



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA
PERSONA CON ALTERACIÓN DE LAS
NECESIDADES DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E
HIDRATACIÓN, MOVILIDAD, HIGIENE/PIEL Y
ELEGIR LA ROPA ADECUADA (VESTIRSE
Y DESVESTIRSE).**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:
MARTHA WENDY VILLAREAL RAMÍREZ**

No. DE CUENTA: 301277374

**ASESOR
L.E.O. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA**



MÉXICO, D.F. 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo por ser mi fuerza y por ser a quien más quiero.

A mis esposo por su apoyo en todo momento.

A mis padres por el día que me concibieron

A mis hermanos por su apoyo incondicional en todo momento.

A mi asesora L.E.O. Teresa Sánchez por su comprensión, su orientación al revisar y corregir este trabajo.

Un cordial agradecimiento a la maestra Sofía Sánchez Piña por el apoyo que me brindo durante mi servicio social.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
1. OBJETIVO	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. El Cuidado	4
2.1.1. Perspectiva Histórica del Cuidado	4
2.1.2. Conceptualización del Cuidado	7
2.1.3. El Proceso de los Cuidados de Enfermería	11
2.1.4. Tecnología para el Cuidado	13
2.2. Enfermería	16
2.2.1. Computarización de la Enfermería	17
2.2.2. Núcleos Conceptuales	19
2.3. Modelos de Virginia Henderson	22
2.3.1. Antecedentes Personales	22
2.3.2. Conceptos Básicos	22
2.4. Proceso Atención de Enfermería	26
2.4.1. Concepto	26
2.4.2. Antecedentes	27
2.4.3. Valoración	28

2.4.4. Diagnóstico Enfermero	34
2.4.5. Estructura del Diagnóstico	37
2.4.6. Etiquetas de diagnóstico de la NANDA	38
2.4.7. Planeación	45
2.4.8. Ejecución	50
2.4.9. Evaluación	51
2.5. Tuberculosis	53
2.5.1. Concepto	53
2.5.7. Epidemiología	54
2.5.8. Enfoque de Riesgo	55
2.5.9. Diagnóstico de la Tuberculosis	56
2.5.10. Tratamiento de la Tuberculosis	59
2.5.11. Prevención	61
2.6. Diabetes Mellitus	62
2.6.1. Concepto	62
2.6.2. Causas	62
2.6.3. Tipos de Diabetes	63
2.6.4. Factores de Riesgo	64
2.6.5. Signos y Síntomas	65
2.6.6. Diagnóstico	65
2.6.7. Tratamiento	66
2.6.8. Complicaciones	66

3. Metodología del Trabajo	67
3.1. Consentimiento Informado	67
3.2. Consideraciones Éticas	67
3.3. Descripción del Caso	68
3.4. Variables o Indicadores	69
3.5. Procedimientos e Instrumentos de Valoración	70
3.6. Etapas de Valoración	70
3.7. Etapa de Diagnóstico	79
3.8. Problemas Detectados	93
3.9. Plan de Atención de Enfermería	94
3.10. Evaluación	103
CONCLUSIONES	105
GLOSARIO	106
BIBLIOGRAFÍA	109

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras estamos de acuerdo en que el proceso de atención de Enfermería (P.A.E.) constituye la columna vertebral de la práctica profesional.

El Proceso Atención de Enfermería, es un método sistemático y organizado para administrar cuidados profesionales, ya sea, a una persona, familia o comunidad a fin de conseguir su autonomía lo mas pronto posible.

Con base en lo anterior en este documento se describe la atención profesional otorgada a un usuario de los servicios de enfermería afectados por Tuberculosis y D.M. Tipo II. La valoración, los diagnósticos y las intervenciones atienden a la metodología descrita en el marco de servicios, sobre el cuidado, la valoración de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

El uso correcto del Proceso Atención de Enfermería (P.A.E) es un instrumento en la práctica del Profesional, ya que este asegura la calidad de los cuidados al individuo, al mismo tiempo proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar al hacer investigación en enfermería, la cual es la competencia de los profesionales de Enfermería actualmente, el P.A.E. exige al profesional: habilidades y destreza efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar sus acciones e interactuar con otros profesionales de la salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del proceso de enfermería es identificar las necesidades reales y potenciales del señor M. V. D. Con el Diagnósticos de enfermería de alteraciones en las necesidades de Respiración, Alimentación/Hidratación, Eliminación, Movilidad, Reposo/ Sueño, Vestirse / Desvestirse, Temperatura, Higiene/ Piel, Seguridad, Comunicación, Religión/Creencias, Trabajar/Realizarse, Actividades lúdicas y Aprendizaje.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Utilizar la valoración clínica de Enfermería para definir y ejecutar intervenciones y satisfacer las necesidades de Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Moverse, Higiene/Piel y Elegir la Ropa Adecuada (Vestirse y Desvestirse).
- Utilizar la metodología del P.A.E. para definir las acciones de enfermería aplicadas en el paciente, corroborando si las satisfacciones de las necesidades detectadas y evaluar sus efectos en el paciente sea positivo o negativo, para continuar o tomar otras estrategias que modifiquen el plan propuesto inicialmente.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1. El cuidado

La enfermería desde los orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica, el conocimiento común, en ese entonces y hasta el siglo XIX no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de Enfermería. Sin embargo, el término cuidado como tal no comenzó a utilizarse sino hasta mediados de los 60's al menos de manera explícita. En los siguientes apartados se revisará por tanto un poco de historia de el cuidado así como su conceptualización actual, además de otras cuestiones no menos importantes para la práctica del mismo.¹

2.1.1. Perspectiva histórica de los cuidados

El cuidado enfermero es una metodología que se ha estado practicando toda la vida, ya que a lo largo de la historia el hombre intenta preservar su especie cuidando a sus semejantes para poder tener mejor calidad de vida, lo hacían de varias formas pero al final el objetivo era restablecer las situaciones que conllevaban a un deterioro de lo creían que era normal. Las distintas civilizaciones tenían diferentes conceptos de la prevención de sus congénitos. Recordemos que los animales hacen esto de cuidar de manera instintiva, los seres humanos también lo hacemos de manera consciente debido a la experiencia, y el conocimiento que con el paso de los años no han hecho actuar de forma que en realidad estamos haciendo. Las encargadas de hacer este tipo de tareas era relegada a las mujeres y sobre todo las madres de los pacientes, eran ellas las encargadas de establecer los caminos hacia la salud como: reproducción, nutrición, descanso, ocio, etc.

¹ VARGAS Trujillo, Sandra Leticia, Proceso Atención de Enfermería. Estudio de caso a una persona adulta con alteraciones de las necesidades de oxigenación, nutrición e hidratación, termo regulación y seguridad. 2008, pp. 10

Colliere menciona que la historia del cuidado se puntualiza a partir de dos ejes que originan dos orientaciones, la primera de ellas es asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, esto conlleva todo lo necesario para ello, como lo es la vivienda, alimento, etc. Y desde luego quien llevara a cabo estos cuidados, es decir, las mujeres. Como ya se menciona con anterioridad, ya que el delegar funciones para asegurar la supervivencia, ocasiono o trajo consigo la división de roles entre hombres y mujeres.

También se sugiere que aún en nuestros días, la frase cuidar de implica el proporcionar a un organismo vivo, ya sea, un animal, humano o planta todo lo que necesita para continuar vivo en función de su forma de vida. Añade que el cuidar y vigilar representan actos de vida que tienen por objetivo el mantener la vida permitiendo a su vez el reproducirse y perpetuar la vida del grupo ya que este es el fundamento de todos los cuidados.²

La segunda orientación nace del surgimiento de preguntas sobre de lo que se consideraba bueno o malo para preservar la vida y rechazar la muerte, se le conoce como orientación metafísica, porque el pensamiento esta orientado a creencias y suposiciones de lo bueno o malo, de fuerzas maléficas y benéficas de origen desconocido y sobrenatural, en este punto entran en escena los ritos y curas mágicas que eran llevadas a cabo por el chaman o sacerdote, por ser considerado en el discurso corriente como el guardián de las tradiciones y también como descriptores de los males siendo el antecedente de los primeros médicos.³

La práctica de enfermería como se desprende de la medicina, por tanto estas dos orientaciones mencionadas han influido en el cuidado enfermero, puesto que los cuidados han sido competencia de hombre y mujeres, dependiendo de la variación en la división del trabajo de la que se originen. Así los cuidados desarrollados por las mujeres y que mas tarde es desaprobada por la iglesia

² COLLIERE, Marie- Francoise. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill. 1993, pp.7

³ Ibíd. Pp.7

católica dan origen a la barbería y posteriormente a la cirugía, considerada por su origen práctica de hombres.

La ilustración influye trayendo consigo grandes avances a la medicina e interviene directamente sobre la salud de la población, puesto que, es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de vida e higiene personal, se comienza a hablar del derecho a la salud y que la asistencia sanitaria debería de ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familias. En el año 1883 cuando por primera vez en Alemania se saca una Ley de Seguridad Social y a raíz de esta se extendió por toda Europa.

Con la aparición de la Seguridad social va a cambiar el concepto de hospital, deja de ser un lugar para enfermos pobres y pasa a ser para beneficiarios de la misma.

En los países protestantes del norte de Europa la regeneración y el reinicio de la Enfermería de calidad se va a iniciar en el Instituto de Diaconisas de Kaiserwirth (lugar en donde se formó Florence Nightingale), es en este momento cuando se comienza a preparar y formar a las enfermeras. La formación de las enfermeras diaconisas consistía en la realización de un programa teórico –práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y en los domicilios.⁴

Actualmente muchos autores a partir de mediados del siglo XIX han intentado definir y conceptualizar la evidencia de los cuidados; siendo Florence Nightingale la que emitió la primera teoría de enfermería. En su libro “Notas de Enfermería” asentó las bases de la enfermería profesional. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuaran sobre él.⁵

A partir de este modelo nacen nuevos, cada uno aporta una Filosofía para entender la enfermería y la forma de cuidar. A últimas fechas también definen lo

⁴ ANIORTE Hernández, . Nicor. historia de la Enfermería. <http://perso.wanadoo.es7aniorte.nic7apunt-histor-enfermer1.htm>. Fecha de consulta.08/09/08.

⁵ ANIORTE. Óp. Cit .pp<http://perso.wanadoo.es7aniorte.nic7apunt-histor-enfermer1.htm>.

que es el cuidado ya que es el objeto de conocimiento de la enfermería, lo cual, se revisará con más detalle en el siguiente apartado.

2.1.2. Conceptualización del Cuidado.

José Luis Medina, menciona a través de la historia de la enfermería se ha venido construyendo la base científica que le da sentido a la profesión, como ya se había mencionado antes esto ha dado pie al surgimiento de distintos modelos conceptuales o teorías del cuidado que constituyen el marco teórico de la enfermería y otras profesiones relacionadas a la salud.

Esto se menciona porque el término cuidado, que se considera el objeto de estudio de la enfermería, se ha usado durante años de manera indiscriminada para denominar otras actividades que son por ejemplo: principalmente los tratamientos médicos.

El término cuidado empezó a usarse a mediados de los años 60s, aunque con ambigüedad, ya que para denominar al mismo también se usaban términos como el de cuidado de la salud, cuidado de enfermería, etc. Y además usados por distintas profesiones de la salud.

También se debe de tomar en cuenta que gran parte de las ideas de cuidado han sido extraídas de otras disciplinas como la filosofía y la psicología entre otras, de otro modo que las definiciones de cuidado son término de la corriente en la que esta inmerso el autor.

Por ejemplo Paterson y Zderad en ENFERMERÍA HUMANÍSTICA identifica a la enfermería desde una forma existencial en un proceso de crecimiento y auto actualización. Es decir que en su sentido radica en si misma y en el acto humano que denota. Los elementos del cuidado supone el encuentro (el ser y la

actualización) entre personas (enfermera - paciente) en una transacción subjetiva (estar con y hacer con) con una finalidad determinada (bienestar y actualización).⁶

Así desde una visión humanista el cuidado supone diálogo y contracción de significados compartidos, ya que cuidar es “Una Visión Antropológica antes que una Técnica”.⁷

Otro punto muy importante, que muchos autores como Benner y Wrubel entre otros consideran, es la comprensión, ya que esto requiere de empatía, de sentir con el otro, imposibilitando al cuidador de recibir a la persona a su cuidado como objeto.

Los primeros intentos de unificar la significación de cuidado fueron llevados a cabo por la enfermera y antropóloga Madeleine Leininger, quién, considera que el cuidado debe ser la piedra angular de las teorías de enfermería, por los siguientes motivos:

- ❖ El cuidado se ha llevado a cabo durante por millones de años como pieza clave del crecimiento y desarrollo y supervivencia de los seres humanos.
- ❖ La creciente tecnología que el triunfo de la razón instrumental ha impuesto en la sociedades post industriales lo que nos está llevando a la despersonalización.
- ❖ Es necesario conceptualizar el cuidado porque no se ha hecho de manera rigurosa desde la perspectiva de enfermería ya que desde los días de Florence Nightingale, ella solo utilizaba el verbo para designar la idea de cuidar a alguien o para manifestar interés o preocupación.

También afirma que “... la ceguera cultural, la imposición y el etnocentrismo por parte de las enfermeras reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos y consecuentemente, la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes...”⁸

⁶ VARGAS. Óp. cit. pp. 14

⁷ Ibídem. Pp.14

⁸ MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Rol, 1989. pp 430

Leininger además hace una diferenciación entre el cuidado genérico, el cuidado profesional y el cuidado profesional enfermero. Para fines de este trabajo a continuación se da la descripción de cuidado profesional enfermero:

“ solo todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.”

La acción de cuidar es de naturaleza universal, pero el cuidado profesional añade a ello un componente científico a esto Leininger le añade una finalidad, que es el mantener y desarrollar la salud y bienestar de las personas.

Otra de sus aportaciones fue una investigación de los usos lingüísticos que los médicos y enfermeras hacen del término cuidado, en el demuestra lo siguiente:

- El término cuidado ha sido utilizado en la literatura de enfermería desde hace más de un siglo.
- Existe pocas definiciones y generalmente es usado como prefijo de la enfermería.
- Término ha sido usado con más frecuencia por médicos entre décadas de los 60's y 80's, después se invierte la relación.
- Desde los 70's aumenta las referencias lingüísticas del término, ya que es el momento que se inicia el estudio sistemático por parte de las enfermeras.

- Los usuarios del sistema de salud, utilizan el término como el sinónimo de la responsabilidad del caso del hacerse cargo del tratamiento, desde la perspectiva médica, y los cuidados enfermeros permanecen invisibles.

Otra aportación es la de Jean Watson, quien parte de una perspectiva fenomenológica, existencialista y ética. Watson, pública en 1979 "Nursing: The Philosophy and science of caring, mejor conocida como Teoría del Cuidado Transpersonal. En esta publicación se dedica a la promoción y al establecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos, menciona que el Cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se práctica en forma interpersonal. Define el cuidado de la siguiente manera:

- Cuidado son: las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia Transpersonal, que permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas.
- Así mismo el objetivo del cuidado es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, autocontrol y auto curación, para restablecer su armonía e independencia de las circunstancias externas.⁹

Otro autor, Koldjeski sostiene que el concepto de cuidado comprende la dimensión humanística y la dimensión científica. La primera implica la valoración de la persona en términos de humanidad, experimentar con o estar allí, transmitir esperanza ante cualquier contingencia relacionada con la salud, interés y preocupación por el otro y actualización en la relación Enfermera – Persona que le permite desarrollar un sentido de solidaridad humana. La segunda involucra las relaciones humanas profesionales, la promoción y mantenimiento de la salud a través de la educación, el aplicar el saber Enfermería a los procesos y experiencias humanas frente a la enfermedad, control del entorno y el mantenimiento de la integridad humana. Define los cuidados profesionales como:

⁹ SEMBLANZA, Jean Watson. Facultad de Enfermería y Nutrición, 2007.
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza-Jean-Watson.Fecha_de_Consulta_a_08/09/08.

“el uso terapéutico del yo de la enfermera con el paciente a través de la participación mutua en un tipo especial de relaciones, interacciones y acciones para conseguir cambios en la enfermedad y las experiencias relativas a la salud que abarcan el yo, el cuerpo y el contexto”.¹⁰

Finalmente podemos decir que el concepto de cuidado varia de acuerdo al marco conceptual en el que este sustentado, ya sea la fenomenología existencial o la psicología humanista y que de esta conceptualización depende muchos aspectos, como lo son la relaciones humanas, los valores, la noción de salud, etc.

2.1.3. El proceso de los cuidados de enfermería

Con el proceso de los cuidados de enfermería nos referimos a un análisis de la situación, enfocado a identificar la naturaleza de las necesidades o problemas de salud de una o varias personas a quien irán dirigidos los cuidados.

Tiene que estar situado en el tiempo ya que con el se evalúa la acción curativa, ya que permite aceptar todas las condiciones con las que se planea las intervenciones, por lo que se dice que es la base de la función de gestión de los cuidados.

Este proceso se crea a partir de los que se descubre al movilizar las informaciones que producen de cada determinada situación, descodificándolas con la ayuda de conocimientos para comprender su significado y utilizar esto para cuidar.

Colliere lo menciona como un proceso de descubrimiento por que todos los cuidados representan un encuentro entre personas que se complementan respecto a su necesidad de salud, es decir se debe situar a la persona desde todos sus enfoques, como mujer, madre e hija, de acuerdo también con su edad,

¹⁰ MEDINA, José Luis. La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Leartes. 1999, pp. 56

su estilo de vida, su rol social, esto para poder actuar de forma complementaria en aquello que ellos aun no saben hacer, o no pueden hacer con ayuda.

Así, en todas estas situaciones planteadas al cuidar, son los usuarios del cuidado la primera fuente de conocimiento, por lo que nos dicen de forma abierta, o bien por todo aquello que se puede captar a través de la expresión verbal, ya que toda esta información puede ser objeto de preguntas mal elaboradas.

Para obtener esta información se hace uso de dos herramientas, la primera es el interrogatorio no dirigido, es decir una conversación donde el cuidador deja expresarse a la persona siguiendo su propio ritmo. La otra forma es el interrogatorio dirigido, en este se centra en un aspecto que se ha evidenciado como problemático. Estas dos herramientas pueden usarse de manera complementaria.

En el proceso de los cuidados de enfermería, se tiene un enfoque global o antropológico ya que se centra a la persona en su contexto, intentándolo comprenderlo con respecto a sus hábitos de vida, creencias, valores, etc.

Colliere menciona también otro aspecto dentro de este proceso es la INTERPRETACION DE LOS SIGNOS que es el saber diferenciar los signos de un problema al problema mismo, la reorganización de la información , ya que permite una reflexión que consiste en movilizar la información, en encontrar las relaciones en base a tres aspectos que son:

- Lo que se refiere a la persona
- Lo que se refiere a su entorno y su medio ambiente
- Lo que se refiere a su enfermedad

Otro aspecto significativo es el de la identificación de la naturaleza de los problemas que justifican los cuidados, esto en términos de funcionalidad y sentimientos.

La funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene o no tiene la persona de actuar por si misma, de satisfacer por si sola sus necesidades, esta se evalúa en términos de poder, es decir, lo que la persona puede hacer sola, con ayuda, o lo que no puede hacer, si es así ¿Por cuánto tiempo? O ¿Por qué?.

En la funcionalidad también cuenta el impacto emocional de las situaciones y sus repercusiones, ya que esto tiene la capacidad de movilizar o inhibir a una persona.

Todo este proyecto de cuidados de enfermería exige a su vez estar centrado en tiempo y espacio, con el objeto de facilitar la des implicación progresiva, permite a su vez los reajustes y con fin de considerar el espacio en que será dado los cuidados ya que el ambiente es hostil para el cuidador el cual tendrá que adaptarse.¹¹

2.1.4. Tecnología para el cuidado

Actualmente en medio de todos los descubrimientos, reciente abocados al área de la salud, como lo son los medicamentos de última generación, la robótica que optimiza la realización de procedimientos quirúrgicos, etc., se encuentra el cuidado enfermero, el cual se sirve de todas las tecnologías, pero a la vez permanece intacto, ya que se carece de nuevas formas de cuidar en esencia. Técnicamente hay nuevas visiones de las ciencias, de manera que acompañe la evolución de las nuevas técnicas emergentes.¹²

Antes de continuar, aclaremos que las tecnologías del cuidado son todos aquellos instrumentos cuyas propiedades es indispensables conocer, así como la manera de emplearlas, es decir, las técnicas, los cuidados de enfermería han recurrido a diversas tecnologías, sobre todo aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida como lo son: cuidados de higiene, de alimentación, de relajación, etc., estos cuidados siempre han estado acompañados de una relación indisoluble del acto

¹¹ VARGAS. óp. cit. pp. 19.

¹² VARGAS. Óp. cit. pp.20

de cuidar. Posteriormente se han unidos instrumentos y técnicas de curación cada vez mas complejas.

Así actualmente se ha dado mas preferentemente al rol técnicos del cuidado que el rol moral, lo cual va contra de la ideología de los cuidados enfermeros, ya que se da mas importancia a saber manejar estas técnicas que a la comprensión de su autorización, y tal vez por esto la tecnología no ha sido considerada por la enfermería como un elemento fundamental del cuidado.

Colliere menciona cuales son las tecnologías utilizadas en el cuidado enfermero.

- 1) El cuerpo, el primer instrumento del cuidado. El cuerpo sigue siendo el instrumento principal de la enfermería, en el sentido de que es el vehículo del cuidado. Añade a esto nuestros 5 sentidos.

El tacto es uno de los sentidos mas importantes en la presentación del cuidado, primero atreves de las manos de la madre y posteriormente de quien brinda cuidado. Así mismo, nuestro sentido de oído transmite los mensajes y es el vehículo para escuchar. La vista sitúa a la persona en su entorno, descubre caras, descifra los mensajes enviado por el cuerpo, si esta doblado, nervioso, angustiado, inmóvil, expresivo, relajado, etc.

También menciona que la impersonalización del cuerpo conduce a su vez a un cuidado despersonalizado.

- 2) Tecnología para el mantenimiento de la vida.

Son las tecnologías que compensan los hándicaps funcionales, son todos aquellos instrumentos que proporcionan una autonomía parcial o total a los pacientes, que mejoran su vida diaria.

- 3) Tecnología para la curación

Varía desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas. Los cuidados de enfermería se enfrentan a una multiplicidad y

a una magnificación de las tecnologías de la curación a precio de otras tecnologías.

4) Tecnología de la información

En el proceso de prestar cuidados, las enfermeras emplean también unas técnicas de transmisión de información, concretamente el PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (P.A.E.). Los conocimientos utilizados por una profesión deben constituir su patrimonio y deben engendrar otros conocimientos y servir como fundamentos para toda evolución profesional.

Esté patrimonio solo se podrá constituir si existe un trabajo escrito que sirva como garantía, como referencia y como impulso para la evolución. Sin trabajo escrito no hay continuidad, ni tampoco desarrollo ni creatividad.¹³

Santos Blanco también menciona que esta aceptación de la tecnología (en el hospital fundamentalmente) ha ocurrido sin ningún análisis de su contribución a los cuidados de enfermería, como respuesta a las necesidades de los individuos.

Ha ocurrido bajo la influencia de las orientaciones médicas y distintos modelos económicos. Porque ¿ que clase de cuidados son valorados en términos económicos? ¿cual es el valor de mercado de los cuidados?.

Colliere por su parte, menciona que el significado e impacto de estas tecnologías depende del vínculo que se establece entre la tecnología utilizada y la relación que la acompaña, es decir, se requiere que esta tecnología no este dissociada del soporte de relación que le da significado “ cuidar solo puede tener sentido si el uso de las técnicas esta integrado en el proceso de la relación”.¹⁴

¹³ SANTOS Blanco, F. Cuidados de Enfermería. Actas de la Sociedad Española de enfermería Oftalmológica, Vol. 1 Eneo-Diciembre. En: <http://www.oftalmo/enfermeria/enfermeria2004/15.htm>. Fecha de consulta: 08/09/08.

¹⁴ COLLIERE. óp. cit. pp270

2.2. Enfermería.

Se dice que a través del tiempo a la enfermería se le ha referido como arte y en ocasiones hasta como una ciencia. Sin embargo, en este contexto se debe tener en cuenta que el arte es algo más que un concepto lineal y estadístico, es decir, supone un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo, una forma de interrogación cualitativa que extrae su sustancia de la intuición estética.

Isabel M. Stewart hacia hincapié en que la enfermera, como “verdadera artista”, era esencial para el progreso de la enfermería hacia algo más que un oficio altamente cualificado. Miss Stewart comprendió que muchas personas veían el arte y la técnica como una entidad única, pero siempre explicaba que un trabajo podía ser técnicamente perfecto, sin embargo, carece de arte. La técnica, el alma, la mente y la imaginación eran esenciales para la formación del verdadero artista.

15

Así la herencia de la enfermería es rica y amplia, aún actualmente esta en una etapa de transición, en este sentido la profesionalización constituye una estrategia y un proceso de cambio permanente para la profesión, ya que la salud y la sociedad se encuentran en continua transformación. Este proceso exige a la vez cambios en el personal de enfermería, tanto en su forma de pensar y actuar, así como en su manera de apreciar la salud y la humanidad.

Para fines de este trabajo y para poder comprenderla mejor en los apartados siguientes se dará un breve bosquejo acerca de su historia y su conceptualización, así como, de los elementos esenciales de la enfermería que son entorno, persona, salud, enfermería ya que constituyen la base fundamental de su conocimiento.

¹⁵ ANIORTE. Óp. Cit .pp<http://perso.wanadoo.es7aniorte.nic7apunt-histor-enfermer1.htm>

2.2.1. Computarización de la enfermería.

El concepto de enfermería depende mucho de su significado, el término anglosajón nurse con el que se designa a enfermería en inglés, se deriva de las palabras latinas nutriré (alimentar) y nutrix (mujer en cría), estas palabras fueron ampliando su significado para adaptarse a los cambios en la sociedad, tales como la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños, aunque no fueran propios. El término enfermería, en cambio es más reciente, tiene la misma raíz del término enfermedad (infirmas), posiblemente debido a esto define la forma más exacta las actividades del cuidador, restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (cuidados de enfermos = enfermería), lo cual según José Siles han llevado a confusión ya que si se toma el término tan taxativamente, es demasiado estrecha para que en ella encajen todas las actividades que llevan a cabo en la profesión de enfermería.¹⁶

Susan Leddy, en “Bases conceptuales de la enfermería profesional” (1995) nos dice que es importante que se tenga una visión científica de la profesión, que se preocupe por el bien fundamental de la humanidad y que posea un sistema de creencias que revele su firmeza ética, por tanto, define a la enfermería como “... un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos...”

Pero no solo la filosofía de la enfermería por sí la define como profesión, sino que a partir de la elaboración de las diferentes teorías y modelos que han surgido la enfermería se define como profesión, por tanto, el concepto de enfermería ha evolucionado y varía junto con los diversos modelos que existen, por ejemplo; Henderson define a la enfermería en términos funcionales como:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la

¹⁶ SILES, José, 1999. En Pacheco Arce et al, 2007, antología de texto. ENEO.UNAM. Pp.15

voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Madeleine Leininger (19769). Define enfermería como una profesión humanística y científica, que se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar y facilitar a las personas o grupos a que se conserven o recuperen su bienestar o salud de un modo culturalmente significativo o beneficioso.

Su visión de los cuidados de enfermería esta dirigida a que las acciones o actividades profesionales de asistencia sean diseñadas de forma específica para que encajen con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas, grupos o instituciones para ofrecer o dar apoyo a una atención sanitaria para el bienestar beneficioso y satisfactorio.¹⁷

Dorotea Orem, por su parte la define como “proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que viven dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de enfermería se definen como ayuda al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de estas”.¹⁸

Estas definiciones, como en las demás teorías se pueden ver algunas características comunes, de las que se pueden rescatar el que la enfermería es cuidadora, adaptativa, holística, que se interrelaciona tanto con una familia, una comunidad o una persona única, que se preocupa por la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como, el cuidado de los pacientes agónicos.¹⁹

¹⁷ VARGAS. Óp. Cit. pp. 24.

¹⁸ ANIORTE. Óp. Cit .pp<http://perso.wanadoo.es7aniorte.nic7apunt-histor-enfermer1.htm>.

¹⁹ KOZIER, Barbará. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Procesos y práctica. Vil. 1. 5ª. Edición. México: Mc Graw- Hill Interamericana. 2 vol. pp4.

2.2.2. Núcleos conceptuales de la Enfermería

Disciplinas como la enfermería considerada una disciplina profesional y no teórica como la historia, la física, etc., tienen como objeto desarrollar los conocimientos que sirven para definir y guiar su práctica. Con el fin de precisar el contexto de la enfermería revisando los escritos de distintas corrientes de pensamiento enfermero, Fawset, nos dice 4 conceptos están presentes en distintos pensamientos ya que sea de manera implícita o explícita desde 1859 en los escritos de Nightingale hasta la actualidad.

Estos elementos esenciales para la enfermería, constituyen la base fundamental de su conocimiento, son los cuatro elementos del metaparadigma o núcleos conceptuales de enfermería son: cuidado, salud, persona y entorno.

Los eruditos en enfermería asumieron respecto a estos, una serie de acuerdos generales que se explican a continuación.

El primer elemento es enfermería, que se piensa como una disciplina cuyo centro de estudio es el cuidado de la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el fin de que utilice todas sus capacidades y potencialidades para la vida.

El segundo elemento es Salud, la cual no puede ser definida de manera definitiva ni inmunitable. Es la armoniosa interacción entre la persona y el entorno. Es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana. Es principio del motor de la vida, no puede ser absoluta porque es inseparable del medio ambiente social y ecológico de la comunidad.

Dentro del concepto de salud se debe tomar en cuenta: un componente Subjetivo (bienestar), un componente objetivo (capacidad para la función y un tercer componente de tipo psicológico social (adaptación biológica, mental y social de la persona).

A la salud también se le ha considerado desde la perspectiva holística y se define como un estado de integración cuerpo, mente, espíritu y entorno. Los principios y aplicación de la Salud Holística también subraya la idea de que el sujeto es responsable de su propia salud.

El tercer elemento es la persona que se considera única y particular, quien determina sus necesidades y problemas, los cuales constituyen el punto de referencia del cuidado de enfermería. La persona posee un cuerpo y un espíritu propio, un ser que conoce y un espíritu que piensa, con libre albedrío, elementos con los cuales es capaz de realizarse de manera plena, por lo que se le considera el mejor candidato para su auto cuidado.

A su vez la persona es un ser cultural y ha de transformar su mundo hasta hacer de él, un mundo de cultura, solo así podrá convertirse en el estado vital humano que implica considerar las múltiples determinantes sociales y culturales que entran en juego en el cuidado. Al referirnos a persona se entiende que pueden ser individuos, familia, comunidades y otros grupos.

El último elemento es el entorno, es el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes, que influye sobre la vida y el comportamiento del individuo, de tal manera que este presenta para el individuo su espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en cualquier otro momento.

Si las enfermeras parten de estos cuatro elementos conceptuales se hacen la base del conocimiento enfermero, es más fácil ubicarse en la naturaleza del que hacer profesional en sus diferentes escenarios y cuidar a la persona sana o enferma.²⁰

²⁰ GUILLEN Velasco, Rocío del Carmen. 2002. Enfoque conceptual de Enfermería. En: <http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/enfoqueconceptualENFERMER%C3%83%A1.PDF>. Fecha de consulta: 08/09/08.

Por último es importante, mencionar de que estos cuatro conceptos el de persona es el más importante, ya que el se centra la práctica de la enfermería y desde el surgen y se enlazan los otros tres. La falta de uno de ellos implicaría que la enfermería no puede desarrollarse como profesión. Por ejemplo: si se considera la enfermería y la persona, la visión de persona no estaría completa sin su entorno y a su vez estos tres elementos estarían aislados si no se piensa en aspectos relacionados a la salud.²¹

2.3. Modelo de Virginia Henderson

2.3.1. Antecedentes personales

En un principio Henderson no pretendía elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que ella le llevo a desarrollarse su trabajo fue la preocupación que le causaba el constar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que debería hacer la enfermera 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.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro "The Nature of Nursing", en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

²¹ FERNÁNDEZ Ferrin, Carmen, et. Al. 2000. ENFERMERIA. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson, S.A., pp149.

“La función de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que el realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo”.²²

2.3.2. Conceptos básicos

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

1. PERSONA

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera a partir de ella. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento:

- Respiración
- Alimentación/Hidratación
- Eliminación
- Movilidad
- Reposo/ Sueño
- Vestirse / Desvestirse
- Temperatura
- Higiene/ Piel
- Seguridad
- Comunicación
- Religión/Creencias

²² FERNÁNDEZ Fermín, Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Caso. Edi. Masson. 1ª edición, 1993. Pp. 3 - 106.

- Trabajar/Realizarse
- Actividades lúdicas
- Aprender

2. SALUD. INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto ella la define de la siguiente manera:

INDEPENDENCIA puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Es por ello, que los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo. Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia considerandos como parámetros normales en cada caso concreto.

LA DEPENDENCIA puede ser considerada 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. Esto se puede deber a 3 posibilidades:

- Falta de fuerza: este se relaciona a la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psicológicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos.
- Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución de la satisfacción de las Necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas 3 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 planificación de las intervenciones.

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO E SALUD.

Los cuidados Básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según sus criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona. Como dice Henderson:

“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; sin embargo, varía constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la

enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona".²³

Así surgiendo cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad a la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colaboren con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella.

ENTORNO

Son importantes los aspectos socioculturales y el entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales, etc.) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

2.4. Proceso Atención de Enfermería

2.4.1. Concepto

Método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.²⁴

Este proceso podría definirse como un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del paciente.²⁵

²³ FERNÁNDEZ. Óp. Cit. Pp. 3 - 106.

²⁴ LÓPEZ P. Proceso de Enfermería. Rev. Iberoamericana de Geriatria y Gerontología 1994;37.38

²⁵ HERNÁNDEZ Ramírez, Luz María et al El Proceso de Enfermería. Antología. pp41

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

El Proceso Atención de Enfermería (P.A.E) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo se hace necesario el conocimiento de la ciencias, biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, através de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de Salud. El P.A.E. requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.²⁶

El proceso de enfermería como práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia y comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio de sistematizar al hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta atención y para quien la recibe, permitiendo evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

2.4.2. Antecedentes

Antes de que se desarrollara el Proceso de Enfermería, la enfermeras tendrían que ofrecer los cuidados que se basaran en prescripciones médicas y se centraban en las condiciones específicas de la enfermedad mas que en la persona a la que cuidaba, el ejercicio de la enfermería que se ofrecía estaba guiado por la intuición mas que por el método científico.

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

²⁶ DU GAS B.W. Tratado de enfermería Práctica. PP. 71 - 100

En 1955 Hall creó el término de Proceso de atención de Enfermería: observación, prestación de ayuda y validación apoyada por Jonson y Orlando.²⁷

En 1965, V. Henderson describió las fases del cuidado personal enfermero como evolución de los comportamientos y las situaciones, reconocimiento de los sistemas físicos: diagnóstico, planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen cliente a través de todas las fases del cuidado.²⁸

En 1967, Yura y Walsh proponen 4 fases del proceso de atención de enfermería: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

En ese mismo año Knowles menciona 5 fases: descubrir, investigar, decidir (planificación), hacer (ejecución) y distinguir (evaluación).

Bloch (1974), y Roy (1975), Mundiger y Juavon (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnóstico.

2.4.3. Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.²⁹

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona, así como, ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

²⁷ KOZIER, óp. cit. pp.117.

²⁸ BEARE, P. Enfermería. Principios y Practica, Fundamentos en el Cuidado del Adulto. PP. 76

²⁹ CARPENITO, Lynda Juall. Manual de Diagnostico de enfermería. 9ª ed. Madrid; México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2003, pp.9.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible.

Recogida de datos.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

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

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

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

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

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

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

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

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

B) La observación:

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

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en

abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonidos: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud

VALIDACIÓN DE DATOS:

Es la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

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

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como; «normal," «regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

2.4.4. Diagnóstico Enfermero

Es un juicio clínico sobre respuesta de un individuo, familiar o comunidad frente a procesos vitales, es decir, problemas de salud vital o potencial. Proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería.³⁰

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

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

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

³⁰ VARGAS. óp. cit. pp. 38

4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.³¹

Es importante mencionar que para elaborar el diagnóstico de enfermería, primero se realiza el primer paso del proceso de enfermería que es la valoración, ya mencionada y mediante la cual se recogen, interpretan y analizan datos. En función del resultado del análisis de enfermería emite juicios encaminados a ayudar al paciente a lograr mantener el estado de salud que desea, para lo cual establece diagnósticos de enfermería.³²

Tipos de diagnósticos:

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

- Diagnóstico Real:

Describe las respuestas humanas a problemas vitales o estados de salud que existen en los individuos, familia o comunidad. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

³¹ Proceso Atención Enfermería, 2007, www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k -

³² VARGAS, óp. Cit. pp. 39

- Diagnóstico Alto Riesgo:

Describe las respuestas humanas de un individuo, familia o comunidad que pueden ser más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo a una descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Diagnóstico Posible:

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Es decir que se le asigna la palabra posible, es decir son diagnósticos de enfermería en los que se definen problemas que pueden existir, y que la enfermera se debe de dar a la tarea confirmar o excluir el diagnóstico de sospecha. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Diagnóstico de bienestar:

Describe la respuesta humana de una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.

- Diagnóstico de síndrome:

Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son

enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

2.4.5. Estructura del diagnóstico

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que considerar los siguientes puntos:

- ❖ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ❖ La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de Enfermería.
- ❖ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- ❖ Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ❖ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ❖ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- ❖ No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- ❖ No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- ❖ No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- ❖ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

2.4.6. Etiquetas de diagnóstico de la NANDA

Antecedentes

La demarcación de diagnóstico de enfermería se usó por primera vez en 1953 para la caracterización de problemas en el desarrollo del plan de cuidados y durante los siguientes 20 años solo apareció en la literatura de manera ocasional. En 1973 se formó el “Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería”, para formar categorías de problemas que deberían ser tratados como diagnósticos de enfermería. Este mismo grupo de enfermeras (entre ellas docentes, teóricas o administradoras) que formó este grupo, es el que posteriormente, en 1982, se convirtió en la actual Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) que continúa haciéndose cargo del sistema de clasificación de Diagnósticos, ya que se hacen revisiones de los mismos cada dos años.

Estructura y Organización

La taxonomía NANDA clasifica de forma sistemática los juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos. El desarrollo de esta taxonomía proporciona beneficios científicos y prácticos, permitiendo promover la investigación y el desarrollo teórico, determinar la adecuación profesional y desarrollar documentación informatizada de los cuidados del enfermo.

Cada diagnóstico enfermero NANDA, como ya se mencionó, consta de nombre o etiqueta, definición, características definitorias y factores de riesgo. Además la taxonomía II de NANDA tiene tres Niveles: estructurados en 13 dominios, 47 clases y 172 conceptos diagnósticos y los factores relacionados.

Así mismo un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”, una clase es una “subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas cosas, por su calidad, rango o grado.”³³

A continuación se presenta la forma en que están organizados por dominios y clases:

Dominio 1: Promoción de la Salud

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 1: Toma de conciencia de la Salud. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Clase 2: Manejo de la Salud. Identificación, control, realización e interrogación de actividades para mantener la Salud y el Bienestar.

Dominio 2: Nutrición

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos para producir energía.

Clase 1: Ingestión. Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

Clase 2: Digestión. Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Clase 3: Absorción. Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales.

³³ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2005 – 2006 Madrid: NANDA Internacional, Elsevier. PP. 231 – 233.

Clase 4: Metabolismo. Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasmas, la producción de productos de desechos y energía para la liberación de energía en los procesos vitales.

Clase 5: Hidratación. Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Dominio 3: eliminación

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Sistema urinario. Proceso de excreción y secreción de orina.

Clase 2: Sistema gastrointestinal. Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino.

Clase 3: Sistema integumentario. Proceso de secreción a través de la piel.

Clase 4: Sistema pulmonar. Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

Dominio 4: actividad/ Reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1: Reposo/ Sueño. Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

Clase 2: Actividad/Ejercicio. Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Clase 3: Equilibrio de la energía. Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ respiratorias. Mencionamos cardiovasculares que apoyan la actividad /reposo.

Dominio 5: percepción/cognición.

Sistema de procedimientos de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1: Atención. Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar.

Clase 2: Orientación. Conciencia del tiempo, el espacio y las personas.

Clase 3: Sensación /Percepción. Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cenestésica a través de los sentidos, así como, la comprensión de tales datos que conducen en la identificación, asociación y patrón de reconocimiento.

Clase 4: Cognición. Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

Clase 5: comunicación. Enviar y recibir información verbal y no verbal.

Dominio 6: Autopersepción

Conciencia del propio ser.

Clase1: Autoconcepto. Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.

Clase 2: Autoestima. Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.

Clase 3: Imagen corporal. Imagen mental del propio cuerpo.

Dominio 7: Rol/Relaciones

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medio por lo que se demuestran tales conexiones.

Clase 1: Roles de cuidador. Los patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

Clase 2: Relaciones familiares. Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

Clase 3: Desempeño del rol. Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones sociales esperados.

Dominio 8: Sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual. Forma de ser una persona específica respecto a la sexualidad o el género.

Clase 2: Función sexual. Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

Clase 3: Reproducción. Cualquier proceso por el que se producen nuevos individuos (personas).

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.

Forma de hacer frente a los acontecimientos/ procesos vitales.

Clase1: Respuesta postraumática. Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Procesos para manejar el estrés ambiental.

Clase3: Estrés neurocomportamental. Respuesta conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

Dominio 10: Principios Vitales

Principios que subrayen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 1: Valores. Identificación y jerarquización de los objetivos fines o modos de conducta preferidos.

Clase 2: Creencias. Opciones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones consideradas verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 3: Congruencia con las acciones con los valores/creencias. Congruencias o equilibrio entre valores, las creencias y las acciones.

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 1: Infeción. Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

Clase 2: Lesión física. Lesión o daño corporal.

Clase 3: Violencia. Empleo de una fuerza o poder excesivo de lesión o abuso.

Clase 4: Peligros Ambientales. Fuentes de peligro en el entorno.

Clase 5: Procesos Defensivos. Procesos mediante los que la persona se auto protege de lo que no es ella misma.

Clase 6: Termorregulación. Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporal con el objetivo de proteger el mismo.

Dominio 12: Confort

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: confort físico. Sensación de bienestar o comodidad.

Clase 2: Confort ambiental. Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno.

Clase 3: Confort social. Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

Dominio 13: Crecimiento / Desarrollo

Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acorde con su edad.

Clase 1: Crecimiento. Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales.

Clase 2: Desarrollo. Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo.³⁴

³⁴ VARGAS. Óp. Cit. pp. 45 – 50.

2.4.7. Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.³⁵

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad del personal de enfermería, de la familia o de la comunidad, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos, por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte del paciente y/o de la familia como por parte de los profesionales.
 - A) Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

³⁵ CARPENITO, Lynda Juall. Diagnósticos Enfermería: aplicación de la practica Clínica. Edición 3 a ed. Madrid; México: Interamericana Mc Graw – Hill. 1995, pp.24.

- B) Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como, los recursos de la comunidad se deben fijar a corto y largo plazo.
- C) Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con el paciente, la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad, para reducir los riesgos, resolver, prevenir y facilitar la independencia del paciente.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: ¿qué hay que hacer?, ¿cuándo hay que hacerlo?, ¿cómo hay que hacerlo?, ¿dónde hay que hacerlo? y ¿quién ha de hacerlo?.

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

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

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

➤ **Documentación y registro**

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el paciente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras.³⁶

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro

³⁶ RODRÍGUEZ S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación actual.pp 73 - 88

del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda van encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería:

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".³⁷

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

³⁷ RODRÍGUEZ. óp. cit. .pp. 73 - 88

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

2.4.8. Ejecución

La ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como, a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se menciona la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

2.4.9. Evaluación

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.³⁸

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

.

³⁸ RODRÍGUEZ. óp. cit. pp. 73 - 88

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones. Así la evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan de atención a Enfermería, como se menciona a continuación:

- Valoración: Esta consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

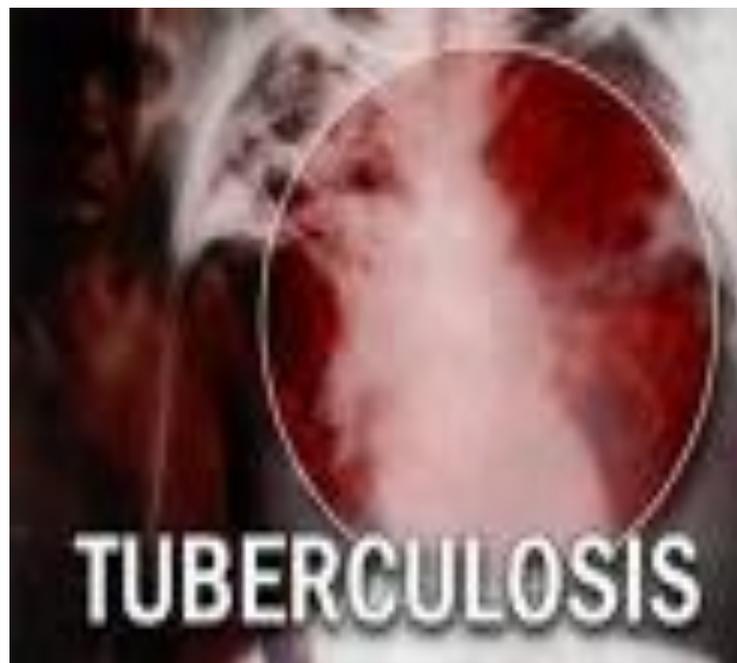
Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

2.5. TUBERCULOSIS

2.5.1. Concepto.

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium Bovis*, *Mycobacterium Africanum* o *M. canetti*, *M. Microtti*.), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante, ingestión de leche contaminada por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferos o animales bovinos enfermos.³⁹

Pero especialmente por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch (BK). Es la infección crónica más importante del mundo en cuanto a morbilidad y mortalidad. La localización más frecuente es en el aparato respiratorio, seguida a gran distancia por la afectación de cualquier otro lugar.



³⁹ POLANCO, Alberto. Tuberculosis. En : www.monografias.com/trabajos5/tuber.shtml. consulta. 21/08/08

2.5.2. Epidemiología

La tuberculosis sigue siendo en el siglo XXI un grave problema de Salud Pública, tanto a nivel nacional como mundial.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), un tercio de la población mundial está infectado por el bacilo de Koch y cada año aparecen 10 millones de casos nuevos, de los cuales por lo menos la mitad son bacilíferos. Se producen 3 millones de muertes por año.

La tuberculosis causa más muertes que cualquier agente infeccioso, es responsable del 25% de todas las muertes evitables en países en desarrollo.

En nuestro país, cifras del Instituto Nacional de Epidemiología (INE) arrojan una tasa de morbilidad menor del 15% y una mortalidad de 3/100.000 habitantes.

La Tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable y su prevalencia tiende naturalmente a disminuir pero en las últimas décadas hubo un aumento que haya sido causado por la Epidemia VIH/SIDA.

El riesgo de infección de un individuo depende de la cantidad de enfermos bacilíferos en la población y de factores individuales (estado inmunológico, edad y experiencia histórica de su grupo poblacional con el bacilo). Cada enfermo puede infectar 10 a 20 personas por año y de ellos por lo menos uno va a enfermar.

En poblaciones de alta prevalencia de tuberculosis las mayores tasas de incidencia se observan en niños pequeños y adultos jóvenes.

El mayor riesgo está en los contactos próximos a los pacientes bacilíferos (generalmente contactos familiares, dentro del hogar, hacinamiento falta de ventilación). La Tuberculosis es una enfermedad de grupos cerrados (cárceles, internados, geriátricos) pero de contactos íntimos, continuos y reiterados.

En adultos el riesgo estimado para la progresión a enfermedad es del 5 a 10% durante toda la vida, no así para todos los pacientes coinfectados con VIH/SIDA en que el riesgo es del 7 a 10% por año.

La progresión hacia la enfermedad es mayor en cuanto mas cercana a la primoinfección, lo que justifica el mayor riesgo de los niños.

Dejando evolucionar naturalmente la enfermedad, el 50% mueren dentro de los 2 años, el 25% curan espontáneamente y el otro 25% evoluciona a la cronicidad (OMS). Esto resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento correcto de la tuberculosis ya que es curable y solo morirán aquellos que no tengan acceso a ello.

1.5.7. Enfoque de Riesgo

La Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención primaria a la Salud (NOM-006-SSA2-1993) considera como grupos de riesgo a:

*Los ancianos

*Menores de 5 años sin la vacuna de la BCG.

*Las personas con VIH-SIDA.

*Las personas con quimioterapia o medicamentos antirrechazo administrados después de un trasplante de órgano

*Personas que están en contacto con personas que padecen la enfermedad

*Personas que viven en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento

* Personas con desnutrición

*Emigrantes de zonas de alta prevalencia (Asia, África, Latinoamérica, Europa del Este).

*Adictos a drogas por vía parenteral.

* Residentes en instituciones cerradas, especialmente población reclusa.

* Personas con Diabetes Mellitus

*Personas Alcohólicas⁴⁰

1.5.8. Diagnóstico de la Tuberculosis

La TB activa se diagnostica por la detección de *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier muestra del tracto respiratorio (TB pulmonar) o fuera de él (TB extrapulmonares). Aunque algunos métodos más utilizados son los siguientes:

Cultivo:

Existen dos técnicas: una utiliza medios de cultivo sólidos, como el Löwenstein-Jensen, que es el más utilizado y otro que se emplea por medios líquidos (7H12 de Middlebrook) en frascos cerrados que incorporan generalmente un ácido graso como ácido Palmítico, marcado con carbono radioactivo.

El crecimiento de las micobacterias se comprueba al detectar la aparición de CO₂ radioactivo (Sistema BACTEC), éste último sistema emplea un tiempo inferior al necesario para visualizar la aparición de colonias en comparación con el medio de Löwenstein-Jensen. Estas pruebas pueden inocularse en un medio con huevo e incubarse a 37°C en una atmósfera con el 5% de CO₂. Debido a que la mayor parte de las especies de micobacterias presentan.

⁴⁰ SECRETARIA DE SALUD. NORM-006-SSA2-1993.

Un crecimiento lento, pueden ser necesarias cuatro a ocho semanas antes de que se pueda detectar dicho crecimiento. Aunque la Tuberculosis se puede identificar de manera preliminar según el tiempo de crecimiento y la pigmentación y morfología de las colonias, tradicionalmente se han utilizado diversas pruebas bioquímicas para conocer la especie de los cultivos de micobacterias.



Teñido en rojo bacilos de *Mycobacterium tuberculosis*.

Visión directa en esputo del bacilo de tuberculosis, con técnicas de tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes (Ziehl-Neelsen). Cultivo de muestra biológica.

RX de tórax de una Tuberculosis:

Es esencial en el diagnóstico de la enfermedad. Las lesiones típicas radiológicas son apicales, en segmentos posteriores y generalmente formando cavidades como se muestra en la fotografía que se muestra abajo.

No obstante esta indicada en las siguientes situaciones:

- Sintomáticos respiratorios con baciloscopía negativa persistente luego de dos seriados para BAAR.
- Para el diagnóstico de tuberculosis Infantil
- Contactos adultos jóvenes con síntomas respiratorios.



Baciloscopía:

Visión directa en esputo del bacilo de tuberculosis, con técnicas de tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes (Ziehl-Neelsen).

Informe de resultados de la baciloscopía:

- (-) no se encuentra BAAR en 100 campos microscópicos observados
- (+) menos de 1 BAAR por campo en promedio, en 100 campos microscópicos observados
- (++) de 1 a 100 BAAR por campo promedio, en 50 campos microscópicos observados.
- (+++) mas de 10 BAAR por campo en promedio, en 20 campos microscópicos observados.

Prueba de la tuberculina mediante la técnica de MANTOUX:

Inyección intradérmica de PPD para la realización del test de Mantoux

Test cutáneo (intradermorreacción) para detectar infección tuberculosa. Se utiliza como reactivo el PPD (Derivado Proteico Purificado), Rt 23 con Tween 80, con una dosis de 0.1 ml. Equivalente a 2 UT(unidades Internaciones), en el borde externo del antebrazo izquierdo, en la unión del tercio medio superior con el medio como se muestra en la fotografía de abajo.

La lectura se realiza a las 72 horas, luego de su aplicación, con una regla milimetrada y el resultado se informa en milímetros.

Y los resultados se pueden describir de la siguiente manera:

< De 5 mm = Negativo

5 ó más mm. = Positivo en pacientes con HIV , en contactos con tuberculosos activos ó pacientes con datos radiológicos positivos y antecedentes de haber padecido TB.



OTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO SON:

- ❖ Examen clínico
- ❖ Prueba de sangre con interferón gamma
- ❖ Biopsia del tejido afectado

1.5.9. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

El tratamiento de la tuberculosis se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, haciendo eficaces las pautas de 6 meses de tratamiento. Sin olvidar que el tratamiento se debe prescribir por el personal de salud y que este debe ser estrictamente supervisados por personal de salud o personal comunitario capacitado.

La tuberculosis es perfectamente curable, pero es necesario un diagnóstico temprano (acudir inmediatamente al médico), pues es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. En seguida, es indispensable no abandonar el tratamiento ya que al suspender el tratamiento, esta enfermedad se empeora rápidamente y causa que el bacilo se haga resistente a los medicamentos.

El tratamiento de la tuberculosis, incluye los siguientes fármacos:

Fármacos	Presentación	Dosis diaria:			Dosis intermitentes (a)		Reacciones adversas
		Niños mg/Kg. peso	Adultos mg/Kg. peso	Dosis máxima/día	Niños mg/Kg.	Adultos dosis total máxima	
ISONIACIDA (H)	Comp. 100 mg	10-15	5-10	300 mg	15-20	600-800 mg	Neuropatía periférica Hepatitis
RIFAMPICINA (R)	Caps. 300 mg Jarabe 100 mg x 5 ml	15	10	600 mg	15-20	600 mg	Hepatitis Hipersensibilidad Interacciones medicamentosas
PIRAZINAMIDA (Z)	Comp. 500 mg	25-30	20-30	1,5 - 2 g	50	2,5 g	Gota Hepatitis
Estreptomicina (S) (b) (c)	Fco. Amp. 1 g	20-30	15	1 g	18	1 g	Vértigo Hipoacusia Dermatosis
ETAMBUTOL (E) (d)	Comp. 400 mg	20-30	15-25	1 200 mg	50	2 400 mg	Alteración de la visión

El esquema de tratamiento se debe administrar aproximadamente durante 25 semanas, hasta completar 105 dosis, dividido en dos etapas: fase intensiva, 60 dosis (diario de lunes a sábado con HRZE); y fase de sostén, 45 dosis (intermitente, 3 veces a la semana, con HR).

En personas que pesen menos de 50 Kg. las dosis serán por kilogramo de peso en dosis máxima y con fármacos en presentación separada, como se indica en la tabla anterior. Así como en niños menores de 8 años se deben administrar tres fármacos (2HRZ/4H₃R₃) en presentación separada de acuerdo con las dosis indicadas.⁴¹

⁴¹ SECRETARIA DE SALUD. Óp. Cit. Pp. 15

2.5.11. Prevención

La prevención es el conjunto de intervenciones que realiza, con la finalidad de evitar la infección por TB, y en caso de que está se produzca, evitar el paso de infección a enfermedad.

La prevención está dirigida a evitar la diseminación del bacilo de Koch en la comunidad.

Las medidas preventivas son:

- ❖ Promover estilos de vida sana.
- ❖ Identificar oportunamente a los enfermos
- ❖ Asegurar su curación
- ❖ Eliminar las fuentes de infección presente en la comunidad a través de la detección.
- ❖ Diagnóstico precoz y tratamiento "supervisado en boca", de los casos de TBP Bk (+); cuando se diagnostica y trata oportunamente a un enfermo con tuberculosis pulmonar BK (+), se evita que diez a veinte personas entre la familia y la comunidad se infectan anualmente esto es por medio de un buen estudio de contactos.
- ❖ Vacunación BCG.
- ❖ La prueba cutánea (PPD) para tuberculosis para todas aquellas poblaciones de alto riesgo.

2.6. Diabetes Mellitus

2.6.1. Concepto

Es una enfermedad vitalicia caracterizada por niveles altos de glucemia.

2.6.2. Causas

La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina (una hormona producida por el páncreas para controlar la glucemia), resistencia a la insulina o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal de metabolismo de los alimentos. Varias cosas suceden durante su digestión:

- Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de combustible para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
- Un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede utilizarse como combustible.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina o a que músculos, grasa y células hepáticas no responden de manera normal a la insulina, o ambos.



2.6.3. Tipos de Diabetes

- Diabetes tipo 1: generalmente se diagnostica en la infancia, pero muchos pacientes son diagnosticados cuando tienen más de 20 años. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de ésta para mantenerse con vida. La causa exacta se desconoce, pero la genética, los virus y los problemas auto inmunitarios pueden jugar un papel.



- Diabetes tipo 2: es por lejos más común que el tipo 1, corresponde a la mayoría de todos los casos de diabetes y generalmente se presenta en la edad adulta, aunque se está diagnosticando cada vez más en personas jóvenes. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucemia normales, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes, incluso no saben que la tienen, a pesar de ser una enfermedad grave. Este tipo de diabetes se está volviendo más común debido al creciente número de estadounidenses mayores, el aumento de la obesidad y la falta de ejercicio.



- Diabetes gestacional: consiste en la presencia de altos niveles de glucemia que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.



2.6.4. Factores de Riesgo

- Un progenitor o hermanos con diabetes
- Obesidad
- Edad mayor a 45 años
- Algunos grupos étnicos (particularmente afro americanos, nativos americanos, asiáticos, isleños del pacífico e hispanoamericanos)
- Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 Kg. (9 libras)
- Nivel alto de colesterol en la sangre
- No hacer suficiente ejercicio
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Deterioro previo de la tolerancia a la glucosa

2.6.5. Signos y Síntomas

- ❖ Poliuria (Aumento de la micción)
- ❖ Polidipsia (Aumento de la sed)
- ❖ Polifagia (hambre excesiva)
- ❖ Pérdida de peso a pesar del aumento del apetito
- ❖ Fatiga
- ❖ Náuseas
- ❖ Visión borrosa
- ❖ Impotencia en los hombres

2.6.6. Diagnóstico

Existen 3 formas posibles de establecer el diagnóstico de la diabetes y en cada una de ellas, este se debe confirmar en un día subsiguiente.

- A) Síntomas: los característicos de la diabetes con una concentración plasmática de glucosa igual o mayor a 200 mg/dl en una muestra aleatoria de sangre en la que se obtiene en cualquier momento del día, sin importar cuando se ingirió el último alimento.
- B) Concentración plasmática de la glucosa en ayunas: igual o mayor de 126 mg/dl. Para este fin el estado del ayuno se define como la ausencia de ingreso de calorías por lo menos durante las últimas ocho horas.
- C) Glucemia en ayunas menor del valor diagnóstico, pero un valor de glucosa igual o mayor de 200mg/dl, 2 horas después de administrar por vía oral una carga de 75g de glucosa.

El último criterio requiere una curva de tolerancia oral a la glucosa, estudio que no es necesario si se cumple cualquiera de los otros dos criterios diagnósticos en más de una ocasión.

2.6.7. Tratamiento

No existe cura para la diabetes. El tratamiento consiste en medicamentos, dieta y ejercicio para controlar el nivel de azúcar en la sangre y evitar el sedentarismo.

2.6.8. Complicaciones

Las complicaciones de emergencia abarcan el coma diabético hiperosmolar hiperglucémico.

Las complicaciones a largo plazo incluyen:

- Retinopatía diabética
- Neuropatía diabética
- Enfermedad vascular periférica
- Hiperlipidemia, hipertensión, aterosclerosis y enfermedad coronaria.

2. Metodología del Trabajo

3.1. Consentimiento Informado

Se realizó el presente estudio a una persona que acudió al Centro de Salud TIII"DR: MAXIMILIANO RUIZ CATAÑEDA", dependencia del Gobierno del Distrito Federal, al programa de la RED TAES contra la Tuberculosis, para lo cual se pidió de antemano la autorización del paciente misma de su familia, en este caso de su hija.

3.2. Consideraciones éticas

El consentimiento informado se entiende como la aceptación por parte de un paciente competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico desde tener la información adecuada para implicarse libremente en una decisión clínica. En este caso enfocado al cuidado y a las 14 necesidades de Virginia Henderson, se le solicita su colaboración explicándole de antemano los beneficios que tiene la elaboración de diagnósticos de enfermería y la elaboración de un plan de cuidados, beneficios como la disminución de riesgos y de complicaciones de su enfermedad.¹

Los requisitos primordiales para esto son: libertad, competencia e información suficiente. Consecuente, tiene que entenderse como fruto de la relación enfermera – paciente, siempre basada en la confianza y el proceso de información continuo.

El consentimiento informado, por si mismo, tendría que favorecer la comprensión del procedimiento o cuidado propuesto, decir en que consiste, las alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (con beneficio, secuelas y riesgos), con el fin de llegar a una decisión, ya sea de elección, de adaptación o de rechazo.

¹ VARGAS. Óp. Cit. pp. 72.

Así mismo debe de existir constancia que se a producido el consentimiento informado mediante la firma de un documento que consigne el deber previo de informar correctamente. Así, cuando la persona firma el documento de consentimiento, consiste libremente y sin coacción a ser objeto de un procedimiento o cuidado sobre el cual le ha preferentemente por escrito si el paciente esta consiente, que comprende la información y esta debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del conocimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

PRINCIPIO DE CONFIABILIDAD. Este afirma que la enfermera se hace digna de la confianza y el respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, a sus pacientes, al dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayudar a las personas.²

3.3. Descripción del caso

El presente caso clínico, hace referencia a una persona adulto mayor de 70 años de edad, Masculino, originario y residente del Distrito Federal, Viudo, con siete hijos, con estudios hasta 4 de primaria, se dedica al hogar y que inicia su padecimiento actual al presentar Diabetes Mellitus Controlada, fiebre, tos con flema verde, ardor al orinar, dolor de pecho y espalda, pérdida de peso sin razón alguna, malestar general del cuerpo, así como refiere no tener fuerza para caminar, por lo que acudió a su clínica familiar, Al interrogatorio refiere que los signos y síntomas anteriormente mencionados , iniciaron en el mes de Febrero del 2008 , acude a su medico familiar , el cual le diagnostica una infección en la garganta, le receta amoxicilina de 500mg. Por 7 días y Ambroxol y le manda a realizar una baciloscopía, una placa de tórax y estudios generales de orina y sangre, esperando así los resultados de los estudios de Laboratorio.

² SECRETARIA DE SALUD. Óp. Cit. pp.11 – 13.

A los 4 días de la visita con el médico acude nuevamente, pero esta vez a la unidad de Urgencias ya que presento fiebre de 39°, tos con flema era persistente mencionando dolor de pecho y espalda, por lo que le tomaron una placa de tórax, un estudio de Baciloscopía esta resultando positiva de +++, en el Pulmón y en Riñón, en relación con su Diabetes M. encontrándose estable de 100mg. /dl.

Con el siguiente Diagnóstico: Diabetes Mellitus Tipo II + Tuberculosis Pulmonar, Renal y probable Ósea, es Egresado de la Unidad de Urgencias de su Seguro Particular, con las siguientes indicaciones:

- ✓ Presentarse a su Centro de Salud que le corresponda de acuerdo a su domicilio para le proporcionarle sus antimicobacterianos.
- ✓ Llevar una dieta baja en azúcares.
- ✓ Sacar una cita con su médico familiar para continuar con el control de la Diabetes.

Pero en el mes de Julio fue nuevamente ingresado al hospital ya que tenía programada una cirugía en el tobillo derecho de la cual no tuvo ninguna complicación y regreso a su casa a los 3 días de la cirugía.

A los ocho días de los retiros de puntos, se observó que algunos de los puntos no cerraron y que la herida quedó expuesta pero libre de alguna infección, su médico familiar le dio la indicación de que le realizaran curación del diario y que se le colocara vendotes para que así fuera cerrando poco a poco la herida.

3.4. Variables o indicadores

Durante el presente estudio de caso las variables consideradas son las 14 necesidades Básicas planteadas en el Modelo de Virginia Henderson. Así mismo, como los indicadores se tomaron los datos obtenidos por la exploración física, es

decir, los datos de independencia y de dependencia, en base a cada una de las necesidades analizadas.

Consecuentemente se llevo a acabo la evaluación del nivel de satisfacción de cada una de estas variables, de acuerdo a los grados de dependencia o de independencia ya mencionados, lo cual favoreció la elaboración de cada uno de los diagnósticos de enfermería que se presentaran posteriormente.

2.2. Procedimientos e instrumentos de valoración

El presente estudio de caso se empleo el método de Proceso Atención de Enfermería, orientado con el modelo conceptual de Virginia Henderson.

En la etapa de valoración se evaluó a la persona de manera exhaustiva y focalizada através de la exploración física en base al método clínico, además de la recopilación de datos por medio de interrogatorio directo e indirecto, ya que también auxilio el familiar (hija). Todo con esto el instrumento de valoración que se mostrara más adelante con los datos propios de la valoración.

Además de las fuentes directas ya mencionadas, se utilizarón otras herramientas, como fue la hoja de egreso, así mismo investigación bibliográfica para completar el plan de atención.

2.3. Etapa de valoración

A continuación se presenta por tanto la valoración realizada a la persona seleccionada.

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

NOMBRE: M.V.D.

Edad: 70 años

Peso: 48

Talla: 1.60

Fecha de nacimiento: 25/04/1938

Sexo: Masculino

Ocupación: Jubilado

Escolaridad: 4 año de primario

Lugar de Nacimiento: México D.F.

Lugar de Residencia: Distrito Federal

Fuente de información: paciente

Miembro de la familia/ persona significativa: su hija Leticia Valdez

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

✓ Necesidades Básicas de Oxigenación:

BIOFISIOLÓGICO: Adulto mayor de 70 años, consciente, orientado, con una talla de 1.60 cm. Y un peso de 48 kg. Presenta una T/A: 100/70., F.C. 80x, F.R. 28x, dext. 110mg/dl y este presenta llenado capilar de 2 segundos.

El paciente presenta un tórax normolineo, campos pulmonares ventilados y movimiento torácicos asimétricos y con ruidos cardiacos rítmicos; refiere tener dolor en pecho y espalda, presenta tos con flema y lo hace con más frecuencia cuando ingiere sus anti-fúngicos.

SOCIOCULTURAL: Niega toxicomanías y alcoholismo. Así mismo menciona que Anteriormente fumaba, pero lo dejó apenas hace 5 años.

PSICOEMOCIONAL: Al momento del interrogatorio manifiesta inquietud por su estado de salud.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Nutrición e Hidratación:

BIOFISIOLÓGICO: Las Membranas Mucosa Hidratadas, lengua y paladar rosado, el aspecto de los dientes son incompletos ya que tiene dentadura postiza de la parte de enfrente y de arriba, los demás se presentan con amalgamas, las características de las uñas normal, con un peso de 48 Kg. Refiere que ya no ha perdido peso y que se mantiene en el mismo peso que comenzó el tratamiento. Y una talla de 1.60cm, refiere que el número de comidas diarias es de 3 veces al día, no sufre de alguna alergia alimenticia o intolerancia; la cantidad de líquidos que consume al día es de 2 litros de agua. Con los anti-fúngicos menciona tener náuseas pero que nunca ha vomitado.

SOCIOCULTURAL: Considera que este es un problema , cuando me sirven de comer ya que casi no ingiero todos los alimentos que me proporciona mi hija, y ella se muestra molesta.

PSICOEMOCIONAL: Toda esta problemática le ocasiona problemas en la hora de la comida ya que le ocasiona náuseas y que no es por la comida que le proporciona su hija, y que el se dio cuenta que desde se toma sus antifimicos.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Eliminación:

BIOFISIOLÓGICO: El abdomen es plano, blando, reprensible, no dolor a la palpación superficial y profunda, peristaltismo presente y disminuido, ruidos intestinales sin alteración, evacuación intestinal dos veces por día, las características de las heces son formadas y no presenta dolor al defecar

Micción: es de 5 a 6 veces al día, sus características es de color amarillo claro, no presenta enfermedades renales y menciona que desde que toma sus antifimicos ya no presenta ardor al orinar.

SOCIOCULTURAL:

PSICOEMOCIONAL: refiere estar contento ya que actualmente el mismo entra al baño

ESPIRITUAL:

- ✓ Necesidades Básicas de moverse y mantener una buena postura

BIOFISIOLÓGICO: Las extremidades inferiores son asimétricas, tiene una postura normal de acuerdo a su edad, rodillas normales y una herida quirúrgica en el tobillo derecho, uñas de los pies normales. El estado del sistema esquelético / fuerza con arcos de movilidad completos, con fuerza muscular normal en brazos. Necesita de ayuda para la de ambulación y se apoya de su andadera por la herida quirúrgica en el tobillo derecho.

SOCIOCULTURAL:

PSICOEMOCIONAL: refiere que ya se aburrió de la andadera, puesto que el no necesita de la ayuda de nada para el caminar por si solo.

ESPIRITUAL: Teme ser una carga ya por mucho tiempo para sus hijos y nietos.

- ✓ Necesidades Básicas de Sueño y Descanso:

BIOFISIOLÓGICO: Horario de descanso nocturno es de 7 a 8 horas menciona que cuando despierta se siente descansado, pero por las tardes toma una siesta de 1 hora.

SOCIOCULTURAL:

PSICOEMOCIONAL: refiere que recuperó su sueño ya que antes de tomar sus antífimicos no podía dormir por la tos.

ESPIRITUAL:

- ✓ Necesidades Básicas de Elegir la Ropa Adecuada (vestirse y Desvestirse)

BIOFISIOLÓGICO: Viste de acuerdo a su edad con cambio de ropa del diario, necesita ayuda para vestirse y desvestirse por la herida quirúrgica.

SOCIOCULTURAL:

PSICOEMOCIONAL: refiere tener miedo de lastimarse la herida quirúrgica

ESPIRITUAL:

- ✓ Necesidades Básicas de Mantener una Adecuada Temperatura del Cuerpo:

BIOFISIOLÓGICO: La casa que habita es cálida por el número de integrantes de la familia y en la habitación en la que se duerme se encuentra en lugar en donde entra el sol.

SOCIOCULTURAL:

PSICOEMOCIONAL: solo menciona que si no puede contagiar a sus familiares que se rolan para dormir con él.

ESPIRITUAL:

- ✓ Necesidades Básicas de Higiene Corporal, protección de la Piel:

BIOFISIOLÓGICO: Sistema músculo esquelético en buenas condiciones, sin embargo, por la herida quirúrgica en el tobillo derecho lo que su capacidad para deambular se ve limitada. Piel se encuentra hidratada.

Presenta una herida quirúrgica en el tobillo de aproximadamente 10 cm. De largo. En región del tobillo, la cual se encuentra abierta, la cual se le colocan vendotes para que se cierre la herida poco a poco, la cual se le realiza curación una vez al día.

Realiza baño corporal y cambio de ropa interior cada 3er día, ropa exterior del diario, cepillado de dientes después de cada alimento y si lubrica su piel.

Uñas resistentes, limpias y recortadas, escaso cabello y cortado, con canas, pabellones auriculares y ojos limpios, sin problemas.

SOCIOCULTURAL: habita en una casa construida de tabique y cemento, loza, con 6 habitaciones para 15 personas, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización.

PSICOEMOCIONAL: le preocupa que la herida tarde en cicatrizar o que pueda contraer alguna infección.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Evitar Peligros:

BIOFISIOLÓGICO: Es un adulto mayor, el cual no es alérgico algún medicamento, es tranquilo y muy alegre, puesto que cuenta con su familia y algunos amigos y evita al máximo los peligros en su hogar, ya que cuenta con niños menores.

SOCIOCULTURAL: Cuenta con el apoyo familiar y de algunos amigos cercanos.

PSICOEMOCIONAL: Después de unos momentos de tomarse sus antifímicos se muestran desesperado por la respuesta obtenida por los fármacos, pero posteriormente se muestra tranquilo y continua con su rutina normal.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Comunicación:

BIOFISIOLÓGICO: Estado Civil Viudo, vive con 3 de sus hijos y con sus nietos, rol de la estructura familiar Padre.

SOCIOCULTURAL: existen buenas relaciones con su familia, tiene amigos allegados en su localidad, actividad en su tiempo libre es leer el periódico y jugar con su nieta que vive con él.

PSICOEMOCIONAL: comunicación verbal adecuada, continuamente esta comunicándose con sus hijos y sus nietos, habla claro, no escucha bien y usa lentes de vista cansada.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Creencias y Valores:

BIOFISIOLÓGICO: Masculino de 70 años, con integridad del sistema neuromuscular deterioro de la deambulación, secundaria a cirugía del tobillo.

SOCIOCULTURAL:

PSICOEMOCIONAL:

ESPIRITUAL: Tipo de religión católica, su creencia religiosa no le genera conflictos, imágenes (Virgen de Guadalupe, Cristo y un San Judas) en la cabecera de la cama. Los valores que practica son el respeto y la Verdad.

✓ Necesidades Básicas de Trabajar y Realizarse:

BIOFISIOLÓGICO: Construcción física frágil en el momento de la valoración.

SOCIOCULTURAL: Refiere que no le preocupa ser jubilado y que se dedica actualmente a su hogar, pero que si le hubiera gustado seguir estudiando, y terminar una carrera, pero que se encuentra satisfecho con su vida.

PSICOEMOCIONAL: Refiere sentirse satisfecho consigo mismo, es relación a la enfermedad menciona que es una prueba y que la va a superar de la mejor manera.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Actividades Recreativas:

BIOFISIOLÓGICO: Sistema nervioso y de los sentidos íntegros. Generalmente se encuentra cooperativo y alegre con las personas que se encuentran a su alrededor.

SOCIOCULTURAL: Actividades que realiza en su tiempo libre: leer el periódico y jugar un rato con una de su nieta.

PSICOEMOCIONAL: cuando no se encuentra su nieta, se muestra muy callado y serio.

ESPIRITUAL:

✓ Necesidades Básicas de Aprendizaje:

BIOFISIOLÓGICO: Sistema Nervioso sin alteraciones y sentidos de la vista y oído se encuentran alterados.

SOCIOCULTURAL: Nivel de educación 4 de primaria, no tiene problemas para aprender, ni intelectuales.

PSICOEMOCIONAL:

ESPIRITUAL:

✓ Antecedentes de importancia para el padecimiento:

Nieta de 2 años, con tratamiento de quimioprofilaxis.

2.4. Etapa de diagnóstico

A continuación se muestra el análisis de cada una de las necesidades , en las que se encontró problemas así mismo se incluye el grado de dependencia e independencia de cada una de ellas, así como los diagnósticos enfermeros que se formularon, estos de acuerdo a la taxonomía NANDA y con el formato PES.

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: OXIGENACIÓN

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • dolor en pecho y espalda • tos con flema y lo hace con más frecuencia cuando ingiere sus antifímicos. • Disnea (F.R. 28) • inquietud 	<ul style="list-style-type: none"> • inquietud por su estado de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • menciona que Anteriormente fumaba, pero lo dejo apenas hace 5 años. 	

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Patrón Respiratorio ineficaz relacionado con dolor en pecho y espalda manifestado por tos productiva y disnea.

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
✓ Náuseas	✓ Esta problemática le ocasiona problemas en la hora de la comida ya que le ocasiona náuseas y que no es por la comida que le proporciona su hija, y que el se dio cuenta que desde se toma sus antifímicos.	✓ Considera que es un problema , cuando me sirven de comer ya que casi no ingiero todos los alimentos que me proporciona mi hija, y ella se muestra molesta.	

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución del apetito secundario a las náuseas que le provoca los antifímicos manifestado por peso corporal inferior en un 20%.

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: ELIMINACIÓN

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ refiere estar contento ya que actualmente el mismo entra al baño 		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

✓ **NECESIDAD AFECTIVA:** MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
➤ Necesita de ayuda para la de ambulación y se apoya de su andadera por la herida quirúrgica en el tobillo derecho.	➤ refiere que ya se aburrió de la andadera, puesto que el no necesita de la ayuda de nada para el caminar por si solo.		Teme ser una carga ya por mucho tiempo para sus hijos y nietos.

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la ambulación relacionado con herida quirúrgica en el tobillo derecho manifestado por uso de andadera

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: SUEÑO Y DESCANSO

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	❖ refiere que recuperó su sueño ya que antes de tomar sus antifímicos no podía dormir por la tos.		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

✓ **NECESIDAD AFECTIVA:** ELEGIR LA ROPA ADECUADA (VESTIRSE Y DESVESTIRSE)

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> Necesita ayuda para vestirse y desvestirse por la herida quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> refiere tener miedo de lastimarse la herida quirúrgica 		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado con exposición de herida quirúrgica manifestado por dificultad para quitarse o ponerse la ropa.

**GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

✓ **NECESIDAD AFECTIVA:** MANTENER UNA ADECUADA TEMPERATURA DEL CUERPO

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ solo menciona que si no puede contagia a sus familiares que se rolan para dormir con él. 		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

✓ **NECESIDAD AFECTIVA:** HIGIENE CORPORAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<p>➤ Herida quirúrgica en el tobillo derecho lo que su capacidad para deambular se ve limitada.</p>	<p>➤ Le preocupa que la herida tarde en cicatrizar o que pueda contraer alguna infección.</p>		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

✓ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Deterioro de la integridad cutánea relacionado con dificultad para la cicatrización asociado diabetes manifestado por herida quirúrgica.

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: EVITAR PELIGROS

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Después de unos momentos de tomarse sus antifímicos se muestran desesperado por la respuesta obtenida por los fármacos, pero posteriormente se muestra tranquilo y continúa con su rutina normal. 		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: COMUNICACIÓN

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	No escucha bien y usa lentes de vista cansada.		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

GUÍA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.V.D.

FECHA: 14/03/08.

NECESIDAD AFECTIVA: ACTIVIDADES RECREATIVAS

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	Cuando no se encuentra su nieta, se muestra muy callado y serio.		

TOTALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA

R. SUPLENCIA

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. VOLUNTAD

R. AYUDA

F. DE CONOCIMIENTOS

R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA
1.-OXÍGENO	I = TD= PD=X
2.-NUTRICIÓN E HIGIENE	I = TD= PD=X
3.-ELIMINACIÓN	I = X TD= PD=
4.-MOVERSE	I = TD= PD=X
5.-DESCANSO Y SUEÑO	I = X TD= PD=
6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I = TD= PD=X
7.-TERMORREGULACIÓN	I = X TD= PD=
8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	I =

	TD= PD=X
9.-EVITAR PELIGROS	I = X TD= PD=
10.-COMUNICARSE	I = X TD= PD=
11.-VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	I = X TD= PD=
12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	I = X TD= PD=
13.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I = X TD= PD=
14.-APRENDIZAJE	I = X TD= PD=

I: Independiente

TD: Totalmente Dependiente

PD: Parcialmente Dependiente

3.8. Problemas detectados

Para fines de este trabajo solo se plasmaron los diagnósticos correspondientes a 5 de las 14 necesidades, es decir, de las necesidades de Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Moverse, Higiene/Piel y Elegir la Ropa Adecuada (Vestirse y Desvestirse).

- Patrón Respiratorio ineficaz. Cuando una persona Elimina alguno de los derivados o de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios. Por otra parte en que la frecuencia, profundidad, duración, ritmo o excursión de la pared torácica/abdominal durante la inspiración, espiración o ambas no mantiene una ventilación óptima para el individuo.
- Alteración de la nutrición por defecto :Estado que una persona experimenta un aporte de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas
- Deterioro de la Deambulaci3n: Cuando una persona se le dificulta el Movimiento de una de las partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentes (pero no siempre) contra resistencia.
- Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento: Estado en que la persona experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de vestido/acicalamiento personal.
- Deterioro de la integridad cutánea: Estado en que la piel de la persona se encuentra afectada.

3.9. Plan de Atención de Enfermería

Diagnóstico Enfermero	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✓ Patrón Respiratorio ineficaz relacionado con dolor en pecho y espalda manifestado por tos productiva y disnea.</p>	<p>➤ Que el paciente conozca sobre la importancia del manejo de las secreciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la Salud al paciente y familia. • Sensibilizar al paciente sobre cubrirse la boca al toser o estornudar es más fácil la prevención de nuevos casos y acabar la cadena de transmisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al educar al paciente y la familia, sobre el control y la prevención de la Tuberculosis será más fácil acabar con la cadena de transmisión. • Al cubrirse la boca se disminuye la propagación de las bacterias. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente ya no experimenta disnea. • Lleva un buen control de las secreciones ya que tiene un contenedor de basura con tapa y con bolsa negra en donde proporciona sus cubre bocas y su basura personal. También utiliza su cubre bocas.

Diagnóstico Enfermero	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación.
<p>➤ Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución del apetito secundario a las náuseas que le provoca los antifímicos manifestado por peso corporal inferior en un 20%.</p>	<p>·La persona satisfacer las necesidades alimentarias diarias de acuerdo a las necesidades metabólicas. Así para incrementar el peso corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se orienta al paciente y a sus familiares sobre una dieta rica y balanceada que ayude a su equilibrio nutricional. ·Se da promoción a la salud sobre higiene en alimentos, los diferentes grupos alimentos manejo de utensilios para este tipo 	<ul style="list-style-type: none"> • El incremento en el consumo de nutrientes favorece el aumento del nivel nutricional. Así como el aumento del peso corporal disminuye el riesgo de desnutrición severa. • El darle a conocer al paciente y a los familiares sobre los grupos de alimentos le ayudará a realizar una alimentación balanceada y adecuada para él 	<p>El paciente presenta mejoramiento del estado nutricional, gracias a la dieta balanceada y variada. Esto se ve reflejado en que el paciente no tiene pérdida de peso , si no que se mantiene en el mismo peso e ingiere un poco mas de alimentos y disminuyeron las náuseas.</p>

		<p>de padecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se le saca una consulta con un nutriólogo.• Se sugiere que acompañen al paciente a la hrs. de comer para asegurar que ingiera sus alimentos.	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">• El especialista en nutrición y el personal de enfermería son las personas indicadas para la prevenir el riesgo de desnutrición.• Al integrar al paciente a la hora de los alimentos estimulará a que éste ingiera todos sus alimentos.	
--	--	---	--	--

Diagnóstico Enfermero	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la ambulación, relacionado con herida quirúrgica en el tobillo derecho manifestado por uso de andadera 	<ul style="list-style-type: none"> Que el paciente tendrá la capacidad para moverse independientemente; su forma de andar y su postura. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las actividades que puede realizar de forma autónoma, aquellas que requiere asistencia y el nivel de éstas. Animar al paciente a realizar por si misma todas las actividades que pueda hacer, aumentándolas progresivamente según su tolerancia. Elaborar y llevar acabo conjuntamente un programa de 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar en la medida de lo posible el entorno físico a fin de favorecer la máxima libertad de movimientos y prevenir lesiones traumáticas. Al estimular al paciente sobre las actividades que realice le brindara confianza y por si mismo las llevara. El fijar conjuntamente objetivos realistas y elogiar 	<p>El paciente y la familia se presentaron muy cooperadores ya que al principio el paciente no quería realizar ningún ejercicio, ni caminar con la andadera ya que no se sentía capaz. Pero posteriormente platicando con el acepto a realizar los ejercicios y posteriormente con él apoyo de su hija dio unos cuantos pasos sin andadera. Ahora el solo realiza sus ejercicios sin que nadie le diga y trata de dar también algunos pasos.</p>

		<p>ejercicios físicos activos y pasivos, según posibilidades, con el fin de mantener o mejorar el tono y fuerza muscular y la movilidad articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener en todo momento una posición fundamental, con el cuerpo bien alineado. • Si es posible ayudarlo, a deambular sin la ayuda de la andadera, tanto tiempo que tolere. • Hacer que la familia participe en las actividades que se va a realizar con el paciente. 	<p>los logros obtenidos, nos ayuda a llevarlos a corto plazo y con resultados satisfactorios para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El mantener una alineación adecuada nos ayuda a prevenir deformidades articulares. • Al deambular sin la ayuda de la andadera le dará seguridad para realizarlo por si solo. • La familia es una parte fundamental para la recuperación de los pacientes. 	
--	--	--	--	--

Diagnóstico Enfermero	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✓ Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado con exposición de herida quirúrgica manifestado por dificultad para quitarse o ponerse la ropa.</p>	<p>*Identificar el origen de la dificultad y con los recursos con los que cuenta para compensarla, reducirla y superarla, para que el paciente adquiera habilidades para vestirse/acicalarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que el paciente se sienta cómodo y proporcionarle ropa limpia las veces que sea necesario. • Estimular la participación activa, emplear al máximo las capacidades motrices; suplir únicamente aquellas actividades que el paciente no pueda realizar o que le resulten dolorosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El proporcionar un ambiente íntimo, cómodo, reservado y sin prisas para que el paciente pueda vestirse, desvestirse o realizar su arreglo personal con comodidad ayuda a que este le de más confianza y lo pueda realizarlo el mismo. • Los elogios obtenidos hacia la autonomía y reconocer el esfuerzo realizado; continuará con aquellas acciones se hayan demostrado eficaces y le generará confianza. 	<p>El paciente respondió satisfactoriamente, ya refiere que al principio tenía miedo de lastimarse la herida al vestirse y desvestirse, pero con el tiempo se le fue quitando, puesto que agarró confianza y que ahora aunque se tarda el mismo se viste y se desviste solo.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Enseñarle las técnicas compensatorias mas sencillas e ir progresando en dificultad; supervisando las actividades de vestido/acicalamiento hasta que el paciente demuestre hacerlo por si solo.• Hacer que la familia participe en las actividades que vayan a realizar con el paciente.	<ul style="list-style-type: none">• El enseñarle algunas técnicas para las actividades de vestido/acicalamiento hará que el paciente lo realice por si solo en un corto plazo.• Implicar a la familia en actividades de ayuda beneficiará al paciente para su pronta recuperación.	
--	--	--	---	--

Diagnóstico Enfermero	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✓ Deterioro de la integridad cutánea relacionado con dificultad para la cicatrización asociado a diabetes manifestado por herida quirúrgica</p>	<p>-Que el paciente recupere la integridad cutánea de su tobillo derecho.</p> <p>- Que el paciente lleve una dieta balanceada y adecuada de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>-Educar a los familiares y principalmente al paciente de la forma correcta de curar la lesión y de proteger la piel para evitar al máximo alguna infección.</p> <p>- Que el paciente tenga sus niveles de glucosa estables.</p>	<p>-Proporcionarle al paciente y al familiar información sobre cada uno de los procedimientos que se le va a realizar</p> <p>-Identificar los factores que pueden originar o favorecer la aparición de algún problema y determinar conjuntamente la forma de controlarlos o eliminarlos por completo.</p> <p>-Favorecer el proceso de cicatrización mediante la técnica de curación y el mantener en todo momento la herida y la piel limpia, seca y bien hidratada.</p>	<p>- Brindarle la información al paciente y al familiar sobre los procedimientos que se llevarán a cabo le proporcionará más confianza.</p> <p>- Es importante educar al paciente y su familia, evitar que se presenten factores de riesgo que puedan retrasar su recuperación.</p> <p>- El llevar adecuadamente la técnica de la curación le favorecerá el proceso de cicatrización y previene la aparición de algún tipo de infección.</p>	<p>Dándonos como resultados satisfactorio ya que nunca se presento ningún signo de infección y en relación a su sigue siendo un poco lenta. Por otra parte el paciente nunca se realizó la curación el mismo sino su hija se lo realizaba.</p> <p>En relación con sus niveles de glucosa siempre se mantuvieron estables de 110 mg/dl.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Se orienta al paciente y a los sus familiares sobre una dieta rica y balanceada que ayude a su equilibrio nutricional. -Tomarle su glucosa del diario por las mañanas en ayunas y proporcionarle su tratamiento para mantenerla estable. - Hacer que la familia participe en las actividades que se va a realizar con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - El incremento en el consumo de nutrientes favorece el aumento del nivel nutricional. Así como le ayuda a la pronta cicatrización. -El proporcionarle su tratamiento para la glucosa, evitará alguna complicación al paciente. Y al monitorizar su glucosa sabremos como se encuentra su salud. - La familia es una parte fundamental para la recuperación de los pacientes 	
--	--	--	--	--

3.10. Evaluación

En este apartado cabe mencionar cuales fueron las intervenciones de enfermería que se pusieron en práctica desde el primer día de contacto con el paciente, a elegir este caso, con el paso de los días se fueron modificando, según cambiaba el estado de salud del mismo. Las necesidades alteradas a las que se aplicó el plan de atención fueron de la oxigenación, nutrición e hidratación, moverse y tener una buena postura, elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse), higiene y protección de la piel. A continuación se evaluarán cada uno por separado:

En cuanto a la necesidad de Oxigenación, en el momento en que se planearon y ejecutaron las intervenciones de enfermería hubo una mejoría, ya que con su antifímicos las secreciones fueron escasas, pero continúa con estas, así como la disnea ya no la experimenta.

En la necesidad de nutrición, la persona presentó mejoría en el estado de salud, en el sentido disminuyó sus náuseas, por lo que hubo mayor ingesta de alimentos, se mantuvo estética en su peso, es decir, dejó de perderlo. Así como aceptó la ayuda nutricional por un médico nutriólogo.

En relación al deterioro por moverse, las intervenciones de enfermería hubo una mejoría, puesto que el paciente daba unos pequeños pasos sin la ayuda de la andadera.

Respecto a la necesidad de higiene y protección de la piel hubo una mejoría ya que se le explicó al paciente cómo se debe realizar el mismo su curación y que debe ser del diario para evitar alguna infección. Dándonos un resultado satisfactorio ya que nunca se presentó ningún signo de infección.

Por último cabe mencionar que en la necesidad de Elegir la Ropa Adecuada (vestirse y desvestirse), El paciente respondió satisfactoriamente, ya refiere que al principio tenía miedo de lastimarse la herida al vestirse y desvestirse, pero

con el tiempo se le fue quitando, puesto que tomó confianza y ahora aunque se tarda el mismo se viste y se desvistese solo.

También debe mencionarse que el periodo de tiempo en que se interactuó con el paciente para realizar el estudio de caso fue de 7 días, aunque su trato con este paciente fue de un mes ya que yo le proporcionaba su antifímicos Domiciliario en el C.S.TII” DOCTOR MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA ”, puesto que estaba haciendo mi Servicio Social en el Programa de Tuberculosis (TAES) , por lo que en la actualidad su hija Leticia se presenta al Centro de Salud por el tratamiento con la Dra. Miriam puesto que su tratamiento es por un año ya que tiene Tuberculosis Pulmonar, Renal y probable Ósea.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio de caso, se pudo evidenciar que el Proceso Atención de Enfermería nos permite trabajar en forma sistemática y organizada, identificando problemas y darles sentimiento con la planificación y ejecución de las intervenciones de enfermería individualizados.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, conjuntamente, nos permitió considerar a la persona desde todos los puntos de vista de su entorno, permitiendo así una valoración mas completa desde el punto de vista de las 14 necesidades fundamentales que se proponen en este modelo. Así mismo se apreció el grado de independencia y/o dependencia de la persona, con lo que se planearon las actividades de enfermería que se plasmaron en el presente trabajo.

Desde el punto de vista de los objetivos establecidos inicialmente, se puede decir que se cumplieron de manera relativa, es decir, que si bien se realizó el estudio de caso con el fin de ayudar a la persona elegida en la satisfacción de sus necesidades. Como se instituyó en el objetivo general, obteniendo como resultado el bienestar del paciente.

No obstante el llevar acabo cada una de las etapas del plan de Atención, como está plasmado en los objetivos específicos. Es decir, que si se constituyó una base de datos, se formularon diagnósticos, se plantearon actividades y se evaluaron estas etapas a corto plazo durante el tiempo que se tuvo a mi cargo el cuidado de la persona, así mejorando su estado de salud, ya que no perdió mas peso, pudo dar unos cuantos pasos solo sin la ayuda de la andadera , pero sigue teniendo tos productiva, pero este puede ser un efecto secundario ya que el color de flema a cambiado rotundamente de verde fuerte a color blanquecina, esto gracias al antifimicos.

GLOSARIO

Acicalamiento: arreglo personal del un individuo.

Baciloscopía negativa: a la demostración de ausencia de bacilos ácido-alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración, o cualquier otro espécimen.

Baciloscopía positiva: A la demostración de uno o más bacilos ácido-alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.

Cultivo positivo: A la demostración de colonias con características del complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

Cuidado (Watson): las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia Transpersonal, que permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas.

Dependencia: Puede ser considerada como todas aquellas actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades de un individuo.

Holístico: La comprensión más profunda al establecer conexiones entre las distintas áreas del conocimiento, entre el individuo, las comunidades y el mundo.

Idiosincrasia: Manera de ser.

Independencia: Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades Básicas, es decir, llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Lúdica: Del juego

Metaparadigma: So todos aquellos elementos esenciales para la enfermería, constituyen la base fundamental de su conocimiento como son: cuidado, salud, persona y entorno.

NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).

Poliuria: Aumento de la micción.

Polidipsia: Aumento de la sed.

Polifagia: Hambre excesiva.

Taxativar: Limitado al sentido preciso de un término.

Taxonomía: Parte de la historia natural que trata de la clasificación de los seres.

Tecnología para el mantenimiento de la vida: Son las tecnologías que compensan los hándicaps funcionales, son todos aquellos instrumentos que proporcionan una autonomía parcial o total a los pacientes, que mejoran su vida diaria.

Tecnología para la curación: Varía desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas. Los cuidados de enfermería se enfrentan a una multiplicidad y a una magnificación de las tecnologías de la curación a precio de otras tecnologías.

Tratamiento Estrictamente Supervisado (TAES): al que administra el personal de salud o personal comunitario capacitado, quien debe confirmar la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento.

Tuberculosis(TB): a la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium Bovis*, *Mycobacterium Africanum* o *M. canetti*, que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante, ingestión de leche contaminada por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

- ANIORTE HERNÁNDEZ, Nicor. historia de la Enfermería. <http://perso.wanadoo.es7aniorte.nic7apunt-histor-enfermer1.htm>. Fecha de consulta.08/09/08.
- AVILÉS BAUTISTA, Felipa. Proceso Atención de Enfermería Aplicado a un paciente con Tuberculosis Pulmonar Fármaco – Resistente. México. D.F. 2007. Pp. 115.
- BEARE, P. Enfermería. Principios y Práctica, Fundamentos en el Cuidado del Adulto. PP. 390.
- BOHORQUEZ VALDEZ, Eliuth. Proceso Atención de Enfermería . Aplicado a un adulto Mayor Masculino con Tuberculosis Pulmonar y Diabetes Mellitus tipo 2 , que cursa alteraciones en las necesidades humanas de aire, aliento, soledad e interacción social, actividad y reposo , así como la preservación de peligro con base en el modelo de Dorothea Orem. México D.F. 2007. pp. 120.
- Du Gas B.W.Tratado de enfermería Práctica. PP. 158.
- CARPENITO, Lynda Juall. (1995).Diagnósticos de Enfermería: aplicación a la práctica Clínica. Edit. Madrid; México: interamericana Mc Graw-Hill. 3º Edición. Pp. 1335.
- CARPENITO, Lynda Juall. (2003). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Edit. Madrid; México: interamericana Mc Graw-Hill. 9º Edición. Pp. 794.

- CARPENITO, Lynda Juall. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp. 1101.
- COLLERE, Marie-Francoise. (1993). Promover la Vida. México: Interamericana McGraw-Hill. PP. 395.
- SEMBLANZA, Jean Watson. Facultad de Enfermería y Nutrición, 2007. <http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza-Jean-Watson>. Fecha de Consulta a 08/09/08.
- FERNÁNDEZ FERRIN, Carmen (2000). ENFERMERÍA. Enfermería Fundamental. Editorial. Barcelona: Masson, S.A. pp.422.
- FERNÁNDEZ FERRIN, Carmen y Gloria Novel Martí (1993). El Proceso de Atención de enfermería. Estudio de Caso. 1ª Edición Barcelona: Masson, Salvat Enfermería. pp. 115.
- GARCÍA CRUZ, Andrea E. “Práctica Médica Efectiva”. En www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/PME_15.pdf.
- GUILLÉN VELAZCO, Roció del Carmen (2002). Enfoque conceptual de Enfermería. En: <http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/enfoqueconceptualENFERMER%C3%83%A1:PDF> . Fecha de consulta: 08/09/08.
- HARRISON. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. editorial McGraw-Hill Interamericana de España. Pp. 1161.

- HERNÁNDEZ RAMÍREZ, Luz María. El Proceso de Enfermería. Antología. 5ª edición. Editorial Mc Graw= Hill. PP. 650

- HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. En http://usuarios.lycos.es/aficionada1/historia_de_la_enfermeria.htm. Fecha de Consulta: 08/09/08.

- KOZIER, Barbará (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Procesos y Práctica. Vol. 1. 5ª Edición. Editorial México: Mc Graw-Hill Interamericana. Pp. 848.

- KOZIER, Barbará, Glenora Erb y Kathlee Blais (1995). Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. 2ª. Ed. México: Interamericana, Mc Graw-Hill. Pp.654.

- KUMATE, Jesús. Muñoz Onofre. Gutiérrez Gonzalo. Santo José Ignacio. Manual de Infectología Clínica. 15ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana de España. Pp. 600.

- LÓPEZ, P. Proceso de Enfermería. Rev. Iberoamericana de Geriátría y Gerontología. 2ª Edición. 1994. PP. 700.

- MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Rol, 1989.pp 430.

- MEDINA, José Luis. La pedagogía del cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Leartes. 1999, pp. 56

- MESEN ARCE, Minerva María. Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis. Estudio de un Caso Urbano. En www.filosofia.cu/contemp/fabelo001.htm. Fecha de consulta 08/09/08.
- MORAN AGUILAR Victoria y Mendoza Robles Alba Lily. Proceso de Enfermería. Modelo sobre la interacción terapéutica y uso de lenguajes NANDA, CIE y CRE. 2. Edición. Editorial Trillas. México 2006. Pp. 222.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2005 – 2006 Madrid: NANDA Internacional, Elsevier. PP. 300.
- PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA, 2007, www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k. Fecha de consulta: 08/09/08.
- POLANCO, Alberto. Tuberculosis. En: www.monografias.com/trabajos5/tuber.shtml-129k. Fecha de consulta: 28/08/08.
- RODRÍGUEZ S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación actual. 3' edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. pp.320.
- SANTOS BLANCO, F. Cuidados de Enfermería. Actas de la Sociedad Española de enfermería Oftalmológica, Vol. 1 Eneo-Diciembre. En: <http://www.oftalmo/enfermeria/enfermeria2004/15.htm>. Fecha de consulta: 08/09/08.

- SÁNCHEZ TOVAR, María Andrea. Proceso Atención de Enfermería. A un paciente con Tuberculosis Pulmonar. México. 1987.

- SECRETARIA DE SALUD. NORM-006-SSA2-1993.

- SILES, José. 1999. En Pacheco Arce et al, 2007, antología de texto pp. 250.

- WIECK, Lynn. King, Eunice M. Dyer, Marilyn. Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado. 3ra. Edición 1988. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. pp.1177.

- ZUGARAZO HERNÁNDEZ, María Luisa. Proceso Atención de Enfermería a un paciente con Tuberculosis Pulmonar. México. D.F. 1988.