



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UN PACIENTE POST-OPERADO DE

APENDICECTOMÍA CON DIABETES MELLITUS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CRUZ DIAZ VELAZQUEZ

No. DE CUENTA 40311338-7

DIRECTORA DE TRABAJO

LIC. MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ



MEXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN

1.- OBJETIVOS

2.- JUSTIFICACIÓN

3.- METODOLOGÍA

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1.1 CONCEPTO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.3.1 VALORACIÓN

4.1.3.2 LA OBSERVACIÓN

4.1.3.3 ENTREVISTA

4.1.4 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

4.1.4.1 RESUMEN CLÍNICO

4.1.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

4.1.6 DEFINICIONES DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.1.7 FINALIDAD DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

4.1.8 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.1.9 PASOS PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

4.1.10 NORMAS PARA DESCRIBIR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.1.11 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APROBADOS POR LA NANDA

4.1.12 LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.1.13 PLANEACIÓN

4.1.14 EJECUCIÓN

4.1.15 EVALUACIÓN

4.1.16 Conceptualización de un modelo

4.1.17 Funciones de Enfermería

4.1.18 Generalidades del Modelos de Virginia Henderson.

4.1.18.1 Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

4.2 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APENDICE

4.3 APENDICECTOMIA

4.3.1. Definición

4.3.2. Indicaciones

4.3.3. Cuidados post -Operatorios

4.3.4. Riesgos

4.3.5. Técnica Quirúrgica

4.4 DIABETES MELLITUS

4.4.1. Anatomía y Fisiología del Páncreas

4.4.2. Funciones

4.4.3. Definición

4.4.4. Factores de Riesgo

4.4.5. Prevención

4.4.6. Indicaciones de la Detección de la Diabetes

Mellitus

4.4.7. Criterios Diagnósticos

4.4.8. Evolución de signos y Síntomas en relación a

Diabetes Mellitus

4.4.9. Diabetes y el Adulto Mayor

4.4.10. Fisiopatología

4.4.11. Plan de Tratamiento

4.4.12. Educación para la Salud

4.4.13. Acciones de enfermería

5. HISTORIA CLINICA Y VALORACION DE ENFERMERIA

5.1. Historia clínica

5.2. Historia clínica de Enfermería de Virginia

Henderson

5.2.1. Ficha de Identificación

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

8. PLAN DE ALTA

9. CONCLUSIONES

10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En los últimos años el Proceso de atención de Enfermería ha servido como una herramienta, entre la practica y la teoría mediante la aplicación del método científico que permite a las enfermeras proporcionar en forma racional, logia y sistemáticamente para satisfacer las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, y mantener el mas alto grado de bienestar físico, mental y social del individuo englobando la relación eficaz enfermera cliente.

Dentro de sus apartados se encuentran los Objetivos, la Justificación, la Metodología, el Marco Teórico que describe el Proceso de atención de Enfermería y las etapas que lo integran, el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la Anatomía y Fisiología del Apéndice, la patología de Diabetes Mellitas así como la fisiología de Apendicetomía, continuando con la historia clínica, Plan de Cuidados de Enfermería, Plan de Alta, Conclusiones y Bibliografía.

La mortalidad por Apendicetomía en el Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román, de Jojutla, Morelos, ha disminuido considerablemente, las cifras actuales oscilan entre 1% y el 14%, debido a las complicaciones, como son infecciones, hiperglicemias, alteraciones en la coagulación sanguínea, peritonitis, abscesos, fístulas, es por eso que elegí este caso para saber cual es la incidencia de mortalidad en este tipo de pacientes para poder llevar un Plan de Cuidados de Enfermería adecuado.

1.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso de atención de enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson a un paciente con Apendicetomía y Diabetes Mellitas del servicio de recuperación, Cirugía General del hospital General “Dr. Ernesto Meana San Román” de Jojutla, Morelos en el turno vespertino en abril del 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proporcionar una atención de enfermería con calidad y calidez.
- Proporcionar de forma integral cuidados de enfermería a un paciente con apendicetomía.
- Adquirir la habilidad para realizar un diagnostico de enfermería a través de la detección de necesidades como el establecimiento de prioridades.
- Recopilar información necesaria mediante observaciones, expediente, entrevistas, medios, enfermeras y familiares para conocer mejor los datos sobre el usuario.

2.- JUSTIFICACION

La salud una cualidad de la vida, básica para el fundamento humano, toda persona tiene necesidades físicas, emocionales, o sociológicas por lo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia con conocimiento, fuerza o voluntad de manera independiente, ya que se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente, por lo que la enfermera debe asistirlo para lograr satisfacer sus necesidades básicas y mantener la integridad. El Proceso Atención de Enfermería es una serie de actividades planificadas para proporcionar atención de enfermería sistematizada al individuo familia y comunidad, consiste en recoger datos mediante la valoración, análisis de los mismos y diagnostico para evaluar las respuestas esperadas que han sido alcanzadas. Es un método necesario en el ejercicio de la enfermería para lograr los objetivos en la atención que se brinda al ser humano brindándole una atención de calidad y calidez. El presente Proceso de Atención de Enfermería, pretende para la disciplina de Enfermería, ser una herramienta donde se integre, el Proceso Enseñanza Aprendizaje, en cuanto a la interpretación, análisis y reflexión del Modelo de Virginia Henderson, por su gran trascendencia y su alto impacto en Enfermería y con enfoque holístico del cuidado, el cual se centra en la respuesta humana única del individuo. Para la elaboración del presente Proceso de atención de Enfermería aplicado a un paciente del servicio de recuperación con diagnostico de apendicetomía y Diabetes Mellitus aplicando el modelos de Virginia Henderson, fue necesario toda una metodología que nos permitió como pasantes de licenciatura en Enfermería concluir con éxito el trabajo y poder titularnos.

3.- METODOLOGIA

Para poder realizar este Proceso de Atención de Enfermería nos apoyamos en las teorías de Virginia Henderson, la cual establece una serie de conceptos que permiten al gremio de enfermería ubicar cada situación de la práctica, los elementos del paradigma que son: persona salud, entorno y Enfermería que nos ubica para hablar del Proceso de Atención de Enfermería aplicando las 14 necesidades.

También fue necesario asistir a diversas asesorías para revisiones periódicas con la Profesora Margarita González Vázquez tomando como paciente al Joven Juan Manuel G.R. con diagnóstico Apendicetomía y Diabetes Mellitus en el servicio de Recuperación - Cirugía General del Hospital General "Ernesto Meana San Román", Jojutla, Morelos en el turno vespertino en Abril del 2007.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

Desde los tiempos de Florencia Nightingale que escribió en 1858 que el objetivo real de la enfermera era "Poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actué sobre el", quería que el paciente se sintiera lo mas cómodo posible y conseguir las metas de la mejor forma a fin de hacer eficaz el tratamiento del medico.

Desde aquella época ha habido una serie de factores que han cambiado el campo del ejercicio de la enfermería, incluyendo cambios políticos, sociales, tecnológicos, científicos, educativos. etc. y durante esta evolución las necesidades del paciente han seguido siendo el centro de atención de la enfermera.

"Diversas materias han evolucionado para cubrir las necesidades del paciente (fisioterapia, Asistencia social, Dietética). El papel de la enfermera en la ejecución de estas labores auxiliares ha pasado de ser proveedora a ser coordinadora,¹

Gracias a ello ahora puede concentrar lo esencial de sus conocimientos específicos de enfermería para resolver los problemas del paciente, y el método por el que se logra esto es el Proceso de Enfermería.

¹ IYER Patricia, W. Et. Al. Proceso de Enfermería y diagnostico de enfermería, Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1989.p 1.

4.1.1 CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Antes de utilizar el proceso de enfermería, se usó el método de solución de problemas. A mediados del presente siglo se identificó la necesidad de un proceso clínico que le diera direccionalidad específica al cuidado de enfermería. Éste como un instrumento, herramienta o método para la práctica, fue presentado en el año 1961 por Orlando. Ha sido el modelo predominante en la clínica de enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

Es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de estos. Por medio del proceso de enfermería, entonces se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería. ²

² Ibidem p.p. 1-30

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario se alimentan continuamente. Éstas permiten la humanización e integralidad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El proceso de enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados, y la satisfacción y el progreso del paciente.

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; y si este estado se alterara, promover, entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, al aumentar, lo máximo, sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.³

4.1.2. CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería tiene seis características, es 1) sistemático, 2) dinámico, 3) interactivo, 4) flexible, 5) posee una base teórica y 6) tiene una finalidad.

Es sistemático porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos

³ IBIDEM p.p. 42

Es Dinámico porque evoluciona según las respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo e interactivo, pues se da una influencia recíproca paciente-profesional de enfermería que parte de la información que el primero suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.

La flexibilidad del proceso queda demostrada si se analizan dos contextos; el primero en que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; y el segundo sus fases puede utilizarse sucesiva o conjuntamente.

El proceso de enfermería exige fundamentación teórica, quinto punto, que parte de numerosos conocimientos (ciencias básicas, sociales y humanas) y se puede aplicar con la orientación de cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Por último, su finalidad es desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados, y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.

Por otra parte, la aplicación e1el proceso de enfermería tiene repercusiones en la profesión, el enfermo y el profesional de enfermería. Además, permite sistematizar el campo de actuación del profesional de enfermería y definir su papel ante los usuarios del servicio y otros profesionales sanitarios, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes. Además, adoptar un método de trabajo unificado permite el establecimiento de normas y la realización de estudios sobre el campo

del saber y del hacer en la profesión de enfermería y permite hacer auditoria mediante el examen de los cuidados de enfermería proporcionados y su comparación con los estándares o normas.

El proceso de enfermería resulta benéfico para el paciente y su familia, porque los estimula a participar activamente en éste, al involucrarlos en sus diferentes fases. Proporciona los datos de la evaluación, participa en la elaboración de los diagnósticos aceptándolos o no, comprueba el cumplimiento de los objetivos y de las respuestas que van a evaluarse. Así mismo, el plan de cuidados escrito en el registro fomenta la continuidad de los Cuidados, lo que crea un ambiente seguro y terapéutico.

También aumenta la satisfacción en el trabajo y potencia la excelencia del profesional; estimula la creatividad y las innovaciones a la hora de solucionar los problemas generados en el cuidado de enfermería, y el desarrollo de habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas; e incrementa la capacidad para la observación precisa de las respuestas del paciente y la realización de las acciones pertinentes.

El proceso de enfermería hace aportes a la investigación relacionados con la validación de diagnósticos existentes, la identificación de diagnósticos aún no bien definidos. y definir conductas o acciones de enfermería que hagan parte de los planes estandarizados, entre otros.

En la educación formal de profesionales de enfermería, el proceso es un instrumento ideal para orientar los trabajos en la experiencia clínica, organizar el plan de estudios y los contenidos de las asignaturas profesionales.

El profesional de enfermería puede ofrecer a las entidades que lo contratan valoración integral de respuestas humanas a la salud ya la enfermedad, diagnóstico de problemas de enfermería que pueden ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados y auditorios del cuidado que ofrecen.

Así mismo, poder clarificar el aporte específico que hace en la prestación de los servicios sanitarios, le permite no sólo diferenciarse de otros profesionales sino dar un respaldo y un crédito de la calidad de los servicios que ofrece.

Si se parte de los conceptos sobre los diferentes métodos de trabajo y el proceso de enfermería y de la reflexión (con una mirada sobre la experiencia en la práctica docente y del cuidado) es necesario buscar referentes que apunten a dar una respuesta al dilema si aplicar o no el proceso de enfermería.

Es necesario que el profesional de enfermería organice sus conocimientos y su pensamiento para llevar a cabo las acciones que requieren el cuidado de los usuarios. Si no se opta por el proceso de enfermería que en la actualidad se dispone, deberá buscarse otro instrumento de trabajo que le permita un método lógico y racional. Pero adoptar el proceso de enfermería, y no otro, permite intercambiar experiencias con profesionales de entenderla de otras latitudes, poner a prueba los resultados logrados a través de trabajos de investigación y hacer comparaciones, lo cual es posible si se comparte un lenguaje universal.

Uno de los aspectos que se señalan como obstáculo para su aplicación es el escaso número de profesionales de enfermería; sin embargo, es necesario buscar estrategias para mejorar la infraestructura de los servicios no solamente dotándolos de personal de enfermería en las cantidades y calidades que exige el cuidado de la salud, sino con el complemento de registros adecuados al proceso y el diseño de protocolos de atención de enfermería. También se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de enfermería frente a su ejercicio profesional.⁴

4.1.3. ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el Proceso Atención de Enfermería.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los

B.C. LONG/ W.S. Phipp. "Enfermería Medicoquirúrgica" 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pag. 12.

requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El Proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la etapa de valoración se genera por un lado, la recogida de datos el análisis e interpretación de los mismos para determinar las necesidades del paciente y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y evaluación global.⁵

4.1.3.1. Valoración

- La valoración la conforman:
 - La observación.
 - La entrevista de enfermería.
 - La historia clínica de enfermería.
 - El diagnóstico de enfermería.
 - El resumen clínico.

⁵ “ENCLICOPEDIA DE LA ENFERMERÍA” Volumen I. Pág. 3-4.

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca del paciente y que sigue un esquema.

a) Valoración inicial:

Los datos del paciente los obtiene el personal de enfermería cuando este ingresa por primera vez a un hospital facilitando la planificación de cuidados de enfermería.

b) Valoración progresiva:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recogidos al ingreso del paciente.

Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial⁶

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre el paciente su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades problemas y preocupaciones.

⁶ B.C. LONG/W.J. Op.Cit. Pags. 14-15.

4.1.3.2. La Observación

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación, es de vital importancia para la enfermera, escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos, sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente está angustiado. El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.⁷

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuado por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

⁷ Garcia Albarran y Mata Cortes. "El Proceso Atención de Enfermería". Antología SUA-ENE. Enero, 1996. Pag.26-28.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada, un estudio ordenado de pies a cabeza puede ser útil, pero tiende a incluir solo aspectos físicos

a) Datos objetivos:

Son los detectados directamente por el personal de enfermería.

b) Datos subjetivos:

Son los facilitados por el paciente y dignos de toda consideración.

La recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección clasificación, puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención del paciente.⁸

4.1.3.3 Entrevista:

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sentimientos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y metas; con esto la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades.

⁸ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen I. Pág. 4.

La información obtenida se integra en un plan de cuidados de enfermería.⁹

Es necesario conceder el tiempo necesario, a fin de identificar sus necesidades de salud.

La enfermera debe informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes en los registros de salud tan pronto como sea posible.

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben de ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Así la entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo a expresar sus sentimientos y preocupaciones.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensables en ciertos servicios como pediatría, psiquiatría y urgencias).
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de las demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

La recogida de datos debe ser continua mientras persiste la relación con el paciente.¹⁰

⁹ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen 1. Pág. 4.

¹⁰ García Albarrán y Mata Cortes Op. Cit. Pág. 47

4.1.4. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar los cuidados de enfermería.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución.

Los miembros que seleccionan, las áreas tales como aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de enfermería individualizado que se encuentra en determinada situación.

La historia clínica deberá adaptarse a cada una de las unidades del individuo, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una sala de maternidad o una unidad de cuidados intensivos.

El paciente y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su enfermedad, sus pensamientos, sentimientos acerca de la actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y amigos.¹¹

4.1.4.1. Resumen Clínico

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: la historia clínica, exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye

¹¹ García p Albarrán Op. Cit Págs. 33-35

información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del paciente

4.1.5. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnostico: Estudio cuidadoso de algo con el fin de determinar su naturaleza

Inicios del diagnóstico de Enfermería

La investigación para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale quien describe el propósito de enfermería como:

"Pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre el".

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry para describir un raso necesario en el desarrollo del plan de cuidados durante los 20 años siguientes las referencias al diagnóstico de enfermería aparecen de forma esporádica en la literatura

Sin embargo desde 1973 que se convocó la primera reunión del Grupo Nacional para el Diagnóstico de Enfermería.

Funciones que realiza el comité nacional desde 1973.

1. Recoger información y difundirla por medio del centro distribuidor de información sobre el Diagnóstico de Enfermería.
2. Promover las actividades educativas a nivel regional y estatal para fomentar la implantación del Diagnóstico de Enfermería por medio de conferencias y seminarios.
3. Promover y organizar actividades para continuar con el desarrollo,

clasificación y comprobación científica del diagnóstico de Enfermería.

4.1.6. Definiciones de Diagnóstico de Enfermería:

1.- Una función independiente de la enfermería, una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher).

2.- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar, (Muritz).¹²

3.-Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones.¹³

Importancia del diagnóstico de Enfermería en diferentes áreas.

El diagnóstico de Enfermería debido a su incidencia en la práctica clínica parece que ha motivado a las enfermeras ha investigar por lo que desde 1980 las investigaciones sobre diagnóstico han aumentado considerablemente.

12 CARPENITO, Manuel. "Manual de diagnóstico de enfermería" 4ª ed. Madrid Interamericana. 1993 Págs. 9-11.

13 IBIDEM. Pong. 12

También en las escuelas se ha estado exigiendo que los estudiantes piensen de forma crítica, antes de asumir simplemente que porque un cliente tiene un determinado diagnóstico médico, y que acciones de Enfermería son necesarios.

El uso del Diagnóstico de Enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el Diagnóstico médico, las enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de salud.

Los diagnósticos de en enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de un cliente de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento.

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la enfermera utiliza las listas de Diagnostico de enfermería de la NANDA para la mayoría de sus enunciados diagnósticos.

El uso de diagnósticos de enfermería puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la enfermera y sobre todo el paciente obtendrá la recompensa.¹⁴

4.1.7. Finalidad del diagnóstico de enfermería:

Determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

¹⁴ Op. Cit. CARPENITO, Manuel. Págs. 24-25.

Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, plantear los cuidados más oportunos.

La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto de equipo sanitario.

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano.

De este modo puede determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales, aparentes y no aparentes.

Se debe tener en cuenta en todo cambio desfavorable en la situación de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formación de diagnósticos de enfermería.¹⁵

Problema interdependiente.

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisio-patológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

¹⁵ Enc. Enf. Volumen 1. Pág.6-7.

4.1.8. Clasificación de los diagnósticos de enfermería.

a) Diagnóstico real:

Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir, están presentes los signos y síntomas.

b) Diagnóstico potencial:

Es el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

c) Diagnóstico posible:

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que este presente pero faltan datos por confirmarlo o descartarlo.¹⁶

Componentes de los Diagnósticos.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- 1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.
- 2.- Definición.
- 3.- Características definitorias.
- 4.- Factores relacionados.

¹⁶ García. M^a. De Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson".

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.

Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema. Por ejemplo alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

2.- Definición.

Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas por ejemplo Alteración en el mantenimiento de la salud se define como Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud.¹⁷

3.- Características definitorias.

Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

Estas están clasificadas en mayores y menores, de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100% de los casos investigados, Las segundas están presentes entre un 80 y 79 % de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico.

¹⁷ Fernández Ferrin, Carmen, Gloria Novel, Marti. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat edición. 1993. Págs. 42-43.

4.- Factores relacionados.

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico.

Tales pueden ser descritos como:

1. Antecedente de
2. Asociado con
3. Relacionado con
4. Contribuyente a
5. Provocado

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denomina FACTORES DE RIESGO.

- a) Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables
- b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- c) Los recursos de la comunidad que utiliza o pueden utilizar.
- d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

4.2.10. Normas para describir diagnósticos de enfermería

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que las necesidades.
- 2.- Utilizar "relacionado/a, con."
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- 9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de enfermería.

10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.¹⁹

Problemas de Salud	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de planificación familiar. ²⁰

4.1.11. Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA.

Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía I revisada.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.²¹

4.1.12. Lista de Diagnósticos de Enfermería.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las Catorce Necesidades Fundamentales.

¹⁹ Carpenito, Op. Cit. Pág.36.

²⁰ García, M^a de Jesús. Op. Cit. Pág. 37.

²¹ Enc. Enf. Tomo 1. Págs. 11-76.

01. RESPIRAR

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas,
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

02. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

- Alteración de la nutrición: por defecto.
- Alteración de la nutrición: por exceso.
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Déficit potencial de volumen de líquidos.
- Deterioro de la deglución.
- Exceso del volumen de líquidos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Lactancia materna ineficaz.
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante.
- Potencial de aspiración.

03. ELIMINAR

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit De autocuidado: uso W.c.
- Diarrea.
- Estreñimiento,

- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.
- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria.

04.- MOVERSE.

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica
Deterioro de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.

05. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga
- Intolerancia a la incapacidad
- Potencial intolerancia a la actividad

06. VESTIRSE Y DESNUDARSE

- Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento.

07. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES

NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal.

- Hipertermia
- Hipotermia
- Termorregulación ineficaz

08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad hística.
- Deterioro potencial de la higiene cutánea.

09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamientos defensivos.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento (especificar)

- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10. COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inafectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inafectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Aislamiento social.
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativos).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la comunicación social.
- Síndrome de estrés del traslado.

11.-ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Desesperanza.
- Impotencia.

- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

12.- PREOCUPARSE POR SER ÚTIL Y POR REALIZARSE.

- Alteración del crecimiento, desarrollo.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración parenteral.
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Conductas generadoras de salud (especificar).
- Conflicto de decisiones (especificar),
- Conflicto del rol parenteral.
- Dificultad en el mantenimiento de la salud.
- Dificultad en el mantenimiento del hogar.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral.

13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER

Alteración de los procesos del pensamiento.

Déficit De conocimiento (especificar)²².

²² Phaneuf, Margor inf. M.A. Cuidados de Enfermería. Un proceso de atención de enfermería. Edición 1993. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, Págs. 93-102

4.1.13. Planeación

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería²³.

La fase de planeación de cuidados es una etapa fundamental en el proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las precauciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas debe ceñirse a los problemas indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planeación más detallada; en aquellas ocasiones que se impone actuar sin dilación, la planeación global se postergará al momento que cuente con todos los requisitos indispensables.²⁴

²³ ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería". Segunda Edición, Barcelona, España, Doyna 1992. Pág.6.

²⁴ Enc. De la Enf. Tomo 1. Pág.8.

Establecimiento de prioridades y objetivos.

La fase de planeación requiere el establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raros.

Cuando ya se establecen prioridades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia.

Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza de índoles psicomotriz, cognitivo afectivo, etc., pueden tratarse de objetivos a corto, mediano y largo plazo, así como circunstancial o permanente, según sean las características de cada caso.

Estableciendo el orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr mayor independencia del enfermo.²⁵

²⁵ Alfaro, Op. Citr. Pág. 24.

4.1.14. Ejecución

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.²⁶

Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones, dependiendo de cada situación puede intervenir según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase la relación enfermera paciente adquiere su máxima significación, no sólo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretas sino que también resulta fundamental poner atención a sus dimensiones como persona, incluyendo sus preocupaciones temores y ansiedades.

²⁶ Ibidem Pág. 38.

La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Debe explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecutar las rutinas del hospital, las explicaciones y tratamientos a que debe someterse.

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades).²⁷

4.1.15. Evaluación

Quinta etapa del proceso de enfermería, durante el cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según este indicado.

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y m resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o inesperadas, obligando a una evaluación constante que permite modificar el plan de cuidados en beneficio del enfermo.

²⁷ Iyer Op. Cit. Pag, 38.

Es una etapa compleja, dado que debe juzgar diversos elementos y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión para poder determinar si han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo,

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.²⁸

Así se completa un proceso cíclico y continuo poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.

²⁸ Alfaro Op. Cit. Pág. 6

Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

3.-Modelo de enfermería:

Es un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Generalmente se admite, que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de enfermedad.

La percepción de que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a éstos, así como el apoyo que recibe de su familia, bien conocidos y registrados por la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirán de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.

No obstante que, algunos modelos de enfermería son conocidos y llevados a la práctica desde hace varias décadas, no se les identificaba con esa categoría.

Es cierto que se ha generalizado el concepto de que el ser humano, es una unidad con necesidades bio-psico-social y espiritual.

Que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que desarrolla sus actividades es muy significativo para la conservación de su salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero que éstas se perciben y manifiestan de manera distinta

en cada individuo y se modifican por las condiciones del medio. La misma persona por su capacidad de discernir, elegir y decidir, puede afrontar las exigencias que la situación le está pidiendo modificando su comportamiento y ambiente.

Esta claro que la aceptación de aplicar un modelo conceptual de enfermería por parte de las enfermeras clínicas, las compromete a desarrollar su trabajo en una forma más profesional.

La enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.³⁰

4.1.18. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana nació en 1897, desarrolló su interés por enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años 60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer, "Tratado de Enfermería Teórico y Práctico",

³⁰ Ibidem Pág. 24

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las técnicas, en el grupo de la enfermería humanista, por que considera a la profesión como un arte y una ciencia.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y practicas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin ese elemento primordial -para ella- no se podían establecer los principios y la practica de la profesión.

Virginia Henderson trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual si

puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aun cuando la repercusión -positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si misma si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.³¹

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

Necesidades Básicas.

SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados Básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

³¹ Carmen Fernández Ferrin, Gloria Novel Marti. Op. Cit. Págs. 1-10.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.

SUPUESTOS:

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud”

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser Biopsicosocial), que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Maslow ubica las necesidades fisiológicas en primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término estas, para poder acceder a las demás áreas”

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”

a) Valores:

“La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica,

según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional mas concreta y esto le ayudara a afirmarse como colega de los otros miembros del salud.

La enfermera que tiene no claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la enfermera, debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

b) Concepto de Enfermería:

La función de le enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacifica), y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Virginia Henderson afirma que la enfermería es y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería.

Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes, que abarca todas las posibles funciones de enfermería.

c) Necesidades básicas del paciente:

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Mover y mantener una buena postura
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de los límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.³²

³² Ibidem, Pag. 523

La salud. Independencia / Dependencia y causas de la dificultad.

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto pasa no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como:

Falta de fuerza.

Falta de conocimiento.

Falta de voluntad.

INDEPENDENCIA

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA.

Pueden ser considerados en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza.

Falta de conocimientos.

Falta de voluntad.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.³³

³³ Fernández Ferrin Carmen, Gloria Novel Marti. Op. cit. 1993. Págs. 1-10.

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.

CUIDADOS BÁSICOS.

Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona, El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.

ENTORNO.

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

4.1.18.1. Aplicación Del Modelo De Virginia Henderson.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.-En las Etapas de **VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana:

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Fijar prioridades.

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer termino, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.
- 3.- El estado general de salud del cliente.
- 4.- La presencia de problemas potenciales.

Fijar objetivos.

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad como origen o causa de la dificultad.

Objetivo General.

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.³⁴

2.- En las etapas de PLANIFICACIÓN y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo -siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia ayuda) mas adecuado a la situación.

³⁴ Ibidem, Págs. 42-43

Determinación de las actividades.

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la suplencia o a la ayuda, total o parcial es decir, solo realizará la enfermera o bien conjuntamente la enfermera, el cliente y/o la familia.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o complementar la fuerza, voluntad, conocimientos que la faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada.

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible.³⁵

También en esta etapa se procede a evaluar los objetivos fijados. La evaluación sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, o personas (pte. Familia, enfermera).

³⁵ Ibidem Págs. 42-43

4.2 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APENDICE

Es una estructura en forma de gusano que sobresale del tramo inicial del intestino grueso. Es una infección muy frecuente y aunque puede ocurrir en todas las edades, suele afectar a personas entre los 10 y los 30 años.

Las causas se producen por la obstrucción del orificio interior del apéndice, generalmente o por el impacto de fecalitos o cuerpos extraños ingeridos (huesos, etc.) y suele ser por infección e inflamación de la misma

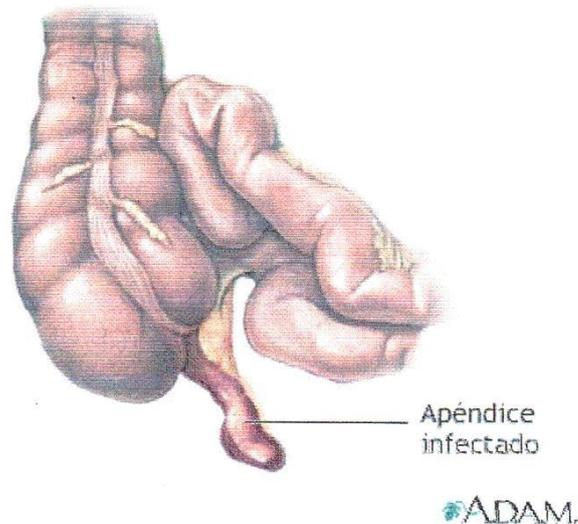
SIGNOS Y SINTOMAS:

Son dolor en la fosa iliaca derecha, falta de apetito, nausea, vomito, que el dolor aumenta después de apretar esa zona que se suelta bruscamente.

COMPLICACIONES:

Pueden ser peritonitis, abscesos, fístulas, infección de la herida.

El único tratamiento que existe en la actualidad en la intervención quirúrgica denominada apendicetomía.



4.3 LA APENDICECTOMIA

4.3.1 DEFINICION:

Es la extracción del apéndice vermicular que se encuentra en el ciego (región del intestino) y que esta inflamado o infectado.

4.3.5 TECNICA QUIRURGICA

- Se realiza una incisión en la parte baja del abdomen.
- Se separan músculos y órganos abdominales, se localiza y separa el apéndice, se disecciona, corta y se extrae. El intestino se cierra, se cauteriza y esteriliza para prevenir posibles infecciones.
- Se inspecciona y examina el área alrededor del apéndice para detectar posibles enfermedades.
- Cualquier fluido o pus del apéndice infectado se retira.
- Algunas veces se pone un drenaje en el área dejada por el apéndice.
- La cavidad abdominal se cierra, la piel se cierra con sutura que será retirada una semana después de la intervención.

DURACION DE LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

- De tres a cinco días.

4.3.2 INDICACIONES

Esta intervención se realiza en el caso de una infección o inflamación del apéndice (apendicitis aguda).

Los síntomas de apendicitis aguda son:

- Dolor abdominal (en el lado derecho inferior del abdomen)
- Fiebre

- Pérdida de apetito
- Náusea
- Vómitos
- Laboratorio : Aumento de células blancas en la sangre

4.3.4 RIESGOS

Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia general:

- Reacciones a la medicación.
- Problemas respiratorios
- Hemorragias
- Infecciones

Los riesgos adicionales para la apendicetomía son los derivados de un absceso o de una perforación. En cualquiera de estos casos:

La estancia hospitalaria se prolongará.

Deberá seguir un tratamiento con antibiótico, habitualmente durante 10 a 15 días.

4.3.3 CUIDADOS POST-OPERATORIOS

- 1.- Ayuno hasta nueva orden médica.
- 2.- Contar con un acompañante
- 3.- Usar ropa de algodón
- 4.- En caso de dolor informar a la enfermera.
- 5.- Lavarse las manos y herida con agua y jabón neutro para prevenir infecciones en las heridas
- 6.- Movilización temprana ya que:

- Previene infecciones en la herida
- Mejora la respiración
- Permite una rápida y adecuada cicatrización
- Disminuye el dolor, evita cólicos
- Moviliza los intestinos.

7.-Si siente deseos de toser, estornudar o vomitar coloque sus manos o una almohada sobre la herida y sostenga con firmeza.

CUIDADOS DE LA HERIDA

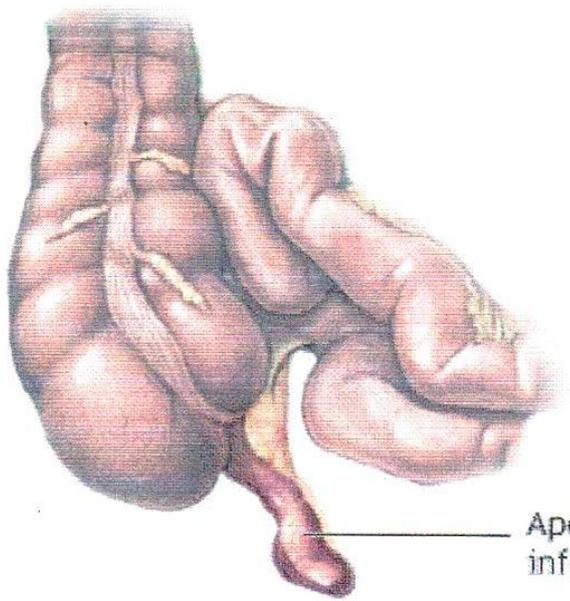
1. Lavarse las manos con agua y jabón
2. Lavar la herida con mucha agua y jabón neutro
3. No poner cremas sin indicación medica
4. Observar si la herida presenta cambios como:
 - Color de la piel.
 - Hinchazón.
 - Dolor, salida de sangre o pus.
 - Si presenta este tipo de molestias consulte al personal de salud.

5.- No hacer ejercicios bruscos

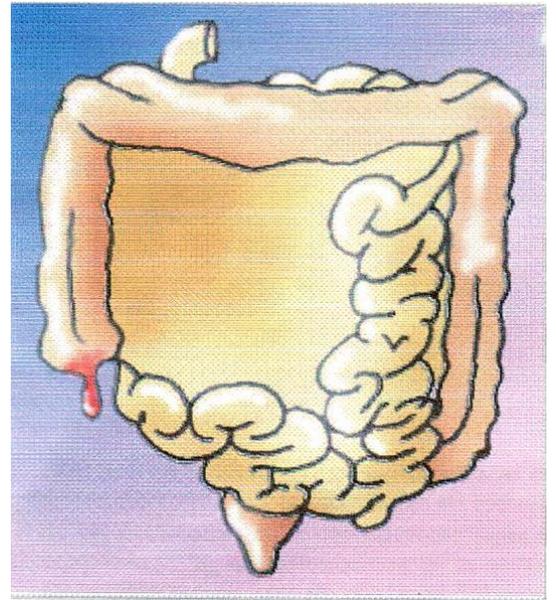
6.-El medico le dirá cuando puede tomar alimentos. El primer día será a base de líquidos.

7.-Acudir a los 7 días para retiro de puntos a la clínica más cercana.

8.-El medico le dará una cita para control, no debe faltar.



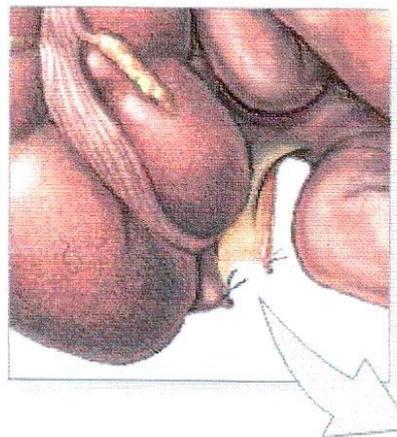
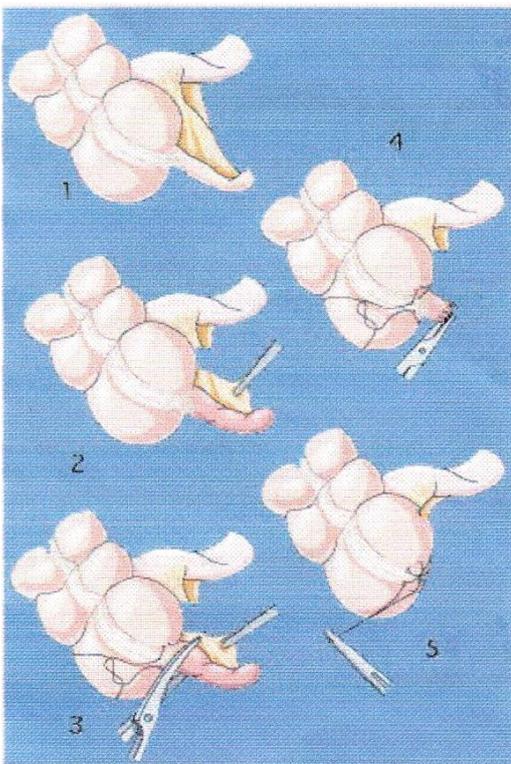
Apéndice infectado



ADAM.

Enciclopedia médica en español

Apéndicectomía - Serie: Procedimiento



Se extrae el apéndice infectado

ADAM.

4.4 DIABETES MELLITUS

4.4.1 Anatomía y Fisiología del Páncreas

El Páncreas es una glándula situada por abajo del estomago y a su derecha, se extiende desde el arco duodenal hacia el fondo del estomago. Es un órgano de forma alargada y foliaco la cual se le considera 3 regiones: La cabeza, El cuerpo y La cola.

Mide aproximadamente 16 cm. De largo y pesa de 80 a 90 grs. (varia según sexo y cada sujeto, es más voluminoso en varones que en mujeres.) el páncreas esta constituido por un conjunto de racimos glandulares que desembocan en el canal pancreático central o de Wirsung, el cual se comunica en el duodeno a través del ampula de Batear. En el seno del tejido pancreático se encuentran los islotes de Langerhans, cuya función es sintetizar la Insulina.

La insulina es una sustancia que se vierte en el interior del duodeno, como el jugo pancreático; este llega a el a través del amputa de Vater. La insulina se vierte en el torrente sanguíneo y es utilizada por los tejidos para el aprovechamiento de la glucosa circulante o del glucógeno almacenado

La Diabetes Mellitus es una enfermedad debida a que el páncreas no produce la necesaria cantidad de insulina, por tal motivo se eleva el azúcar en la sangre.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que se hereda por tanto los matrimonios de individuos descendientes de diabéticos, generalmente incrementan mas la aparición de este defecto en la población humana⁴²

⁴² Rodríguez Pinto, Mario Páncreas, Anatomía Fisiología e Higiene, 8ª Edición, Progreso

Islotes de Langerhans: Las células beta de los Islotes de Langerhans secretan insulina, y las células Alfa secretan glucagon. La insulina tiende a acelerar la salida de glucosa aminoácidos y ácidos grasos desde la sangre y el paso, a través de las membranas plásticas de las células, hacia su citoplasma. La insulina tiende a disminuir las concentraciones sanguíneas de los compuestos alimenticios y a fomentar su metabolismo.

El glucagon, hormona secretada por las células alfa de los islotes de Langerhans, tiende a aumentar la concentración sanguínea de glucosa.⁴³

Los islotes están formados por 2 tipos de células: Alfa y Beta. Son células secretoras, la secreción llega a los capilares sanguíneos y no a conductos.

De esta manera el páncreas es glándula doble; exocrina y endocrina por virtud de los Islotes de Langerhans.

4.4.2 Funciones:

1.- Las unidades Tubuloasinosas del páncreas secretan las enzimas digestivas que componen el jugo pancreático, por ello el páncreas tiene un papel importante en la digestión.

2.- Las células Beta del páncreas secretan insulina, hormona que tiene acción reguladora en el metabolismo de los carbohidratos.

3.- Las células Alfa secretan glucagon, otra hormona que participa en el metabolismo de los carbohidratos⁴⁴

⁴³ Parke E.T. Catherine Anthony y Norma Jane Kolthoff, "Anatomía y Fisiología", Editorial Interamericana, Edición 9ª México. Pág. 287

⁴⁴ Ibidem Págs. 407 y 408.

4.4.3 Definición:

"La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, que se manifiesta principalmente como hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertriglicerimemia. Esta alteración se encuentra asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina, con grados variables de resistencia a esta.

Actualmente se reconoce que esta enfermedad de carácter heterogéneo y multifactorial comprende un grupo de anomalías clínicas y genéticas e las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador. Todo este conjunto de alteraciones sistémicas determina en los pacientes que padecen la enfermedad el desarrollo de daño micro y macro vascular y por consiguiente a manifestar las complicaciones crónicas del padecimiento.⁴⁵

⁴⁵ Madrazo Navarro, Mario. Diabetes Mellitus, "Guía Técnica General para la vigilancia, Prevención y Control de la Diabetes Mellitus" México I.M.S.S. 1999 México, Pág. 18.

4.4.4 Factores De Riesgo

Los factores de riesgo, se clasifican en modificables y no modificables.

MODIFICABLES

Obesidad

Sobrepeso

Sedentarismo

Tabaquismo

Manejo Inadecuado del Estrés

Hábitos inadecuados de

Alimentación

Estilo de vida contrario a la salud

Índice de masa corporal > de 27

Kg./m. Cuadr. Y > de 26 Kg. En mujeres.

Presión arterial, con cifras > 140/90 mmHg.

Triglicérido > 250 mg/dl.

NO MODIFICABLES

Edad igualo mayor a 45 años.

Antecedentes de Diabetes Mellitus. En un familiar de 1er grado (Padres, hermanos o hijos.)

Antecedentes en la mujer de haber tenido un hijo con un peso al nacer > de 4 kg.

HDL de Colesterol < 35 mg/dl.

Alteración de la glucosa en ayuna
(AGA). > 110 pero > de 126
mg/dl.

Intolerancia a la glucosa (IG),
medición alas 2 horas.

Postcarga de glucosa > 140 pero
< de 200 mg/dl.

4.4.5 Prevención

La prevención de la Diabetes Mellitus implica el conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión.

Prevención Primaria

Objetivo.- Evitar el inicio de la enfermedad.

Prevención: Es toda actividad que tiene lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición. Se proponen 2 tipos de estrategias de intervención primaria en la población general:

Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio ambientales que unidas a factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la Diabetes tipo II son potencialmente modificables: Obesidad, Sedentarismo, Deslipidemia, Hipertensión, Tabaquismo y Nutrición inapropiada⁴⁶.

En la población de Alto Riesgo.

Intervención inicial y a lo largo del padecimiento se realizaran especialmente con tratamiento no farmacológico consiste:

1. Educación para la salud (folletos, revistas y boletines).
2. Promoción de la salud.
3. Corrección de factores dentro del estilo de vida.
4. Prevención y corrección de la obesidad (Dietas con bajo contenido graso y azucares refinadas, y alta proporción de fibra alimentaria).
5. Uso racional y precavido de Medicamentos Diabetogénicos (Ejemplo: Diuréticos Corticoesteroides y Betabloqueadores).

⁴⁶ Idem

Individuos de Alto Riesgo.

- ❖ Edad Mayor de 45 años.
- ❖ Con obesidad.
- ❖ Con antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de 1er grado.
- ❖ Mujeres de 50 años portadores de enfermedad arterial coronaria.
- ❖ Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II.
- ❖ Con hipertensión arterial⁴⁷

Prevención Secundaria.

Todos los esfuerzos están destinados a individuos ya diagnosticados como diabéticos.

Tiene como objetivos:

1. Procurar su remisión, cuando sea posible.
2. Prevenir o retardar la aparición de complicaciones agudas o crónicas.
3. Retardar la progresión de la enfermedad.

Las acciones para cumplir los objetivos se fundamentan en el control metabólico óptimo de la enfermedad.

⁴⁷ Ibidem pag. 20

Los pacientes diabéticos son más propensos a las infecciones que quienes no lo son, y a su vez a las infecciones que alteran el control de la glucemia. Por esto es importante llevar un estrecho control y vigilancia mediante glucemia plasmática o Capilar a los pacientes cuando están enfermos.

El objetivo de la atención preventiva a los diabéticos y de las mediciones de la glucemia capilar en el hogar, es el auto cuidado.

Son tres los hábitos dentro del control del paciente que afectan el pronóstico de la diabetes La nutrición, El ejercicio y el hábito de fumar.

Una nutrición apropiada y el ejercicio adecuado mejoran al máximo el control de 1 glucosa. Es importante que el enfermo conozca los efectos adictivos del hábito de fumar la diabetes sobre el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares⁴⁸.

Prevención terciaria.

Esta dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas.

Tiene como objetivos:

1. Evitar la discapacidad del paciente (Insuficiencia renal, Ceguera, Pie diabético etc.).
2. Impedir la mortalidad temprana.

Estas acciones requieren la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones.

⁴⁸ Ibidem Pág. 22 y 23

- 1.- Tabaquismo.
- 2.-Mujeres que tienen hijos al nacer con peso igual o mayor a 4Kg.
- 3.-Individuos con hipertensión arterial (> 140/90 mmHg).
- 4.-Individuos con deslipidemia (triglicéridos > 2.50 mgs/ dl y HDL colesterol > 35 mg/dl) ⁵¹

4.4.6 Indicaciones de la Detección de la Diabetes Mellitus.

1.- La detección de la diabetes Mellitus esta indicada a partir de los 25 años debido a que es la edad a partir de la cual se segregan los factores de riesgo relacionados al estilo de vida que se asocia al desarrollo del padecimiento como es el sedentarismo, inicia la obesidad, el tabaquismo, embarazos, desarrollo de hipertensión.

2.- La detección de Diabetes Gestacional debe ser realizada por el medico familiar, mediante la medición de la glucemia plásmica a todas las embarazadas entre la semana 24 y 28 de la gestación con el fin de establecer el diagnostico y la referencia oportuna a los servicios de ginecoobstetricia para su tratamiento.

4.4.7. Criterios Diagnósticos

Se recomienda el practicar en forma anual glucemia en ayunas a los derechohabientes con factores de alto riesgo.

⁵¹ Ibidem pags. 51-60

Síntomas

Aparición gradual de sed (polidipsia), poliuria y nicturia, cansancio, aftas (genital u oral), infecciones de la piel.

La Diabetes puede presentar complicaciones a largo plazo, retinopatía, cataratas, enfermedad cardiaca o vascular, periférica y nefropatía.

Los criterios actuales para el Diagnostico de Diabetes Mellitus toma en cuenta valores de glucemia >126mg/DL en dos o mas ocasiones.⁵²

Una vez realizado el diagnostico, evaluar:

1.- La Ficha de identificación (datos personales: estilo de vida, actividades culturales, educación, psicosociales y factores económicos que puedan contribuir al manejo de Diabetes Mellitus.

2.- Antecedentes importantes:

- 1.- Familiares de primer grado con Diabetes Mellitus.
- 2.- Antecedentes de productos macrosómicos con peso mayor de 4 Kg.
- 3.- Tabaquismo.
- 4.- Alcoholismo.

3.-Antecedentes de enfermedades asociadas:

- 1.- Obesidad.
- 2.- Hipertensión arterial.
- 3.- Alteraciones en el nivel de colesterol.
- 4.- Alteración en el nivel de triglicéridos
- 5.- AGA
- 6- IG

⁵² Idem

3.- Diabetes Mellitus

Se ha identificado al paciente con Diabetes Mellitus evaluar:

1. Tiempo de Evolución.
2. Fecha del diagnostico: mes y año.
3. Si tiene o no tratamiento actual.
4. Dosis del medicamento.
5. Tiempo del tratamiento.
6. Se han aplicado estrategias nutricionales o de actividad física.
7. (Hace dieta)
8. Si el diagnostico de diabetes es reciente.
9. Otros medicamentos que se administran. Actualmente diferentes al tratamiento para Diabetes Mellitus que puedan causar
10. Hiperglucemia.

4.4.8 EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN RELACIÓN A DIABETES MELLITUS.

-Estado general.

- Energía: preguntando al paciente sobre los siguientes síntomas:

. Fatiga

. Sueño

. Pesadez

. Debilidad

. Apetito

. Sed

. Poliuria (Número de micciones que el paciente experimenta durante el día y la noche).

. Últimos 3 días Diuria / Nicturia.

. Pérdida o ganancia de peso.

Cuadros de Hipoglucemia.

1.- Señalar el número de eventos que se han suscitado en la última semana.

2.- Frecuencia de los eventos por día. Horario de los eventos.

3.- Evaluar las causas posibles de la hipoglucemia:

. Menor ingesta.

. **Incremento en las dosis del medicamento empleado.**

. Incremento exagerado de la actividad física. **

Evaluar si existen los siguientes eventos:

- 1.- Infecciones: Interrogar tiempo de evolución, síntomas, forma de aparición, lugar de origen, etc.
- 2.- Cavidad oral.
- 3.- Genitourinarias.
- 4.- Infecciones en pies y manos.

5.- Evaluación de las complicaciones:

- ❖ Agudas
- ❖ Crónicas

- 6.- Exploración General.
- 7.- Evaluación por laboratorio

4.4.9 Diabetes y El Adulto Mayor.

Es indispensable para mejorar su calidad de vida, incrementar factores de protección como son: Ejercicio, dieta adecuada, manejo adecuado del estrés y capacitar a este grupo vulnerable de la población sobre la identificación de los factores de riesgo que pueden afectar su salud.

La enfermedad crónica en el adulto mayor suele ser con frecuencia causa de incapacidad e invalidez. Donde aparecen un alto porcentaje la Diabetes y sus complicaciones ⁵³.

4.4.10 Fisiopatología

Los factores que contribuyen para el incremento de número de casos en este grupo de la población ⁵⁴.

La Edad Disminuye La Edad Aumenta.

La Obesidad la resistencia a la insulina

FACTORES QUE PREDISPONEN AL Disminución de Genético ADULTO la actividad MAYOR PARA física y PADECER DIABETES sedentarismo MELLITUS.

Enfermedades Fármacos.

Coexistentes Múltiples.

4.4.11 Plan de Tratamiento.

Tratar hiperglucemias con objeto de controlar alteraciones metabólicas:

1. Movilización y oxidación de ácidos grasos.
2. Catabolismo exagerado de proteínas que puedan causar atrofia muscular.
3. Producción excesiva de glucosa endógena..

El programa terapéutico para un adulto mayor diabético:

1. 1.- Valoración de la expectativa de la vida.
2. 2.- Existencia de complicaciones propias de la diabetes.
3. 3.- El padecimiento de trastornos neuropsiquiaticos u otros problemas médicos coexistentes.

⁵³ Ibídem. Pag. 76

⁵⁴ Idem

4. 4.- La cooperación y facultades del paciente para comprender el programa terapéutico ⁵⁹.

Tratamiento no farmacológico.

1.- Proporcionar atención nutricia. Se deben conocer las alteraciones que afectan al individuo (propias del individuo, como envejecimiento, enfermedades crónicas, falta de prótesis por la odoncia parcial o total).

Para afectar la función de la nutrición.

- Factores seniles:- Disminución del sentido del gusto.

- ❖ Disminución del sentido del olfato.
- ❖ Disminución del sentido de la sed.
- ❖ Problemas odontológicos.

- Factores fisiológicos:

- ❖ Incremento en el metabolismo.
- ❖ Disfagia, anorexia.
- ❖ Alteraciones gastrointestinales, mala absorción.
- ❖ Enfermedades crónicas.
- ❖ Ingesta de múltiples medicamentos.

- Incapacidad funcional.

- ❖ Aislamiento.
- ❖ Depresión.
- ❖ Pobreza.
- ❖ Ignorancia.
- ❖ Alcoholismo.

⁵⁹ Idem

- Incapacidad funcional.

- ❖ Demencia senil.
- ❖ Inmovilidad ⁶⁰.

Para poder seguir una didáctica adecuada influyen:

Razones económicas, sociales y culturales o religiosas.

Principios básicos para un plan dietético para adultos mayores con Diabetes

Mellitas tipo II.

1. Respetar gustos, costumbres y preferencias alimenticias.
2. Disminución del aporte calórico y práctica de ejercicio.
3. Si existe sobrepeso, reducir el aporte calórico y recomendar ejercicio.
4. Mantener una dieta equilibrada considerando alimentos de consistencia suave.
5. Se recomienda de 25 a 30 grs. De fibra dietaria al día (mucílagos).
6. Ingerir de 1 litro a 1.5 de agua al día.
7. Ingerir menos de 3 grs. De sodio al día.
8. Reducir el aporte de calorías en forma de grasas (menor de 30%).
9. Eliminar alimentos y bebidas con alto contenido de glucosa.
10. Recomendar bebidas sin azúcar.
11. Determinar las cifras de triglicérido.
12. Realizar ajustes en forma individualizada en lo referente a los micronutrientes: Calcio, hierro, cromo, zinc, carotenos, tocoferol y ácido ascórbico ⁶¹.

⁶⁰ Idem

⁶¹ Madrazo Op. Cit. Pág. 82

Tratamiento Farmacológico:

Sulfonil-lureas se indican cuando se ha demostrado que el paciente no puede alcanzar el objetivo deseado a base de dieta y ejercicio, se amplía el tratamiento con fármacos hipoglucemiantes.

Insulina: Se indica cuando el objetivo no se alcanza con una dieta de adelgazamiento, ejercicio y con la prescripción de las sulfonil-lureas.

La complicación con el tratamiento de sulfonil-lureas y con la insulina son las hipoglucemias⁶².

Tratamiento No Farmacológico

La base de la comida debe apoyarse en : leguminosas, cereales integrales, verduras, frutas, los cuales son ricos en fibra, hay que evitar los alimentos con elevado contenido de azúcar y grasas así como el alcohol.

Fibra Dietética

La función de las fibras es:

Inmovilizar el producto de la digestión de los alimentos a lo largo del intestino, incrementa el peso fecal y el número de evacuaciones, reduce el tiempo de tránsito intestinal.

Estimula la renovación de las células epiteliales y crecimiento de la mucosa.

Dificulta la absorción de moléculas orgánicas como el colesterol y ácidos biliares.

Produce saciedad, sin incrementar la ingestión de energía.

Requiere consumo de agua suficiente de acuerdo con la cantidad y calidad de la fibra.

Existen dos tipos:

Semisolubles: forman un gel al contacto con el agua, incluyen gomas, pectina y mucílagos. Contribuyen a reducir el colesterol, triglicérido y glucosa sanguíneos. Las pectinas son insolubles en agua fría y solubles en agua caliente.

Insolubles: compuestas por celulosa, emicelulosa (es insoluble en agua fría) y lignina.

Estas previenen el estreñimiento y formación de divertículos ⁶³.

⁶² Idem

⁶³ Madrazo Op. Cit. Pág. 85

4.4.12 Educación Para La Salud.

Educación para la Salud: es el conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud.

(Fuente: IMSS, Coordinación de la Salud Comunitaria, Manual de Procedimientos de Educación para la Salud, 1998).

La educación considera como el pilar fundamental del tx de toda enfermedad crónica. Ya que el aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje lograra modificar hábitos y costumbres alimentarias, aceptación de su enfermedad y contribuir a una mejor calidad de vida. (75) (Pág. 132)

Consejos para evitar lesiones en el pie diabético.

- ❖ Utilizar siempre zapatos amplios, confortables y bien acojinados, no deben ser demasiado holgados porque producen rozaduras.
- ❖ Usar medias y calcetines de algodón o lana de tamaño adecuado y sin costuras, remiendos o dobleces. Evitar las ligas.
- ❖ Lavar los pies diariamente con agua tibia b fría, durante unos 5 minutos., no remojar durante periodos prolongados para evitar la maceración.

- ❖ Inspeccionar los pies diariamente, la planta de los pies debe ser vista con la ayuda de un espejo para asegurarse que no haya cortadas, llagas, moretones o infección.
- ❖ Tras el lavado es importante secar cuidadosamente los pies, evitando la fricción.
- ❖ Después de un lavado perfecto y secado, se pueden emplear polvos, talco con óxido de zinc sobre las zonas donde se acumula la humedad.
- ❖ En caso de que el pie presente abundante callosidad (sobre todo en los talones) sequedad o grietas, utilizar una vez realizada la limpieza una crema hidratante a base de lanolina. .
- ❖ La crema no se usará en los pliegues entre los dedos ya que conduce a maceración y a una puerta de entrada de infección.
- ❖ No utilizar callicidas, ni corte de callos o lesiones de los pies.
- ❖ No lavar los pies con agua demasiado caliente ni almohaditas eléctricas. Los diabéticos al tener alterada la sensibilidad pueden producirse (quemaduras, Antes de introducir los pies al agua caliente, se debe comprobar la temperatura del agua con el codo.
- ❖ Las uñas se deben limar no más allá de los dedos y sus bordes han de quedar rectos.
- ❖ Caminar diariamente.
- ❖ Solicitar atención médica en caso de lesión, ampolla o supuración, hinchazón, enrojecimiento o úlcera.

5.- HISTORIA CLINICA Y VALORACION DE ENFERMERÍA

5.1 HISTORIA CLINICA

FECHA:3-04-07

NOMBRE: Juan Manuel G.R.

SEXO: Masculino

EDAD: 22 Años

ESTADO CIVIL: Soltero

RELIGION: Católico

ESCOLARIDAD: Analfabeta

OCUPACION: Ayudante de albañil

NOTA DE INGRESO A URGENCIAS O PADECIMIENTO ACTUAL

PA Se trata paciente de sexo masculino, iniciando su padecimiento el día de hoy por la madrugada con dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha de moderada intensidad el cual se fue incrementando, acompañado de vomito de contenido gástrico en dos ocasiones motivo por el cual acude a esta unidad.

AHF Abuelo finado por crisis asmática

Hermano

Hermana

Madre- aparentemente sana

Padre- Cursando con DM tipo II

APNP Originario de Zacatepec Morelos, residente de Xoxocotla Morelos, soltero católico, ayudante de albañil. Habita en casa propia de loza y tabique la

cual cuenta con todos los servicios. Baño Diario, con cambio de ropa cada dos días, alimentación deficiente en calidad y cantidad. Tabaquismo positivo desde los 15 años actualmente suspendido desde hace un mes. Inmunizaciones completos.

AP -Fx maxilar inferior hace 15 años.

-Fx de tobillo izquierdo hace 10 años con colocación de clavos.

-Resto preguntado y negado

SV Peso- 62 Kg. , Talla 1.65 mts, T/A 120/80

Fc- 82, FR 22, Temp. 36.7 °C

VALORACION POR CIRUGIA

Se trata de paciente masculino, con dolor tipo cólico de más de 12 horas, de evolución localizado actualmente en fosa iliaca derecha con náuseas, vomito en dos ocasiones, no fiebre, FC-82 x', Temp 36.7 °C, cardio pulmonar sin compromiso abdomen con resistencia involuntaria RsPs presentes Rovsgn positivo, signos de Mc Boney positivo, laboratoris; glucosa 200 mg, leuco 20 bandas, TP.13.3, TPT_ 28.6, E60-normal, Hb_14_2, Plaquetas-3.81, INR 1.3, se explica procedimientos quirúrgicos el cual acepta el procedimiento.

IDX Apendicitis Aguda

PLAN Apendicetomía

NOTA POST-QUIRURGICA

Dx-Pre+Apendicitis.

Dx-Post-El mismo grado II, firino purulento.

Qx- Planeada Apendicetomía

Cirujano= Dr. Muñoz/ Dr. Santín

ANESTECIA= BPD

HALLAZGOS=Apendicitis fibrino purulentagiado II

COMPLICACIONES = No

SANGRADO: Nulo

DRENAJES= No

PLAN= Ver indicaciones

5.2 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

5.2.1 FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: J.G.R Sexo: M Edad: 22 Peso: 62 Talla: 1.65

Ocupación: Ayudante de Albañil Escolaridad: Primaria

Procedencia: Xoxocotla Fecha de Admisión: 3-04-07 Hora: 10:00

AM.

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDAD BÁSICAS

1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa mayor parte de su tiempo? Si

¿Fumaba usted antes de embarazo? SI _____ NO _____

Si la respuesta es si ¿Cuántos Cigarros al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de
20 _____

¿Hay en su casa uno o mas fumadores? SI _____ NO X

¿A tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre _____ Ocasionalmente

_____ X _____

Nunca _____

¿Utilizo algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital?

SI _____

_____ NO _____ X _____

¿Cual? _____

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

FREC. Resp 22 FREC. Cardiaca 82 T.A.
120/80

Estado de conciencia: Conciente

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligeramente

Pálida

Circulación de retorno venoso: Adecuado

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

No de comidas diarias: 2-3

¿Come a horas regulares? SI _____ NO X

Si la respuesta fue Si precise: _____

¿Sigue usted una dieta especial? SI _____ NO X

¿De que tipo? _____

¿Sufre alguna alergia alimentaría o intolerancia? _____ NO _____

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? _____ NO _____

¿Qué cantidad de líquido toma al día? 1 ½

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI _____ NO X A

veces _____

Cerveza _____

Vino _____

Otros _____

¿Con _____ que

frecuencia? _____

¿Sabe que tipo de dieta puede llevar para favorecer la lactancia? _____

¿Qué _____ cantidad _____ de líquidos? _____

Dieta habitual:

ALIMENTO	Diario	C/3er Día	C/8 Días	Esporádica	Nunca
Leche		X			
Carne		X			
Pescado				X	
Huevo	X				
Frutas				X	
Verduras				X	
Legumbres			X		
Cereales			X		
Pan	X				
Tortillas	X				
Chatarra	X				

Objetivo:

¿Turgencia _____ de _____ la
piel? _____ NO _____

Membranas _____ mucosas:
Hidratadas _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____ Normales _____

Cabello: _____ De acuerdo a su edad _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____ Aceptable _____

Aspecto de los dientes: _____ Presenta algunas amalgamas _____

Aspecto de encías: _____

Heridas: Tipo: Fx de tobillo Izq. Y Fx en maxilar

Localización: _____

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos _____ intestinales: _____ Evacuación
normal _____ Estreñimiento _____ X _____

Diarrea Frecuente: _____

¿Toma usted algún laxante?

SI _____ NO _____ X _____

¿Cuál? _____

Orina: Normal _____ X _____ Con

dolor _____ NO _____

Menstruación frecuencia _____ Duración _____

Historia de hemorragias: _____

¿El estrés le ocasiona diarrea?

SI _____ NO X

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante?

SI _____ NO X

¿Por secreciones vaginales?

SI _____ NO X

¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio?

SI _____ NO X

¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado?

SI _____ NO _____

Objetivo:

Abdomen: Características: ligeraente inflamado al tacto con presencia de dolor en fosa iliaca derecha

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: _____

Ruidos Intestinales: Presentes

Genitales: Normales

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física práctica?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

X _____

Actividad en su tiempo libre: Ver televisión y leer _____

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI X NO _____

¿Práctica ejercicio prenatales? SI _____ NO _____

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO _____

¿Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: Aceptable _____

Posturas: La que sea Ayuda para deambular: NO _____.

Dolor con el movimiento: SI _____

Estado emocional: Estresado y con ansiedad _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI _____ NO X _____

Horario de descanso: Duerme 7 hrs. Horas de descanso: _____

¿Padece insomnio? NO _____

¿A que considera que se debe? _____

¿Siente cansancio al levantarse ? _____ NO _____

¿En que forma se manifiesta? _____

¿Utiliza técnicas de relajación ? _____

¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después el patrón?

¿Por cuánto tiempo? _____

¿En que actividades le ayudará? _____

¿Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé? _____

Objetivo

Estado: Ansiedad _____ X _____ Estrés _____ X _____

Lenguaje: Claro _____ X _____ Respuesta a estímulos:

_____ SI _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

_____ NO _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

_____ NO _____

¿Sus creencias le impiden vestirse .como a usted le gustaría?

_____ NO _____

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: _____

Calcetas _____ Abrigo _____

¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir?

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? SI X NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ X Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿La casa que habita es: Fría _____ Caliente X

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca X

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI _____ NO X

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI _____ NO X

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar _____

¿Temperatura ambiente que le es agradable? de 15° a 20°

Objetivo:

Temperatura corporal: 36.5 ° C

Características de la piel: Limpia Transpiración: Normal

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: X Cada 3er día: _____

Cada _____ días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: X

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO X
Parcial _____ Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? Hace 2 años

Aseo de manos:

Antes y después de comer _____

Después de ir al baño X

¿Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto?

Objetivo:

Aspecto general: Mal estado

Olor corporal: Normal

Alitosis: SI

Estado del cuero cabelludo: Ligeramente sucio

Presencia Lesiones dérmicas: Cicatriz en tobillo izq x cirugía y sus pies presentaron resequedad con grietas en los talones

Cambios tegumentarios propios del embarazo: _____

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
	Hermana	16 años		Hogar
	Hermano	10 años	Primaria	Estudiante
	Mama	40 años	Primaria	Hogar
	Papa	52 años	Primaria	Campesino

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI _____ NO _____ X _____ A _____ otras
sustancias _____

Especifique _____

¿Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO _____ ¿Cuál?

¿Llevo _____ control _____ prenatal?

SI _____ NO _____

¿Cuántas

consultas? _____

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto?

SI _____ NO _____

¿Sabe por que es importante que, la revisen?

SI _____ NO _____

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo?

SI _____ NO _____

¿Y _____ en _____ su
pareja? _____

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila _____ Se estresa _____ X Le da
sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin
control _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata? _____ SI _____

Objetivo:

¿Deformidades congénitas? _____ NINGUNA _____

¿Condiciones del ambiente en el hogar? _____ ACEPTABLES _____

¿Condiciones de su ambiente laboral? _____ ACEPTABLES _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Soltero Años de relación _____

Vive con: Mis papas y 2 hermanas

Preocupaciones actuales: _____

Rol en la estructura familiar: Papas

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? Desde hace 20 años

¿Existen buenas relaciones en su localidad? SI

¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? SI

¿Cuánto tiempo pasa sola? La mayor parte

Objetivo:

Habla claro: SI X NO _____

¿Ve usted bien? SI X NO _____

¿Lleva usted lentes de contacto? SI _____ NO X

¿Escucha bien? SI X NO _____

¿Utiliza aparato auditivo? SI _____ NO X

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: Católico

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO

Principales valores en su familia: Respeto, Honradez y Amor

Principales valores en su persona El respeto

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? A veces

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso):

NO

¿Permite el contacto físico? SI

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Cree en la Virgen de Guadalupe

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI X NO _____

Tipo de trabajo: Ayudante de albañil

Riesgos: Siente miedo de que se pueda caer a determinada altura

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? 8 Hrs.

¿Esta satisfecho con su trabajo? SI

La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

SI _____ NO X ¿ Por qué? Por que gana poco

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega?

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: Temeroso e inquieto

Otros: Algunas veces se siente angustiado

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Ver televisión

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? _____

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? SI

¿De que tipo? Deportivas y Culturales

¿Forma parte de alguna sociedad:

Deportiva _____ Cultural X

Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Leer y jugar con sus hermano menor

Objetivo:

Integridad

neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? NO

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo X

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria

Problemas de aprendizaje: NO

Limitaciones cognitivas: NO

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: NO

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? NO

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? SI

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: Estresado, nervioso y ansioso

Memoria reciente: Alerta y sin compromiso

Otras

manifestaciones: _____

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

En el plan de cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de enfermería.

NECESIDAD.	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.
Nutrición e Hidratación.	➤ Alteración del mantenimiento de la salud, relacionado con el estilo de vida poco sano, manifestado porque el paciente ingiere alimentos en la calle y no se lava las manos.
Eliminación.	➤ Estreñimiento relacionado con poca ingesta de fibra y agua manifestado por evacuación de heces duras.
Moverse y mantenerse en buena postura.	➤ Alteración de la posición y postura, relacionada con el dolor de la herida quirúrgica, manifestado por necesidad de ayuda deambular y marcha claudicante.
Descanso y sueño.	➤ Sueño y descanso alterado, relacionado con el dolor de la herida, quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.
Termorregulación.	➤ Aumento de la temperatura corporal relacionado con procesos infecciosos, manifestado por febrícula.
Higiene y protección de la piel.	➤ Herida quirúrgica relacionado con operación (Apendicetomía)

	manifestada por alineación de bordes de piel por puntos.
Evitar peligros.	<ul style="list-style-type: none">➤ Dolor relacionado con herida quirúrgica.➤ Disminución del volumen sanguíneo, relacionado con operación quirúrgica, manifestado por disminución de la presión arterial, 90/60 Hg / dl.➤ Aumento de la glucosa sanguínea.
Comunicación.	<ul style="list-style-type: none">➤ Deterioro de la comunicación verbal, con su familia, relacionado con baja autoestima, manifestando enojo y angustia.

7.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

NESECIDAD: Nutrición e Hidratación.

- Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con el estilo de vida poco sano, manifestado porque el paciente ingiere alimentos en la calle y no se lava las manos.

OBJETIVO:

- El paciente ingiera una dieta balanceada, después de la consulta con el nutriólogo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN ESPECÍFICA.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">➤ Ínterconsulta con el nutriólogo.➤ Mantener un horario de comida.➤ Orientar que consuma menos azúcares, harinas y refresco.	<ul style="list-style-type: none">➤ Un horario regular para efectuar las comidas y con tiempo para llevar acabo una buena masticación.➤ La Diabetes Mellitus es un trastorno ocasionado por la alteración de la secreción o resistencia a la	<ul style="list-style-type: none">➤ Logrará con el paso del tiempo llevar un horario de comida.➤ No se valoró correctamente el estado de nutrición pero se le recomendaron alimentos nutritivos que no

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sugerirle el ejercicio de caminar de 15 a 20 min. ➤ Conservar la ingestión de líquidos suficientes 	<p>insulina del páncreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La hidratación evita la sequedad de la piel. Los volúmenes adecuados son necesarios para eliminar productos de desecho. 	<p>alteran los niveles de glucosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se encontró en un estado de hidratación después de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.
---	---	---

NECESIDAD: ELIMINACION.

DX. de Enfermería.

► Estreñimiento relacionado con poca ingesta de fibra y agua manifestado por evacuación de heces duras.

OBJETIVO:

► Se le da a conocer la importancia de la ingesta de líquidos y fibra para un mejor ingestión y evacuación.

► Identificará sus hábitos de evacuación y tiempos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
<p>► Valorar la causa del estreñimiento.</p> <p>► Determinar el patrón de eliminación normal del paciente.</p> <p>► Recomendar al paciente que debe evacuar cuando sienta el reflejo o necesidad de hacerlo inmediatamente.</p>	<p>► Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios.</p> <p>► La causa principal de la constipación son los hábitos irregulares para efectuar la defecación, los cuales se deben a una inhibición</p>	<p>► A cambiado sus hábitos alimenticios incluye fibra en poca cantidad e incrementa la ingesta de agua al día, también realiza ejercicios más continuamente favoreciendo de manera importante su evaluación en consistencia y frecuencia.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar estimulantes naturales. ➤ Iniciar cambios dietéticos para mantener consistencia natural, proporcionar alimentos ricos en fibra. ➤ Incrementar la actividad, el ejercicio y la ingesta de líquidos. ➤ Iniciar técnicas de relajación para favorecer la defecación. 	<p>continua de los reflejos naturales para la defecación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando se evita voluntariamente la defecación, el reflejo de la misma puede desaparecer en unos cuantos minutos y por la general no vuelve aparecer hasta unas horas después. ➤ La contracción de músculos abdominales y del diafragma pueden ejercer presión hacia abajo sobre los órganos abdominales la flexión de los músculos sobre el 	
---	--	--

	abdomen facilita su expulsión de las heces.	
--	---	--

NECESIDAD: Moverse y mantener su buena postura.

DX. de Enfermería.

- Alteración de la posición y postura relacionada con el dolor de la herida quirúrgica, manifestado por necesidad de ayuda para deambular y marcha claudicante.

OBJETIVO:

- Proporciona ayuda en la deambulación.
- Disminuir el dolor para mejorar su cambio de posición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar cambios frecuentes de posición. ➤ Proporcionar ayuda en la 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le proporciono ayuda en la deambulación por parte del personal de enfermería y de sus familiares ➤ Se sugirió posición libre para disminuir el dolor y este disminuyo.

deambulaci3n y sugerir que los familiares apoyen en la deambulaci3n en pasillos o al sanitario.		
---	--	--

NECESIDAD: Descanso y sueo.

Dx- de Enfermería.

- Sueo y descanso alterado relacionado con el dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.

OBJETIVO:

- Recomendar cambios de posici3n que disminuyan el dolor.
- Disminuir el dolor y lograr que pueda dormir y descansar adecuadamente.
- Orientar sobre técnicas de relajaci3n que permitan el descanso a través del sueo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACI3N CIENTÍFICA	EVALUACI3N
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuir en lo posible el ruido que favorezca el descanso y sueo. ➤ Administrar analgésicos prescrito por indicaci3n medica. Para favorecer el 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El conciliar el sueo mínimo de 8 hrs. favorece al funcionamiento mental y disminuye la antigüedad y 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se recomienda cambios de posici3n que favorecieran su descanso y sueo. ➤ Se oriento al

<p>descanso y sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendar el cambio de posición que disminuya el dolor y favorezca el descanso y sueño. ➤ Técnicas simples de relajación. ➤ Frotamiento de la espalda antes de acostarse ➤ Momentos de tranquilidad antes de ir a costarse como leer o ver televisión. ➤ Recomendar a los familiares propiciar un ambiente favorable para descansar. 	<p>ansiedad.</p>	<p>paciente y familiares las técnicas por medio de las cuales el podrá conciliar el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se disminuyo el umbral de dolor del paciente según referencias de el y pudo descansar favorablemente. ➤ Se logro que el pudiera dormir y descansar adecuadamente con ayuda de sus familiares.
--	------------------	---

NECESIDAD: TEMORREGULACIÓN.

DX. de Enfermería.

- Aumento de la temperatura corporal relacionado con procesos infecciosos, manifestado por febrícula.

OBJETIVO:

- Tratar los procesos infecciosos para disminuir la temperatura corporal a parámetros normales.
- Mantener la temperatura corporal dentro de lo normal.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">➤ Tomar temperatura axilar las veces que sean necesarias.➤ Ajustar la temperatura ambiente, modificando la ropa de la cama. Utilizar compresas húmedas en la cabeza y vientre. <ul style="list-style-type: none">➤ Administrar líquidos por vía oral.➤ Administración de antipiréticos.➤ Administración de antibióticos.	<ul style="list-style-type: none">➤ La temperatura es un signo vital y elevación por encima de parámetros normales, ocasiona alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.➤ El hipotálamo es el regulador de la temperatura.➤ El agua es el componente principal de los organismos vivos.➤ La ceftriazona es	<ul style="list-style-type: none">➤ Se tomo la temperatura y se disminuyo a 36.9 °C a través de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.➤ Se trataron los procesos infecciosos a través de la curación de la herida quirúrgica y administración de antibióticos.

<p>➤ Mantener la herida quirúrgica limpia, cuidar la alimentación y aseo personal para evitar aseos infecciosos.</p>	<p>una cefalosporina de tercera generación (antibiótico), de amplio espectro para microorganismos Gram. positivos y negativos.</p>	<p>También se procuro la higiene corporal del paciente y la alimentación.</p>
--	--	---

NECESIDAD: Higiene y protección de la piel.

Dx- de enfermería.

- Herida quirúrgica relacionado con operación (Apendicetomía), manifestada por alineación de bordes de piel por puntos.

OBJETIVO:

- Mantener limpia y seca la herida quirúrgica para evitar procesos infecciosos y contribuir a su pronta recuperación.
- Proporcionar confort y descanso al paciente a través del aseo personal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">➤ Fomentar el baño diario con jabones neutros➤ Utilizar un cepillo de cerdas blandas o dispositivos especiales para la limpieza de boca lavado diario de boca.➤ Hacer curación de heridas quirúrgicas.➤ Lubricar el cuero cabelludo ayudarlo a peinarse.	<ul style="list-style-type: none">➤ Los jabones neutros y lociones son útiles para prevenir la sequedad y agrietamientos de la piel.➤ El aseo de cavidad bucal prevenir gingivitis, aparición de caries mejora la salivación y proporciona bienestar.➤ La asepsia es la eliminación de bacterias por medio de los antisépticos. La curación de la herida quirúrgica con la técnica adecuada disminuye el riesgo de infección.➤ Es útil para conservar la integridad de la piel. Estimulo el cuero cabelludo lo hará verse y sentirse bien	<ul style="list-style-type: none">➤ Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante su estancia en el servicio de cirugía general.➤ Se proporciono confort y descanso durante su estancia en el servicio de cirugía general.➤ Proporcionarle el baño y ayudarla a realizar su aseo personal, le brinda confianza y lo manifiesta.

NECESIDAD: Evitar peligros.

DX. De Enfermería.

- Dolor relacionado con herida quirúrgica.
- Disminución del volumen sanguíneo relacionado con operación quirúrgica manifestado por disminución de la presión, 90/60.
- Aumento de la glucosa sanguínea.

OBJETIVO:

- Aliviar EL dolor relacionado con la operación quirúrgica a niveles tolerables.
- Aumentar el volumen sanguíneo y mantener la presión sanguínea con valores normales.
- Aumento de glucosa sanguínea relacionado con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, manifestando glucosa de 240mg.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">➤ Evitar esfuerzos innecesarios.➤ Administrar analgésico prescrito por indicación médica. Para disminuir el dolor.	<ul style="list-style-type: none">➤ La maceración de los tejidos provoca dolor, por las terminaciones nerviosas.➤ Las neuronas son las encargadas de transmitir las sensaciones a los núcleos cerebrales.	<ul style="list-style-type: none">➤ El paciente refiere que disminuyo el umbral del dolor.➤ La presión sanguínea se elevo a 120/70 mm/Hg después de su estancia en el servicio de cirugía general.

<ul style="list-style-type: none">➤ Recomendar el cambio de posición, en la cual pueda disminuir el dolor.➤ Administrar por vía intravenosa soluciones que eleven el volumen sanguíneo. ➤ Tomar cada 30 min. La presión arterial y posterior cada 2 horas. ➤ Indicar dieta para diabético de 200 calorías.	<ul style="list-style-type: none">➤ El dolor es un dato subjetivo que se debe creer a la persona que lo refiere.➤ La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales, a medida que pasan por ella. ➤ En un paciente tranquilo, la lectura de la presión sanguínea es más precisa.➤ La presión sanguínea es afectada por emociones, ejercicio, dolor y posición. ➤ Para los pacientes diabéticos es indispensable para mejorar su calidad de vida, incrementar factores	<ul style="list-style-type: none">➤ Los niveles de glucosa se controlaron con su esquema de insulina y de dieta para diabético se mantuvieron en parámetros de 110-120 mg/dl.
---	--	---

<p>➤ Administrar insulina de acción rápida a razón de:</p>	<p>de protección como son: Ejercicio, dieta adecuada manejo adecuado del estrés y capacitar a este grupo vulnerable de la población sobre la identificación de factores de riesgo que pueden afectar a su salud.</p> <p>➤ La insulina se presenta en diversas concentraciones: 40 unidades, 100 U. y 500 U.</p> <p>Las más usuales son de 40 y 100 U.</p> <p>➤ La insulina se administra por vía subcutánea.</p> <p>➤ En ocasiones el paciente requiere la administración de una mezcla de insulina de acción rápida e insulina de acción intermedia.</p>	
--	---	--

NECESIDAD: Comunicación.

DX. de Enfermería.

- Deterioro de la comunicación verbal con su familia, relacionado con baja autoestima, manifestado por enojo y frustración.

OBJETIVO:

- Lograr modificar la comunicación intrafamiliar y así elevar su autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">➤ Escuchar con atención a sus padres.➤ Indicar al paciente que el estrés y enojo puede incidir en su estado de salud.➤ Resaltar la importancia que tiene el aporte económico en el núcleo familiar.	<ul style="list-style-type: none">➤ El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima. <p>El estrés provoca inmunosupresión y elevan los niveles de glucosa.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ El proporcionar ayuda significa un acto de amistad y amor.	<p>Disminuyo su enojo y frustración del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se escucharon sus sentimientos y se explico que pronto volvería a tener una buena comunicación con su familia.➤ Se propusieron alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica.

8. PLAN DE ALTA

El plan de alta son todas las indicaciones, recomendaciones que deberá tomar la paciente a su egreso del hospital.

Orientación sobre su tratamiento farmacológico que le proporciona el medico.

Orientación sobre hábitos higiénico-dietéticas y cuidados de la herida quirúrgica, información acerca de la de ambulación, la cual favorece el proceso de cicatrización.

Se le informa sobre su retiro de puntos, fecha de la próxima cita y tramites a seguir para la consulta externa, se le entregan solicitudes de laboratorio, rayos x o estudios posteriores.

Recomendaciones en cuanto a la alimentación para personas diabéticas.

Toda sobrealimentación es perjudicial. Son nocivas las preocupaciones, la escasez de movimiento o una actividad corporal extenuante. Cualquier régimen dietético para la diabetes debe ser prescrito por el medico.

En la alimentación, es muy peligrosa la presencia de productos a base de hidratos de carbono (azúcares y sustancias farináceas). En lugar del azúcar pueden emplearse edulcorantes sintéticos (sacarina).

Un defecto en el aporte calórico es preferible a un exceso, especialmente si el diabético es obeso.

Cosas prohibidas

El azúcar, pasteles, golosinas, comidas dulces, miel, jaleas, mermeladas, patatas, harina, vino dulce ni licores. Se recomienda la sal especial de régimen en lugar de la sal común.

Sólo están permitidas las cantidades de hidratos de carbono determinadas por el medico.

En la comida deben evitarse las salsas, la harina y las sustancias grasas.

Son muy beneficiosas las sustancias alimenticias con rico poder vitamínico (B I y C).

En lugar de grasa animal se recomienda aceite vegetal (aceite de oliva) para cocinar-dieta mediterránea.

Régimen estándar

250 gr. de hidratos de carbono, 60 gr. de grasa y 80 gr. de proteínas.

Lo que puede ser por ejemplo:

Hidratos de carbono: 200 gr. de pan blanco o integral; 200 gr. de patata cocida.

Proteínas: 100 gr. de carne o 200 gr. de pescado; 30 gr. de queso y \111 huevo.

Grasas: 60 gr. de mantequilla o de grasa de origen vegetal.

Están permitidas: el agua mineral, café, té, vino puro natural, champán seco, cerveza de régimen, cognac y whisky depurados (cuanto más secos mejor),

Comer diariamente ensalada, especialmente lechuga y pepinos frescos, con vinagre y verduras frescas. Otros alimentos permitidos son la calabaza, setas recientes, espárragos, tomates, judías verdes, berros, col, espinacas y acelgas.

9.- CONCLUSIONES.

Se aplicó el Proceso de Atención de enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson a un paciente de apendicetomía y Diabetes Mellitas del servicio de recuperación del Hospital General "Dr. Ernesto Meana San Román" de Jojutla Morelos, del turno vespertino, en Abril del 2007.

Se proporcionó de manera integral cuidados de enfermería a un paciente con apendicetomía y diabetes Mellitas.

Se proporcionó una atención de enfermería con calidad y calidez.

Se proporcionó al paciente y sus familiares sobre el cambio de posición y su importancia.

Se observó una respuesta favorable su eliminación intestinal.

No se valoró correctamente el estado de nutrición, pero se le recomendaron alimentos nutritivos, que no alteren los niveles de glucosa.

Se mantuvieron los niveles de glucosa dentro de los parámetros aceptables para Diabetes Mellitus.

Se trataron los procesos infecciosos a través de la curación de la herida quirúrgica y administración de antibióticos.

Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante su estancia, el servicio de recuperación y Cirugía General.

Se propusieron alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica al paciente, refirió sentirse aceptado y apreciado al ser escuchado.

10.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Iyer Patricia, w. Et. Al. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana – Mc. Graw-Hill. México, 1989, P.1.
- 2.- B.C. Long/W.S. Phipp "Enfermería Medicoquirúrgica" 2da. Edición Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana 1993 Pág.12
- 3.- "Enciclopedia de la enfermería" Volumen I Pág. 3-4.
- 4.- García Albarrán y Mata Cortez "El proceso Atención de Enfermería" Antología UNAM Enero 1996 Pág. 26-28.
- 5.- Enciclopedia de la enfermería volumen I Pág. 4.
- 6.- García María de Jesús "El proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia Hendersol" Editorial progreso, S.A. 1997 Pág 31-37.
- 7.- Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso de Atención de Enfermería. Estudio De Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat 1ª. Edición 1993, Pág. 42-43.
- 8.- Alfaro Rosalinda "Aplicación del proceso de enfermería" Segunda Edición. Doyma.S.A. Barcelona, España 1992 Pág. 6.
- 9.- Apendicitis-Wikipedia. La enciclopedia Libre es.wikipedia.org/wiki/Apendicitis-29k-Encahe-Paginas similares
- 10.-Apendicitis:Cuidado con las complicaciones www.pediatraldia.d/apendicitis1.htm-13k en cache-paginas similares
- 11.-Medline Plus Enciclopedia Medica Apendicitis www.nlm.nih.gov/medline_plus/spanish/ency/artide/000256.htm.26k en cache-paginas similares
- 12.-Apendicitis www.tu_salud.com.mx/120407.htm-14k en cache-paginas similares
- 13.-Apendicetomía Html.rincondelvago.com/apendicetomia.html-87k en cache- paginas similares
- 14.- Tuotromedico: Apendicetomía. operación de apendicitis www.tuotromedico.com/temas/apendicetomia.htm-30k en cache-paginas similares
- 15.- Medline Plus Enciclopedia Médica: Apendicetomía-serie Anatómica www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/esp-presentations/100001-1.htm-14k en cache-paginas similares

16.-Nordmark/Rohweder."Bases Científicas de Enfermería 11ª reimpresso 1997 México D.F. Editorial El Manual Moderno

17.-Carpetino, Manuel "Manual de Diagnósticos de Enfermería" 4ª Edición Editorial Interamericana. Madrid 1993 Pág. 9-11

18.-Dr.Mario Rodríguez Pinto. Páncreas, Anatomía y Fisiología E Higiene, Editorial Proceso S.A. México D.F. 8ª Edición (Paginas 161)

19.-E.T. Catherine Parker Anthony y Norma Jane Kolthoff "Anatomía y Fisiología" Editorial Interamericana Edicion 9a, México D.F. (Pág. 287)

20.-Dr. Mario Madrazo Navarro, Diabetes Mellitus, "Guia Tecnica General Para la Vigilancia, Prevencion y Control de la Diabetes Mellitus" Editado por el I.M.S.S. 1999 México D.F. (Pág. 18)