



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
ENFOCADO AL ADULTO CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE
NUTRICIÓN Y MOVIMIENTO CON LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA
OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
DALIA ELVIRA NUÑEZ JARA**

**No. cta.
309232986**

DIRECTORA DE TRABAJO

LIC. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCÍA

CDMX

AGOSTO DEL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
METODOLOGÍA.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
El cuidado enfermero.....	7
Enfermería.....	7
Método enfermero	8
Etapas del método enfermero	13
Places.....	33
Modelo de Virginia Henderson	41
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	48
Resumen de la historia clínica.....	48
Desarrollo del proceso	49
Jerarquización y construcción de los Diagnósticos de enfermería	56
Plan de intervención de enfermería.....	57
Planeación de los cuidados en el hogar	65
CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	68

INTRODUCCIÓN

La enfermera acepta la responsabilidad que implica tomar decisiones y acciones que protejan la salud de otros individuos y el cuidado de los pacientes enfermos.

Este compromiso profesional implica como misión principal el cuidar con el respeto y la dignidad que merece todo ser humano, aunado con los conocimientos científicos y humanísticos específicos apoyada de la herramienta metodológica del proceso atención de enfermería.

Entre los principales problemas de salud que afecta a la población de nuestro país está la diabetes con varias de las complicaciones que afectan la calidad de vida, en este estudio de caso nos enfocaremos en una persona con Diabetes mellitus tipo dos descontrolada. En la primera parte de este trabajo se observará la metodología, donde se cuentan las actividades que se realizaron en este proceso de atención de enfermería.

En el marco teórico se hablará brevemente sobre el modelo de enfermería de Virginia Henderson y las etapas del proceso de enfermería. Después se verá plasmada la presentación del caso clínico junto con la valoración de enfermería de la persona junto con los diagnósticos que se desprendieron de esta valoración.

Lo siguiente que se desarrolla será el plan de cuidados de enfermería con la metodología de place, en donde, de acuerdo con el formato establecido por la comisión permanente de enfermería se presentan los diagnósticos desarrollados propuestos por el libro NANDA, los resultados esperados que se tomaron del libro NOC y las intervenciones que se sustrajeron del libro NIC.

En la última parte de se verán escritos el plan de alta de enfermería, las conclusiones, sugerencias, la bibliografía y en los anexos se describe brevemente la patología por la que transita el Sr. Moisés.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático para plasmar los cuidados enfermeros. Su aplicación ha de estar guiada siempre por alguna teoría en enfermería y en este caso es la de Virginia Henderson.

Para conocer el estado de la persona como ser único y complejo, Henderson propone hacerlo a través de la valoración de 14 necesidades humanas. Éstas son comunes en todas las personas; puede variar sus manifestaciones y formas de ser cubiertas en función de la edad, el sexo, la etapa del desarrollo, la situación de salud o la situación personal, los factores ambientales y socioculturales. Estos elementos influirán en la decisión de los cuidados enfermeros y será necesario considerar y registrar en la valoración de la persona.

Como profesional de enfermería una de mis actividades es valorar a la persona de forma holística. y tomando en cuenta lo anterior vi en el Sr. Moisés la importancia de recuperar y mejorar sus necesidades para poder llevar una calidad de vida; enseñando conocimientos sobre sus padecimientos, ayudando y fortaleciendo elementos de seguridad que él ya contaba para llevarlo a un estado de salud adecuado.

OBJETIVOS

Objetivo general

Aplicar los conocimientos científicos adquiridos, sobre los componentes teóricos del método enfermero y el modelo de Virginia Henderson en el paciente diabético para desarrollar, a partir de ellas, los protocolos de intervención de enfermería sistematizados con la visión de mejorar la calidad de vida del usuario

Objetivos específicos

- ✓ Valorar e identificar las necesidades más alteradas
- ✓ Planear y brindar los cuidados de enfermería en la promoción, diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Orientar al paciente sobre manejo su padecimiento
- ✓ Enseñar a la persona sobre su correcta alimentación
- ✓ Realizar un plan de alta que mejore su calidad de vida.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo primero se seleccionó al señor Moisés de entre un número de pacientes en el área de urgencias. Al momento de la selección se le solicitó a él y a su esposa, el consentimiento para recabar la información del paciente con el instrumento de valoración que la ENEO diseñó con las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se escogió al señor Moisés porque me pareció interesante su padecimiento, ya que lleva 5 años sin los cuidados adecuados que requieren su enfermedad, así como también su nivel de glucosa en sangre. Es por eso que decidí realizar un estudio de caso que permita mejorar la calidad de vida y así p brindar cuidados enfermeros a la persona que lo necesita; con esto también reforzar los conocimientos aprendidos en el aula.

Se realizó la valoración pertinente y se registró con el instrumento antes mencionado. Inmediatamente se construyeron los diagnósticos de enfermería con el formato NANDA. También se realizan las intervenciones de enfermería. Y se lleva a cabo la evaluación de las intervenciones. A continuación, se plasman las etapas del proceso por escrito en el trabajo, se presenta el caso clínico, las conclusiones y las sugerencias. Por último, se realiza la introducción, la metodología, el índice y se juntan los anexos.

MARCO TEÓRICO

El cuidado enfermero

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado. En esta interrelación humano - humano, la ética en general y la ética discursiva en particular afrontan solidaria y universalmente el desarrollo científico - técnico, sin caer en una visión científicista para asegurar que la visión humanista predomine en la intersubjetividad humana con los pacientes, las familias y otros grupos sociales. Dichas relaciones se hacen evidentes en el razonamiento ético y en la actuación de la enfermera con respeto a la diversidad, la libertad, la pluralidad, la igualdad y la fraternidad, para contribuir al fortalecimiento de la propia conciencia.

Enfermería

Es "la ciencia" (Leddy 1989:22) y "el arte" (Lyer 1997 p: 2) de proporcionar cuidados de "predicción, prevención y tratamiento" (Alfaro 1999:73) de las "respuestas humanas" (lyer 1997 p:4) del "individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales(...)" (Luis 1998 p:6); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

Con conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas; con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero. Con el empleo del método científico para el ejercicio profesional y conformación de un

lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos, creando un paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan, pero al mismo tiempo se complementan

Método enfermero

Para que el profesional de enfermería fundamente el cuidado integral que proporciona al individuo, familia o comunidad es necesario que conozca los modelos, paradigmas, teorías y principios que han guiado este quehacer desde Florence Nightingale y así comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería, por lo que se requiere aumentar la conciencia en cuanto a su significado, divulgación y accesibilidad.

El método enfermero es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería. Comprende una serie de pasos sistematizados, que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de respuestas humanas. (Alfaro, 1999)

El proceso o método enfermero fue introducido por Lydia May, en 1955, como un término que representaba una herramienta útil para organizar los cuidados del individuo en la salud o en la enfermedad. A partir de entonces ha sufrido modificaciones, gracias a la intervención de teóricas de la enfermería como Dorothy Johnson, Ida Orlando, Virginia Henderson y Lois Knowles, sin embargo, no fue sino hasta 1973, cuando Kristine Gebbie y Mary AnnLavin, de la St. Louis University School of Nursing, comenzaron a utilizar el modelo del proceso de enfermería en cinco fases, el cual se convirtió en el patrón para la práctica de la enfermería profesional.

En México, se ha venido trabajando bajo la política de profesionalización de la enfermería, lo cual exige que el ejercicio esté basado en evidencias. Esta situación ha obligado a las instituciones formadoras de enfermeras a incorporar en sus planes

de estudio el método enfermero como el eje de la disciplina profesional, y a las instituciones de salud a implementarlo en sus programas de educación continua; esperando que en la práctica profesional diaria los beneficios de su utilización mejoren la atención al responder a indicadores y estándares que surgen como consecuencia y permitan evaluar de manera objetiva el trabajo del profesional enfermero.

El proceso enfermero puede ser considerado como un procedimiento sistemático e individualizado de resolución de problemas, necesita de las capacidades conductuales, cognitivas y afectivas de la enfermera para lograr identificar las necesidades de atención del paciente y brindarle los cuidados personalizados, en cualquier fase del proceso salud-enfermedad.

El método tiene características que determinan su importancia para la enfermera, posee un sustento teórico, basado en una amplia gama de conocimientos de ciencias y humanidades; es dinámico, porque implica un cambio continuo a partir de las respuestas humanas; es flexible, pues puede adaptarse a la práctica de la enfermería en cualquier situación o área de especialización

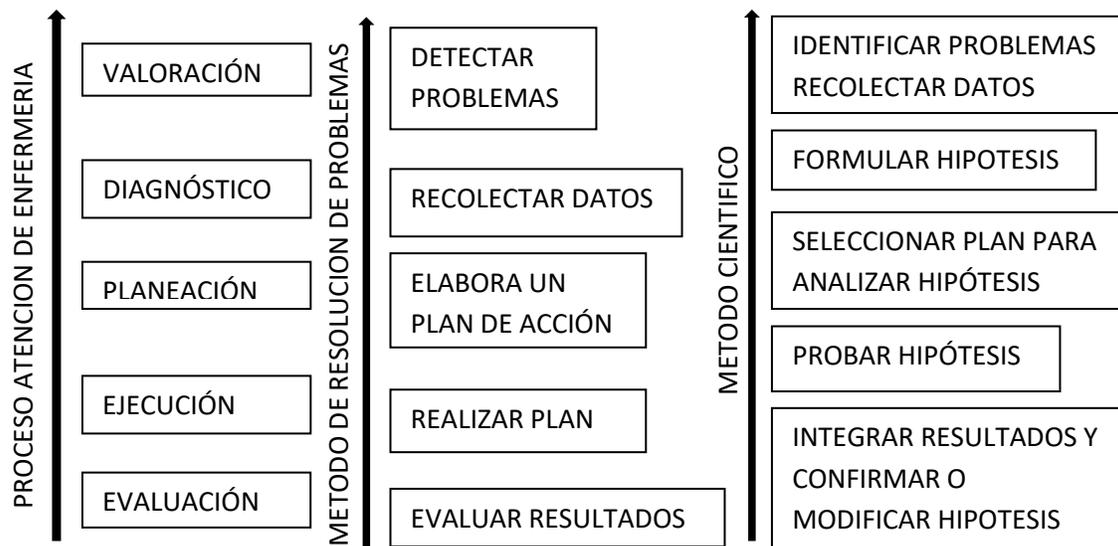
Características del proceso de enfermería

- Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes, y que no se debe fraccionar.
- Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar

las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería, y,
- Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el(los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Proceso Enfermero, los métodos de solución de problemas y el método científico.



La enfermera(o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico,

sociológico, antropológico, filosófico, etc.)

También se requieren competencias en el área del saber ser y convivir, que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario, en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión. Como consecuencia la aplicación del proceso la enfermera tendrá la oportunidad de formar un pensamiento crítico con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas; en otras palabras "es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones"

El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque "es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones, y por consiguiente, es una habilidad indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero.

Componentes del pensamiento crítico

Son componentes indispensables del pensamiento crítico: los conocimientos, la experiencia práctica, "el empleo del método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas.

Características tiene un pensador crítico

Entre las características que distinguen a un pensador crítico señaladas por están:

- ✓ Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones.
- ✓ Aplica conocimientos y experiencias previas (transferencia)
- ✓ Valora una situación desde varias perspectivas.
- ✓ Sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones
- ✓ Prioriza
- ✓ Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario.
- ✓ Tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista.

- ✓ Es creativo y flexible.
- ✓ Emplea la lógica al: validar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias cuando apoya sus opiniones en evidencias.

La enfermera(o) a través el pensamiento crítico se formula y contesta las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuál es él o los problemas?
- ✓ ¿Qué origen tiene él o los problemas?
- ✓ ¿Existen factores de riesgo para que se presenten otros problemas?
- ✓ ¿La información obtenida es suficiente y ha sido validada?
- ✓ ¿La información se sometió a un análisis?
- ✓ ¿Las conclusiones sobre el estado de salud están apoyadas en evidencias clínicas?
- ✓ ¿La solución del problema se encuentra en manos de la enfermera (o)?
- ✓ ¿Los conocimientos y experiencias son suficientes para predecir, prevenir y tratar?
- ✓ ¿Las acciones de enfermería son las adecuadas y suficientes?
- ✓ ¿El usuario y su familia se encuentran involucrados en la solución del problema?
- ✓ ¿Hay algo que se tenga que corregir?
- ✓ ¿La solicitud de asesoría a otros integrantes del equipo sanitario es necesaria?

Esta actividad mental debe estar presente siempre y debe aplicarse en todos los ámbitos del ejercicio profesional de enfermería.

Las cinco fases del proceso enfermero son: Valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; todas ellas se encuentran interrelacionadas y tienen secuencia lógica.

Etapas del método enfermero

Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería. Su objetivo es reunir información que permita identificar las necesidades del paciente, los datos objetivos y subjetivos de las respuestas humanas y/o los factores que determinan problemas reales y potenciales. Su actividad está centrada en la recogida de información, con el propósito de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem etc., o bien, optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana; así mismo, la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

La valoración que realiza la/el enfermera(o) del usuario, tiene que ser total e integradora, por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir, un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. La fase de la valoración está influenciada por las opiniones, conocimientos y capacidades de la enfermera.

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

Los datos subjetivos se podrían describir como la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos. Esta información no puede estar determinada por la enfermera independientemente de la relación o comunicación con el individuo. Los datos objetivos son observables y mensurables. Esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos que se realiza durante la exploración física del cliente.

Pasos para valoración

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

Recolección de la Información:

Da inicio desde el "primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta", por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos. Esta guía debe considerar: datos biográficos del usuario o familia (ejemplo: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión,

etc.); antecedentes personales y familiares de enfermedad (ejemplo: enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc.); aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (ejemplo: patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas etc.) y los datos para el examen físico.

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

Las actividades que se realizan en la fase de la valoración son la recolección, organización, análisis, verificación o validación de datos:

- ✓ La obtención de la información se ayuda de técnicas directas como el interrogatorio, la exploración física, datos de laboratorio y gabinete
- ✓ Para la organización de los datos es necesario clasificarlos, agruparlos en categorías por información relacionada y documentarlos en una base de datos, se recomienda realizar un instrumento bajo el modelo o teoría que se prefiera, a fin de que se facilite esta labor; en este caso se utilizó una cédula de valoración basada en el modelo de Virginia Henderson.
- ✓ EL análisis, la verificación y la validación permiten realizar la historia clínica de enfermería, identificar las áreas afectadas por situaciones reales o potenciales y concluir las condiciones en las que se encuentra el paciente.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.).

Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los

órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc.).

Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.), y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización, (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad etc.).

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente con el usuario.

La entrevista

Es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades; la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la/el enfermera(o) y el usuario.

Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable un orden para evitar omisiones). Por último la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1. Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que
-

- se va a preguntar al usuario (evitar improvisar).
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
 3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
 4. Mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, porque lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla (lo) por arriba de él.
 5. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.
 6. Ser amable, cordial y respetuoso
 7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario,
 1. ¿Con que frecuencia usted evacúa o hace del baño? (pregunta más clara).
 8. Seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, preguntas abiertas o cerradas (*)
 9. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando él esté hablando).
 10. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); porque puede obtener información errónea o perderse de la misma. (Consultar el punto no. 5.)
 11. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, éste nos dice más que las palabras.
 12. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar
-

completar o adivinar).

13. Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

El examen físico

Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para efectuar "el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación", (Kozier 1993:393) además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

Las/los enfermeras(os) colaboran con el médico durante el examen físico y muchas(os) consideran que es una actividad inherente a la medicina, por lo que suelen practicarlo solo en situaciones específicas y asiladas de acuerdo a las manifestaciones fisiopatológicas o a la terapéutica médica que se esté empleando.

Esas acciones son parte del examen físico, pero tienen el inconveniente de que se realizan en forma aislada y no consideran la totalidad del usuario. La/el enfermera(o) debe practicar el examen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos, habilidades y actitudes para tener éxito en esta actividad. "La inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir. Con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario etc.

"La palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto", es decir las

yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo).

Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

"La percusión es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. La percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos; o indirecta, cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

"La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo", y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.

Al igual que la percusión ésta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial); éstas deben ser valoradas en conjunto, ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo.

La valoración de las constantes vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con los estándares aceptados como normales. Esta

actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del usuario, cuando éste presente cambios en su estado de salud, antes y después de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás deben considerarse como una rutina.

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo, sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

Validación de la información.

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y "cometer errores al identificar los problemas". Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra(o) enfermera(o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario. La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Diagnóstico enfermero

Los datos recogidos durante la valoración son analizados e interpretados de forma crítica. Se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas. Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la

responsable del logro del resultado deseado", por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la NA.N.D.A.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula "relacionado con" (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos "manifestado por" (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990. El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

Estructura del diagnóstico de enfermería

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma. NANDA, ya tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas,

denominados categorías diagnósticas y que como tales representan conjuntos de signos y síntomas aprobados en la 7ª conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA

El enunciado del diagnóstico de enfermería.

Los enunciados de diagnóstico de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de dos partes. El problema y la etiología. No puede ser únicamente la parte problema, pues las categorías que describen los problemas son muy generales y no serían los diagnósticos el resultado de una valoración completa.

Las dos partes del enunciado se enlazan con la frase “relacionado con o más simplificado: r/c o Problema/etiología (P/E).

Características esenciales de un diagnóstico.

Según Shoemaker 1984. Un diagnóstico de enfermería:

- Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
- Puede referirse a problemas potenciales de salud.
- Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
- Es el enunciado de un juicio de enfermería.
- Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
- Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por enfermería.
- Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
- Es un enunciado de dos partes.

Algunas reglas para escribir diagnósticos de enfermería.

- Escribir el diagnóstico en términos de respuestas en lugar de necesidades.

Ej.: Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c Dolor de la herida, evidenciado por poco esfuerzo para toser

- Usar los términos “relacionados con “o “asociados a “en lugar de “a causa de “o “debido a “.
- Escribir el diagnóstico en términos que no tengan implicaciones de responsabilidad jurídica.
- Escribir el diagnóstico sin que se refleje juicios de valor o prejuicios de la enfermera.
- Evitar invertir las partes del diagnóstico.
- Evitar escribir signos y síntomas en la primera parte del enunciado.
- En la primera parte del enunciado solo se incluyen problemas.
- Las dos partes del diagnóstico no deben significar lo mismo.
- El problema y las etiologías deben expresarse en términos que sugieren que tanto la situación problema como la etiología asociada puede modificarse con intervenciones del campo de enfermería.
- En ninguna de las dos partes del diagnóstico de enfermería el diagnóstico médico.

Beneficios del uso de diagnóstico de enfermería.

- Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
- Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
- Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería. En últimas los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una

terapia de enfermería que se asocia con ellos y enfermería será responsable de dichas terapias.

- Construyendo un primer nivel para construir un cuerpo de conocimiento único para enfermería.
- Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

La verificación de los diagnósticos es la tercera fase de la etapa diagnóstica.

Una vez se enuncien los diagnósticos siguiendo las reglas descritas, el profesional de enfermería se formulará una serie de preguntas como:

- ¿Son suficientes los datos obtenidos para formular este diagnóstico?
- ¿Hay un patrón? ¿Hay datos subjetivos y objetivos con que constituirlos?
- ¿Se basa en conocimientos de enfermería?
- ¿La situación descrita por el diagnóstico se puede solucionar solo con intervenciones de enfermería?
- ¿Si se le dan estos mismos datos a otros profesionales, de enfermería, formularían ellos el mismo diagnóstico?

Para verificar los diagnósticos también se deben validar con el paciente o usuario ya que su percepción del problema y de causas asociadas por parte de él es importante para confirmarlo.

El registro de los diagnósticos, es la cuarta fase de la etapa diagnóstica.

Como el resultado del proceso de diagnóstico y de la asignación de enunciados para nombrar los problemas, se tiene una lista que prácticamente es la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería.

Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología.

Los diagnósticos enfermeros pueden dividirse en:

- Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.
- Diagnósticos de salud. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

Planeación

La planeación es un proceso de toma de decisiones para la solución de los problemas del individuo sano o enfermo, por lo tanto las necesidades se jerarquizan estableciendo prioridades y proyectando los objetivos del paciente y la enfermera, en términos de reducir o eliminar los factores causantes del malestar del paciente, al promover un mayor nivel de bienestar y/o controlar el estado de salud. También se plantea el plan de cuidados que no es sino la selección de las situaciones de enfermería y la determinación de las responsabilidades del paciente para su auto cuidado y las acciones del resto de los integrantes del equipo de salud, que contribuirán al logro de los objetivos.

Todo lo anterior debe quedar documentado en un plan de atención estructurado, que incluya como componentes mínimos: Diagnósticos de enfermería, objetivos centrados en el paciente, intervenciones de enfermería y evaluación.

Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y

síntomas e instaurar medidas preventivas.

Se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecer prioridades.
2. Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del individuo y no de la enfermería.
3. Fijar los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
4. Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
5. Registro de resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quién es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.

En los problemas con relación a la independencia se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

Objetivos: Reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de las intervenciones, y son distintos si se tratan de problemas reales de riesgo o de salud Determinación de intervenciones y actividades: Se deben consensuar con el usuario/familia y variarán en función del tipo de problemas de que se trate.

Para la priorización se sigue la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y Kalish, en el orden que señala Alfaro (1999:116)

- Prioridad n°1: problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas
- Prioridad n°2: problemas que interfieren con la seguridad y la protección
- Prioridad n°3: Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
- Prioridad n°4: Problemas que interfieren con la autoestima
- Prioridad n°5: Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

Los objetivos en la planeación de las intervenciones

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos "usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados.

También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y "son factores de motivación al generar numerosas acciones en las/los enfermeras(os). Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos. Objetivos generales y específicos

2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.
3. Ser claros y precisos con los siguientes elementos en su redacción: Es conveniente verificar que la redacción de un objetivo sea clara y valorar cuando incluir condición y criterio de realización.
4. Haber involucrado al usuario y su familia para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y la familia.
5. Utilizar un solo verbo por cada objetivo.
6. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Determinación o selección de acciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos planteados y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud, señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación "problema" mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Cuestionamientos

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cuáles son sus factores relacionados o de riesgo?
- ¿Qué se debe valorar antes, durante y después de realizar las acciones de enfermería?

- ¿Qué acciones de enfermería específicas se tienen que realizar para prevenir o tratar la etiología del problema? (factores relacionados o de riesgo).
- ¿Qué acciones de enfermería educativas se requieren?
- ¿Cuáles acciones de enfermería se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario (s) al profesional de la salud adecuado? y ¿En qué momento?
- ¿Qué anotaciones de enfermería se deben realizar?
- ¿Qué acciones de enfermería derivadas de la prescripción médica están encaminadas a dar solución al problema y su etiología?

Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y en este se incluyen las funciones interdependientes de enfermería.

Características de los planes de cuidados: La individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específicos, la participación de la persona, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios que tuvo la persona y los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde el personal de enfermería procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados, que surgen de "planes creados por ordenador" (Lyer 1997:210), la/el enfermera(o) una vez que ha establecido su conclusión diagnóstica que después de introducir información del

usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Ejecución

Es el inicio y la terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos. Implica la comunicación del plan a todas aquellas personas que participen en los cuidados del paciente. La enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado de la persona y su relación con el entorno.

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Los pasos de la ejecución son:

- Preparación.
- Intervención
- Documentación.

La preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de

la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

La intervención de enfermería

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración, la asistencia de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del individuo durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, se precisa la revaloración del sujeto, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería, el profesional es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.

La documentación de las intervenciones

Es el registro que realiza la/el enfermera(o) en las notas de enfermería, en calidad, de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Los registros de enfermería tienen como propósitos: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados

proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados respaldar legalmente las actuaciones de la/el enfermera(o) y servir para estimar el pago de los servicios prestados

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos y nombre/firma del personal enfermero; así mismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

Evaluación

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados. Al igual que sucedía en la etapa de valoración, durante la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera y permite determinar el grado de consecución de objetivos propuestos a fin de determinar, la actuación que debe seguirse.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, el personal de enfermería debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad, en forma conjunta, la enfermera y el paciente deben determinar el

progreso o la falta de este hacia la realización de sus metas; identificando obstáculos y estrategias. La evaluación es compleja; sin embargo, al emplear la metodología del proceso enfermero, se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de nuevo, la interrelación con el usuario y su familia.

Places

Debido a la gran diversidad en los sistemas y planes de trabajo en enfermería, resulta necesario el establecimiento de líneas metodológicas que permitan la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente.

La estandarización de los cuidados de enfermería, y la institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incorporan el uso de sistemas estandarizados para identificar el estado de salud o los problemas del individuo, familia o comunidad que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería. Estas acciones son elementos que la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud ha impulsado como garantía de calidad para los pacientes atendidos en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Este esfuerzo forma parte del programa: “Calidad de los servicios de enfermería y seguridad de los pacientes. Una prioridad para enfermería” que han impulsado las instituciones sanitarias, educativas y de organización profesional, en el seno de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), y que tiene como propósito contribuir en la disminución de eventos adversos, planteada en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA).

Los planes estandarizados de cuidados de enfermería, se constituyen en un instrumento técnico normativo que permite a los profesionales de enfermería,

documentar y comunicar la situación del paciente y la evaluación de los cuidados. Ello ayudará a homogeneizar la práctica profesional, lo que no implicará dejar de lado la posibilidad de saltarse un cuidado individualizado, por el contrario, favorecerá la continuidad en la atención de los pacientes y una menor variabilidad en el plan terapéutico establecido por el equipo de salud.

Según Griffith-Kenney y Christensen, el PLACE “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”.

Estos lineamientos contribuyen a la construcción de un sistema de salud responsable y comprometido con los usuarios de sus servicios, además de propiciar la vinculación entre los procesos educativos y necesidades sanitarias.

Las enfermeras y enfermeros de México, cuentan ahora con un instrumento de referencia para el desarrollo de planes de cuidados de enfermería, que les permitirá encauzar sus propuestas a las necesidades particulares de sus instituciones, generando intervenciones en enfermería cada vez más seguras, y de mayor calidad para nuestros pacientes, quienes son el objeto de nuestros esfuerzos. (Maki Ortiz, SIDSS 2010)

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) para Europa publicó un documento básico sobre enfermería en el que expresa: *“La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/ comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren”.*

Por otra parte, el Consejo Europeo destaca que la enfermera desempeña cuatro tareas principales:

1. Garantiza los cuidados generales a individuos, familias y comunidades, ya

sea en el plano de fomento de la salud, de la prevención, de la cura, de la rehabilitación, de los cuidados paliativos o de ayuda y gestión a los cuidados de enfermería.

2. Actúa en calidad de experto en cuidados de enfermería en el marco de un equipo de asistencia multidisciplinar y en la sociedad.
3. Educa al personal sanitario, a los pacientes, a los clientes y a sus familias.
4. Desarrolla la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica apoyándose en la investigación.

Tras la necesidad de definir el quehacer de enfermería surgieron los cambios generados en el sistema de salud de los estados Unidos de América; las enfermeras pese a las restricciones y regulaciones debían mantener la calidad del cuidado.

La profesión de enfermería, congruente con las demandas de la sociedad moderna, evolucionó su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de Enfermería, también denominada Proceso de Atención de Enfermería, como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad.

Son pocos los estudios en América Latina que reportan intervenciones en los cuales se utilice el proceso de atención de enfermería estandarizado, con las causas de morbilidad de las instituciones como evidencia de la continuidad del cuidado de enfermería que permita la validación constante y evidente de la coherencia en las actividades de enfermería.

México se encuentra inmerso en las transformaciones del mundo globalizado, así como en los grandes cambios, producto de los avances tecnológicos que traen como resultado amenazas y oportunidades en materia de salud, la transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las

enfermedades, demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, la cual exige el empleo de alta tecnología que precisa en la participación de múltiples áreas de especialidad y el desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de salud a la población.

Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) y con una visión prospectiva hacia el 2035, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS) como un trabajo colectivo entre las instituciones del sector salud, entidades federativas y organizaciones de la sociedad civil; en cuyo objetivo establece: *“Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”*; por lo que se identificaron los ejes rectores que guiarían los esfuerzos sectoriales, entre los que se encuentra: *“Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”*, esto quedó plasmado en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) a fin de establecer objetivos nacionales, estrategias y prioridades que le darían el rumbo y dirección a la acción del gobierno federal.

El Programa Sectorial de Salud establece diez estrategias, cada una de ellas con diversas líneas de acción y actividades específicas. La estrategia N° 3 está dirigida a *“Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”*, misma que tienen operaciones a través de ocho líneas de acción orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población, la línea de acción se refiere a *“Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)”* y busca la integración de acciones de calidad de diferentes actores representados por un Comité Nacional de Calidad que propone a través de proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, profesionales de la salud y organizaciones que contribuyen a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente; avanzar en la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes y contar con un sistema sectorial de calidad que incorpore la medicina basada en evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de las buenas prácticas, la orientación de los servicios hacia el usuario y la vinculación del financiamiento en los esfuerzos por la mejora de la calidad percibida.

Para lograr lo anterior, se propusieron proyectos con el fin de dirigir las estrategias e impactar el nivel de calidad de los servicios de salud en todos sus ámbitos que están integrados en tres grandes vertientes:

La calidad percibida va dirigida a encaminar los esfuerzos para identificar, mejorar y priorizar los aspectos que se relacionan con la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, el surtimiento de medicamentos, al confort de su estancia hospitalaria y el tiempo de espera para su atención, diagnóstico y tratamiento; también incorpora la voz de los usuarios para validar la atención percibida fortaleciendo y consolidando la figura del aval ciudadano, así mismo, evalúa la satisfacción de los prestadores de servicios de salud para conocer sus expectativas como trabajadores y su compromiso con la calidad.

La calidad técnica y seguridad del paciente. Se encarga de los aspectos relacionados con los servicios efectivos, seguros y eficientes otorgados por los profesionales de la salud, que atañen a la seguridad de los pacientes e incluyen la mejora continua de los servicios de salud, la reducción de eventos adversos, la aplicación de la medicina basada en la evidencia y la estandarización de los cuidados de enfermería.

La calidad en la gestión de los servicios de salud e institucionalización de la calidad. Establece desde los más altos niveles la integración de un Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; comités estatales de calidad o la consolidación de los ya existentes, así como, la creación de otros destinados a brindar calidad y seguridad del paciente. Fortalece el proceso de acreditación y certificación de los establecimientos de salud y de los prestadores de servicio, impulsa la evaluación de la calidad de los servicios a través de la medición de indicadores que permitan determinar áreas de oportunidad e implantar acciones preventivas y correctivas que conduzcan a la mejora de la calidad de los servicios otorgados.

Existen también proyectos de apoyo y financiamiento dirigidos a: establecer

compromisos de mejora de la calidad mediante acuerdos de gestión, fortalecer la cultura de la calidad mediante el reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud y Premio a la Innovación de Calidad en Salud, así como, a la capacitación en temas relacionados a la calidad y otras acciones convenidas.

Los proyectos de trabajo correspondientes a la vertiente de la calidad técnica y seguridad del paciente son:

- Seguridad del paciente.
- Prevención y reducción de las infecciones nosocomiales.
- Expediente clínico integrado y de calidad.
- Calidad en la atención materna.
- Cuidados paliativos.
- Uso racional de medicamentos.
- Servicios de urgencias que mejoran la atención y resolución.
- Medicina basada en la evidencia: difusión de guías de práctica clínica.
- Plan de cuidados de enfermería.
- Calidad en la atención odontológica.
- Programa de atención domiciliaria.

Para dar cumplimiento al proyecto número nueve la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) bajo la coordinación de la Dirección de Enfermería y la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud llevó a cabo la primera Jornada Técnica sobre Planes de Cuidados de Enfermería el 1º y 2 de julio de 2008 con la asistencia de 248 enfermeras de instituciones de salud y educativas, con el objetivo general de “Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud, la aplicación de procesos de atención de enfermería y la estandarización del cuidado a través de Planes de Cuidados de Enfermería”.

Derivado de las investigaciones realizadas sobre Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados, las trayectorias clínicas y otros instrumentos de gestión

que actualmente están siendo instaurados en centros sanitarios como herramienta de trabajo diario; las enfermeras, que los han utilizado, refieren que el proceso concuerda con la realidad y se adapta al medio donde se utiliza.

En México se han realizado intentos de implementación de Planes de Cuidados de Enfermería en algunas unidades médicas de diferentes entidades federativas, utilizando el PAE como una herramienta de trabajo en la práctica de enfermería y la elaboración de planes de cuidados. Sin embargo cabe señalar que en instituciones tanto públicas como privadas no se ha podido concretar el uso de PLACE debido a la falta de estándares que permitan contar con un mismo lenguaje, independientemente del sitio en el cual se realiza, sin embargo, en las instituciones educativas se están buscando estrategias de enseñanza destacando la importancia del PAE como una herramienta de soporte vital para la profesión, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería que permite un soporte científico, disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería.

Para los propósitos del sector salud y específicamente de la línea de acción incluida en el proyecto SICALIDAD, la CPE ha determinado que los Planes de Cuidados de Enfermería se estandaricen de acuerdo al planteamiento de Mayers ya que responde a la necesidad de unificar criterios en la atención de enfermería, teniendo como objetivo el logro de un lenguaje común entre los profesionales del país, además de que se contribuirá en:

- Garantizar la seguridad de los pacientes.
- Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados de enfermería.
- Replicar y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.

- Implementar nuevos modelos de atención centrados en la persona, familia y comunidad.
- Favorecer el desarrollo profesional a partir de una buena práctica.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite 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, 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: Permite 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 captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Taxonomías para el Cuidado de Enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

Modelo de Virginia Henderson

Para Henderson, la enfermería era “ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a morir en paz) que el individuo realizaría por sí mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios”.

Con base en este pensamiento que tenía sobre la enfermería desarrolló su modelo conceptual, influenciado por la integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades.

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

Elementos esenciales de su teoría

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-realización.

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

1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

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

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

Virginia Avenle Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 10 de Noviembre de 1996.

Fuentes teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harper. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursig

Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955, Henderson clasificó su trabajo como una

definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

Tendencia y modelo.

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

Principales conceptos y definiciones.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente

para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de enfermería.

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Supuestos principales.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teóricas.

Relación enfermera-paciente:

Se establecen tres niveles en relación enfermera-paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera-médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera-equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado del paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Método lógico.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrollo una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrollo un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señalo que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde mi parecer tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductista media los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de la conducta observable (logro de la independencia). También se podría decir que es biólogo ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y

familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología. Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como norte el aumento de la productividad y este se media a través de la atención al paciente.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzarse potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. Estas son las 14 necesidades que ella plasmó:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con otros para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Resumen de la historia clínica

Datos de identificación

Nombre: M.L.M.

Edad: 55

Sexo: Masculino

Ocupación: Trabajador

Estado civil: Casado

Religión: Católico

Escolaridad: Secundaria completa

Localidad: Ermita Zaragoza, Ciudad de México.

Unidad en la que se atiende: ISSSTE H.G. "General José María Morelos y Pavón"

Antecedentes heredofamiliares.

Madre finada de 53 años con antecedentes de cáncer no especificado. Padre finado, desconoce la edad y causa. Tres hermanos finados, desconoce edades y causas. Tres hijos aparentemente sanos y vivos.

Antecedentes personales no patológicos.

Habita en una casa rentada con todos los servicios. Alimentación adecuada en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, inmunizaciones completas aparentemente, sin convivencia con animales, grupo sanguíneo y Rh desconoce.

Antecedentes personales patológicos.

Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 5 años de evolución, en tratamiento médico con Metformina 1 tableta cada 24 horas que a veces toma porque se le olvida, Cirugía de catarata bilateral hace varios años y no especifica cuánto tiempo de evolución.

Padecimiento actual.

Paciente masculino se inicia su padecimiento hace 4 días (24 de marzo) con dolor tipo cólico en epigastrio acompañado de náuseas y vómito, por lo que es traído al servicio de urgencias donde se identifica hiperglucemia de 763 mg/dL.

FR: 20x' FC: 80x' TC: 36.0° TA: 120/70 mm/Hg

Dx médico: Diabetes mellitus tipo dos + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

Desarrollo del proceso

Necesidad de oxigenación

Datos de dependencia

El Sr. Moisés manifiesta la falta de aire al subir escaleras y rara vez cuando camina, pero que ahora le sucede más y no sabe por qué. Cerca de su casa se encuentra una fábrica de cemento que contamina el lugar.

Indica que fumaba 20 cigarrillos al día en la juventud pero actualmente dejó de fumar y ha estado expuesto al humo de leña por un tiempo desmedido.

Datos de independencia

El señor Moisés puede respirar por sí mismo y su casa se encuentra ventilada, tiene un llenado capilar de 2 segundos en miembros torácicos y pélvicos. La piel se encuentra semihidratada con ligera palidez de tegumentos. A la inspección se le encuentra un hematoma en la rodilla.

Necesidad de alimentación e hidratación

Datos de dependencia

El Sr. Moisés indica alimentarse por sí mismo en su hogar, refiere que no le es importante si está acompañado o no a la hora de comer porque se adapta y porque siempre está su esposa en casa. También nos comenta que no le gustan ciertos alimentos como la leche, el pollo, la sopa aguada y las verduras en general, pero las consume aunque no quiera y que solo consume 2 vasos de 250 ml de agua al día.

Mencionó que no sigue una dieta especial para la diabetes que padece por recursos económicos escasos, no se alimenta a sus horas y considera que su estado de ánimo influye en su alimentación porque cuando se encuentra triste o enojado no le dan ganas de comer.

Refiere que no está orientado a cerca de los alimentos que debe de consumir. La piel de las extremidades inferiores se encuentra deshidratada y presenta descamación.

Datos de independencia

El Sr. Moisés refiere comer por sí mismo, en su casa y en compañía de su esposa y su hija. Se encuentra con un peso corporal de 64 Kg. con una talla de 1.72 m teniendo un IMC de 21.63 Kg/m^2 lo cual refiere un peso normal.

En cuanto a la masticación requiere de una prótesis dental ya que solo tiene el canino inferior izquierdo como parte de su propia dentadura pero esto no le provoca ninguna molestia.

Necesidad de eliminación

Datos de dependencia

El Sr. Moisés orina 12 veces al día debido a la Diabetes que presenta, siendo su orina de un color amarillo fuerte y con olor dulce, presenta poliuria, nicturia y

urgencia para orinar. En la eliminación intestinal se indica que no defeca diario, sino cada tercer día, presentando esfuerzo para defecar acompañado de dolor anal debido a las hemorroides, normalmente tiene flatulencias y para mejorar un poco su evacuación indica que consume un polvo naturista que no recuerda que contiene.

Comenta que siente una mala digestión con todos los alimentos. Su abdomen se encuentra un poco globoso. Se encuentra con problemas de sudoración excesiva de la parte de la cabeza hacia la cintura, esto se manifiesta cuando realiza actividades sin gasto energético desmedido como son las actividades cotidianas.

Datos de independencia

Hay independencia para ir a evacuar y miccionar, no presenta disuria ni tenesmo vesical.

Indica que los alimentos secos le causan estreñimiento y que para solucionarlo evita comerlos.

Necesidad de movimiento y buena postura

Datos de independencia

El Sr. Moisés deambula por sí mismo

Datos de dependencia

El Sr. Moisés refiere que normalmente al caminar o al hacer cualquier actividad que no requiere un gasto energético excesivo presenta mareos, cansancio, agotamiento, además de debilidad muscular cuando se levanta de la cama, indica que le falta el aliento.

Indica que tiene neuropatía diabética y presenta manchas de color café en las extremidades inferiores por golpes y hematomas antiguos.

Necesidad de descanso y sueño

Datos de dependencia

No se encontraron

Datos de independencia

El Sr. Moisés indica que duerme 8 horas al día pero solo se levanta para orinar, no tiene dificultad para conciliar el sueño pero que este es muy ligero y casi nunca sufre de pesadillas. No manifiesta insomnio y al levantarse siempre tiene buena disposición para hacer sus actividades personales, aunque es un poco nervioso cuando no duerme bien, pero que esto casi no ocurre.

Necesidad de vestido

Datos de dependencia

No se encontraron

Datos de independencia

El Sr. Moisés manifiesta vestirse y desvestirse solo, él elige su propia ropa y esta va de acuerdo con la temporada y al clima que se encuentre en ese momento.

Necesidad de termorregulación

Datos de dependencia

El Sr. Moisés indica que su temperatura corporal no ha presentado variaciones, aun cuando sufre de hiperglucemia

Datos de independencia

De acuerdo con sus conocimientos es como sabe medir la temperatura corporal, también sabe cuándo hay fiebre.

Necesidad de higiene

Datos de dependencia

El Sr. Moisés refiere que se baña cada tercer día, se lava las manos solo en la mañana y en la noche, comenta lavarse los dientes tres veces al día, pero su único canino tiene sarro y está amarillo

Datos de independencia

Indica que no requiere de ayuda para asearse, cada vez que se baña hace cambio total de ropa, cada semana se corta las uñas de los pies y de las manos. Manifiesta lavar su prótesis dental después de cada comida y acude al dentista cada 6 meses.

Necesidad de evitar peligros

Datos de dependencia

Esta necesidad no es muy importante para el Sr. Moisés porque no tiene medidas de seguridad en su casa, ni en la calle. Cae en el conformismo y se automedica.

Datos de independencia

Las únicas conductas para evitar peligro que el Sr. Moisés comentó fueron, la primera: usar condón y la segunda es tener su esquema de vacunas completo.

Necesidad de comunicación

Datos de dependencia

El Sr. Moisés refiere usar anteojos, aunque se siente más cómodo usar lentes de contacto. Su auto percepción es el de una persona miedosa y demasiado precavida. A pesar de referir que tiene buena comunicación con su familia, se denota que es muy callado y reservado con su esposa.

Datos de independencia

El Sr. Moisés comenta que lee y escribe, aprende, se concentra y comprende las

cosas, pero se siente muy conservador. Indica que hay muy buena comunicación entre los familiares.

El Sr. Moisés indica que no usa aparatos para proteger su audición, es el capaz de solucionar sus problemas y su seguridad física.

Necesidad de valores y creencias

Datos de dependencia

No se encontraron

Datos de independencia

El Sr. Moisés manifiesta tener valores, pero le hace falta priorizar algunos y no solo tener la vida como lo más importante, refiere que es católico y que cada domingo acude a misa.

Necesidad de trabajar y realizarse

Datos de dependencia

El Sr. Moisés indica que se considera serio y terco, que se siente sin energía y fatigado al realizar sus actividades cuando se manifiestan “sus enfermedades”. Que requiere de un cuidado debido a sus enfermedades. El señor Moisés menciona que ya no trabaja porque ya es jubilado desde hace 2 años.

Datos de independencia

Lo único que manifiesta es que siempre cumple con lo que se propone.

Necesidad de recreación

Datos de dependencia

El Sr. Moisés indica que pocas veces se ríe y se divierte, por lo que le hacen falta más actividades para distraerse. Refiere que hace tiempo le diagnosticaron depresión y tomaba pastillas, pero en cuanto se sintió mejor dejó de tomarlas.

Manifiesta mal humor y apatía por estar tanto tiempo en cama.

Datos de independencia

No se encontraron

Necesidad de aprendizaje

Datos de dependencia

El Sr. Moisés refiere que durante su vida ha adquirido pocas actitudes para cuidar su estado de salud y que no posee alguna inquietud de aprender más allá que no sea lo relacionado con su enfermedad.

Datos de independencia

No se encontraron

Jerarquización y construcción de los Diagnósticos de enfermería

1. Necesidad de alimentación e hidratación
 - a. *Desequilibrio nutricional por defecto r/c factores biológicos, económicos y psicológicos m/p falta de información e ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.*
 2. Movimiento y buena postura
 - a. *Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad, alteración del metabolismo y deterioro del estado físico m/p inestabilidad postural y disnea de esfuerzo*
 3. Eliminación
 - a. *Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad m/p frecuencia (poliuria) y nicturia*
 - b. *Estreñimiento r/c malos hábitos alimentarios, hemorroides y actividad física insuficiente m/p disminución de la frecuencia y dolor durante la defecación*
 4. Trabajar y realizarse
 - a. *Fatiga r/c depresión m/p percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales*
 5. Recreación
 - a. *Sedentarismo r/c falta de interés y motivación m/p verbaliza la preferencia de actividades con poca actividad física.*
 6. Evitar peligros
 - a. *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud m/p fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud*
 7. Aprendizaje
 - a. *Disposición para mejorar la nutrición m/p deseos de mejorar los conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos*
-

Plan de intervención de enfermería

NECESIDAD: Alimentación e hidratación **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnóstica:** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Factores relacionados: Factores biológicos, económicos y psicológicos

Características definitorias: Falta de información e informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas

DOMINIO: 2 Nutrición

CLASE: 1 Ingestión

DX: MÉDICO: DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: El Sr. Moisés recibirá una alimentación más adecuada para él y disminuirá su glucemia.

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos		Ingestión alimentaria oral	Completamente adecuado 5 Sustancialmente adecuado 4 Moderadamente adecuado 3 Ligeramente adecuado 2 Inadecuado 1	Proporcionar un plan escrito de comidas Explicar el propósito de la dieta Instruir al. paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas	Mantener a: • 1 • 1
Estado nutricional: determinaciones bioquímicas		Glucemia	Sin desviación del rango normal 5 Desviación leve del rango normal 4 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación grave del rango normal 1	Remitir al paciente al nutriólogo Dar al paciente y ala familia ejemplos escritos de la dieta prescrita	Aumentar a: • 3 • 3

NECESIDAD: Movimiento y buena postura

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica: Deterioro de la movilidad física

Factores relacionados: Intolerancia a la actividad, alteración del metabolismo y deterioro del estado físico

Características definitorias: Inestabilidad postural y disnea de esfuerzo

DOMINIO: 4 Actividad/reposo

CLASE: 2 Actividad/ejercicio

DX: MÉDICO: DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: El señor Moisés aumentará su tolerancia a la actividad

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Tolerancia a la actividad		Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	No comprometido 5 Levemente comprometido 4	Realizar actividades cotidianas como barrer o caminar	Mantener a: • 2 • 2
		Facilidad para realizar las actividades diarias	Moderadamente comprometido 3 Sustancialmente comprometido 2	Recomendar actividades que impliquen un mínimo esfuerzo	• 3
Movilidad		Se mueve con facilidad	Gravemente comprometido 1	Ayudar al paciente a colocarse en posición para alivio de la disnea (posición Fowler o semifowler)	
				Enseñar al paciente y a los seres queridos aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno	Aumentar a: • 3 • 3
				Controlar la ingesta nutricional para asegurar los recursos energéticos adecuados	• 4

NECESIDAD: Eliminación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica: Deterioro de la eliminación urinaria

Factores relacionados: Multicausalidad

Características definitorias: Frecuencia(poliuria) y nicturia

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio

CLASE: 1 Función urinaria

DX: MÉDICO: DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: Se disminuirá el número de micciones por la noche

NOC	RESUKTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Eliminación urinaria		Patrón de eliminación Cantidad de orina Nicturia	No comprometido 5 Levemente comprometido 4 Moderadamente comprometido 3 Sustancialmente comprometido 2 Gravemente comprometido 1 Ninguno 5 Leve 4 Moderado 3 Sustancial 2 Grave 1	Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. Llevar un control de líquidos en casa Enseñar al paciente a orinar antes de ir a dormir Enseñar al paciente los signos y síntomas de retención urinaria Control de glucemia	Mantener a: <ul style="list-style-type: none">• 2• 3 • 2 Aumentar a: <ul style="list-style-type: none">• 3• 4 • 3

NECESIDAD: Eliminación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica: Estreñimiento

Factores relacionados: Malos hábitos alimenticios, hemorroides y actividad física insuficiente

Características definitorias: Diminución de la frecuencia y dolor durante la defecación

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio

CLASE: 2 Función gastrointestinal

DX: MÉDICO: DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: Se regulará la eliminación intestinal

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Eliminación intestinal	Patrón de eliminación	Heces blandas y duras	No comprometido 5 Levemente comprometido 4 Moderadamente comprometido 3 Sustancialmente comprometido 2 Gravemente comprometido 1	Comprobar la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de deposiciones	Mantener a: <ul style="list-style-type: none">• 2• 2• 1• 2
	Facilidad de eliminación de las heces	Estreñimiento	Ninguno 5 Leve 4 Moderado 3 Sustancial 2 Grave 1	Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento	
				Enseñar al paciente y a su esposa acerca de la dieta rica en fibras y el uso correcto de laxantes	
				Instruir al paciente sobre la relación de la dieta y ejercicio	Aumentar a: <ul style="list-style-type: none">• 3• 3• 2
				Proporcionar alimentos ricos en fibras	<ul style="list-style-type: none">• 3

NECESIDAD: Trabajar y realizarse **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica:** Fatiga

Factores relacionados: Depresión

Características definitorias: Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales

DOMINIO: 4 Actividad/reposo **CLASE:** 3 Equilibrio de la energía **DX: MÉDICO:** DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: Se mejorará la actividad y el sentimiento de poca energía

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Nivel de fatiga	Agotamiento		Ninguno 5 Leve 4 Moderado 3	Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones	Mantener a: • 3 • 2
	Estado de ánimo deprimido		Sustancial 2 Grave 1	Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades	• 3
	Actividades de la vida diaria		No comprometido 5 Levemente comprometido 4 Moderadamente comprometido 3 Sustancialmente comprometido 2 Gravemente comprometido 1	Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación Favorecer la alternancia de reposo y actividad	Aumentar a: • 4 • 3 • 4

NECESIDAD: Recreación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica: Sedentarismo

Factores relacionados: Falta de interés y motivación

Características definitorias: Verbaliza la preferencia de actividades con poca actividad física

DOMINIO: 4 actividad/reposo

CLASE: 2 Actividad/ejercicio

DX: MÉDICO: DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: Ayudar a despertar el interés y la motivación

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Motivación	Mantiene una autoestima positiva Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción	Siempre demostrado 5 Frecuentemente demostrado 4 A veces demostrado 3 Raramente demostrado 2 Nunca demostrado 1		Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potencia las capacidades sociales Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena	Mantener a: <ul style="list-style-type: none">• 2• 3 Aumentar a: <ul style="list-style-type: none">• 3• 4

NECESIDAD: Evitar peligros **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica:** Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Factores relacionados: Actitud negativa hacia los cuidados de salud

Características definitorias: Fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud

DOMINIO: 9 **CLASE:** 2 Respuestas de afrontamiento **DX: MÉDICO:**

Afrontamiento/tolerancia al estrés

OBJETIVO: Enseñar al Sr. Moisés a prevenir complicaciones de su estado de salud

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Conductas de seguridad personal	<p>Sigue las precauciones de la medicación</p> <p>Evita de conductas de alto riesgo</p>	<p>Siempre demostrado 5</p> <p>Frecuentemente demostrado 4</p> <p>A veces demostrado 3</p> <p>Raramente demostrado 2</p> <p>Nunca demostrado 1</p>	<p>Determinar con el paciente si tiene conocimientos adecuados acerca de los cuidados a su salud</p> <p>Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad</p> <p>Observar el nivel de responsabilidad que sume el paciente</p> <p>Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus autocuidados como sea posible</p>	<p>Mantener a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 • 3 <p>Aumentar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 • 4 	

NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Etiqueta diagnostica: Disposición para mejorar la nutrición

Factores relacionados:

Características definitorias: Deseos de mejorar los conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos

DOMINIO: 1 Promoción a la salud

CLASE: 2 Gestión de la salud

DX: MÉDICO: DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa

OBJETIVO: Se le informará al señor Moisés sobre una dieta adecuada para su padecimiento

NOC	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	NIC	PUNTUACIÓN
Conducta de búsqueda de la salud		Hace preguntas		Identificar la dieta prescrita	Mantener a: <ul style="list-style-type: none">• 3• 1• 1• 1
		Utiliza información acreditada de salud	Siempre demostrado 5 Frecuentemente demostrado 4 A veces demostrado 3 Raramente demostrado 2 Nunca demostrado 1	Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida Explicar al paciente y a la familia la dieta prescrita	
Conducta de adhesión: dieta saludable		Establece objetivos dietéticos alcanzables		Determinar (en colaboración con el dietista) el número de calorías y de tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación	Aumentar a: <ul style="list-style-type: none">• 4• 3• 4• 3
		Busca información sobre pautas nutricionales establecidas		Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita	

Planeación de los cuidados en el hogar

Nombre del paciente: <u>MLM</u> Edad <u>55</u> a <u> </u> Sexo <u>M</u> Servicio <u>Medicina Interna</u> Fecha de ingreso <u> </u> Fecha de egreso <u>01/04/2016</u> Diagnostico Medico: <u>DM2 + cetoacidosis diabética + deshidratación severa</u> Motivo del egreso: <u>Por mejoría</u> Cuidador principal: <u>Sra. Alicia (esposa)</u>
--

CUIDADOS EN EL HOGAR (cuidarme)	
INTERVENCIONES PARA EL PACIENTE Y FAMILIA	
INFORMACION	Realizar baño y/o cambio total de ropa diarios. Cepillarse los dientes y la lengua tres veces al día.
DIETA	Nada de carbohidratos simples, como son los azucares, nada de harinas, ni refrescos ni agua de frutas. Frutas solo la mitad de una porción o la mitad de una taza de fruta picada. Nada de avena, mucha agua y fibra
RECREACION Y USO DEL TIEMPO LIBRE	Caminar por lo menos media hora al día Hacer los ejercicios de equilibrio postural Hacer la terapia de relajación por las noches y antes de dormir Iniciar una actividad de manualidad, como origami, pintura, etc

MEDICAMENTOS INDICADOS					
NOMBRE	PRESENTACION	DOSIS	VIA	HORA	DIAS DE TRATAMIENTO
Metformina	Tabletas	85 mg	VO	1-1-0	Sin días definidos
Insulina NPH	Inyectable	15 UI	SC	Pre-prandial	Sin días definidos
Ácido fólico	Tabletas	5 mg	VO	1 diaria	Por un mes

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	
Signos y síntomas	Cuidados recomendados
Glucemia > 150 mg/dL o <70 mg/dL Cansancio, Mareos Sudoración fría Piel pegajosa Aumento en la frecuencia urinaria	Seguir esquema de insulina en caso de hiperglucemia Acudir a urgencias en caso de hipoglicemia y los demás síntomas

CONCLUSIONES

La realización de este proceso fue satisfactoria en su totalidad porque se pudieron cumplir todos los objetivos planteados para la mejora del paciente; aunque hubo varias dificultades como la apatía del Sr. Moisés, la falta de tiempo y el espacio del hospital.

En cuanto a la promoción de la salud y la enseñanza hacia el paciente fue satisfactoria ya que en familia pudimos realizar un plan de comidas adecuado para el señor Moisés, también me dijo cuáles eran los alimentos que podía consumir y cuales estaban restringidos para él por su padecimiento. En general se cumplió más allá de un objetivo específico que tenía planteado, el paciente pudo concientizar sobre su dieta diaria, porque me lo manifestó verbalmente y me agradeció.

Hubo algunas intervenciones no se pudieron aplicar ya que el Sr. Moisés mostraba apatía y desgano por hacer las cosas, aunque su esposa y su hermana estaban dispuestas a ayudarlo a realizar las actividades que él se rehusaba. El señor Moisés se fue su casa con su plan de alta y las medidas que debe seguir. Me parece que este P.A.E. se puede aplicar a cualquier otra persona que no tenga depresión porque las intervenciones no son nada difíciles ni costosas.

SUGERENCIAS

En el servicio de medicina interna del hospital general “General José Ma. Morelos y Pavón”, tanto en hombres como en mujeres existe muchas personas que padecen diabetes y sus complicaciones. Con base en esto sugiero mejorar la enseñanza y la promoción a la salud en la consulta médica de especialidades.

No necesariamente con pláticas informativas, podría ser un periódico mural donde se explique la patología médica y sus consecuencias y la forma de prevenir y/o controlar esta enfermedad.

Proporcionar interconsultas a las personas que tienen alto riesgo de padecer diabetes, puesto que es la primera indicación para evitar el desarrollo de la enfermedad.

Es importante que, en cada consulta, los médicos y las enfermeras den un poco más de tiempo para explicar ejemplos de dieta a los pacientes que padecen diabetes, ya que muchas veces, la interconsulta con los nutriólogos y dietistas no es a corto plazo y es más difícil para las personas dejar malos hábitos alimenticios.

Como enfermería nos hace falta demasiado apoyar los programas de educación alimenticia a la población, ya que se ha demostrado que es la forma más eficaz de combatir con las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes o hipertensión.

BIBLIOGRAFIA

Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo internacional de enfermeras; 1971.

Fernández C, Novel G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.

NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005

McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005.

IYER, Patricia W., TAPTICH, Bárbara J., BERNOCCHI-LOSEY, Donna. Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª edición. Inés Martínez Aguilar. España. McGRAW-HILL – INTERAMERICANA. 1993.

CIBEGRAFIA

<http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>

http://books.google.com.mx/books?id=6uB90k2NC1sC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000335.htm>

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/10_2012_Manual_DM2_vFinal_31oct12.pdf