.4.2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

Es la segunda etapa del proceso y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes.⁷¹

⁷⁰ Idem, Pp: 48.

⁷¹ RODRIGUEZ, Opcit. Pp: 51

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. El diagnóstico se deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, que una vez investigados, conduce a tomar decisiones.⁷²

Los diagnósticos de enfermería están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.⁷³

4.1.4.2.1.- PASOS.

1).- razonamiento diagnóstico: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias, para finalmente concluir en un juicio clínico.⁷⁴

2).- formulación de diagnósticos enfermeros: es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona familia o comunidad a procesos vitales y problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.⁷⁵

3).-problemas inter dependientes: es un juicio sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas inter dependientes se

⁷² ROSALES B. Susana, Fundamentos de Enfermería, Editorial: Manual Moderno, Enero 2005, Pp: 243.

⁷³ RODRIGUEZ, Opcit. Pp: 55.

⁷⁴ Idem, Pp: 51.

⁷⁵ Idem, Pp: 55.

relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.⁷⁶

4).- validación: consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas inter dependientes. Durante la validación la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que este es lo cierto.⁷⁷

5).-registro de los diagnósticos enfermeros y problemas inter dependientes: una vez validados los diagnósticos de enfermería y problemas inter dependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.⁷⁸

4.1.4.2.2.- CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- **REALES:** describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad, y se apoya en la existencia de características definitorias(datos objetivos y subjetivos); además de tener factores relacionados, déficit de autocuidado: baño,higiene.⁷⁹

- **DE RIESGO (POTENCIAL):** describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo(etiología). v.gr. Riesgo de infección.⁸⁰

- **DE SALUD:** es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere

⁷⁶ Idem, Pp: 69.

⁷⁷ Idem, Pp: 71.

⁷⁸ Idem, Pp: 71 – 72.

⁷⁹ PHANEUF, Opcit, Pp: 147.

⁸⁰ Idem, Pp: 147.

alcanzar un nivel mayor. Potencial de mejora en el afrontamiento familiar inefectivo comprometido.⁸¹

- **POSIBLE:** Existe otro tipo de diagnóstico, llamado diagnóstico posible. Sucede que la enfermera presiente la existencia de un problema sin estar segura de él. Puede entonces formular su diagnóstico utilizando el término **posible**, por ejemplo, " posible transtorno de la autoestima".⁸²

Los diagnósticos posibles son enunciados que describen un problema que se sospecha, pero aún no se puede validar a falta de datos suficientes.⁸³

4.1.4.2.3.- PROBLEMAS INTER DEPENDIENTES

Reales: cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema real: Hipertensión arterial. **De riesgo** es cuando existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas: riesgo de infección. Hay que tener presente que los problemas inter dependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y den deben redactarse con terminología médica. v.gr. insuficiencia respiratoria.⁸⁴

4.1.4.2.4.- ESTRUCTURACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Utilizar el nombre correspondientes a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A., previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

⁸¹ Idem, Pp: 147.

⁸² Idem, Pp: 147.

⁸³ Ide, Pp: 147

⁸⁴ RODRIGUEZ, Opcit: Pp: 51 - 52.

Ejemplo: ⁸⁵

Factores relacionados y características definitorias	Deducción	Respuesta humana
dificultad para realizar movimiento	el usuario tiene problemas con el aseo personal	déficit de autocuidado vestido ,acicalamiento.

En el caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes: **problema+factores relacionados+datos subjetivo y objetivos.**

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Ejemplo.

Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento; RELACIONADO CON: la (respuesta humana/categoría diagnóstica).

Problemas en la movilidad y fuerza física MANIFESTADO POR dificultad para quitarse la ropa. (malestar general y dificultad para realizar

Factores relacionados (causa/etiología). (Desvestirse y desaliño).⁸⁶

⁸⁵ Idem, Pp: 59.

⁸⁶ Idem, Pp: 60.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes:

problema+factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias) . Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Ejemplo:

Riesgo de infección, RELACIONADO CON: enfermedad crónica y desnutrición.

problema(respuesta	humana/categoría	diagnóstica)
Factores de riesgo. ⁸⁷		

4.1.4.3.- PLANEACIÓN

CONCEPTO:

Consiste en establecer un plan de acción es prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.⁸⁸

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería. Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planificación; esta fase del proceso de enfermería es el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento,

⁸⁷ Idem, Pp 60 – 61.

⁸⁸ PHANEUF, Opcit: Pp: 182

conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudará a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.⁸⁹

4.1.4.3.1.- PASOS:

Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos de enfermería y problemas inter dependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas. Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.⁹⁰

Elaborar objetivos: Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado. Por medio del objetivo la enfermera describe el comportamiento que espera de la persona o el resultado que quiere obtener teniendo en cuenta la situación, estas modificaciones pueden ser de orden biológico, psicológico, social o espiritual. Un objetivo es parte de la proyección de una intención que se expresa mediante la descripción del comportamiento que se espera o de un resultado que se desea obtener después de haber empleado una serie de medios.⁹¹

Características de un objetivo:

- la formulación debe ser simple, clara y concisa.

el objetivo debe ser propio de un sujeto, bien la persona cuidada, bien de su familia.

⁸⁹ Idem, Pp: 183.

⁹⁰ RODRIGUEZ, Op.cit, Pp: 74.

⁹¹ Idem, Pp: 75.

- la consecución del objetivo debe ser observable e incluso mensurable.
- debe evolucionar con la situación.
- su formulación supone una sola acción o una sola condición cada vez.
- su formulación incluye la mayoría de las veces un verbo de acción.
- puede afectar diferentes campos: psico motor, afectivo ,cognitivo
- debe relacionarse con la parte **problema** del diagnóstico enfermero.
- las acciones propuestas deben ser realistas, teniendo en cuenta el estado de la persona y el pronóstico.
- debe proporcionar indicaciones precisas sobre la acción que hay que emprender o el estado que hay que alcanzar (¿quién?, ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿en que medida?)
- debe determinarse, en la medida de lo posible, de común acuerdo con la persona.
- debe inscribirse en la lógica de los otros componentes del plan de cuidados: diagnósticos de enfermería e intervenciones.
- la formulación debe indicar un plazo preciso para la consecución del objetivo.
- el objetivo debe incluir, en algunos casos, un pronóstico, que proporciona indicaciones sobre la probabilidad de alcanzarlo.⁹²

Determinar acciones de enfermería: Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminados a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud en el diagnóstico enfermero o problema inter dependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicos.⁹³

⁹² PHANEUF, Opcit: Pp: 187

⁹³ RODRIGUEZ, Opcit, Pp: 82.

Documentar plan de cuidados: es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.⁹⁴

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: 1) individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema inter dependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; 2) estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicas, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario; 3) y los computarizados, que surgen de planes creados por ordenador, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.⁹⁵

4.1.4.4.- EJECUCIÓN

CONCEPTO:

Esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayuden al cliente a conseguir los objetivos deseados.⁹⁶

Es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.⁹⁷

⁹⁴ Idem, Pp: 86.

⁹⁵ Idem, Pp: 86.

⁹⁶ IYER, Opcit: Pp: 224

⁹⁷ ROSALES, Opcit: Pp: 252.

4.1.4.4.1.- PASOS

Preparación: se debe revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean combatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención, haciéndose necesaria la revaloración.

Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería. Reunir el material y equipo necesario pa llevar a cabo cada intervención. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los 4 puntos clave: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.⁹⁸

Intervención: después de la fase de preparación se llevan a cabo las intervenciones de enfermería independientes e inter dependientes planeadas, que incluyen: la valoración, la presentación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de salud.

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.⁹⁹

Intervenciones independientes: son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación dem médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.¹⁰⁰

⁹⁸ IYER, Opcit, Pp: 187.

⁹⁹ Idem, Pp: 187.

¹⁰⁰ Idem, Pp: 187.

Intervenciones inter dependientes: definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones puede suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.¹⁰¹

Características de las intervenciones:

Las intervenciones deben:

- basarse en principios científicos de cuidados enfermeros, de fisopatología, de psicología, de sociología.
- individualizarse
- formularse de manera concisa, simple y concreta
- armonizarse con el diagnóstico enfermero y el objetivo
- afectar a la parte problema y/o a la parte causa del diagnóstico enfermero
- responder a las preguntas ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿en qué medida?, ¿quién?
- buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona
- considerarse como el equivalente de la prescripción médica y estar firmadas
- favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza.¹⁰²

Documentación: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Para mantener informados a otros profesionales del área sobre los cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados. Requisitos universales de los registros de enfermería: fecha, hora,

¹⁰¹ Idem, Pp: 187

¹⁰² PHANEUF, Opcit : Pp: 198, 199.

datos de la valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos y nombre/ firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.¹⁰³

4.1.4.5.-EVALUACIÓN

CONCEPTO:

Es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Al medir el progreso realizado, la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.¹⁰⁴

Es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería. La evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación, y ejecución. La evaluación puede realizarse de diversas maneras, desde el punto de vista etiológico, nos podemos preguntar si se ha eliminado la causa del problema; también nos podemos preguntar sobre los resultados obtenidos en cada una de las intervenciones o incluso considerar las manifestaciones de dependencia signos y síntomas y ver si han desaparecido.¹⁰⁵

4.1.4.5.1.- FINALIDAD DE LA EVALUACIÓN

- + verificar la consecución de los objetivos
- + tratar de averiguar lo que podría mejorarse

¹⁰³RODRIGUEZ, Opcit: Pp: 89 y 90

¹⁰⁴PHANEUF, Opcit: Pp: 234

¹⁰⁵ Idem, Pp: 234.

+ rectificar el curso de la acción.

+ asegurar unos cuidados de calidad.¹⁰⁶

4.1.4.5.2.- ETAPAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

+ observación y recolección de datos

+ medida de progreso realizado para alcanzar el objetivo

+ juicio sobre la concesión o la no consecución del objetivo.

El juicio puede formar diversas formas la enfermera puede llegar a la conclusión de que el objetivo se ha conseguido lo que significa, que el estado de la persona ha mejorado como estaba previsto, que los signos y síntomas han desaparecido en este caso, ya no es necesario considerar este objetivo en el plan de cuidados.¹⁰⁷

La enfermera también puede juzgar que ciertos signos y síntomas han desaparecido, pero que aún quedan algunos. Podría entonces concluir que este objetivo está en vías de conseguirse y que hay que continuar ampliando el plazo. Asimismo podría concluir que está en vías de conseguirse con la condición de hacer algunas modificaciones. Si subsisten la mayor parte de los signos y síntomas la enfermera no tiene más remedio que reconocer que el objetivo no se ha alcanzado. Hay que tener presente esta interrogación por el fracaso del objetivo. Es posible que el objetivo fuera demasiado exigente o poco realista?, eran apropiadas las intervenciones?, han sido verdaderamente realistas?, y no ha sido así por qué?. Estas respuestas van a permitir formular otras hipótesis de diagnósticos de enfermería y rectificar el plan de cuidados si fuera preciso.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Idem, Pp: 234.

¹⁰⁷ Idem, Pp: 235.

¹⁰⁸ Idem, Pp: 237.

Conclusiones que se han de obtener después de un juicio sobre un objetivo.

OBJETIVO¹⁰⁹

Conseguido En vías de conseguirse	a perseguir a modificar
No conseguido	a perseguirse a reemplazar.

4.1.4.5.3.- QUÉ EVALUAR

La evaluación de otros componentes del plan de cuidados.

A veces ocurre que la evaluación de la situación no responde a las expectativas de la enfermera; los objetivos no se han conseguido y la evaluación de los resultados no explicara las razones de estos estancamientos. En un caso como este, hay que ir más allá de los objetivos y examinar las intervenciones, el diagnóstico de enfermería, e incluso los datos en los que se basa, puede que las intervenciones no sean adecuadas o lo bastantes personalizadas, o es posible que el diagnóstico de enfermería sea erróneo.¹¹⁰

Asi mismo el estado de la persona puede haberse modificarlo hasta de que todo el proceso que se ha puesto en marcha ya no es eficaz. En este caso hay que replantearlo por completo. Esta situación no es frecuente, pero a veces se presenta.

¹⁰⁹ Idem, Pp: 237.

¹¹⁰ Idem, Pp: 238.

Como el objetivo se refiere en primer lugar a la persona, lo normal es consultarla para averiguar si se ha alcanzado los resultados esperados. "La observación continua y la interpretación de las reacciones del enfermo, comparadas con la manera como el enfermo considera la ayuda que necesita y la actuación que de ella se deriva, son la garantía de la eficacia de los cuidados".¹¹¹

4.1.4.5.4.- ELEMENTOS DE LA EVALUACIÓN

- * La consecución del objetivo o los resultados obtenidos
- * El conjunto del proceso seguido
- * La satisfacción de la personas.¹¹²

4.1.4.5.5.- CÓMO EVALUAR

La enfermera procede a la evaluación observando el comportamiento de la persona (por ejemplo, ve si tiene buen apetito, si duerme bien), charlando con ella (se dispone a escuchar) y aveces también consultando la historia clínica (verifica balance de líquidos) y echa un vistazo a las notas de otras enfermera.¹¹³

4.1.4.5.6.- CUÁNDO EVALUAR

Los enunciados de los objetivos incluyen un plazo para la evaluación, contiene la indicación " a evaluar el " o " de aquí a x horas o días".Recordemos que este plazo no siempre significa que se crea haber alcanzado el objetivo en ese momento, puede significar que este momento se considera adecuado para emitir un juicio sobre la situación, por lo consiguiente: si el objetivo no se ha alcanzado no hay que considerarlo como un fracaso. En este caso como en todos aquellos en los que los

¹¹¹ Idem, Pp: 238.

¹¹² Idem, Pp: 238.

¹¹³ Idem, Pp: 238.

resultados se hacen esperar, los que hay que hacer es simplemente mantener el objetivo en el plan de cuidados.¹¹⁴

¹¹⁴ PHANEUF, Opcit: 235 - 238.

5.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

5.1.- DATOS BIOGRAFICOS

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- ✓ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- ✓ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✓ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magister en arte en 1934.¹¹⁵
- ✓ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ✓ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ✓ 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.¹¹⁶

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

¹¹⁵ MARRINER. *Opcit*, Pp: 98.

¹¹⁶ *idem*, Pp: 98.

- ❖ Catholic University.
- ❖ Pace University.
- ❖ University of Rochester.
- ❖ University of Western Ontario.
- ❖ Yale University.
- ❖ Old Dominion University.
- ❖ Boston College.
- ❖ Thomas Jefferson University.
- ❖ Emery University.¹¹⁷

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

✓ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

✓ 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

✓ 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.¹¹⁸

¹¹⁷ Idem, Pp: 99.

¹¹⁸ Idem, Pp: 100.

5.2.- TENDENCIA Y MODELOS

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.¹¹⁹

El uso de modelos y teorías de enfermería se hace más necesario tanto para la práctica profesional como para la formación en enfermería. Los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica profesional.¹²⁰

El desarrollo de la profesión de Enfermería en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales, no puede comprenderse sin el aporte fundamental de Virginia Henderson ya que ha proporcionado importantes bases para el avance de enfermería.¹²¹

Formó enfermeras para hospitales, domicilios y enseñanza. Y devolvió a las enfermeras la profesionalidad y reconocimiento social que hacía tantos años que habían perdido. Henderson reconoce que su modelo conceptual se inspira en diferentes fuentes, algunas provienen de Annie W. Goodrich; decana de la Army School of Nursing., Carolina Stackpole, Edgard Thorndike,; Ida Jean Orlando (Pelletier) influye en el concepto de la relación enfermera – paciente, entre otras. Virginia Henderson

¹¹⁹ Idem, Pp: 101.

¹²⁰ Idem, Pp: 16.

¹²¹ FERNÁNDEZ Ferrin Carmen, Editorial Masón - Salvat, 1995, Pp:97.

publicó su definición de enfermería en 1995, elaboró su propia definición de enfermería por tres motivos principalmente: ¹²²

- Necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras.
- Impulsada por su implicación como miembro de una comisión regional de National Nursing Council estadounidense de 1946.
- No estaba totalmente satisfecha con la definición que había dado la NANDA en 1955. ¹²³

5.3.- METAPARADIGMA EN EL MODELO DE HENDERSON.

Según el metaparadigma de Henderson considera los elementos del mismo de la siguiente manera:

Enfermería:

“La única función de la enfermera consiste ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. A si mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible. “ ¹²⁴

- La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de enfermería es independiente del médico, pero debe colaborar con él cuando éste atiende al paciente.

¹²² Idem, Pp: 99

¹²³ Idem, Pp: 99.

¹²⁴ MARRINER, Opcit, Pp: 99

- Los catorce elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.¹²⁵

Persona:

Consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad. . Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.¹²⁶

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- La mente y el cuerpo de una persona con inseparables.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las catorce necesidades del paciente están representadas en los catorce elementos enfermero.¹²⁷

Salud:

No dio una definición propia de salud pero comparó la salud con la independencia. Depende de la persona para satisfacer por sí misma las catorce necesidades básicas sin ayuda. Tal como declaró "se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico".¹²⁸

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es esencial para el funcionamiento humano.

¹²⁵ Idem, Pp: 99.

¹²⁶ Idem, Pp: 101.

¹²⁷ Idem, Pp: 101.

¹²⁸ KOZIER Bárbara, "Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica", Vol. I, Editorial: Interamericana 4º Edición, México, 1999, Pp: 51.

- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantienen sanos, poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.¹²⁹

Entorno:

Tampoco en este caso dió Henderson una definición propia de entorno. Acudió al Webster' New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como: "El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".¹³⁰

- Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de éstas.¹³¹

5.4.- RELACION ENFERMERA - PACIENTE

La función de la enfermera consiste en asumir la responsabilidad de identificar problemas, valorar continuamente las necesidades del paciente a medida que el estado del paciente y los objetivos cambien, para poner en práctica los modos de intervención que son: reemplazar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conociendo para mantener su integridad.¹³²

¹²⁹ Idem, Pp: 51.

¹³⁰ MARRINER, Opcit: Pp: 101.

¹³¹ Idem, Pp: 101.

¹³² Idem, Pp: 102.

Se identifican tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor:

- La enfermera como sustituta del paciente.
- La enfermera como ayudante del paciente.
- La enfermera como compañera del paciente.

Como colaboradores, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico. Las necesidades pueden variar según la patología y según características como la edad, el carácter, el estado anímico, la clase social o nivel cultural y las capacidades físicas e intelectuales.¹³³

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.¹³⁴

5.5.- CAUSAS DE DIFICULTAD

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.¹³⁵

Normalmente estas necesidades están satisfechas por las personas 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

¹³³Idem, Pp: 102.

¹³⁴Idem, Pp: 103.

¹³⁵Idem, Pp: 51.

necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.¹³⁶

Falta de fuerza: incapacidad física o habilidades mecánicas de la persona, para llevar a término acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado, por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, etc.¹³⁷

Falta de voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.¹³⁸

Falta de conocimiento: lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.¹³⁹

Virginia Henderson fue autora del modelo conceptual y reconocida mundialmente e hizo que fuera de gran importancia la utilización del mismo; define al modelo como "Una organización conceptual de los cuidados enfermeros basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona con referencia al desarrollo óptimo de la independencia".¹⁴⁰

5.6.- NECESIDADES BASICAS

Necesidades: En la obra de Henderson no aparece una definición concreta de necesidad, de las cosas que son menester para la conservación de la vida. El método de trabajo de enfermería con orientación al modelo de atención de Virginia Henderson,

¹³⁶ Idem, Pp: 57

¹³⁷ Idem, Pp: 57.

¹³⁸ Idem, Pp: 57.

¹³⁹ Idem, Pp: 57.

¹⁴⁰ Idem, Pp: 58.

enfoca las acciones, individualizando los cuidados hacia el paciente, partiendo del concepto de que el individuo tiene catorce necesidades básicas, las cuales debe tener satisfechas para estar sano¹⁴¹.

Si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).¹⁴²

2. Comer y beber adecuadamente.

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.¹⁴³

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.¹⁴⁴

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.¹⁴⁵

¹⁴¹ PHANEUF, Opcit, Pp 32.

¹⁴² Idem, Pp: 32.

¹⁴³ Idem, Pp: 34

¹⁴⁴ MARRINER, Opcit: Pp: 38

¹⁴⁵ Idem, Pp: 38.

5. Dormir y descansar.

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.¹⁴⁶

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.¹⁴⁷

7. Mantener la temperatura dentro de límites normales.

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.¹⁴⁸

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario.¹⁴⁹

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.¹⁵⁰

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás. De crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer su sexualidad.¹⁵¹

¹⁴⁶ Idem, Pp: 39

¹⁴⁷ Idem, Pp: 40

¹⁴⁸ Idem, Pp: 41

¹⁴⁹ Idem, Pp: 42

¹⁵⁰ Idem, Pp: 44

¹⁵¹ Idem, Pp: 45

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de una que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.¹⁵²

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que disponen a sumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.¹⁵³

13. Participar en actividades recreativas.

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.¹⁵⁴

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.¹⁵⁵

¹⁵² Idem, Pp: 46

¹⁵³ Idem, Pp: 48

¹⁵⁴ Idem, Pp: 49

¹⁵⁵ Idem, Pp: 50

5.7.- LAS VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL

En primer lugar para la persona cuidada y después para la organización del trabajo y la identidad profesional de la enfermera.

- Delimitar de manera más clara el campo de actuación de la enfermera: Es ella la que asume la responsabilidad de satisfacer el conjunto de las necesidades de la persona.
- Proporcionar una parrilla de observación y de análisis de la realidad a fin de adaptar los detalles de la situación y apreciar rápidamente la importancia de las dificultades vividas por las personas.
- Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo, es decir de manera que todas las enfermeras que forman parte de él tiendan hacia un mismo fin: la satisfacción óptima de las necesidades de la persona.
- Permitir a las cuidadoras la utilización de un lenguaje común.
- Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario.
- Revalorizar el rol autónomo de la enfermera.¹⁵⁶

Gran parte de su utilidad es de hacer explícitos los factores que influyen en una situación de cuidados, son un instrumento que nos recuerda diferentes aspectos de los cuidados que tendemos a ignorar o a olvidar. Virginia Henderson menciona que las necesidades se relacionan con las principales dimensiones del ser humano, la necesidad de respirar, eliminar y de moverse están relacionadas con la dimensión física, las necesidades de evitar los peligros y de comunicarse están vinculadas a la dimensión afectiva y social, la necesidad de vivir a su dimensión espiritual y la necesidad de aprender a su dimensión intelectual.¹⁵⁷

¹⁵⁶ PHANEUF, *Opcit*, Pp: 10.

¹⁵⁷ *Idem*, Pp: 11 – 13.

Las necesidades son las que deben ser satisfechas en primer lugar a fin de mantener el equilibrio homeostático; se buscará primero preservar la vida y garantizar la seguridad, en seguida las necesidades que tienen una fuerte dependencia, luego aquellas que ocasionan un alto nivel de dependencia; por lo que la necesidad de prioridades varía en función de la situación.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Idem, Pp: 14 – 15.

CAPITULO II.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1.- BREVES ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL REG. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

Nombre: Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", dirección: Calzada General Ignacio Zaragoza 1711, Colonia Ejército Constitucionalista, Delegación Iztapalapa, Código Postal: 09220.

Dentro de los datos relevantes se encuentran los siguientes:

1995 En febrero es designado director de la unidad el doctor Daniel Angelino de León López. A partir del 1º de junio recibe el cargo de coordinadora de los servicios de enfermería la E.E.M.C. Eva Guadalupe de Jesús León Allende.¹⁵⁹

1996 Se inician los programas de Cirugía Laparoscopia, ISSSTEMERGENCIAS y extensión Hospitalaria, la coordinación de los Servicios de Enfermería, continúa con el funcionamiento de los comités para la evaluación del personal de enfermería, de los servicios, del uniforme, hoja de enfermería y abasto, se remodelaron las áreas de medicina física y rehabilitación, archivo clínico, relaciones publicas y el comedor. Se llevó a cabo el primer trasplante de riñón en esta unidad médica. Se intensifican las acciones a favor de la Lactancia materna, se erradican los biberones y se inicia la alimentación con vaso graduado para R/N, y vaso entrenador para ptes pediátricos sólo en caso necesario, así mismo se erradica algunas prácticas como: la separación de la madre y el niño al nacer y durante la estancia hospitalaria, ayunos prolongados, horarios rígidos de alimentación entre otros.¹⁶⁰

¹⁵⁹ ISSSTE, Archivo Histórico del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, 2002.

¹⁶⁰ Idem, 2002.

1997 Por iniciativa de la Delegación Ote se develó el monumento a la enfermera, el día 9 de enero. El 24 de enero, en honor al Lic. Luís J. D. Segovia, se devela la placa en el aula del Programa de Auxiliares de Enfermería a Enfermeras Generales, convenio ISSTE-ENEO-UNAM (SUA). Cabe señalar que a partir del 26 de mayo, con la idea fundamental de funcionar como hospital desconcertado, atender y dar solución a quejas, se crea la Unidad de Atención al Derechohabiente. El Hospital cumple con las normas y procedimientos que lo acreditan como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" con el grado de EXCELENCIA.¹⁶¹

1999 En marzo se lleva cabo la primera verbena de la Salud, para la promoción de los servicios de Salud y Sociales que el hospital brinda, se ofreció orientación a la población asistente en: planificación familiar, DOC y mamario, SIDA, Lactancia materna, Hidratación Oral, Higiene personal, de la vivienda y ambiental, detección y prevención de enfermedades crónico degenerativas y adicciones, estimulación temprana, etc., se lleva acabo el 1º concurso de la enfermera(o) del año, como parte del programa de estímulos para el personal de la unidad.¹⁶²

2000 Este año marca una etapa muy importante para el Hospital, ya que en Septiembre se obtiene la certificación como Hospital de "Calidad, con la más alta puntuación de la República Mexicana, por lo que se certifica con grado de EXCELENCIA", el 25 de Octubre se vuelve a tener la recertificación en el Programa Amigo del Niño y de la Madre con grado de EXCELENCIA (28 pasos).¹⁶³

2001 Continúa como Director del Hospital el Dr. Enrique Granjas Posadas, como Coord. De los servicios de Enfermería la Enf. Eva de León Allende.

¹⁶¹ Idem, 2002.

¹⁶² Idem, 2002.

¹⁶³ Idem, 2002.

En agosto se lleva a cabo la remodelación de la UCI adultos e Inhalo terapia, terminan los trabajos en Octubre. Es designada la Lic. En Enf. Lourdes R. Hernández coord. Hospitalaria en trasplantes, y en este mismo mes inicia el Programa de Donación de órganos y Tejidos.¹⁶⁴

2002 Se establece el modelo familiar preventivo, el sist. quirúrgico de resolución rápida a través de cirugía ambulatoria, sin hospitalización, se fortalecen los servicios de urgencias, se instaura el sistema para el control y regulación del abasto de medicamentos e insumos para la atención de la salud (SICORA), se continúa con el programa de educación continua en servicio, el 8 de Noviembre se efectúa el primer trasplante de Corneas.¹⁶⁵

6.2.- IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Nombre: Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, ubicado en el Segundo piso de la torre de hospitalización bloque "B". Planta Física: La Unidad de Cuidados Intensivos tiene forma rectangular y cuenta con una capacidad de 12 cubículos individuales, contando con adecuada iluminación y ventilación, anaquel para medicamentos, control de enfermeras y médicos, 2 áreas de cómputo, 3 cuartos para descanso, cuarto séptico, área para preparación de soluciones, baño general para pacientes y salida de emergencia distribuida de la siguiente manera: En la entrada al servicio del lado izquierdo se encuentra la oficina del Jefe de Servicio, antesala con lavabo, puerta para la entrada del personal, un pasillo hacia el lado izquierdo que conduce al anexo de UCI, sala de quirófano para pacientes sépticos y dos sanitarios para el personal; en forma lineal un pasillo para el paso de visita familiar.¹⁶⁶

¹⁶⁴ Idem, 2002.

¹⁶⁵ Idem, 2002.

¹⁶⁶ ISSSTE, "Diagnóstico Situacional del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto", Hospital – Zaragoza, Diciembre, 2004.

De ese mismo lado izquierdo los cubículos del 201 al 204 que se utilizan como aislamientos, enseguida está la salida de emergencia, un descanso para médicos residentes con baño completo, al frente se encuentra el cubículo de cómputo para médicos, cubículos del 205 al 208 y al fondo el baño general de pacientes, en el ala derecha están el cuarto séptico y los cubículos del 209 al 212 con pasillo lateral para el paso de visita, enseguida se encuentra cuarto de descanso de médicos adscritos, en el área posterior de izquierda a derecha; el área de computo y descanso de enfermería, cubículo para la preparación de soluciones, al centro se encuentran anaqueles para distribución de medicamentos, soluciones, ropa y una central de monitoreo, a su alrededor la central de enfermeras y área de maquinas.¹⁶⁷

6.3.- ESTADÍSTICA GENERAL

Porcentaje de ocupación: ¹⁶⁸

De Enero a Octubre del 2004 _____ 83%

Promedio diario de Pacientes:

De enero a Octubre del 2004 _____ 10 pacientes diario

Promedio día Estancia

De enero a octubre del 2004 _____ 11 días

Tasa de Mortalidad

De enero a octubre del 2004 _____ 23 %

¹⁶⁷ Ibidem, Dic. 2004.

¹⁶⁸ Ibidem, Dic. 2004.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD.¹⁶⁹

- 1.- Infarto agudo al miocardio
- 2.- PO craneotomía
- 3.- Estado hiperosmolar
- 4.- Bloqueo auriculo-ventricular
- 5.- Choque hipovolémico
- 6.- Preeclamsia
- 7.- Pancreatitis
- 8.- Sepsis
- 9.- Síndrome de HELLP
- 10.- Trastornos del ritmo

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.¹⁷⁰

- 1.- Choque cardiogénico
- 2.- Choque séptico
- 3.- Enfermedad vascular cerebral hemorrágica
- 4.- Acidosis metabólica
- 5.- Trastornos del ritmo
- 6.- Traumatismo craneoencefálico
- 7.- Insuficiencia renal
- 8.- Falla orgánica múltiple
- 9.- Choque mixto
- 10.- Choque hipovolémico

¹⁶⁹ Ibidem, Dic. 2004.

¹⁷⁰ Ibidem, Dic. 2004.

Porcentaje de abasto ¹⁷¹

Material de curación _____ 50%

Ropa _____ 40%

Medicamentos _____ 65

Plantilla Real. ¹⁷²

categoria	matutino	vespertino	nocturno A	nocturno B	total
E.J.S.	0	1	1	1	3
E.E.	8	3	2	1	14
E.G.	1	5	4	7	17
A.E.	0	0	1	1	2
TOTAL	9	9	8	10	36

Tasas de Ausentismo: ¹⁷³

De enero a septiembre del 2004

Matutino 45.76 %

Vespertino 45.97 %

Nocturno 48.71 %

Global 46.81%

¹⁷¹ Ibidem, Dic. 2004.

¹⁷² Ibidem, Dic. 2004.

¹⁷³ Ibidem, Dic. 2004.

La tasa de ausentismo programado y no programado aumenta la carga de trabajo y disminuye la calidad de atención del derechohabiente. El desabasto de material de consumo, medicamentos y ropa retarda la atención y recuperación del usuario, incrementado el promedio de días estancia generando más gastos para la institución. El área física es adecuada para la atención de pacientes en estado crítico, no así el equipo electromédico e inmobiliario ya que es deficiente e insuficiente.¹⁷⁴

¹⁷⁴ Ibidem, Dic. 2004.

6.4.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS GENERALES

Nombre: V. M. J. J. Estado civil : viudo
Edad: 55 años Sexo: masculino
Fecha de nacimiento: 10 de Mayo de 1949
Ocupación: asistente de servicios generales en la SEP
Escolaridad: 1° de primaria Originario: Comanja de Coronal, municipio de
Lagos de Moreno Jalisco. Lugar de Residencia: Edo. De México

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de afrontamiento ineficaz (individual, familiar), relacionado con la enfermedad crónica, manifestado por conducta inapropiada para el cuidado de la salud.

Fuente de información: Directa

Se trata de paciente masculino adulto, el cual se presenta al servicio de UCI 2° piso del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE, por presentar disuria, urgencia para la micción, tos en exceso no cianozante, fiebre no cuantificada, precedida de escalofrío, a su ingreso al servicio se encontró con deshidratación, poliuria, destrostix alto, taquipnea, hipertermia y taquicardia.

A la exploración física se encuentra masculino de edad aparentemente más a la biológica, íntegro y bien conformado, actitud forzada, bien orientado, con palidez de piel y tegumentos, cavidad oral deshidratada, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, con estertores crepitantes, genitales externos sin alteraciones, en miembros pélvicos con manchas en la cara anterior de ambas piernas de aproximadamente 5cm. de diámetro.

Al registrar los signos vitales presenta: 38.5°C de temperatura, frecuencia cardiaca de 120 por minuto, frecuencia respiratoria de 30 por minuto y 150/100 de presión arterial.

Como antecedentes de importancia refiere: tabaquismo por un año desde los 20 años fumando un cigarrillo diariamente, suspendiéndolo a los 21 años de edad. Alcohol a los 20 años de edad, a base de cerveza llegando a la embriaguez cada semana, con última ingesta hace 5 días. Diabetes Mellitus desde 1996, con tratamiento farmacológico (glibenclamida), sin apego al tratamiento farmacológico, sin dieta ni ejercicio. Se hospitaliza en Agosto del 2003 por los siguientes diagnósticos: HTA, DMD, PANCREATITIS, con un mes de estancia hospitalaria, desde su egreso con tratamiento de Insulina y nuevamente con glibenclamida, pero desde febrero del 2004, ingiere el medicamento de manera muy ocasional, debido al poco interés a su tratamiento.

Antecedentes heredo familiares: Padre finado desde hace 5 años por problema de HTA, madre finada desconoce las causas, refiere abuelos paternos no ser diabéticos, los abuelos maternos refiere ser diabéticos, 4 tíos maternos muertos por complicaciones de DMD.

Se realizan exámenes de química seca para detección de riesgo cardiovascular, encontrándose con glucosa de 535 mg/dL, triglicéridos de 300mg/dL, colesterol 296mg/Dl, urea 67mg/Dl, creatinina 1.6mg/dL, Na 152mmol/L, k 3.6mmol/L, CL 99.3mmol/L hemoglobina 12.15mg/dL, plaquetas 137 10⁹/ul.

6.5.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- Necesidad de respirar:

Se observa al paciente con una frecuencia respiratoria de 30 por minuto, con humedad en la cabecera y generalizada, presenta la piel húmeda y pálida, por lo que requiere mascarilla facial continua (nebulizador) saturando al 45% de oxígeno, hasta corregir la frecuencia respiratoria del paciente.

2.- Necesidad de eliminación:

Refiere que sus hábitos de eliminación son evacuaciones de 1 a 2 veces semiformadas de color café claro, no necesita pañal, ni laxantes, con presencia de orina abundante y con sedimento, por lo que se requiere de una sonda vesical. Su abdomen es blando depresible, con movimientos peristálticos presentes. Paciente deshidratado.

3.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

El paciente refiere adaptarse a los cambios de temperatura. Con una temperatura de 38.5°C tomada en la axila, por las noches se coloca calcetines y una manta en los pies ya que le da mucho frío.

4.- Necesidad de beber y comer:

El paciente no es autónomo, ya que depende de sus familiares para ingerir sus alimentos, no llevando una dieta adecuada en calidad ni en cantidad, consumiendo alimentos altos en colesterol y azúcar (cuando ingiere alimentos), requiere de refrigerios especiales y de una colación nocturna, es asistido por sus familiares para comer, beber y cortar sus alimentos. No requiere de colocación de Sonda nasogástrica. Se debe de vigilar a la hora de la ingesta de los alimentos, esto es, debido a que no los ingiere, en su domicilio el paciente tendía a embriagarse por medio de cervezas no llevando a cabo la dieta requerida, teniendo un peso por abajo de 65kg.

5.- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada:

El paciente no es autónomo, requiere de la ayuda de sus hijas para levantarse de la cama, sentarse en el sillón, requiere de cambios de posición, ya que se observa que el paciente se mantiene en una sola posición la mayor parte del día, el paciente no necesita ayuda para la deambulacion camina despacio, con apoyo de un bastón, su hábito de descanso es ver la televisión, aprovechando ese tiempo para realizar movimientos de sus miembros inferiores.

6.- Necesidad de dormir y descansar:

Se observa al paciente somnoliento durante el día, se vigila durante la noche, ya que se queda dormido en una sola posición, el paciente presenta ojeras y constantemente está bostezando, aunque muestra interés y cooperador durante la entrevista.

7.- Necesidad de evitar peligros:

El paciente refiere no ser alérgico a ningún medicamento, aunque se queda dormido en una sola posición por lo que se requiere de una cama con barandales, conoce las medidas de prevención para evitar accidentes. No evita el peligro de su enfermedad, ya que no se cuida por que desconoce o no ha tomado conciencia de su enfermedad.

8.- Necesidad de vestirse y desnudarse:

El paciente selecciona su vestuario, es asistido para ponerse sus calcetines, ya que se le dificulta el colocárselos el solo, no necesita ayuda para vestirse o desvestirse.

9.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos:

El paciente refiere practicar su baño diario, completo con lavado de dientes 2 veces al día, por la mañana y en la noche, realizándose colutorios con bicarbonato, dándole mantenimiento a su prótesis dental movible se la retira por las noches lavándola y dejándola en agua volviéndosela a colocar por las mañanas, no requiere de aparatos auditivos, todas las mañanas suele

rasurarse la barba, se observan uñas cortas y limpias, durante las tardes se lubrica la piel de ambos miembros inferiores ya que presenta resequeadad en los mismos y manchas hiperocrómicas.

10.- Necesidad de comunicarse con los semejantes:

Su lenguaje es claro y entendible, se comunica verbalmente a la vez que utiliza el lenguaje mímico con gesticulaciones en la cara, movimientos con las manos, no tiene dificultades en la visión ni audición, durante la entrevista la comunicación ha sido clara, sencilla, sin agresividad y honesta.

11.- Necesidad de actuar según las propias creencias y valores:

Su religión es católica y ello no le genera conflictos personales, no influyen en sus hábitos de vestir, ni para relacionarse con su grupo de amistades, lo que él respeta son las imágenes religiosas y que a su vez la gente las respete, en su casa refiere tener un altar con la imagen de la Virgen María.

12.- Necesidad de preocuparse de la propia realización:

El paciente trabaja en la SEP realizando actividades administrativas subiendo y bajando escaleras, fuera de esta actividad no le gusta realizar cualquier otra.

Su estado emocional es calmado pero a la vez preocupado por su estado de salud actual.

13.- Necesidad de distraerse:

El paciente muestra apatía a realizar alguna actividad de grupo, solo se reúne con sus amigos para ver la televisión cuando hay algún partido de fútbol.

14.- Necesidad de aprender:

El paciente tiene un nivel académico hasta primero de primaria, por lo que el comenta se le dificulta en aprender cosas nuevas, tiene conocimientos sobre sus necesidades básicas, le gustaría conocer más sobre enfermedad, ya que su estado de salud actual es delicado.

6.6.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.6.1.- NECESIDAD DE RESPIRAR

Diagnóstico de Enfermería

Alto riesgo de presentar complicaciones respiratorias relacionadas con el aumento de glucosa en la sangre.

Objetivo:

Controlar y minimizar las complicaciones de acidosis respiratoria.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Administración de Oxígeno al 40% continuo a través de una mascarilla.	Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de Oxígeno. ⁽¹⁷⁵⁾
Darle posición de semifowler.	La posición facilita el descenso del diafragma y la parrilla costal se dirige hacia arriba y hacia abajo, facilitando la ventilación pulmonar. ⁽¹⁷⁶⁾
Ayudar a la ventilación por medio de ejercicios respiratorios.	Los ejercicios respiratorios producen un aumento en la frecuencia y en la amplitud de las respiraciones, incrementando el intercambio de Oxígeno y Bióxido de carbono en los pulmones. ⁽¹⁷⁷⁾
Mantener una hidratación óptima.	La hidratación óptima facilita la eliminación e impide la formación de secreciones y/o moco. ⁽¹⁷⁸⁾

Evaluación:

El paciente continúa con una Frecuencia Respiratoria de 28 a 30 por minuto.

Se mantiene en posición de semifowler.

Se muestra cooperador para la realización de ejercicios respiratorios.

¹⁷⁵ NORDMARK, "Bases científicas de la Enfermería", Editorial: Manual Moderno, Reimpresión 2002, Pp: 86

¹⁷⁶ Ibidem, Pp: 90

¹⁷⁷ CARPENITO Lynda J. "Diagnósticos de Enfermería" Aplicaciones a la práctica clínica, Editorial: Interamericana, 9ª Edición, 2003, Pp: 394.

¹⁷⁸ Ibidem. Pp: 750.

6.6.2.- Necesidad de Eliminación

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de volumen de líquidos, relacionado con pérdida excesiva de sodio y agua, manifestada por diuresis muy abundante.

Objetivo:

La enfermera vigilará para detectar la aparición de desequilibrio hidroelectrolítico.

Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica
Aumentar la ingesta de líquidos.	Para conservar el equilibrio hídrico del organismo, son esenciales volúmenes suficientes de agua. ⁽¹⁷⁹⁾
Vigilar cantidad y características de la diuresis cada hora.	La densidad de la orina refleja la capacidad de los riñones para concentrar la orina, y oscila en función del estado de hidratación y de los sólidos que se van a excretar. ⁽¹⁸⁰⁾
Control estricto de líquidos.	El equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua, entre los diferentes espacios, para conservar así una cantidad adecuada en cada uno de ellos. ⁽¹⁸¹⁾
Pesar a diario con la misma ropa y a la misma hora.	Pesando diariamente y con precisión al paciente, se pueden detectar las pérdidas de líquidos.*
Administración de líquidos por Vía Intravenosa.	Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de ciertos electrolitos para funcionar eficazmente. (**)

Evaluación:

Se logra mantener un balance de líquidos neutro, la diuresis se muestra más clara, sin sedimentación.

¹⁷⁹ Ibidem, Pp:188

¹⁸⁰ (*) Estas obras fueron tomadas de CARPENITO Opcit: Pp: 715, 718.

¹⁸¹ (**) Estas obras fueron tomadas de NORDMARK, Opcit, Pp: 189, 216.

6.6.3.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Diagnóstico de enfermería:

Hipertermia relacionada con hidratación insuficiente para una actividad energética, manifestada por escalofrío y diaforesis.

Objetivo:

Estabilizar la temperatura corporal a límites normales.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Control de temperatura por medios físicos	Los receptores nerviosos para el frío y el calor que se localizan en la piel, ayudan a regular la temperatura. (¹⁸²)
Administración de antipirético: Dipirona 1gr. I.V., Cada 8 horas.	Es un antipirético, no narcótico que actúa en los receptores periféricos y en el S.N.C., incrementando el descenso de temperatura en condiciones febriles alcanzando su concentración máxima a los 30 minutos. (¹⁸³)
Controlar el balance hídrico.	Cuando se excede la capacidad de absorción de los túmulos para cada sustancia (glucosa), estas sustancias, junto con cantidades proporcionales de agua, salen en la orina. Esto aumenta la cantidad de agua que se pierde. (¹⁸⁴)
Registro de la temperatura cada 30 minutos.	Los mecanismos fisiológicos que regulan la temperatura, están controlados por el centro regulador de la temperatura, que se encuentra en el hipotálamo. (*)
Registro y toma de la Presión Arterial.	Los problemas que afectan el volumen y la presión de la sangre circulante influyen a los cambios en la temperatura de la piel (caliente/frío). (¹⁸⁵)

Evaluación:

El paciente se mantiene en febrícula (37.5°C); Con una presión arterial de 130/80

¹⁸² NORDMARK, Opcit, Pp: 293.

¹⁸³ DEF, "Diccionario de especialidades farmacéuticas", Ediciones PLM, 2001, Pp: 621.

¹⁸⁴ (*) Estas obras fueron tomadas de NORDMARK, Opcit, Pp: 196, 298.

¹⁸⁵ CARPENITO, Opcit, Pp: 692

6.6.4.- Necesidad de Beber y Comer:

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la Nutrición relacionada con la disminución del apetito, manifestada con adelgazamiento.

Objetivo:

Lograr que el paciente conozca el régimen alimenticio adecuado al control del paciente diabético, aumentar de peso y controlar la hiperglucemia.

Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica
Informar al paciente las necesidades nutricionales normales que se requieren para que el diabético lleve un buen control de glucosa.	Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y por ello es necesario llevar una dieta que tenga suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales, que proveen lo necesario para la construcción, conservación y reparación de los tejidos corporales y la producción de energía. (+)
Vigilar que ingiera su dieta.	La dieta debe de satisfacer las necesidades mínimas de proteínas (0.9gr/Kg.) y estar diseñada para el incremento de peso gradual y sostenido alrededor de 1kg por semana, hasta alcanzar y mantener el peso corporal ideal. (¹⁸⁶)
Toma de glicemia capilar cada 2 horas (hipoglucemias).	Cuando se reducen las concentraciones sanguíneas de glucosa, las células cerebrales se ven privadas del aporte constante de esta sustancia, que necesitan para funcionar eficazmente. (¹⁸⁷)
Motivar al paciente para que practique ejercicio.	Aumentar la actividad física en los pacientes con DM II, ayuda a reducir con el tiempo la resistencia a la insulina. (**)

Evaluación:

Se informa al paciente la importancia de cambiar el régimen alimenticio, así como la importancia de fomentar el ejercicio. El paciente se muestra desinteresado.

¹⁸⁶, (+) estas obras fueron tomadas de NORDMARK Opcit: Pp: 183, 185.

¹⁸⁷, (**) TORTORA G. Principios de Anatomía y Fisiología, Oxford, 2002, Pp: 611.

6.6.5.- Necesidad de Moverse y Mantener una postura adecuada.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la inmovilidad.

Objetivo:

El paciente conservará la integridad de la piel.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Evitar periodos prolongados de decúbito en la misma posición.	La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardiacas. (*)
Valorar los cambios en la sensibilidad de las extremidades cada 2 horas (entumecimiento, hormigueo, dolor).	La inmovilidad prolongada y el deterioro de la función neurosensorial pueden ocasionar contracturas permanentes. (**)
Permitir al paciente sentarse al borde de la cama con las piernas colgando, durante unos minutos, ayudar a la persona a sentarse lentamente.	La movilidad pasiva mejora la movilidad articular y la circulación. (¹⁸⁸)

Evaluación:

El paciente coopera a la hora de visita para bajarlo a reposet, aceptando los cambios de posición cuando permanece en cama.

¹⁸⁸ Estas obras fueron tomadas de CARPENITO, Opcit, Pp: (*, **) 506.

6.6.6.- Necesidad de Dormir y de Descansar:

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón de sueño relacionado con cambios en el ambiente normal para dormir, manifestado por ojeras y bostezos.

Objetivo:

Ayudar al paciente para que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Organizar los procedimientos, para reducir al mínimo las molestias durante el periodo de sueño.	Despertarse durante un ciclo de sueño, puede hacer sentir a la mañana siguiente que se ha descansado mal. (+)
Disminuir la cantidad y la clase de estímulos recibidos.	El sueño es difícil sin relajación. El ambiente extraño del hospital puede dificultar la relajación. (++)
Explicar al paciente y a sus familiares las causas de las alteraciones del sueño y el reposo, las posibles maneras de evitar o minimizar dichas causas.	Las necesidades individuales de sueño varían notablemente. Por lo general, una persona que puede relajarse y descansar fácilmente, necesita menos sueño para sentirse renovada. Con la edad, suele disminuir el tiempo de sueño. ⁽¹⁸⁹⁾

Evaluación:

El paciente se muestra atento y despierto durante las horas de visita, mas sin embargo durante la noche no concilia el sueño, solo por ratos.

¹⁸⁹ Estas obras fueron tomadas de CARPENITO, Opcit, Pp: (+) 660, (++) 661.

6.6.7.- Necesidad de evitar Peligros:

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de lesión relacionado con entorno desconocido.

Objetivo:

Enseñar al paciente a reducir o eliminar los factores que contribuyan a sufrir algún accidente.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Colocar los barandales de la cama.	Un entorno extraño y los problemas de visión, orientación, movilidad y fatiga pueden aumentar la vulnerabilidad de las caídas. (*)
Proporcionar la supervisión conveniente.	Un ambiente desconocido puede aumentar el riesgo de lesión del paciente (caídas). (**)
Colocar el timbre de llamado al alcance.	Un paciente con problema de movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros. (¹⁹⁰)

Evaluación:

Al apreciar la importancia de las medidas de precaución para evitar accidentes el paciente se muestra cooperador llevando a cabo las medidas preventivas durante su estancia hospitalaria.

¹⁹⁰ Estas obras fueron tomadas de CARPENITO, Opcit: Pp(*), (*), 448

6.6.8.- Necesidad de Vestirse y Desnudarse:

Diagnóstico de Enfermería:

No presenta problemas que afecten su manera de vestir, ya que el paciente utiliza ropa confortable.

6.6.9.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger los Tegumentos:

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de sufrir complicaciones de la piel, relacionado con la circulación periférica.

Objetivo:

Orientar al paciente sobre la importancia del cuidado de la piel y mucosas.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Informar al paciente la importancia de prevenir las lesiones de los tejidos de la piel y mucosas.	La piel y las mucosas sanas e íntegras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos. (+)
Explicar al paciente sobre la higiene del cuerpo y la piel.	La epidermis funciona como una barrera para mantener las sustancias extrañas fuera del organismo y prevenir la pérdida de agua de éste. (++)
Enseñar al paciente a reducir o eliminar los factores que causan o contribuyan un riesgo.	La exposición repetida a cambios de temperatura, puede traer como resultado la adaptación de los receptores sensoriales hacia el calor o frío. La piel puede dañarse si estos receptores no dan aviso de la amenaza de hipertermia/ hipotermia. ⁽¹⁹¹⁾

Evaluación:

El resultado es satisfactorio por que se logra despertar interés y cooperación por el paciente y familiares, durante la visita, lubrican la piel de ambos miembros inferiores.

¹⁹¹ Estas obras fueron tomadas de NORDMARK, Opcit: 370, (+) 367, (++) 368.

6.6.10.- Necesidad de comunicarse con los semejantes:

Diagnóstico de Enfermería:

Falta de comunicación hacia su médico tratante y familiares para llevar su autocontrol relacionado con enojo, manifestado por niveles elevados de glucosa.

Objetivo:

Proporcionar confianza al paciente facilitando a su vez la intercomunicación con el personal de salud para que aclare sus dudas y lograr con ello el autocontrol de la glucosa.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Mantener un acercamiento más estrecho y una mayor comunicación entre el paciente y el personal multidisciplinario de salud para lograr inspirar confianza y con ello influir en la motivación e interés de su autocuidado para que mantenga un buen control glicémico.	Mientras más confianza y prestigio inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones, debido a que la recepción y la interpretación de los mensajes está influida por la necesidad, el interés o la motivación individual. ⁽¹⁹²⁾

Evaluación:

El paciente muestra interés en el momento, ya que hace responsable a sus hijas de su cuidado.

¹⁹² NORDMARK, Opcit: Pp: 586, 588.

6.6.11.- Necesidad de actuar según las propias creencias y valores:

Diagnóstico de Enfermería:

No presenta problemas relacionados con sus creencias, profesa la religión católica y los valores que prevalecen en su núcleo familiar son de respeto y honestidad.

6.6.12.- Necesidad de preocuparse de la propia realización:

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de estrés relacionado con cargas de trabajo.

Objetivo:

Enseñar al paciente a disminuir y a manejar su propio estrés para incrementar sus funciones como trabajador.

Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica
Orientar al paciente acerca del estrés y recomendar disminuirlo en su trabajo para que ello no constituya una dificultad al realizar sus actividades cotidianas.	El estrés es una reacción de los sistemas físicos y psicológicos del ser humano ante cualquier situación que le genere un estado de alerta. (*)
Enseñar al paciente técnicas de relajación.	La realización y la conservación del equilibrio psicológico se logra si el individuo tiene sentido de auto estimación, contribuyendo las técnicas de relajación a disminuir las manifestaciones de estrés. (**)
Permitir que exprese sus sentimientos.	Existen algunas necesidades psicológicas y psicosociales que pueden considerarse comunes para todas las persona, y para las cuales debe haber un grado de satisfacción para que el individuo mantenga el equilibrio psicológico y psicosocial. (193)

Evaluación:

El paciente muestra interés con el fin de establecer y conservar el equilibrio psicológico, considerando necesario realizar sus actividades tranquilamente.

¹⁹³ *, **, Estas obras fueron tomadas de NORDMARK, Opcit: Pp: 621, 624.

6.6.13.- Necesidad de Distrarse:

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de intolerancia a la actividad.

Objetivo:

Lograr despertar el interés del paciente para integrarse a grupos de personas para realizar actividades recreativas.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Orientarlo para que se integre por las tardes a un grupo de personas con la misma patología, para realizar actividades y/o intercambiar opiniones sobre su enfermedad.	Es más probable que las actitudes, opiniones y creencias, den fuerza a la motivación del comportamiento y sean resistentes al cambio si los grupos sociales con los cuales se identifica el individuo aprueban esa actitud, opinión o creencia. ⁽¹⁹⁴⁾

Evaluación:

Muestra poco interés en integrarse a un grupo, no así de realizar diversas preguntas.

¹⁹⁴ NORDMARK, Opcit: Pp: 568.

6.6.14.- Necesidad de Aprender

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado relacionado con la falta de información sobre su enfermedad, manifestado por niveles altos de glucosa.

Objetivo:

Motivar al paciente a adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para lograr su independencia y mantener su estado de salud estable.

<i>Acciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
Educar al paciente sobre como cuidar su salud y las posibles complicaciones de una hiperglicemia.	La educación base para seguir determinados patrones de conducta que resulten benéficos para la salud.+
Orientar al paciente en todo lo relacionado a su tratamiento en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud médico, enfermería, dietista, personal de laboratorio, trabajo social, etc., para su auto cuidado.	Para enfrentar un problema es necesario aceptarlo, la DMD, se puede controlar y con ello prevenir las complicaciones asociadas. (++)
Verificar que el paciente haya aprendido sobre su autocuidado.	El aprendizaje es la adquisición de un comportamiento nuevo relativo a las actitudes, a los valores y a los intereses. La enseñanza es un método que permite transmitir los conocimientos. (+++)
Investigar las necesidades de aprendizaje del paciente y disipar dudas.	La enfermera debe utilizar sus conocimientos acerca de la patología y la formación de las actitudes, opiniones y creencias, y sus influencias sobre su comportamiento, así como sus observaciones del paciente individual con el fin de planear el acceso y la intervención de enfermería. ⁽¹⁹⁵⁾

Evaluación:

Al transmitir la información al paciente, en lo relacionado con su cuidado general, se logró despertar el interés sobre saber más de su enfermedad y aplicar su autocuidado.

¹⁹⁵ NORDMARK, Opcit: Pp:(++) 568, (+++) 569, 570.

COMENTARIO FINAL

El Proceso de Atención de Enfermería es de gran utilidad en mi formación Profesional para desarrollarlo y compartir conocimientos y experiencias en beneficio del paciente, permitiendo realizar la valoración y detección de las necesidades brindando una atención integral de los cuidados con un enfoque holístico.

El Modelo es un instrumento que nos recuerda diferentes aspectos de los cuidados que tendemos a ignorar o a olvidar. Por lo que me permite organizar los cuidados de manera coherente, es decir, de manera que todas las enfermeras que formamos parte del cuidado logremos un mismo fin: la satisfacción óptima de las necesidades de las personas, poniendo de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario.

Las intervenciones de enfermería ayudaron al cliente y a la enfermera a conseguir los objetivos deseados, se aplicó el plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, los resultados fueron favorables ya que se logró despertar el interés del paciente sobre su cuidado.

Las necesidades son las que deben de satisfacer en primer lugar a fin de mantener el equilibrio homeostático, para preservar la vida y así poder garantizar la seguridad del paciente. Por lo que considero de gran importancia el Modelo de Virginia Henderson, ya que las 14 necesidades básicas que la autora maneja son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentra cada individuo, por lo que la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

En la práctica diaria de enfermería es aplicada diario un plan de atención de enfermería, sin plasmarlo por escrito como tal, con sus etapas, por lo que dentro de los principales obstáculos para realizar el Proceso de Atención de Enfermería fue poderlo plasmar por escrito.

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS Y DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

BRUNNER Sholtis Lilian, "Manual de Enfermería Médico Quirúrgico", Editorial Interamericana, México, 4ª Edición, 2002, Vol. 4, Pp: 876.

CARPENITO Lynda J. "Diagnósticos de Enfermería" Aplicaciones a la práctica clínica, Editorial: Interamericana, México, 9ª Edición, 2003, Pág: 935.

DONAHUE M. Patricia, "Historia de la Enfermería", Ediciones Harcourt, Mosby, España, 1999, Pág: 506.

FERNÁNDEZ Ferrin Carmen, "El Proceso Atención de Enfermería", Editorial Massón - Salvat, 1ª Edición España.

GARCIA Martín – Caro Catalina, Historia de la Enfermería. "Evolución Histórica del Cuidado Enfermero", Ediciones Harcourt 2001, Pág: 214

IYER Patricia, "Proceso y Diagnóstico de Enfermería", Editorial Interamericana 1999. Pág: 395.

KEROUAC S. y Cols. , "Grandes Corrientes del Pensamiento", El Pensamiento Enfermero, Barcelona, Editorial Masson. S.A., Edición 1ª. Pág: 314.

KOZIER Bárbara, "Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica", VOL. I, Editorial: Interamericana, 4ª edición, México, 1999. Pág: 286.

LIPPINCOTT, Manual de Enfermería Práctica, Editorial McGraww-Hill, Interamericana, México, Editores 1999.

MARRINER Torney Ann, "Modelos y Teorías en Enfermería", Editorial Mosby, 5ª edición, Madrid, 2003, Pág: 672

NORDMARK/ Rohweder, "Bases científicas de la Enfermería", Editorial el Manual Moderno, México, D.F., 2ª Edición 2002, Pág: 712.

PHANEUF Margot, "La planificación de los cuidados enfermeros", Editorial, Mc Graw-Hill 2000, México, Pág: 284.

RODRIGUEZ S. Bertha A., "Proceso Enfermero", Ediciones: Cuellar, México, Junio 2002, Pág: 277.

ROSALES. B. Susana, "Fundamentos de enfermería", Editorial, Manual Moderno 2004, México, Pág: 636

TORTORA Grabowski, "Principios de anatomía y fisiología", Editorial Oxford, México, Novena Edición, Pág: 1175.

DEF, "Diccionario de especialidades farmacéuticas", Ediciones PLM, 2001, Edición 46, 2000, Pp: 2224

Diccionario médico, Editorial, Salvat 3ª Edición, 1990, Pág: 730 .

ISSSTE, Fuente: "Diagnóstico situacional del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adulto". Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, Diciembre 2004.

FOX Vicente, <http://2004.presidencia.gob.mx>.

NURIA V., Diabetes doc. 2004 by the American Diabetes Association, Inc. Vol. 27 supplement 1, January 2004, Pp: S5.

DUENAS T, Hiperglucemia. <http://es.geocities.com/simplex59/hiperglucemia1>.

NEWS

7.- DIABETES MELLITUS TIPO II

7.1.- ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL PÁNCREAS

El Páncreas es a la vez una glándula endocrina y exocrina. Se trata de un órgano aplanado que mide unos 12.5 a 15cm de largo. Localizado en sentido posterior y levemente inferior al estómago, consta de cabeza, cuerpo y cola. Casi 99% de las células pancreáticas están dispuestas en grupos llamados **acinos**, los cuales producen las enzimas digestivas, que fluyen al aparato digestivo por una red de conductos. Dispersos entre los acinos exócrinos, están de 1 a 2 millones de diminutos grupos de tejido endócrino, los **islotos de Langerhans**. Capilares abundantes distribuyen sangre en las porciones exocrinas del páncreas.¹⁹⁶

Tipos celulares en los Islotes de Langerhans

Cada islote de Langerhans incluye cuatro tipos de células secretoras de hormonas: 1).- células alfa (células A), que comprenden casi el 20% de los islotes y secretan glucagón; 2).- células beta (células B), las cuales abarcan casi 70% de los propios islotes y secretan insulina; 3).- células delta (células D), a las que corresponden cerca del 5% de los islotes y que secretan somatostatina (idéntica a la hormona inhibidora de la hormona del crecimiento, que produce el hipotálamo), y 4).- células F, que conforman el resto de los islotes y secretan el polipéptido pancreático.¹⁹⁷

Las interacciones de las cuatro hormonas pancreáticas son complejas y no se han dilucidado del todo. El glucagón aumenta la glucemia, mientras que la insulina tiene el efecto opuesto. La acción de la somatostatina es paracrina, de inhibición de la secreción de insulina y glucagón de las células beta y alfa

¹⁹⁶ TORTORA Grabowski, "Principios de Anatomía y Fisiología", Editorial Oxford, Novena Edición, Pp: 597.

¹⁹⁷ Ibidem, Pp: 598.

cercanas, además de que al parecer desacelera la absorción de nutrientes del tubo digestivo. El polipéptido pancreático inhibe la secreción de somatostatina, las contracciones de la vesícula biliar y la secreción de enzimas digestivas pancreáticas (fig. 1).¹⁹⁸

Cuadro 1.¹⁹⁹

HORMONA	ACCIONES PRINCIPALES	RÉGULACIÓN DE LA SECRECIÓN
1.- Células Alfa (células A) que comprenden casi 20% de los islotes de Langerhans y secretan Glucagón.	Aumenta la glucemia Al acelerar el desdoblamiento de glucógeno en glucosa	Estimulan su secreción la caída de la glucemia, el ejercicio y las comidas que contienen ante todo proteínas, mientras que la inhiben la somatostatina.
2.- Células Beta (células B) abarcan casi el 70% de los islotes de L. y secretan la Insulina.	Reduce la glucemia al acelerar el transporte de glucosa a las células, convertir la glucosa en glucagón (glucogénesis) y disminuir la glucogenólisis. También incrementa la lipogénesis y estimula la síntesis de proteínas.	Son estimulantes de secreción la glucemia alata, acetilcolina (que liberan las fibras parasimpáticas del nervio vago), arginina y leucina (dos aminoácidos), glucagón, GIP, hGH y ACTH, mientras que la somatostatina la inhibe.
3.- Células Delta (células D) corresponden cerca del 5% de los islotes, secretan somatostatina	Inhibe la secreción de insulina y glucagón, además de desacelerar la absorción de nutrientes del tubo digestivo.	El polipéptido pancreático inhibe su secreción
4.- Polipéptido pancreático (células F) conforman el resto de los islotes.	Inhibe la secreción de somatostatina, las contracciones de la	Las comidas que contienen proteínas, ayuno, ejercicio e

¹⁹⁸ Ibidem, Pp. 599.

¹⁹⁹ Ibidem, Pp. 600.

	vesícula biliar y la secreción de las enzimas digestivas pancreáticas.	hipoglucemia aguda estimulan su secreción, al tiempo que la somatostatina y niveles altos de glucemia la inhiben.
--	--	---

El aumento en la actividad del sistema nervioso simpático, como ocurre durante el ejercicio, produce mayor liberación de glucagón. Además, el incremento del nivel sanguíneo de aminoácidos estimula tal liberación cuando la glucemia es baja, lo cual puede ocurrir después de una comida que contenga ante todo proteínas. El glucagón estimula la liberación de insulina, mientras que ésta inhibe la del glucagón. De tal suerte, al disminuir la glucemia y secretarse menos insulina, las células alfa dejan de estar bajo el efecto inhibitorio de la insulina y secretan más glucagón. La hGH y ACTH estimulan indirectamente la secreción de insulina, ya que aumentan la glucemia.²⁰⁰

7.2.- FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico que se caracteriza por la alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Se manifiesta principalmente como hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Así, la diabetes tipo II es una condición heterogénea que no es atribuible a un solo mecanismo patofisiológico. Esta enfermedad se acompaña de un buen número de anomalías en diversos tejidos y órganos y de una amplia serie de complicaciones agudas y a largo plazo.²⁰¹

²⁰⁰ Ibidem, Pp: 601.

²⁰¹ BRUNNER Sholtis Lilian, Manual de Enfermería Médico Quirúrgico, Editorial Interamericana, México, 4° Edición, Vol I, Pp: 876.

La diabetes mellitus es una enfermedad consecutiva a pérdida de la capacidad del organismo para producir o utilizar insulina, hormona muy potente secretada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, que desempeña un papel importante en los procesos metabólicos de la economía por control del almacenamiento y metabolismo de los combustibles metabólicos ingeridos. Después de una comida, la secreción de insulina facilita la capacitación, utilización y almacenamiento de glucosa, aminoácidos y grasa. Estimula el depósito de glucógeno en el hígado, la utilización de glucosa en los músculos y la acumulación de grasa en los tejidos adiposos, por incremento del transporte de glucosa a través de la membrana celular. La insulina regula el nivel de la glucosa en sangre. La cual es formada a partir de los carbohidratos ingeridos, o de la conversión de aminoácidos y ácidos grasos en glucosa por el hígado (gluconeogénesis).²⁰²

En la persona sana la frecuencia con la cual es liberada la insulina por el páncreas es proporcional a la cantidad de este azúcar en la sangre. En condiciones normales, las células beta del páncreas estimulan o detienen la secreción de insulina minuto a minuto, según los niveles cambiantes de glucosa en sangre. En presencia de diabetes, no es secretada insulina en proporción a los niveles de glucosa en sangre debido a varios posibles factores, esto es, deficiencia en la producción de insulina por las células betas; demora o liberación insuficiente de esta hormona o inactivación excesiva por inhibidores químicos o "fijadores" en la circulación. Un nivel elevado de glucosa en sangre en ayunas en diabetes refleja captación disminuida de este azúcar por los tejidos o aumento de la gluconeogénesis. Si la concentración de la glucosa en sangre es suficientemente alta, el riñón puede no resolver toda la glucosa filtrada que aparece entonces en la orina (glucosuria).²⁰³

El incremento de la gluconeogénesis (que se halla en parte bajo el control de hormonas cortisuprarrenales), son movilizadas proteínas y grasas,

²⁰² Ibidem, Pp: 877 – 878.

²⁰³ Ibidem, Pp: 879.

en vez de quedar almacenadas o depositadas en las células. Cuando hay deficiencia de insulina, los músculos no pueden utilizar la glucosa, y entonces son movilizados ácidos grasos libres de las células de los tejidos adiposos y degradados por el hígado a cuerpos cetónicos para suministro de energía. La cetoacidosis diabética se caracteriza por cantidades excesivas de estos cuerpos cetónicos en la sangre. En los pacientes con cetoacidosis diabética existe hiperventilación y pérdida excesiva de sodio, potasio, cloruro y agua por el organismo. El resultado metabólico neto de la diabetes mellitus graves es la pérdida de los depósitos de grasa, glucógeno del hígado, proteína celular, electrolitos y agua. Las secuelas a largo plazo de la diabetes implican a los grandes vasos en el cerebro, corazón, riñones y extremidades y a los pequeños vasos en ojos y riñones, todo lo cual culmina en neuropatía, si bien el mecanismo no ha sido determinado con precisión.²⁰⁴

Existen varios tipos de diabetes, a saber: 1).- Diabetes Mellitus dependiente de insulina Tipo I (comienzo en la juventud), que puede aparecer durante la infancia, pero que puede hacerlo a todas las edades; 2).- Diabetes Mellitus no dependiente de insulina Tipo II (comienzo en la madurez), que generalmente se desarrolla después de los 40 años, pero que puede observarse también en el joven; 3).- Diabetes secundaria a otros procesos y síndromes, como diabetes pancreática, trastornos endócrinos, o administración de ciertas drogas. Estas formas difieren en su curso clínico, tratamiento y complicaciones.²⁰⁵

En sujetos con diabetes Mellitus dependiente de insulina, existe inevitablemente una falta relativa o total de insulina, debida a insuficiencia funcional de las células beta. Este tipo de diabetes guarda correlación con diversos grados de auto inmunidad relacionada con anticuerpo y mediada por células. La diabetes Mellitus dependiente de insulina representa 5 a 10% de

²⁰⁴ Ibidem, Pp: 880.

²⁰⁵ Ibidem, Pp: 883.

todos los casos de la enfermedad y estos pacientes requieren insulina exógena para conservar la vida.²⁰⁶

El enfermo de Diabetes Mellitus no dependiente de insulina, la función de las células beta puede estar substancial pero no totalmente alterada. Puede haber en estos casos un defecto en la liberación de insulina por células beta, o una resistencia al efecto de la misma en los tejidos periféricos a la insulina, y hay necesidad de cantidades crecientes de la hormona para mantener niveles hormonales de glucosa en sangre. En la diabetes secundaria a otros padecimientos, la necesidad de insulina exógena varía según la gravedad de la afección de las células beta (como en la enfermedad pancreática) o de la interferencia con la acción de la insulina.²⁰⁷

7.3.- ETIOLOGIA

La etiología de la enfermedad no es del todo conocida, y existen probablemente etiologías múltiples en cada tipo, que varían de un paciente a otro, si bien se cree se hallan implicados factores genéticos, ambientales y a menudo se relacionan con la obesidad y es productora importante de ceguera en adultos. En general la esperanza de vida en los diabéticos es menor que en personas de la población normal. Aunque existen antecedentes familiares de diabetes en una tercera parte de los enfermos, el mecanismo de la herencia no ha sido satisfactoriamente explicado. No obstante, los parientes consanguíneos de diabéticos deben mantener vigilancia durante toda la vida respecto a esta enfermedad.²⁰⁸

²⁰⁶ Ibidem, Pp: 884.

²⁰⁷ NURIA V., Diabetes doc. 2004 by the American Diabetes Association, Inc. Vol. 27 supplement 1, January 2004, Pp: S5.

²⁰⁸ Ibidem, Pp: S6 – S7.

7.3.1.- PERSONAS DE RIESGO DE CONTRAER DIABETES MELLITUS

- Se da en la Diabetes tipo I o DMID.
- El 50 % se produce por infecciones o bien por embarazo, cirugía o estrés. También puede ser una forma en la que debuta un diabético no conocido.
- Individuos con antecedentes familiares de diabetes.
- Obesos.
- Madres de niños grandes o con historia obstétrica anormal
- Esta deficiencia de insulina puede ser secundaria a:
 - Falta de liberación de insulina endógena.
 - A la administración exógena de cantidades insuficientes de insulina en un diabético conocido.
 - Al antagonismo de la insulina por niveles circulantes elevados de hormonas contrainsulínicas (glucagón, cortisol, catecolaminas), que se han observado en numerosas situaciones de estrés en pacientes diabéticos.²⁰⁹

Al ser los niveles de insulina muy bajos los tejidos que dependen de ella para asimilar la glucosa ahora no pueden utilizarla, por lo que aparece la enfermedad.

La causa de la mayoría de los trastornos son:

- Hiperglucemia
- Depleción del volumen intravenoso.
- Trastorno del metabolismo de los lípidos.²¹⁰

7.4.- SINTOMAS

Polidipsia y Poliuria , debilidad progresiva , pérdida de peso por catabolismo de grasas, anorexia y vómitos , respiración de Kussmaul , aliento con olor a

²⁰⁹ BRUNNER, Opcit, Pp: 886.

²¹⁰ Ibidem, Pp: 887.

acetona trastornos mentales (estupor confusión , obnubilación) secundarios a la cetosis , dolor abdominal , cetonuria.²¹¹

7.4.1.- OBJETIVOS

Corregir todos los signos y síntomas de la cetoacidosis diabética:

- Hiperglucemia.
- Deficiencia absoluta o relativa de la insulina.
- Acidosis (hiperventilación, Respiración de Kuss Maul, dolor abdominal, deterioro del nivel de conciencia, cetonuria).
- Depleción del volumen intravascular²¹².

7.5.- TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- Tratamiento de la causa precipitante, generalmente la infección.
- Reposición de déficit hidroelectrolíticos.
- Administración de Insulina
- Evitar complicaciones como hipoglucemia y edema cerebral
- Educación al paciente y familia.
- Registrar técnicas y cuidados.²¹³

7.6.- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

La insulina utilizada será de acción rápida mezclada con suero salino, administrada en perfusión continua.

Cuando se pase a pauta subcutánea no se deberá retirar la perfusión de insulina hasta pasados 30 - 60 minutos de la primera dosis.²¹⁴

7.7.-EDUCACIÓN DEL PACIENTE

1.- Conocimiento de la utilización de insulina, no interrumpir nunca la pauta diaria ya que cualquier alteración en el estado del paciente como estrés, gripe, etc. Puede incluso aumentar los requerimientos de esta.

²¹¹ NURIA V. Opcit, Pp:S8.

²¹² Idem, Pp: S9.

²¹³ Idem, Pp: S10.

²¹⁴ Idem, Pp: S8 – S10.

2.- Control de glucosa y cuerpos cetónicos en orina.

3.- Control de glucosa en sangre.

4.- Dieta diaria adecuada. 1ración -----10 gr. De hidratos de Carbono.

La dieta anticetósica esta formada por alimentos a base de hidratos de carbono, exenta de grasas y restringida en proteínas.

Se administra cuando aparecen cuerpos cetónicos en orina en dos controles sucesivos espaciados en 6 horas.

No se suspende hasta que la cetonuria es negativa en dos controles consecutivos cada 6 horas.

5.- Reposo.²¹⁵

Reposición de líquidos y electrolitos

Se evaluará la corrección del volumen midiendo: T.A. pulso, nivel de conciencia temperatura volumen de orina eliminado.²¹⁶

Administración de insulina

Se administrará insulina de acción rápida en perfusión continua a pequeñas dosis. Renovar la perfusión cada seis horas debido a que disminuye la eficacia de la perfusión.

Ventajas de la perfusión continua:

- Disminución perceptible de la glucemia plasmática (poco a poco).
- Menor incidencia de hipoglucemia.
- Menor incidencia de hipocalcemia.
- Método sencillo de aplicación de insulina.²¹⁷

²¹⁵ LIPPINCOTT, Manual de Enfermería Práctica, Editorial McGraww-Hill, Interamericana, Editores 1999, Pp: 296.

²¹⁶ Ibidem, Pp: 297. ²¹⁶ Ibidem, pp: 298.

²¹⁷ Ibidem, pp: 298.

7.8.- COMPLICACIONES

- Hipoglucemias.
- Edema cerebral: sospechar en paciente con mejoría clínica seguida de alteración del nivel de conciencia y / o cefalea (fig. 2).²¹⁸

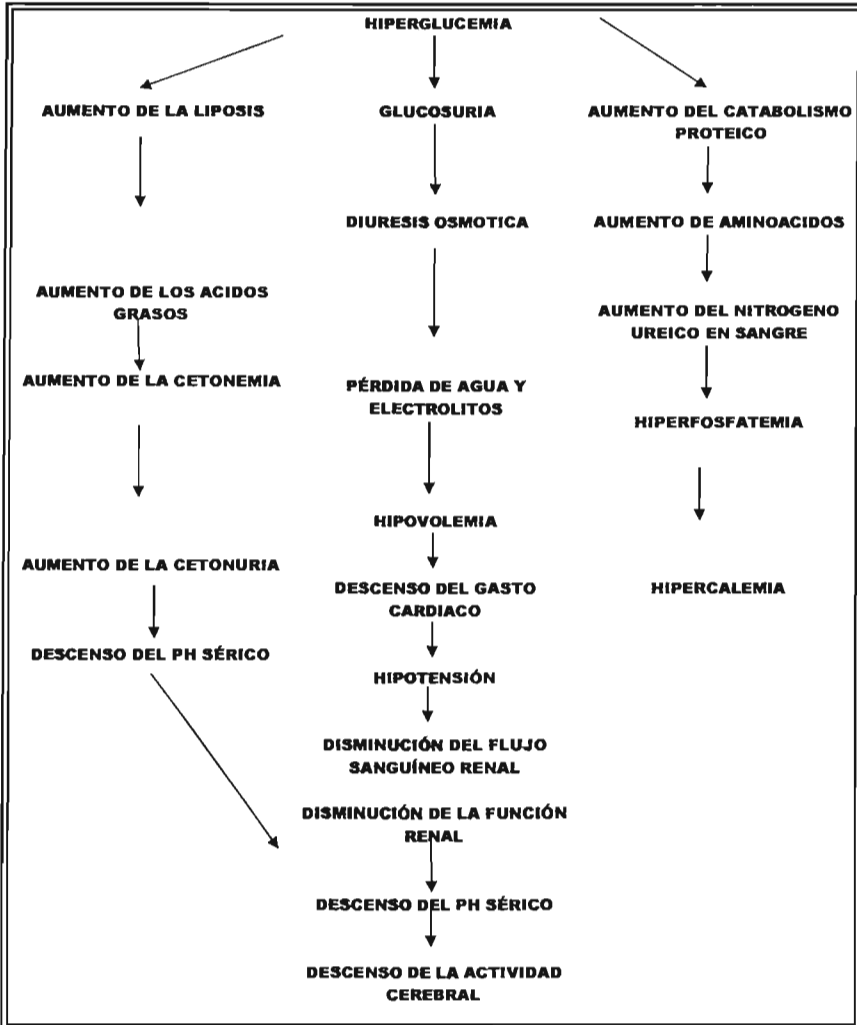
7.9.- PREVENCIÓN

- Evitar rehidratación rápida y fluidos hipotónicos.
- Evitar corrección rápida de acidosis.
- Mantener balances hidroelectrolíticos adecuados.²¹⁹

²¹⁸ DUENAS T, Hiperglucemia, <http://es.geocities.com/simplex59/hiperglucemia1>.

²¹⁹ Ibidem, Pp: 60

2.- ESQUEMA DE LOS EFECTOS QUE PRODUCE LA HIPERGLUCEMIA



ANEXO

8.- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ N° Exp _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____ Diagnóstico _____

1.- Respirar

Ejercicios respiratorios _____ Humedad en la cabecera _____ Vigilar
coloración de la piel _____ Disnea _____ Otros _____

2.- Beber y comer

Autónomo _____ Dieta _____ Refrigerios especiales _____ ayudar
a comer _____ ayudar a beber _____ cortar los
alimentos _____ balance de ingestión _____ Vigilar en las
comidas _____ utensilios especiales _____ Reeducción
para comer _____ peso _____ otros _____.

3.- Eliminar

Autónomo _____ Cuña _____ Retrete _____ Orinal _____ pañal de
incontinencia _____ tamaño _____ balance de excretas _____ vigilancia
de la orina _____ de las heces _____ de las secreciones
vaginales _____ otros _____.

4.- Moverse y mantener una postura adecuada

Autónomo _____ Levantar con ayuda _____ Ayudar a andar _____ sentar en el sillón _____ Reposo en cama _____ Posición _____ Cambiar posición _____ ejercicios físicos _____ bastón _____ muletas _____ silla de ruedas _____ vigilar al levantarse _____ otros _____.

5.- Dormir y descansar

Hábitos a mantener _____ Vigilar durante la noche _____ Otros _____.

6.- Vestirse y desnudarse

Autónomo _____ Necesidades de ayuda _____ Otros _____

7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Tomar la temperatura: bucal _____ rectal _____ axilar _____ poner una manta suplementaria _____ poner calcetines al acostarse _____ Ventilador en la cabecera _____ Vigilar hipotermia _____ Otros _____.

8.- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos

Autónomo _____ Baño parcial _____ en la cama _____ en el lavabo _____ Baño completo _____ en la cama _____ día: l _ m _ m _ j _ v _ s _ d _ Lavar el pelo día: _____ higiene de la boca autónomo _____ cuidados de la boca _____ mantenimiento de las prótesis dentales _____ auditivas _____ barba _____ uñas _____ masaje _____ vigilar enrojecimiento: lugar/es _____ Otros _____.

9.- Evitar peligros

Alergias _____ técnica _____ de _____ aislamiento _____ contenciones:
tipo _____ Permanentes _____ de
noche _____ Barandillas _____ permanentes _____ de noche _____ vigilar:
caídas _____ fugas _____ otros _____

10.- Comunicarse con los semejantes

Lengua hablada _____ se comunica verbalmente _____ por gestos _____ con ayuda
de una pizarra _____ disartria _____ Vista: ojo derecho buena _____ limitada _____ ojo
izquierdo _____ buena _____ limitada _____ poner _____ mantener _____ Aparato
auditivo _____ izquierdo _____ derecho _____ vigilar
agresividad _____ otros _____.

11.- Actuar según las propias creencias y valores

Religión _____ Prescripciones o prohibiciones religiosas a
respetar _____ Petición especial _____ Otros _____.

12.- Preocuparse de la propia realización

Actividades a realizar _____ Taller _____ Salidas
autorizadas _____ Otros _____.

13.- Distraerse

Actividades de grupo _____ Actividades a
evitar _____ Otros _____.

14.- Aprender

Explicar _____ Establecer un plan de enseñanza sobre _____ Otros _____.

Tratamientos y cuidados especiales

Solución I.V. _____ Transfusiones _____ Presión venosa central _____ Sonda gástrica _____ Colocada el _____ Sonda vesical _____ Colocada _____ Bolsa colectora _____ a cambiar el _____ Fisioterapia _____ Ergoterapia _____ Monitorización cardíaca _____ O₂ _____ Espirometría _____ Apósito: tipo _____ a sustituir _____ Otros _____.

Controles especiales

Signos vitales: respiración _____ Pulso _____ Temperatura _____ T/A _____ Acostado _____ Sentado _____ de pie _____ signos neurológicos _____ Otros _____.²²⁰

²²⁰ M.PHANEUF. La Planificación de los cuidados enfermeros. Editorial. Mc.Graww: Hill. 1999, Pp: 122, 123, and 124.