



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORAD A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.



CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A PACIENTE DE INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

JUÁREZ VILLARRUEL SANDRA ANGÉLICA.

CLAVE: 401521137

ASESORA

L. E. O. ESCALERA MORA IGNACIA.

MARZO 2007, ZAMORA MICHOACÁN.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA:

Gracias a Dios, por permitirme que nazca en mi una luz de esperanza que me permite luchar por lograr mis sueños.

Gracias a mis padres, porque han apoyado incondicionalmente en este camino del conocimiento; pero sobre todo por dejarme esta enorme herencia de ser toda una profesional.

Gracias a mis maestros y asesora, al mostrarme las bases necesarias para lograr mi plena realización.

Gracias S.B.B porque me has acompañado y me has dado fortaleza cuando los vientos estaban en contra; y por estar viviendo a mi lado este sueño tan anhelado.

CONTENIDO:

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

CAPITULO I

METODOLOGÍA

VALORACIÓN _____	7
DIAGNOSTICO ENFERMERO _____	14
PLANEACIÓN _____	15
EJECUCIÓN _____	15
EVALUACIÓN _____	16

CAPITULO II.
MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS _____	21
2. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	
2.1 VALORACIÓN _____	24
2.2 DIAGNOSTICO _____	44
2.3 PLANEACIÓN _____	56
2.4 EJECUCIÓN _____	64
2.5 EVALUACIÓN _____	66
3. GENERALIDADES DE LA INSUFICIENCIA RENAL. CRÓNICA.	
3.1 CONCEPTO _____	69
3.2 ETIOLOGÍA _____	70
3.3 EPIDEMIOLOGÍA _____	72
3.4 FISIOPATOLOGÍA _____	73

3.5 CUADRO CLÍNICO _____	75
3.6 COMPLICACIONES _____	78
3.7 PRONÓSTICO _____	80
3.8 DIAGNOSTICO _____	81
3.9 TRATAMIENTO _____	82

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.

1. VALORACIÓN _____	89
2. DIAGNOSTICO _____	98
3. PLANEACIÓN _____	99
4. EJECUCIÓN _____	109
5. EVALUACIÓN _____	112
6. CONCLUSIONES _____	115
BIBLIOGRAFÍA _____	117

INTRODUCCIÓN:

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

La diferencia entre la enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud de foco de la enfermería.

La aplicación del proceso enfermero a un paciente con un diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica ofrecerá una atención de calidad. En lo personal me parece llevar a cabo mi titulación a través del proceso enfermero, esperando sea de gran beneficio a mi usuario y a todas aquellas personas que interactúan con el mismo.

El presente trabajo consta de tres capítulos, en el capítulo I. se presenta la metodología, en el capítulo II el marco teórico; en donde se describe el proceso enfermero cada una de las etapas que lo comprenden y lo respectivo a la patología de insuficiencia renal crónica. Y el capítulo III la aplicación del proceso enfermero, explicando la aplicación en cada etapa que este comprende: valoración diagnóstica, planeación, ejecución y evaluación.

JUSTIFICACIÓN

En nuestra época hay muchas enfermeras las cuales no han establecido una conexión exacta con la práctica, no conocen las principales bases y por consiguiente nos encontramos muy alejadas del sistema humanista.

Hoy en día tenemos que superar la dependencia con otras profesiones, reafirmando que nuestras tareas son algo específico y propio. Ya que enfermería desarrolla funciones y actividades que nos son propias, exclusivas, complementarias y que se integran con otras disciplinas, pero ante todo con una identidad propia.

Por consiguiente, este trabajo se realizó con el fin de poder brindar los cuidados de enfermería de una forma humanizada, siguiendo los pasos del proceso enfermero.

Y por ultimo demostrar que enfermería somos una profesión, capaces de brindar cuidados que favorezcan a nuestros usuarios; pero sobretodo demostrarme a mi lo importante y básico que es el proceso enfermero.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados de forma holística en un paciente de insuficiencia renal crónica en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zamora.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Brindar los cuidados basados en las etapas del proceso enfermero; así como integrar al usuario y su familia en su tratamiento y rehabilitación para que pueda integrarse a la sociedad sin dejar de lado todos sus conocimientos.

Dejar ver que proceso enfermero es una de las bases principales para nuestra profesión.

CAPITULO I

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizara en cuatro etapas. La principal será la selección del paciente que se encuentre en el Hospital General de Zamora; el cual cursa con la patología de insuficiencia renal crónica.

En la segunda etapa se obtendrá el marco teórico conceptual el cual brinde fundamentación científica a los cuidados de enfermería.

En tercer momento, aplicare el proceso enfermero al paciente con la finalidad de detectar las necesidades del mismo, con el propósito de brindar una atención de calidad; tomando en cuenta las etapas del proceso enfermero.

Y por ultimo dar una conclusión del la importancia del proceso y los beneficios ante el paciente.

A continuación se describen las etapas del proceso enfermero y la forma en aplicarla al usuario.

1. VALORACIÓN

Basándome en las etapas del proceso enfermero, comencare por la valoración en donde me permite estimar el estado de mi paciente.

Basado en un modelo de enfermería, conocido como los 11 Patrones Funcionales de Mary Gordon.

1.1 RECOGIDA DE DATOS.

Se obtendrá de dos fuentes, fuente directa y fuentes indirectas.

FUENTE DIRECTA

Esta se realizará con el paciente, a través de la entrevista y la exploración física.

Con el propósito de recopilar DATOS OBJETIVOS y SUBJETIVOS.

FUENTES INDIRECTAS

Se efectuara con la familia, para obtener datos relevantes.

Así como con el equipo sanitario, la cual la obtendremos del expediente clínico, notas médicas, resultados de pruebas diagnósticas, libros, revistas y expertos.

La recogida de datos se realizara con la finalidad de obtener DATOS SUBJETIVOS y DATOS OBJETIVOS.

1.2 REGISTRO DE DATOS.

Último pasó en el cual se registrarán los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

HISTORIA CLINICA.

Para llevar a cabo la valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, de los pacientes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

En las siguientes líneas se desarrollan los distintos Patrones en lo relativo a sus contenidos y objetivos. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de

alteración, en alguna medida, para posteriormente determinaran diagnostico enfermero que describa esa situación.

Patrón 1: Percepción–Manejo de la Salud

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Patrón 2: Nutricional–Metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y

líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo se determinará las características de la piel y mucosas y su estado.

Patrón 3: Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Patrón 4: Actividad–Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Patrón 5: Sueño–Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Patrón 6: Cognitivo–Perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Patrón 7: Autopercepción–Autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo.

Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación

Y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

Patrón 8: Rol – Relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Patrón 9 Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y asimismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Patrón 11: Valores – Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.¹

2. DIAGNOSTICO

Se realizara una vez identificadas las necesidades del paciente de acuerdo a la valoración, estos se clasificaran en reales o de riesgo. Se redactarán utilizando el siguiente formato.

En el caso del diagnostico real.

Problema + factores relacionados + datos objetivos y subjetivos.

El diagnostico real se redactara uniendo el problema a los factores relacionados con la palabra RELACIONADO

¹ José Raúl dueñas fuentes. Proceso de atención de enfermería.
www.ocenf.org/provinc/prov23.

CON, y uniendo los datos con la palabra MANIFESTADO
POR.

En el caso del diagnostico de riesgo.

Problema + factores de riesgo.

3. PLANEACIÓN

En esta etapa del proceso enfermero se organizaran las necesidades del paciente basado en dar prioridad a los problemas de forma jerárquica, según Maslow posteriormente se plantearán los objetivos los cuales describen la intervención realizada, y por ultimo determinar las acciones de enfermería haciendo participe al paciente y su familia para el logro de los objetivos.

4. EJECUCIÓN

Etapa en la cual nos facilita el dar continuidad a los cuidados tomando en cuenta el entorno físico, psicosocial, emocional, espiritual, cultural y social; dentro del cual

tendrá la participación d todo el equipo sanitario, así como el paciente y la familia. Con la finalidad de brindar cuidados de enfermería de calidad y lograr satisfactoriamente cada uno de los objetivos propuestos.

5. EVALUACIÓN

Se valorará si los resultados fueron satisfactorios y si se requiere un reajuste para lograr todos nuestros objetivos, se determinara si se lograron los objetivos, decidir si se continúa con el mismo plan, modificarlo o dar un plan de alta.

CAPITULO II MARCO TEORICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTRODUCCION

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso enfermero exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para

observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

INDICADORES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso

de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Paplau, H (1952). Identificó cuatro fases en las relaciones interpersonales: orientación, identificación, explotación y resolución. Estas fases son secuenciales y se ocupan de las relaciones mutuas de carácter terapéutico entre las personas.

Hall, L (1955). Creó el término de proceso de enfermería.

Kreuter, Fr (1957). Describió las fases del proceso de enfermería como coordinación, planificación y evaluación de los cuidados enfermeros, además de orientar a la familia y a la auxiliar de enfermería en la prestación de sus servicios. Se consideró que eso mejoraba la calidad de la práctica profesional.

Jonson, DE (1959). Consideró al proceso de enfermería como valoración de las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones diseñadas para resolver y evaluar los problemas de enfermería.

Orlando, LI (1961). Consideró que el proceso de enfermería era interactivo. Sostuvo que el proceso tenía tres fases: comportamiento del cliente reacción de la enfermera y acciones de enfermería.

Wiedenbach, E (1963, 1970). Introdujo el modelo de tres pasos en el proceso de enfermería: identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada.

Henederson, V. (1965). Afirmando que el proceso de enfermería comprendía las mismas etapas que el método científico.

Heidgerken, L. (1965). Describió las fases del cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamientos y las situaciones; reconocimiento de los sistemas físicos; diagnóstico: planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen del cliente a través de todas las fases del cuidado.

Mc Cain, RA (1965). Fue la primera en emplear el término valoración en el artículo publicado en 1965. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco para la valoración. Recogió y registro los datos objetivos y subjetivos de la valoración.

Knowels, L (1967). Introdujo un modelo de proceso llamado de las “cinco D”: descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar. Señaló que las enfermeras recogían los datos sobre la salud del cliente en las dos primeras fases.

Catholic University of EE. UU (1967). Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: valoración, planificación, intervención y evaluación.

ANA Standard of Nursing Practice, (1973). Referenció las cinco etapas del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.¹

¹ B. Dossier, G. Erb, K. Blais, J. M. Wilkinson. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. Pág. 94

2. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO.

2.1 VALORACIÓN.

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

Así la finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el usuario.²

Por ello enfermería debe poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del usuario, estos requisitos previos son:

² B. Dossier, G. Erb, K. Blais, J. M. Wilkinson. OP.CIT. Pág. 96

A. LAS CONVICCIONES DEL PROFESIONAL:

Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.

Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

B. LOS CONOCIMIENTOS PROFESIONALES:

Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

C. HABILIDADES: En la valoración se adquieren con

la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- D. COMUNICARSE DE FORMA EFICAZ: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- E. OBSERVAR SISTEMÁTICAMENTE: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- F. DIFERENCIAR ENTRE SIGNOS E INFERENCIAS Y CONFIRMAR LAS IMPRESIONES: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

ORGANIZACIÓN DE DATOS.

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

CRITERIOS DE VALORACIÓN SIGUIENDO UN ORDEN DE "CABEZA A PIES": Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

CRITERIOS DE VALORACIÓN POR "SISTEMAS Y APARATOS": Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

CRITERIOS DE VALORACIÓN POR "PATRONES FUNCIONALES DE SALUD": La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

VALORACIÓN DE MARY GORDON.

En 1987 elaboró un método que permite a la enfermera, la identificación de patrones mediante la recolección de datos en forma sistemática y continua: este método está dividido en once patrones funcionales de salud que a su vez se encuentran agrupados en físicos y emocionales. Para Mary Gordon la palabra patrón significa "una secuencia de comportamientos".

PATRONES FÍSICOS:

- I. **PATRÓN PERCEPCIÓN/ MANTENIMIENTO DE LA SALUD:** valora la percepción del usuario en relación con su estado de salud, las características del entorno y las conductas para el cuidado de salud.
- II. **PATRÓN NUTRICIONAL/ METABÓLICO.** Valora los hábitos-costumbres alimenticios y la ingesta de líquidos; ayuda a identificar necesidades y problemas metabólicos. También explora la capacidad general para la curación.
- III. **PATRÓN DE ELIMINACIÓN.** Valora la capacidad del individuo para eliminar los desechos del organismo (intestinal, urinario y cutáneo); al igual que los hábitos y costumbres para la eliminación.
- IV. **PATRÓN ACTIVIDAD/ EJERCICIO.** Valora la capacidad del organismo para la actividad física y

la satisfacción de necesidades, determinando funcionamiento cardíaco, respiratorio y locomotor.

V. PATRÓN REPOSO / SUEÑO. Valora los aspectos de relajación, descanso y sueño del usuario en cuanto a su cantidad y calidad por lo que permite identificar alteraciones y posibles consecuencias en las actividades de la vida diaria y en la salud.

VI. PATRÓN COGNITIVO/ PERCEPTUAL. Valora las capacidades sensoriales, las experiencias de la persona relacionadas con el dolor y su respuesta a éste; así como los procesos del pensamiento, memoria, habilidades para el aprendizaje y capacidad para la toma de decisiones.

PATRONES EMOCIONALES

VII. PATRÓN AUTOIMAGEN/ AUTOCONCEPTO.
Valora la percepción que de sí mismo tiene el

individuo según cuatro variables: imagen corporal, cumplimiento del cometido e identidad personal.

VIII. PATRÓN ROL/ RELACIONES. Valora las relaciones interpersonales, el rol familiar, laboral, etc., los sistemas de apoyo, la capacidad para la comunicación y el cumplimiento con el cometido.

IX. PATRÓN DE SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN. Valora la percepción de la feminidad o masculinidad, la capacidad para expresar la sexualidad y lograr relaciones Inter. Personales satisfactorias; también se encarga de las funciones o estado reproductivo.

X. PATRÓN AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS. Valora las respuestas ante situaciones de estrés y los mecanismos de adaptación utilizados para hacerle frente al problema de salud.

XI. XI PATRÓN VALORES/ CREENCIAS. Valora el sistema de creencias del individuo y grupo,

comprende conocimientos de índole personal, valores, normas individuales y sociales así como la fe y esperanza.

PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN:

Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recogida de datos se convierte en un proceso continuo de recogida de información. En efecto, a lo largo de su trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los usuarios.³

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. Consiste en reunir la información sobre el estado de salud del usuario.

³ * Phaneuf Margot. “la recogida de datos: primera etapa del proceso de los cuidados” en cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Págs. 81

Para obtener la información se recurre a fuentes directas como indirectas:

FUENTES DIRECTAS: información obtenida directamente del cliente.

FUENTES INDIRECTAS: Información de un usuario obtenida de otras personas, documentos o registros.⁴

La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica; así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración se recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

⁴ Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería. Págs. 13

DATOS SUBJETIVOS. También conocidos como síntomas, son evidentes solo para la persona afectada y solo puede describirlos o verificarlos esa persona.

DATOS OBJETIVOS. Conocidos como signos, son detectables por un observador y medirse a través de los órganos de los sentidos.

DATOS HISTÓRICOS. Se refieren a los hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario.

DATOS ACTUALES. Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS. Los principales métodos empleados para la valoración del usuario son la observación, las entrevistas y la exploración física. En realidad, enfermería utiliza los tres métodos para valorar al usuario.

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

La observación implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, de otra fuente significativa y del entorno. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

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

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una

comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

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

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.

- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes:

Iniciación: Se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

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

Cierre: Es la fase final de la entrevista. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: La capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y

que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».⁵

LA EXPLORACIÓN FÍSICA. La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse

⁵ * Enfermera magíster en docencia. Profesora titular facultad de enfermería, universidad de Antioquia. Octubre 1998. Págs. 4.

al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

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

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

1. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN. Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Consiste en un “doble examen” o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

La validación de datos permite a la enfermera.

- Asegurarse que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.

2. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN. Último paso de la valoración, la cual consiste en registrar los datos obtenidos.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- C. La anotación debe ser clara y concisa.
- D. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble.

Trazar una línea sobre los errores.⁶

⁶Ibíd., Págs. 5

2.2DIAGNÓSTICO:

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas reales de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento de forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros 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 la responsable del logro del resultado deseado.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

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

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

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE.

Es un juicio clínico 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 interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico. En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica.

Por consiguiente deducimos que el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, en donde la

enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; y en cambio un problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y la-s

características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo".
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen

factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un cuarto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

Para redactar un diagnóstico, el primer paso es utilizar el nombre que corresponde a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N. A. N. D. A.

En el caso del diagnóstico real, se utiliza un formato que consta de tres partes: PROBLEMA + FACTORES RELACIONADOS y DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS.

El PROBLEMA es la respuesta humana, los FACTORES RELACIONADOS son la causa del problema (etiología) y los DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS son los signos y síntomas.

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.

Para estructurar un diagnóstico de riesgo se emplean únicamente dos partes: PROBLEMA + FACTORES DE RIESGO, ya que o existe datos objetivos y subjetivos. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo o comunidad a un acontecimiento nocivo.

En cuanto a los diagnósticos de salud llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le interpone las palabras “POTENCIAL DE AUMENTO DE” o “POTENCIAL DE MEJORA”.

COMPONENTES DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS ACEPTADAS POR LA NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional

El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas

orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se

aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón. Para ser útiles las etiquetas tienen que ser concretas; cuando una de ellas va seguida de la palabra especificar, se menciona el área en la que se produce el problema. Por ejemplo;

Déficit de conocimientos (medicación).

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas. Para los diagnósticos de riesgo, las características son la etiología

4.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo.

Ejemplos: **DIAGNOSTICO REAL**

Alteración de la nutrición, menor a los requerimientos corporales, relacionada con anorexia, náuseas, vómitos, restricciones dietéticas, ulceraciones orales y mal sabor de boca.

DIAGNOSTICO DE RIESGO:

Riesgo de infección, relacionado con enfermedad crónica y desnutrición.

ESTRUCTURACIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario.

En la redacción de los problemas interdependientes reales se necesita del PROBLEMA, ETIOLOGIA DEL PROBLEMA y SINTOMATOLOGÍA. Los problemas interdependientes de riesgo únicamente requiere del PROBLEMA y ETIOLOGÍA; así como de las palabras RIESGO DE al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras SECUNDARIO A y para integrar la sintomatología se emplea las palabras MANIFESTADO POR.

2.3 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados.
- Planteamiento de los objetivos.
- Elaboración de las acciones de enfermería.
- Documentación y registro.

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

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

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES: Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Es de interés indicar aquí, que bajo una

concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. La priorización, siguiendo a jerarquía de las necesidades de Maslow.

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.⁷

⁷ Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. Págs. 32.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS: Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Centrarse en dar solución al problema y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema y sus efectos.
2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados.
3. Incluir verbos que puedan ser observables y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Ser claros y precisos.
5. Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito.
6. Utilizar un solo verbo por objetivo.

7. Ser realistas, es decir que se consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que “la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad”.⁸

Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea. Esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

⁸ Enfermera magíster en docencia. OP CIT Págs. 9

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA: Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

2.4 EJECUCIÓN:

Cuarta fase del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.

Pasos de la ejecución.

- **PREPARACION.** Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario.

Analizar que se tienen los conocimientos y habilidades para realizar las actividades planeadas.

Tener en cuenta las complicaciones que se pueden presentar al realizar las actividades.

Reunir el material y equipo para llevar a cabo cada intervención.

- INTERVENCIÓN. Una vez realizada la preparación podemos llevar a cabo las intervenciones planeadas.
- DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

2.5 EVALUACIÓN:

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

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

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

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

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

3. ASPECTOS GENERALES DE LA FISIOPATOLOGIA

INTRODUCCION

La presente información esta basada en una recopilación de datos sobre la insuficiencia renal la cual constituye un problemas de salud cada ves mas importante debido a la incidencia y prevalecía creciente estos últimos años, siendo numerosas las causas y factores que influyen en

su desarrollo, ya que su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para su pronóstico y de ello depende los tratamientos sustitutivos renales.

3 GENERALIDADES DE LA INSUFICIENCIA RENAL.

3.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN. Es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y el funcionamiento de nefronas y que a menudo desemboca en la insuficiencia renal terminal.

La uremia es el síndrome clínico y analítico que refleja la disfunción de todos los sistemas orgánicos como consecuencia de la Insuficiencia Renal aguda o crónica no tratada.

La NFK (Nacional Kidney Fondation) clasifica la insuficiencia renal en 5 estadios, en función del filtrado glomerular renal (FGR).⁹

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	FGR
I	Daño renal con FGR normal	> 90 ml/min.
II	Leve.	60-89 ml/min.
III	Moderado.	30-59 ml/min.
IV	Severo.	15-29 ml/min.
V	Fallo renal. (Diálisis)	< 15 ml/min.

⁹ Pérez Martínez J. Insuficiencia Renal Crónica Revisión y Tratamiento Conservador. Disponible en www.archivosdemedicina.com

3.2 ETIOLOGÍA

La glomerulonefritis era la primera causa de IRC en el pasado, en la actualidad son causas mucho más frecuentes, como la nefropatía diabética y la hipertensiva y siendo una 3er parte la amiloidosis, lupus eritematoso sistémico entre otras.

Una causa especialmente frecuente de IRC en los ancianos es la hipertensión, pero muchos pacientes se presentan en una fase avanzada de la enfermedad renal crónica, lo cual impide determinar de forma concluyente la causa.

Hay que destacar el fuerte incremento de la nefropatía diabética como causa de insuficiencia renal crónica en los últimos años, representando en España la quinta parte de los casos y en estados unidos hasta un 40%.

ENFERMEDAD RENAL	INCIDENCIA %
------------------	--------------

Diabetes.	21
Vascular.	16
Glomerular.	14
Tubo-intersticial.	11
Poliquistosis renal.	7
Sistémicas.	5
Hereditarias.	2
Otras.	3
No filiada.	21 ¹⁰

Los factores de riesgo para la aparición de nefropatía consisten en Hiperglicemias, Hipertensión arterial sistémica, hipertensión e hiperfiltración glomerular, proteinuria, tabaquismo e hiperlipidemia.

¹⁰ Braunwald Fauci, Kasper, Hauser, Long, Jameson Principios de medicina interna. Pág. 1815

3.3 EPIDEMIOLOGÍA. La Insuficiencia Renal Crónica afecta hasta 20 millones de estadounidenses lo que constituye 1 de cada 9, de los cuales el 70% de los casos son secundarios a Diabetes Mellitus presentándose 4000 casos de Nefropatía Diabética.

La diabetes mellitus 1 tiene una probabilidad de 30 – 40% de nefropatía después de 20 años, mientras que la enfermedad tipo 2 la probabilidad es de 15 – 20% en la misma edad.

En España en el año 2001 la prevalencia de pacientes en tratamiento sustitutivo renal era de 885 por millón de población lo que supone un incremento de 4% respecto al año anterior, según las técnicas el 51% utiliza hemodiálisis, el 6% diálisis peritoneal y el 43% trasplante renal.

3.4 FISIOPATOLOGÍA La reducción de la masa renal causa hipertrofia estructural y funcional de las nefronas

supervivientes. Esta hipertrofia compensadora esta medida por moléculas vasoactivas, citocinas y factores de crecimiento, y se debe inicialmente a una hiperfiltración adaptadora, a su vez mediada por un aumento de la presión y flujo capilar glomerular.

Los únicos parámetros que pueden demostrar la disminución del FG son las concentraciones de urea y creatinina, cuando estas se encuentran elevadas en sangre ya hay una lesión importante crónica y cuando el FG disminuye por debajo del 30% de lo normal, sobrevienen manifestaciones clínicas y bioquímicas de la uremia.

La hiperazoemia alude a la retención de productos nitrogenados de desecho a medida que se desarrolla la IR. La uremia se refiere a la fase más avanzada de la IR cuando se hacen clínicamente manifiestas las alteraciones de múltiples sistemas. Dichos desechos son producto de la degradación de proteínas y aminoácidos.

La fisiopatología del síndrome urémico se puede dividir en los trastornos ocasionados por la acumulación del metabolismo de las proteínas por una parte y las anomalías resultantes de la pérdida de otras funciones renales como la homeostasis de líquidos y electrolitos y la síntesis de ciertas hormonas.

En los primeros años tras el inicio de la DM se produce hiperperfusión glomerular e hipertrofia renal, esto se refleja a un aumento del filtro glomerular. Durante los primeros 5 años se produce engrosamiento de la membrana basal glomerular y la expansión del volumen

3.5 CUADRO CLÍNICO

Los síntomas se desarrollan lentamente y resultan inespecíficos, los individuos pueden permanecer asintomáticos, hasta que la insuficiencia renal se encuentra sumamente avanzada, las manifestaciones incluyen fatiga, debilidad y malestar general, afectando varios órganos y sistemas, los cuales se describen en el siguiente recuadro.

ORGANO O SISTEMA	SINTOMAS	SIGNOS
General	Fatiga, debilidad	Aspecto lívido, crónicamente enfermo.
Piel	Prurito, magullabilidad fácil	palidez, equimosis, excoriaciones, edema, xerosis

Oídos, Nariz y Garganta	Sabor metálico en boca, epistaxis	Aliento uremico
Ojos		Conjuntiva pálida
Pulmonar	Disnea	Estertores, derrame pleural
Cardiovascular	Disnea con ejercicio, Dolor retroesternal por inspiración (pericarditis)	Hipertensión, cardiomegalia, frote de fricción
Gastrointestinal	Anorexia, nauseas, vomito e Hipo	
Genitourinario	Nicturia e impotencia	Isostenuria
Neuromuscular	Inquietud de las piernas, entumecimiento y	

	calambres de las piernas	
Neurológico	Irritabilidad generalizada, incapacidad para la concentración, disminución de la libido	Estupor, asterixis, mioclonos, neuropatía periférica

3.6 COMPLICACIONES

TRASTORNOS ELECTROLITICOS Y ACIDO BASICOS. La lesión progresiva de nefronas puede acompañarse de una tendencia de una retención de sodio y pérdida del mismo o del mantenimiento del mismo. Algunos de los trastornos mas frecuentes son:

- Hipernatremia o Hiponatremia
- Hipocalcemia
- Hipokalemia

- Acidosis Metabólica

- Hiperfosfatemia

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES La presencia de la uremia produce retención de sodio y agua, lo cual lleva al paciente a un estado hipertensivo el cual posteriormente puede producir insuficiencia renal, tanto por hipertrofia, como por aumento de volumen, y así producir edema pulmonar y/o pericarditis. Las enfermedades cardiovasculares son la causa mas frecuente de muerte en la insuficiencia renal terminal.

ALTERACIONES HEMATOLOGICAS La anemia de la insuficiencia renal crónica es normocítica normocromica, secundaria a producción insuficiente de eritropoyetina en riñones patológicos. La alteración en la formación y función de los leucocitos en la uremia conduce a aumento de infecciones.

La coagulopatía de la insuficiencia renal crónica se origina principalmente por disfunción plaquetaria, lo cual produce adherencia y agregación anormal, clínicamente presenta petequias, púrpura y tendencia a hemorragias durante las cirugías.

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS. La encefalopatía uremática no se produce sino hasta que la velocidad de filtración glomerular cae por debajo de 10 a 15 ml/min. Inician con déficit de concentración, letargo, confusión, nistagmus, debilidad, asterixis, e hiperreflexia.

ANOMALÍAS DIGESTIVAS. La anorexia, hipo, náuseas y vómito son manifestaciones tempranas de la uremia y la restricción proteica es útil para disminuir las náuseas y el vómito.

TRASTORNOS ENDOCRINOS. Los valores circulantes de insulina son más altos debido a disminución de su depuración renal. Puede producirse intolerancia a la glucosa cuando la velocidad de filtración glomerular es menor de 10 -20 ml/mi.

3.7 PRONÓSTICO

La mortalidad anual es de 21.2 muertes por cada 100 pacientes. El tiempo de vida restante esperado para los individuos de grupo de edad de 55 a 64 años es de 22 años, en tanto que para aquellos con enfermedad renal en fase terminal es de 5 años. La causa mas común de muerte es la disfunción cardiaca otras causas incluyen infección, evento cerebral vascular y cáncer.

La diabetes, la edad, albúmina serica baja, posición socio económica baja y diálisis inadecuada son factores importantes de predicción de mortalidad.

3.8 DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se realiza mediante los siguientes parámetros:

1. Historia Clínica Completa.
2. Exploración Física Completa.
3. Estudios de laboratorio y gabinete.

Biometría Hemática: En la cual podemos encontrar ANEMIA, LINFOSITOPENIA, LEUCOPENIA Y PLAQUETOPENIA.

Química sanguínea: encontrando aumento de urea, creatinina y ácido úrico.

Perfil de lípidos: disminución de HDL, aumento de LDL y aumento de triglicéridos.

Electrolitos séricos: hipernatremia, hipercalcemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia

3.9 TRATAMIENTO:

CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA

Como ya se ha comentado, un buen control glucémico disminuye la aparición de la nefropatía diabética, aparte de los efectos sobre la progresión, un buen control metabólico también reduce el catabolismo y mejora el estado nutricional. La meta es mantener al paciente con cifras entre 70 y 110mg/dL y niveles de HbA1c menor a 7. Para lo cual se valora si el paciente puede controlarse con dieta, hipoglucemiantes orales, insulina, o la combinación de ellos, no olvidando el control de la glucosa postprandial, con medicamentos como acarbosa, insulina lispro, nateglinida o metiglinida.

RESTRICCIÓN PROTEICA

La evidencia clínica señala una mejoría de la hiperfiltración glomerular y de la nefropatía diabética, al parecerse benefician más los pacientes cuando esta restricción se inicia antes de la aparición de microalbuminuria. La cantidad recomendada de proteínas

es de 0.8 a 1.0g/Kg. / peso al día, y si existe nefropatía diabética manifiesta se recomienda de 0.6 a 0.8g/Kg./peso al día.

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Muchos estudios muestran los beneficios del control adecuado de la presión arterial al retardar la progresión de la nefropatía diabética y reducir la albuminuria en hipertensos con diabetes, sin embargo, algunos antihipertensivos muestran desventajas sobre otros ya que algunos favorecen intolerancia a los carbohidratos y resistencia a la insulina (betabloqueadores y diuréticos), algunos otros tienen beneficios adicionales, en especial los que antagonizan o bloquean el efecto de la angiotensina II, ésta es un potente vasoconstrictor y promotor del crecimiento de suma importancia en la nefropatía diabética, diversos estudios ponen de manifiesto el beneficio sobre la nefropatía,

independientemente de disminuir las cifras de tensión arterial. Se han evaluado fármacos del grupo de los inhibidores de los receptores AT1 de la angiotensina como losartan e irbesartan con resultados similares a los IECAs, así mismo se comparó verapamil contra trandolapril y la combinación de éstos, mostrando que la combinación resultó mejor en cuanto a disminución de la proteinuria que por separado. Como conclusión se deben administrar antihipertensivos que tengan un efecto neutral sobre lípidos, carbohidratos y resistencia a la insulina. Se recomienda mantener cifras de presión sistólica menor de 130mmHg y la diastólica menor de 85mmhg.

CONTROL DE LA DISLIPIDEMIA

Diversos estudios han demostrado que la hipercolesterolemia, aunque más acentuada la hipertrigliceridemia, son factores de riesgo cardiovascular, y no sólo de ello, sino que también contribuyen al daño

renal. Los fibratos que no se acumulen o los inhibidores de la HMG-CO reductasa, están indicados en el tratamiento de la dislipidemia, que no responden al tratamiento dietético.

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA)

El uso de antihipertensores que reducen la microalbuminuria sin afectar la presión arterial también retrasan la progresión de afección renal, un ejemplo de éstos son los IECA, ya que tienen efectos renales selectivos aparte de la reducción de la presión arterial. La pérdida de la selectividad de la carga negativa en la membrana basal se establece parcialmente con IECA y no se afecta directamente por la angiotensina II. Algunos estudios muestran que los IECA disminuyen los incrementos de la presión glomerular y el volumen y previenen la expansión de la matriz mesangial y la

glomeruloesclerosis focal. Los IECA también mejoran la resistencia a la insulina, reducen la albuminuria y sus efectos en los perfiles de lípidos son neutrales. En consecuencia, deben ser los fármacos iniciales de preferencia para el tratamiento de la hipertensión en diabéticos y usados en forma temprana a dosis no antihipertensoras disminuyen la progresión de la nefropatía en sujetos normotensos.

4. CAPITULO III
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA.

HISTORIA CLÍNICA

Ingresa usuario por presentar una lesión ulcerada en región plantar de miembro pélvico inferior derecho, la cual presenta desde hace 10 días secundaria tras sufrir picadura con un clavo estando trabajando en el campo, mide 3 centímetros aproximadamente, presentando inflamación y edema de la extremidad; además salida de material purulento en cantidad moderada, al interrogatorio se encuentra que cursa con nauseas, anorexia desde hace una semana.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Hermanos (2) finados por IRC y padre finado por alcoholismo, madre finada se desconoce la causa. Resto de la familia sin antecedentes de importancia.

Antecedentes personales patológicos:

Padece DM 2 desde hace 15 años sin recibir tratamiento médico, ni control dietético adecuado.

Exploración física:

Paciente con edad aparente real a la cronológica, conciente, orientado, con palidez de piel y tegumentos.

Cabeza; cráneo normocefálico, con pelo bien implantado sin exostosis.

Ojos: conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas ligero tinte icterico en esclerótica.

Cuello: cilíndrico simétrico.

Tórax: campos pulmonares limpios y ventilados, ruidos cardiacos rítmicos con presencia de soplo sistólico.

Abdomen: globoso a expensas de liquido asistico y panículo adiposo, perístasis disminuida.

Extremidades superiores: sin compromiso.

Extremidades inferiores: con edema de ambas extremidades, Godet positivo (+++), datos de inflamación en miembro pélvico derecho con lesión ulcerada con

bordes mal delineados y tejido necrótico de 3 centímetros de diámetro aproximado, salida de material purulento fétido, los pulsos se encuentran disminuidos en ambas extremidades.

1. VALORACIÓN

L. B. H. masculino de 57 años de edad, casado, con escolaridad de nivel primaria, católico y campesino. Ingresa al hospital el 21 de octubre de 2005 al servicio de Medicina Interna cama número 2 por presentar hace 6 días una herida con un objeto punzo cortante en miembro inferior derecho, anorexia y edema en miembros inferiores +++.

Entre los antecedentes personales de importancia padece diabetes hace 15 años aproximadamente, sin recibir tratamiento médico, ni control dietético adecuado.

El usuario tiene antecedentes familiares (padre) fallece por alcoholismo, (2 hermanos) fallecen por insuficiencia renal.

El diagnóstico médico actual es de Diabetes mellitus II, Pie diabético, Insuficiencia renal y el tratamiento médico consiste en:

Dieta para renal

Solución glucosa al 5% de 250 ml para 24hrs

Furosemida 2 ampulas IV c/ 8hrs

Ranitidina 1 ampula IV/8hrs

Ceftriaxona 1 gramo IV c/12hrs

Clindamicina 600mg IV c/8hrs

Gluconato de calcio 1 ampula IV c/8hrs

Metoclopramida 1 ampula IV c/8hrs

Insulina intermedia 30 UI SC por la mañana

Destroxitis por turno

Curación diaria.

DATOS SIGNIFICATIVOS POR PATRONES

FUNCIONALES DE SALUD:

I. PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Casa – habitación con buena higiene, hábitos higiénicos personales cada 3 días, contacto con animales domésticos. Percepción del estado de salud “enfermizo”. Menciona no tener asistencia médica periódica por falta de dinero ni tener tratamiento para controlar la diabetes.

II. PATRÓN NUTRICIONAL / METABÓLICO.

Presenta piel con ligera palidez, anorexia, náuseas, edema de miembros inferiores hasta tercio medio +++, herida región plantar y maleolar de miembro inferior derecho. La alimentación habitual es mala en calidad y cantidad.

BIOMETRIA HEMATICA:

Hb: 8.1

Ht: 25

CMHG: 32

VGM: 87

ERITROCITOS: 2, 860,000

LEUCOCITOS: 18,100

% LINF: 4%

% SEG: 90%

% BAN: 6%

% NEU: 96%

PLAQUETAS: 461,000

QUÍMICA SANGUÍNEA:

Glucosa: 364

Creatinina: 5.7

Na: 131

K: 3.8

Cl:100

III. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

Presenta peristaltismo disminuido, no ha evacuado durante su estancia intrahospitalaria, distensión abdominal por presencia de acitís. Halitosis, constipación,

distensión abdominal, oliguria y proteinuria. Orina 6 veces aproximadamente durante 24 hrs.

EXAMEN GENERAL DE ORINA:

Creatinina en orina: 77mg.

Creatinina en sangre: 5.7mg.

Proteína en orina: 172mg.

Volumen de orina en 24 hrs.: 790 ml.

Mililitros por minuto: .5 ml.

IV. PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO.

Presenta dificultad para el movimiento ya que presenta herida en plantar en miembro inferior derecho. Tensión arterial: 170/80 Pulso: 100 x' RESPIRACIÓN: 32 x'. Soplos, piel marmórea y disnea.

QUÍMICA SANGUÍNEA;

TGO: 12.

TGP: 17.

BIL TOTALES: 0.2.

BIL DIRECTAS: 0.1.

FOSFATASA ALCALINA: 228.

ALUMINA: 1.9

A/G: 1.9

V. PATRÓN REPOSO / SUEÑO.

Presenta bostezos y cansancio, ya que no ha podido dormir desde su ingreso al hospital.

VI. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL.

Presenta dolor en pie derecho por presencia de herida e hipoestesia. Menciona tener información de su padecimiento y el motivo del malestar.

VII. PATRÓN DE AUTOIMAGEN / AUTOCONCEPTO.

No presenta cooperación en cuanto a su tratamiento, ya que no acepta la realización de diálisis peritoneal y menciona pedir alta voluntaria.

VIII. PATRÓN ROL / RELACIONES.

Presenta cambio en el estado de ánimo ya que le preocupa el ingreso económico, ya que es el único que trabaja.

IX. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Sin alteraciones aparentes.

X. PATRÓN AFRONTAMIENTO / ESTRÉS.

Presenta inquietud ya que se le menciona lo necesario de la diálisis peritoneal y este no acepta por falta de dinero.

XI. PATRÓN VALORES / CREENCIAS.

Sin alteraciones aparentes.

DATOS OBJETIVOS

- Lesión ulcerada.
- Inflamación.
- Edema.
- Tejido necrótico.

- Salida de material purulento.
- Piel marmórea.
- Soplo sistólico.
- Disminución de peristaltismo.
- Disminución en la micción.
- Disminución en las evacuaciones.
- Disminución de pulsos.
- Poca ingesta de líquidos.
- Halitosis.
- Movilidad disminuida.
- Bostezos.
- t/a 170/80/
- Fc.: 100x'
- Frecuencia respiratoria: 32x'
- temperatura: 39.2°C
- Hb: 8.9.
- Ht: 2.5.
- CMHG: 32.
- ERITROCITOS: 2860000.
- LEUCOCITOS: 18100
- % SEGMENTADOS: 90.
- %Bandas 6
- % neutrofilos: 96.

- Glucosa: 364.
- Creatinina: 5.6.
- Na: 131.
- Vol. de orina: 790 ml.
- Proteinuria: 172.

DATOS SUBJETIVOS:

- Nauseas.
- Anorexia.
- No lleva tratamiento.
- Mala higiene.
- Promiscuidad.
- Sin cuidados para la salud.
- Cansancio.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Dolor.
- Tristeza.
- Malos hábitos alimenticios

2. DIAGNOSTICO

Una vez realizada la valoración se destacaran los principales problemas que afectan el bienestar del usuario; enunciándolos en los presentes diagnostico enfermeros.

P Problema	E Etiología	S Signos y síntomas
1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Relacionado con conflictos personales	Manifestados por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones.
2. Deterioro de la movilidad física	Relacionada con disminución de la capacidad	Manifestada por dificultad para caminar.

	física	
3. Desequilibrio nutricional por exceso	Relacionado con hábitos alimentarios inadecuados	Manifestado por peso corporal superior.
4. Riesgo de aislamiento.	Relacionado con alteración en el ambiente	
5. Deterioro del patrón de sueño	Relacionado con cambios ambientales	Manifestado por dificultad para conciliar el sueño.

3. PLANEACIÓN

Una vez detectados los problemas que aquejan al paciente, se realizara la jerarquización de los problemas, tomando en cuenta el modelo de Maslow.

1. Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por peso corporal superior.

2. Deterioro del patrón de sueño relacionado con cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño.

3. Deterioro de la movilidad física relacionada con disminución de la capacidad física manifestada por dificultad para caminar.

4. manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conflictos personales manifestados por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones

5. Riesgo de aislamiento relacionado con alteración en el ambiente.

Y en último instante la realización de objetivos y sus respectivas acciones de enfermería.

DIAGNOSTICO ENFERMERO:

1. Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por peso corporal superior.

PLAN DE CUIDADOS:

OBJETIVO:

El usuario y su esposa identificarán los requerimientos nutricionales acorde a su padecimiento.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Brindar una dieta hiposódica.
- Observar si tolera adecuadamente su tipo de dieta.
- Restringir el consumo de líquidos.
- Valorar para tener un conocimiento acerca del tipo de alimentación que el acostumbra.
- Dar pláticas acerca de la nutrición que debe llevar en su domicilio y su beneficio.

DIAGNOSTICO ENFERMERO:

2. Deterioro del patrón de sueño relacionado con cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño.

PLAN DE CUIDADOS:

OBJETIVO:

El paciente dormirá más horas durante su estancia intrahospitalaria.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Valorara cuantas horas duerme el usuario.
- Evita ruidos y disminuir la fuente de luz en su habitación.
- Brindar confianza para platicar.
- Fomentar actividades durante la tarde.
- Brindar baño con agua tibia.
- Enseñar técnicas de relajación.

DIAGNOSTICO ENFERMERO:

3. Deterioro de la movilidad física relacionada con disminución de la capacidad física manifestada por dificultad para caminar.

PLAN DE CUIDADOS:

OBJETIVO:

El usuario recibirá información sobre los diversos tipos de medios físicos apropiados para la movilización.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Brindar una silla de ruedas para facilitar la movilidad.
- Brindar ayuda para la bipedestación si se requiere.
- Realizar cambios de posición constantemente.
- Explicar las repercusiones de la inmovilización.

DIAGNOSTICO ENFERMERO:

4. manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conflictos personales manifestados por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS:

OBJETIVO:

El paciente analizará la importancia de continuar con su tratamiento.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Valorar los conocimientos que tiene respecto a su padecimiento.
- Asesorar sobre los cuidados que debe realizar.

- Informar las repercusiones de no continuar con su tratamiento.

DIAGNOSTICO ENFERMERO:

5. riesgo de aislamiento relacionado con alteración en el ambiente.

PLAN DE CUIDADOS:

OBJETIVO:

El usuario obtendrá un ambiente de confianza para interactuar con el personal sanitario.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Brindar confianza desde su ingreso.

- Realizar actividades recreativas en compañía de sus familiares.
- Mantener una conversación durante el turno.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

En el siguiente apartado se describen los problemas interdependientes detectados, enumerándose por jerarquización según el modelo de Maslow y Kalish. Así como sus respectivos objetivos por alcanzar.

1. Infección secundaria a pie diabético manifestado por temperatura de 39.2 ° c, leucos de 18100, % segmentados 90%, %bandas 6%, %neutrofilos 96%, material purulento, inflamación.

OBJETIVO: El paciente combatirá la infección a través de su tratamiento y procedimientos durante su estancia intrahospitalaria.

2. Pie diabético secundario a diabetes mellitus tipo II manifestado por lesión ulcerada, inflamación, edema, salida de material purulento y tejido necrótico.

OBJETIVO: El paciente recibirá tratamiento para evitar la evolución del pie diabético.

3. Hipertensión arterial secundario a Insuficiencia Renal Crónica manifestado por tensión arterial de 170/80mg/Hg.

OBJETIVO: El usuario mantendrá una presión arterial dentro de los parámetros normales en el menor tiempo posible.

4. Insuficiencia cardiaca secundaria a hipertensión arterial manifestada por soplo sistólico, edema, disnea y taquicardia.

OBJETIVO: El paciente recibirá medicamentos para disminuir la precarga y mejorar la contractilidad cardiaca.

5. Anemia secundaria a Insuficiencia Renal Crónica manifestado por palidez, taquipnea, taquicardia, cansancio y bostezos.

OBJETIVO: El paciente recibirá transfusiones sanguíneas para favorecer su estado hemodinámico

6. Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus tipo II manifestado por creatinina de 5.7, proteína de 172mg/Dl., depuración de creatinina de 77 MG.

OBJETIVO: Evitar el deterioro de la función renal, para así retrasar el mayor número de complicaciones posibles.

7. Síndrome urémico secundario a Insuficiencia Renal Crónica manifestado por náuseas, anorexia, halitosis, bostezos y sodio de 131 MG.

OBJETIVO: Al paciente se le propondrá el uso de diálisis peritoneal

8. Riesgo de shock séptico secundario a renuencia de tratamiento.

OBJETIVO: Explicar al paciente y a los familiares la importancia del apego al tratamiento para disminuir la infección.

NOTA: Se lograra disminuir las manifestaciones clínicas con la realización de los cuidados de enfermería independientes e interdependientes.

4.- EJECUCIÓN.

Los planes de cuidados que se llevaron a cabo fueron de acuerdo a la priorización de aquellos problemas que

podieran amenazar la vida de mi paciente y posterior al déficit de conocimientos de su padecimiento y los cuidados.

PROBLEMA	EJECUCIÓN
1. Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por peso corporal superior.	8:00 hrs. Realizar hoja de dietas, prescribiendo dieta para renal para el usuario. Según el turno que corresponda.
2. Deterioro del patrón de sueño relacionado con cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño.	12:00 Realizar actividades (como llevarlo a tomar un baño de sol, leer ó platicar).
3. Deterioro de la movilidad física relacionada con	12:00 Realizar ejercicios de movilidad con la ayuda

<p>disminución de la capacidad física manifestada por dificultad para caminar.</p>	<p>de los familiares.</p>
<p>4. manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conflictos personales manifestados por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones</p>	<p>12:00 Permitir la expresión al usuario; entablando una conversación, acerca de su padecimiento.</p>
<p>5. Riesgo de aislamiento relacionado con alteración en el ambiente.</p>	<p>Animar a sus familiares a realizar visitas al usuario en los horarios correspondientes.</p>

5.-EVALUACIÓN.

OBJETIVO	EVALUCION
El usuario y su esposa identificarán los requerimientos nutricionales acorde a su padecimiento.	El paciente comprendió el tipo de alimentación relacionada con su padecimiento,
El paciente dormirá más horas durante su estancia intrahospitalaria	El paciente concilio mas horas de sueño de lo habitual
El usuario recibirá información sobre los diversos tipos de medios físicos apropiados para la movilización	El paciente presento mayor movilidad ayudado por familiares y medios físicos (muletas, silla de ruedas)

El paciente analizara la importancia de continuar con su tratamiento	El paciente comprendió la importancia para continuar con su tratamiento
El usuario obtendrá un ambiente de confianza para interactuar con el personal sanitario y sus familiares.	El paciente mejoro la interacción en su entorno.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios ya que se brindo un plan de alta por parte de enfermería logrando que el usuario interactué en la vida diaria y sin que su padecimiento afecte sus actividades.

PLAN DE ALTA

Durante la estancia intrahospitalaria del usuario se pudieron observar una gran infinidad de cambios que fueron favoreciendo a este. Poniéndose de alta con

tratamiento médico a su domicilio; no dejando de lado el tratamiento de enfermería el cual consiste en lo siguiente:

1. mantener un régimen dietética prescrita.

Que sea hipoproteica.

Ingerir 1.5 litros de agua.

Restricción de sal.

Conocer los valores calóricos de los alimentos.

Mantener un peso óptimo

2. Tomar la medicación con exactitud según lo prescrito por el médico.
3. Realizar hábitos higiénicos básicos para la conservación de la salud; Higiene en el hogar; Mantener los animales limpios y fuera de casa
4. Realzar movilizaciones con los medios adecuados, así para evitar lesiones consecuentes.
5. Realizar curación diaria de miembro pélvico afectado.

6. usar zapatos adecuado, para evitar otra posible lesión en los pies.

Nota: El plan de alta seguirá todas aquellas acciones de enfermería que se brindaron en su estancia intrahospitalaria; lo único que cambia es que son adaptadas a su vida diaria.

6.- CONCLUSIONES:

Durante la realización de este proceso e doy cuenta de la gran importancia que obtenemos al llevarlo a cabo, y no solo para el paciente sino también al personal de enfermería ya que así lograremos brindar un verdadero plan de cuidados el cual abarque todos los problemas que nuestro paciente presente.

Quizá no se conozca o no tenga un realce en nuestra profesión, pero con el paso del tiempo espero que el Proceso Enfermero se logre llevar en todas las instituciones por el bien de todos nuestros pacientes.

Por ultimo me queda una gran satisfacción ya que brinde todos aquellos cuidados a mi paciente y se que esto marcara un gran cambio en su vida y así tendrá un mejor criterio en cuanto se trate de su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alfaro. R., Aplicación del Proceso Enfermero. 5ª edición. España. Editorial Nasson. 2003.
2. Atkinson. L, Murray. M., Proceso de Atención Enfermería, 2ª edición. México, editorial. El Manual Moderno, 1983.
3. Beers Marck. El manual merck. 10ª edición. Madrid. Editorial: Harcourt. 1999.
4. Braunwald, Faucini, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ª edición. México. Editorial c Graw Hill. 2001.
5. Dossier Bárbara. Fundamentos de enfermería. 5ª edición. México. Editorial Mc Graw Hill, interamericana. 2003.
6. Escalera Mora Ignacia. Proceso Atención Enfermería Aplicado a un paciente de Diabetes Mellitus Tipo II, en la clínica Hospital de Zamora.

Michoacán. Universidad Autónoma de México,
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
México, 1997.

7. Gauntlett patricia. Enfermería médico quirúrgica.
12ª edición, Madrid España, editorial Mosby, 1995.
8. Dr. Gea González M. nefropatía diabética. Rev Hospital General. VOL 5. 2002.
9. Gispert Carlos. Diccionario de Medicina. Barcelona
España, editorial Océano.
10. González Gea M. Nefropatía Diabética. Artículo de
revisión de medicina interna, Vol. 5. 2002.
11. Hernández Cortina Abdul. La Enfermera como
Disciplina Holística. Revista cubana salud publica
No 27. Cuba. 2001.
12. Hernández Sapiere Roberto. Metodología de la
investigación. 3ª edición. México, editorial Mc Graw
Hill. 2003.

13. Iyer P. Proceso y Diagnostico de Enfermería. 3ª edición. México. Editorial Mc Graw Hill interamericana. 1995.
14. Martínez Campos Esther. Tratamiento médico de la insuficiencia renal. Cartagena. Fundación Puigvert Barcelona.
15. Pérez Martínez J. Insuficiencia Renal Crónica Revisión y Tratamiento Conservador. Disponible en www.archivosdemedicina.com
16. Phaneuf Margot. "La recogida de datos. Primera etapa del proceso de los cuidados". De los cuidados de enfermería. El proceso atención enfermería. Madrid, editorial c Graw Hill, 1993.
17. Profesora titular de facultad de enfermería Antioquia. Proceso enfermero. Antioquia. 1998.
18. Sholtis Brunner Lillian. manual de la Enfermera. 4ª Edición. México. Editorial Interamericana, 1991.

19. Soy Andrade Teresa. Manuales prácticos de enfermería. México. Editorial: Mc Graw Hill. 1999.
20. Tierney Jr. Lawrence M. Diagnostico clínico y Tratamiento. 41ª edición. México. Editorial Manual Moderno. 2006.
21. Universidad autónoma de Guadalajara. Curso de cirugía. Guadalajara. Editorial: facultad de medicina. 2003.
22. Solomon Papper, Nefrología clínica 1ª Edición, Barcelona, España, Editorial Salvat 1979, 451pag.
23. P. Farreras Valenti, Medicina interna tomo I, 9ª Edición, México, Editorial Marin 1978, 1099pag.
24. Miguel Rondón Nucete, CONCEPTOS ACTUALES SOBRE LA FISIOPATOLOGÍA, CLÍNICA Y ALTERACIONES BIOQUÍMICAS DEL SÍNDROME URÉMICO. UNA REVISIÓN Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 7 N° 1-4. 1998. Mérida. Venezuela, Pág. 35- 40.

25. Belén Andrés Galache, Diagnósticos de enfermería en pacientes con Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, 14 Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7 (3): 158/163 Pág.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Esta investigación se concluye haciendo énfasis en que el estilo de liderazgo si repercute en la organización del departamento de enfermería, ya sea de manera favorable o de manera negativa, en esta investigación se comprobó la ineficacia por parte del dirigente del departamento de Enfermería del Centro de Salud Urbano de Jacona, esta se hace manifiesta por mas del 50% del personal encuestado, pues declaran inconformidad por cada acción que la jefa de enfermeras realiza, por no tomar decisiones propias, por no defender a su personal cuando es necesario y justo, por no tomar conciencia cuando hay escasez en algunos departamentos y reprender al demás personal.

Durante la investigación se llegó a la conclusión que existe un estilo de liderazgo ya definido, como lo es el estilo Autócrata, el cual se caracteriza por dar ordenes, imponer su criterio incluso con actos arbitrarios, y sin tomar decisiones propias, es influenciada por directivos médicos y no toma en cuenta la opinión del personal a su cargo.

Mencionan que hay un mal reparto del personal, y lo más sorprendente es la falta de conocimientos por parte del dirigente, por resolver problemas personales, y más aún con personas ajenas a la organización, lo que deja de manifiesto la falta de respeto y profesionalismo en los dirigentes de Enfermería.

Otro de los aspectos importantes es la falta de cooperación por parte del jefe inmediato de Enfermería, para el logro de objetivos de la institución y del personal mismo a su cargo.

Se muestra también la deficiente difusión y promoción para la investigación y actualización del personal. Pues no se realizan actividades para actualizar los conocimientos de cada una de las enfermeras, esto por la escasa capacidad del dirigente de enfermería para utilizar recursos de motivación hacia su personal, mas aparte solo se dan capacitaciones en las campañas de vacunación y dicha capacitación es de un contenido escaso de información y desafortunadamente por la mala organización, el personal lo toma a la ligera y no muestra interés por lo que se les esta informando, no investigan a profundidad su tema y no pueden resolver las dudas que surgen y ni si quiera la jefa de enfermeras.

Se dejo ver que el jefe inmediato superior no motiva lo suficiente a su personal, por lo que es notorio el fastidio de algunas personas que laboran en ese centro, un factor que es muy importante es la edad de la mayoría del personal, pues son jóvenes y eso ayuda para aprovechar al máximo, su capacidad, pero siendo recíprocos.

Un factor inadecuado para el crecimiento y logro de objetivos, es que no está adecuadamente distribuido el personal, de acuerdo a su capacidad y preparación académica, ya que el personal de base con título de enfermeras salen a vacunar a campo, mientras 2 o 3 personas que no son enfermeras se quedan en clínica a realizar curaciones, toma de signos vitales, preparación de expedientes, etc. El error cometido ahí es que no saben realizar estas actividades antes mencionadas, pues no les dan capacitación y ellas no se interesan por investigar, esto por la confianza que les brinda el personal directivo, aún habiendo quejas de los médicos.

Con todo lo antes mencionado, cabe destacar que el jefe inmediato superior de enfermería no conoce el proceso administrativo, no tiene capacidad de decisión, no tiene capacidad de mando para con su personal, ya que desafortunadamente las decisiones que involucran única y exclusivamente al personal de enfermería son tomadas por el director médico de esa institución y apoyadas por la jefa de enfermeras, lo que desafortunadamente para el personal genera un gran descontento, pues debería de alguna manera negociar con sus superiores para el mejor trato del personal y así favorecer un ambiente propicio para laborar, un clima armónico, donde se brinde seguridad, y sobretodo confianza a cada una de las enfermeras que ahí laboran.

Se debe tener en cuenta que el sentido de responsabilidad, la confianza, la honestidad, la seguridad en uno mismo, la ética profesional, la toma de adecuadas decisiones, el apoyo mutuo, involucrar al personal a su cargo en la elaboración de manuales, dando introducción al puesto al personal de nuevo ingreso, o a las mismas enfermeras que cambian de un servicio a otro, traerá consigo resultados esperados por todo el personal que ahí trabaja, pero siempre y cuando el jefe inmediato superior este conciente de las cosas que se están manejando erróneamente y de las cosas que favorecen, de los errores se aprende para no volver a cometerlos, pero para eso es bueno reconocer, y tener un poco de humildad, y sinceridad con uno mismo.

En general se sugiere más capacitación y actualización en lo político, social, cultural, y en especial del área de la salud, para poder competir, para ser un verdadero equipo de trabajo, para que ese trabajo se realice por verdadera vocación y no por obligación, para ser mejores seres humanos y sobre todo, para brindar una adecuada atención de calidad y cantidad a todas aquellas personas que creen en nosotros como personal de salud porque tenemos los conocimientos y la capacidad necesaria, que nos hacen partícipes de su vida y que nos dan la confianza para poder ayudarlos.

Cuestionario de la Investigación “La forma de Liderazgo un factor predisponente para una adecuada Organización del Departamento de Enfermería “.

Elaborado por:

LOPEZ TAPIA ARTURO

PINEDA LEON ROSA MARIA.

RODRIGUEZ BARAJAS GUADALUPE

En Julio / 2000

DATOS GENERALES

- 1.- ¿Cual es su edad?
- 2.- ¿Cual es tu estado civil?
- 3.- ¿Que categoría tiene actualmente?
- 4.- ¿cual es su grado de escolaridad?
- 5.- En que servicio se encuentra ubicada actualmente.

CUESTIONARIO.

- 1.- su jefe inmediato Superior posee actitudes que fomenten las buenas relaciones humanas y las practicas en el desempeño de sus actividades.
- 2.- su jefe inmediato superior se conduce en el cumplimiento de su deber con ética profesional.
- 3.- Motiva su jefe inmediato superior el personal que esta a cargo.

- 4.- Considera usted que su jefe inmediato superior posee capacidad de decisión.
- 5.- Considera que su jefe inmediato superior presenta o tiene iniciativa para el desarrollo de sus funciones.
- 6.- Existe coordinación de trabajo por parte de su jefe inmediato superior con el personal a su cargo.
- 7.- Su jefe inmediato superior tiene capacidad y habilidad para manejar y evitar los conflictos que se presenten en su área de trabajo.
- 8.-Considera usted que su jefe inmediato superior posee capacidad de negociación con el equipo de trabajo y autoridades superiores que apoyen al personal de enfermería a su cargo.
- 9.- su jefe inmediato superior posee sentido de responsabilidad en el desempeño de sus funciones.
- 10.- su jefe inmediato superior le ayuda a incrementar sus habilidades y destrezas en el desempeño de sus habilidades.
- 11.- considera usted que su jefe inmediato superior posee los conocimientos necesarios en las tareas que usted realiza.
- 12.- Su jefe inmediato superior realiza la distribución de personal de acuerdo con las necesidades de los servicios.
- 13.- cree usted que su jefe inmediato superior se preocupa por la seguridad en el trabajo de los empleados.

14.- considera usted que jefe inmediato superior tiene espíritu de cooperación en las actividades que usted como personal a su cargo realiza.

15.- Su jefe inmediato superior cumple en el desarrollo de sus funciones.

16.- considera usted que su jefe inmediato superior brinda confianza e integridad en la realización del trabajo.

17.- su jefe inmediato superior es intuitivo y comprensivo con el personal a su cargo.

18.- considera usted que su jefe inmediato superior cuenta con los conocimientos académicos que se requieren para ocupar el puesto que tiene.

19.- elabora su jefe inmediato superior plan de trabajo y lo difunde a su personal.

20.- participa usted con su jefe inmediato superior en la elaboración de manuales del departamento de enfermería.

21.- su jefe inmediato superior le da a conocer las normas y reglas que se establecen en la institución.

22.- considera usted que su jefe inmediato superior contribuye al logro de objetivos de su área de trabajo, personales e institucionales.

23.- su jefe inmediato superior le da a conocer el organigrama del departamento de enfermería.

24.- Las actividades del personal de enfermería están establecidas de acuerdo con la categoría y puesto que usted ocupa actualmente.

25.- su jefe inmediato superior le ha dado a conocer la descripción del puesto (funciones) en que actualmente se desempeña.

26.- Su jefe inmediato superior proporciona introducción al puesto al personal de nuevo ingreso o que cambia de servicio.

27.- cree usted que las funciones y actividades del personal de enfermería están distribuidas de acuerdo con su nivel jerárquico.

28.- su jefe inmediato superior delega autoridad y responsabilidad al personal a su cargo.

29.- su jefe inmediato superior elabora roles de trabajo del personal a su cargo.

30.- considera usted que su jefe inmediato superior realiza sus actividades con orden y disciplina.

31.- su jefe inmediato superior coopera con las actividades que usted realiza brindándole los recursos necesarios para el buen desempeño de sus actividades.

32.- considera usted que su jefe inmediato superior se capacita y actualiza sus conocimientos que le permitan su desarrollo personal y profesional.

33.- considera usted que su jefe inmediato superior contribuye eficazmente en la productividad de los servicios.

34.- su jefe inmediato superior promueve y participa en el mantenimiento de un clima organizacional armónico-, de seguridad, y confianza entre su equipo de trabajo.

35.- considera usted que su jefe inmediato superior se apoya en el proceso administrativo para lograr la organización y el funcionamiento eficaz de su área de trabajo.

36.- considera usted que su jefe inmediato superior utiliza estrategias para el cambio.

GLOSARIO DE TERMINOS.

ANALIZAR.- es la descomposición de un todo en partes para su estudio.

AUTOCRATA.- se caracteriza por dar órdenes, imponer su criterio incluso con actos arbitrarios. El líder autócrata tiene la convicción de que los humanos trabajan más bajo climas de presión, donde prevalece la disciplina y la sanción.

AUTORIDAD.- es la relación que hay entre los puestos y los objetivos del ocupante.

CUALIDAD.- son caracteres adquiridos que distinguen a las personas o cosas.

DEMOCRATA.- es un líder que tiene la posición de que los subordinados desean rendir su mejor esfuerzo, así como su mejor desempeño, por lo que el apoya dichos esfuerzos.

GENERICA.- es la explicación breve de la actividad y características del puesto.

ANALITICA.- es la descripción detallada de las funciones que deben realizarse en el puesto.

DIRECCION.- es el elemento de la administración en donde se logra la realización de todo lo planeado, a través de la conducción de un dirigente.

ESTRATEGIA.- arte de coordinar las acciones y de obrar para alcanzar un objetivo.

ESTILO.- es el como decir algo, es el uso subjetivo individual del lenguaje.

JERARQUIA.- es la estratificación de funciones por niveles que forman una sola estructura orgánica.

LIDER.- es una persona enérgica, que se esfuerza por alcanzar objetivos en común personales, profesionales e institucionales.

MANUAL.- es un documento que tiene como principal propósito proporcionar en manera ordenada la información necesaria para el adecuado desarrollo de las tareas.

ORGANIGRAMA.- es la representación grafica de la estructura interna de alguna institución o empresa.

PLANEACION.- es un componente del proceso administrativo, que incluye las principales actividades para establecer objetivos, determinar políticas, y recursos, tomar decisiones y asegurar la obtención adecuada de resultados.

SISTEMA.- es el conjunto de diversos elementos, mismos que se encuentran interrelacionados.

SUPERVICION.- es la función que desarrolla una persona, al asignar algún trabajo en un grupo determinado, sobre el cual ejerce autoridad para el logro de objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- ARIER, G. Gregorio, Relaciones Humanas Psicologica y Sociología. Ed. Ateneo, mexico, 1989. 390 pp.
- 2- BALSEIRO, A; Lasty. Introducción a la Administración. Ed. ENEO UNAM, México, 1981,200 pp.
- 3- BALDERAS, P. Ma de la Luz. Administración de los servicios de Enfermería. Ed. Interamericana, 2º ed. México, 1988, 300 pp.
- 4- BOSCH, G; Carlos. Las Técnicas de Investigación Documental. Ed. Diana. México, 1973, 324 pp.
- 5- CIESS. Administración de los servicios de enfermería. Ed. CECSA, 2º. Ed, México, 1971. 230 pp.
- 6- DIDIER Anzieu y Jacque Yves Martín. La dinámica de los grupos pequeños. Ed. Kapelusz. B. Aires, 1971. p. 157.
- 7- FINGERMANN, Gregorio, Relaciones Humanas. Ed. Ateneo, mexico, 1982, 300 pp.

- 8- GALVAN, E. José. Tratado de Administración General. Ed trillas, México, 1977, 330 pp.
- 9- GARZA H. Ario, Manual de Tecnicas de la Investigacion. Ed. CECSA, Mexico, 1987, 250 pp.
- 10- HERSEY Y BLANCHARD, en James A.F. Administración, Ed hispanoamericana, México 1980, 254pp.
- 11- KOONTZ, O, Donnell C. Elementos de Administración Moderna. Ed. Mc. Gram HILL, Mexico, 1975, 400 pp.
- 12- LARA A. silvia. Principios de la Administracion. Ed. SIES UNAM, México, 1978, 270 pp.
- 13- MARRINER, Ann. Manual Para Administración de Enfermería. Ed. Interamericana, México, 1990, 350pp.
- 14- PEREZ H. Guadalupe, Estudio de Tesis. Mexico, 1989, 300 pp.

- 15- REYES P. Agustín. Administración del personal. Ed. Limusa, México, 1958. p. 350.
- 16- RODRIGUEZ E. Mauro, Liderazgo, ed. Manual moderno, México, 90 pp.
- 17- TERRY F. Stephan. Principios de Administración. Ed. continental, México 1986, 489 pp.
- 18- THORA E.T. Kron. Liderazgo y administración en Enfermería. Ed. Interamericana. México 1983, 106pp.
- 19- SIMS, Prince. Administración de los Servicios de Enfermería. Ed. Interamericana, México 430pp.
- 20- UNAM, ENEO, SUA, Antología Seminario de Tesis. Apoyo didactico, 248 pp. Impresión 1998.
- 21- UNAM, ENEO, SUA, Guía del Seminario de Tesis. Apoyo didactico, 26 pp. Impresión 1998.