



ESCUELA DE ENFERMERÍA "MARÍA ELENA
MAZA BRITO "DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR
ZUBIRAN"

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM,
CLAVE 3049-12

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN PACIENTE CON PIE
DIABÉTICO EN EL ÁREA DE CIRUGIA
GENERAL

Que para obtener el título de

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

Presenta:

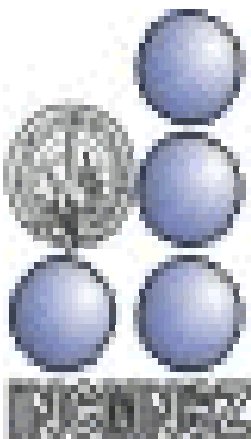
ANTONIA LOPEZ DIAZ

Nº cta. 401501306

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. ENF. OLIMPIA ORTUÑO SANCHEZ

Xalapa, Ver 2005





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

- ❖ A Dios por permitirme llegar hasta la meta final
- ❖ A mi Congregación por su apoyo sin límite, confianza, estímulos permanentes a realizar mi superación personal y profesional.
- ❖ A mis padres y hermanos que me brindaron todo su apoyo y que siempre se han preocupado por mi formación académica.
- ❖ A mis maestros les estaré eternamente agradecida por su ayuda desinteresada que me brindaron durante estos años de formación académica, a ellos les dejo mi afecto y mis mejores deseos.

INDICE

	Página
1. Introducción.....	1
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivo Específico.....	3
3. Metodología Del trabajo.	4
4 Marco Teórico.....	5
4.1 Evolución del cuidado.....	5
4.2. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	15
4.3 Etapas del PAE.....	19
4.4 Virginia Henderson.....	35
4.5 Aplicación del modelo	42
5 Aplicación del proceso atención de Enfermería aun paciente con Pie diabético mediante el modelo de Virginia Henderson.....	44
5.1 Presentación del caso... ..	44
5.1.1 Valoración en el Servicio de urgencias.....	45
5.2 Valoración inicial mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson	46
5.3 Datos relevantes para realizar diagnósticos de enfermería.....	50
5.4 Diagnósticos de enfermería.....	51
5.5 Plan de atención de enfermería.....	52
5.6 Ejecución del Plan de atención de enfermería.....	62
5.7 Evaluación del plan de atención de enfermería.....	64
6. Plan de alta.....	67
7. Glosario.....	69
8. Anexos.....	72
8.1 Anatomía del pie.....	73
9. Fisiología del pie diabético.....	76
10. Instrumento metológico para la atención de enfermería.....	81
11. Referencias Bibliográficas.....	93

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo es realizado durante el año de Servicio Social del 1 de agosto 2004 al 31 de julio del 2005 en el Hospital Civil Dr. Luis F. Nachón en la Ciudad de Xalapa, Ver, el cual consiste en un Proceso Atención de enfermería aplicado a un paciente con Pie Diabético en el área de Cirugía General ya que tiene como finalidad aplicar el proceso al paciente.

Para realizar el trabajo se emplearon los conceptos teóricos de Virginia Henderson y las catorce necesidades que propone, empleando la metodología sistematizada del PAE.

En el siguiente trabajo revisaremos en un primer instante la historia de la Enfermería y cual ha sido la evolución de la mujer dentro de la historia así como el cuidado que desempeñaba con el paciente, debido a esto hubo mujeres que destacaron, establecieron sus propias teorías y modelos como herramienta para darle un enfoque específico a la enfermería.

La enfermería ha tenido diversos cambios a lo largo de la historia ya que el cuidado a los pacientes inició con mujeres religiosas, amas de casa, etc; hasta ser lo que es el día de hoy una profesión utilizando un método científico.

También hablaremos del instrumento que se utilizó para elaborar el trabajo y cual es la finalidad del mismo.

Se explicará el Proceso Atención de Enfermería y en que consiste cada una de sus etapas, así como los conceptos teóricos de las 14 Necesidades de Virginia Henderson que se utilizó.

Es así como se realiza la presentación del caso basándose en la historia clínica de enfermería, realizándole la entrevista directa con el formato de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, para realizar los diagnósticos de enfermería, dándole prioridad a las necesidades que se estaban presentando en el paciente.

Se realizó los diagnósticos y las intervenciones de enfermería para después hacer la evaluación del paciente.

También se presenta el glosario que son los términos más usados en el trabajo.

Finalmente se incluye el apartado de anexos en donde se habla de la anatomía y fisiología del pie diabético así como tratamiento y cuidado del pie diabético.

Por último la bibliografía en donde se documento dicho trabajo.

2.- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con pie diabético tomando el modelo de Virginia Henderson y aplicando las 14 necesidades para el cuidado holístico del paciente.

2. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Brindar cuidados de enfermería con alto grado de humanismo y profesionalidad.
- ❖ Proporcionar cuidados de enfermería con eficacia.
- ❖ Identificar intervenciones de enfermería para brindarle un cuidado integral al paciente.
- ❖ Aplicar acciones de enfermería en base al diagnóstico y tratamiento de enfermería para una pronta recuperación.

3.- METODOLOGIA DE TRABAJO

Para la realización del presente trabajo se ha seleccionado un paciente masculino que fue atendido en el área de urgencias en el Hospital Sub -Regional “Dr. Luis F. Nachón “en Xalapa, Ver. Con la siguiente información:

- Selección del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Obtención de datos a través de la entrevista directa al paciente en distintos momentos para la realización de la valoración y así obteniendo datos objetivos como subjetivos.
- Realización de la exploración física al paciente.
- La realización de la valoración de enfermería de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Revisión bibliográfica para adquirir información.
- Revisión del expediente médico para reafirmar datos.
- Realización del análisis para llevar acabo los diagnósticos enfermeros establecidos por la NANDA.
- Aplicación de las intervenciones de enfermería en el paciente.

4.- MARCO TEORICO

4.1 EVOLUCIÓN DEL CUIDADO

“La enfermería la más bella de las artes, historia ilustrada ha sido una labor amorosa y la consecución de un sueño”.¹

La enfermería en su desarrollo histórico ha pasado por diversas etapas, que pueden dividirse en tres grandes épocas: la empírica existencial, la científica individualista y la concepción integral totalizadora inmersa tanto en el Proceso de Salud, enfermedad, como en la estructura política, así como en la interrelación existente.

En la época de los primeros cristianos la práctica de la Asistencia Sanitaria se basaba en sentimientos de desprendimiento y amor al prójimo, que proporcionaban cierto interés por satisfacer las necesidades de los enfermos a fin de llevar una vida más sana y feliz, las personas dedicadas a esta actividad recibían escasa educación formal al respecto, su aprendizaje era a través de la práctica junto a personas experimentadas que constituían un modelo a imitar.

Durante el medievo eran muchas personas dedicadas al cuidado de los enfermos, que respondían a las fuerzas sociales de su época.

“Las mujeres eran quienes cuidaban de los enfermos, atendían los partos, cuidaban de los niños y de los ancianos”.²

¹ M. Patricia Donahue ,Historia de la Enfermería Ed. Mosby, España 1999 pág 19

² Ibíd. Pág 4

Ya existían comadronas, que podían ser libres o esclavas y auxiliares del médico, que normalmente eran hombres y esclavos. Durante la civilización romana se avanzó mucho en la canalización de aguas, en la construcción de baños públicos y en los masajes terapéuticos. También nació la medicina preventiva actual.

El Corán les daba una serie de normas higiénicas y dietéticas de gran importancia para conservar la salud.

En la época Judía Creían que la salud y la enfermedad venían de Dios.

Al igual que los árabes, la religión les dictaba normas higiénicas y de estilo de vida. Fueron los primeros en creer que había enfermedades infecciosas que se contagiaban de persona a persona o a través de los objetos de la persona enferma.

Tenían normas de desinfección y aislamiento muy estrictas. Se describe la existencia de personal de enfermería y comadronas.

En la época Cristiana cuando Jerusalén fue conquistada, muchos cristianos fueron de peregrinación a Tierra Santa, esto hizo que nacieran las Hermandades Hospitalarias que atendían a los caminantes y a los enfermos. De la misma manera el camino de Santiago hizo aparecer, en España y Europa, hospitales para atender y dar cobijo a los peregrinos.

Tanto en los monasterios como en los hospitales había personal de enfermería mayoritariamente religioso pero también laico con votos.

Los médicos eran los que enseñaban y controlaban el personal de enfermería, que ya tenía unas tareas muy bien definidas. La enfermería no se constituyó nunca como gremio porque era considerado un trabajo con base religioso.

Había curanderas y brujas, sobretodo en las zonas aisladas, que eran las encargadas de velar por la salud de la población. Sus actuaciones se basaban en remedios naturales y conjuros, fueron perseguidas entre los siglos XIV y XVIII, y muchas acabaron en la hoguera. En el siglo XIII se crean las primeras universidades. Esto permitió que la enseñanza se desligara un poco de la Iglesia, y el pensamiento empezara a dar un tímido giro hacia la independencia y el rigor científico.

En el Renacimiento: Los cambios se produjeron durante la última parte de la Edad Media.

“Hay quienes opinan que la enfermería nació con Florence Nightingale, en realidad es tan antigua como la propia medicina”.³

En el siglo XIV en Florencia bajo la protección de la influyente familia Médici; y en otras ciudades italianas bajo la de otros mecenas, incluyendo Papas, nació una corriente humanística que quería redescubrir la antigua cultura clásica dormida durante tantos siglos. Había hospitales benéficos para atender y dar refugio temporal a los pobres y otros que actuaban como hospitales propiamente dichos.

³ M. Patricia Donahue, Op.cit. pág 1

En estos últimos una fuente de ingresos suficientes permitía que se diese una asistencia médica adecuada para la época. Había una normativa sobre el trabajo a desempeñar por parte del Enfermero Mayor y la de los enfermeros asistenciales que ha quedado descrita en diversos documentos de la época. En esta época había dos tipos de comadronas. La comadrona que atendía a la gente rica, que estaba bien pagada y tenía prestigio social. Y la comadrona que atendía al pueblo con pocos o ningún recurso económico, y que cobraba un sueldo que solo le permitía ir sobreviviendo.

Las comadronas ya tenían cuatro funciones bien definidas:

- Asistencia a las mujeres durante el parto, el puerperio y situaciones patológicas del aparato reproductor femenino.
- Declaración jurídica cuando era necesario por muerte de la madre durante el parto, para certificar si un niño había nacido vivo o muerto, o para declarar si una mujer había dado a luz o no a un niño. Cosas muy importantes en casos de herencias.
- Enseñar a nuevas comadronas que las sustituirían cuando ellas se jubilasen.
- Administración del bautismo de urgencia cuando el recién nacido corría el riesgo de morir.

El Siglo de Oro: Se conoce como Siglo de Oro de la enfermería española al periodo comprendido entre los años 1550 y 1650. De la idea medieval, de dedicación absoluta al necesitado como ejercicio fundamental de la piedad cristiana, se paso a la idea de que

era necesario el uso racional de todas las posibilidades disponibles para que este servicio fuera lo más completo posible. Se produjeron tres hechos que supusieron el avance de la enfermería:

- La aparición y posterior expansión de órdenes religiosas que tenían como objetivo fundamental la asistencia a los pobres. Destaca la de San Juan de Dios que se extendió por Europa y América. La de los Hermanos Enfermeros Pobres.

En el siglo XVII todavía no se conocían la mayoría de los agentes causales de las enfermedades, ni sus vías de transmisión, ni los periodos de incubación. Los cuidados iban encaminados a tratar solo los signos y síntomas. Por eso la observación del paciente en la práctica clínica diaria era muy importante para poder curar a los enfermos. Y aquellos enfermeros basaron su práctica en cuatro funciones: Curas, administración, docencia e investigación. Se les exigía saber leer y escribir para que pudieran entender las prescripciones médicas y para que llevaran un registro escrito de sus tareas diarias.

En Francia destaca la Orden de las Hermanas de la Caridad y en Italia la de los Ministros de los Enfermos.

La aparición del Protestantismo supuso para el norte de Europa e Inglaterra un importante retroceso en la atención de enfermería porque fueron expulsadas las ordenes católicas hospitalarias sin que se substituyesen por otras con funciones similares. Los enfermos pobres quedaron totalmente desprotegidos.

Las tasas de mortalidad aumentaron hasta límites escalofriantes. Mientras la Europa del sur alcanzaba una enfermería más cualificada, la del norte iniciaba un importante retroceso que duraría siglos.

Los grandes avances en la medicina y la cirugía hacen crecer el prestigio social del médico, el practicante y la comadrona, en detrimento de la enfermera que cada vez es menos valorado. La viruela es la gran enfermedad del siglo XVIII y no tendrá una vacuna eficaz hasta 1798. Otras infecciones causaban también importantes epidemias, y la malnutrición solo hacía que empeorar la situación.

En el año 1750 se inicia la Revolución Industrial en Inglaterra, el trabajo artesano inicia una lenta desaparición y las fábricas comienzan su dominio económico.

En Alemania en el año 1836 se funda el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth que en el futuro jugará un papel muy importante en la evolución de la enfermería.

“A finales del Siglo XIX las condiciones habían alcanzado un punto crítico y la estructura organizativa se vislumbraba como el único

mecanismo a través del cual podrían conseguirse cambios en la formación y práctica de enfermería”.⁴

Los avances técnicos y científicos permiten cada vez intervenciones más complicadas. La medicina es técnica y se especializa. El año 1864 se funda la Cruz Roja.

Los requisitos que tenían que cumplir las aspirantes a entrar a la escuela de las comadronas:

- Tener 20 años cumplidos y ser casadas o viudas.
- En el caso de las casadas tenían que presentar un documento donde el marido las autorizase a trabajar.
- Certificado de buenas costumbres expedido por su párroco.

La desestructuración de las tareas de enfermería en beneficio de las de los practicantes y las comadronas hizo disminuir la calidad de la asistencia hasta llegar a casos en que estas tareas eran desempeñadas por mujeres que no sabían leer ni escribir y que no tenían ningún tipo de preparación.

Las enfermeras eran relegadas a tareas de sirvientas y tenían sueldos muy inferiores a los de los enfermeros. En los hospitales laicos el panorama era deprimente y en los religiosos un poco mejor ya que las monjas veteranas se dedicaban a formar las nuevas.

⁴ M.Patricia Donahue, Op. Cit pág 358

Florence Nightingale nació en Florencia (Italia) el 12 de Mayo de 1820 durante un viaje de sus padres, y por eso le pusieron Florence. Su familia era inglesa de clase acomodada y le dieron una buena educación. En contra de lo que se esperaba de ella, casarse y tener hijos, se quería dedicar a la enfermería, cosa que a su familia no le hacía ni pizca de gracia debido a la mala fama de las mujeres que se dedicaban. Le costó años de presión poder formarse como enfermera. Su paso por el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) principalmente, y por la Maison de la Providence de las Hermanas de la Caridad (París) le permitió adquirir la formación que la llevó al Hospital de Scutari, en Turquía, como superintendente de un grupo de enfermeras el 24 de Octubre de 1854.

Había formado a toda prisa 38 enfermeras dispuestas a ir a un hospital de guerra en la otra punta del mundo.

Se mostró como una gran administradora que con los recursos básicos organizó salas de hospitalización limpias y confortables, asistencia de enfermería adecuada, cocinas eficientes, salas de recreo y medios para distraer a los enfermos, lavandería. Por las noches hacía rondas con una lámpara para ver el estado de los pacientes más graves y por eso siempre se representa con una lámpara. Organizó distintos hospitales de la zona hasta que enfermó gravemente y tuvo que volver a Inglaterra en 1856.

Su formación en matemáticas y estadística le permitió presentar los buenos resultados obtenidos de manera gráfica y comprensible (fue precursora en la utilización de gráficos estadísticos).

Publicó un libro sobre calidad y administración hospitalaria en el ejército.

Recibió numerosos donativos de soldados y civiles agradecidos que le permitieron crear una escuela de enfermería.

En un principio tuvo la oposición de los médicos que se mostraron desconfiados pero después de ver como mejoraba la calidad de la asistencia de sus pacientes se mostraron encantados. Formó enfermeras para hospitales, domicilios y enseñanza, y devolvió a las enfermeras la profesionalidad y reconocimiento social que hacía tantos años que habían perdido.

Murió en Agosto de 1910 en Inglaterra.

“Resulta difícil distinguir la enfermería de la medicina en este proceso evolutivo, pues las primeras etapas de ambas disciplinas están estrechamente entrelazadas”.⁵

En España la mala situación de la enfermería se prolonga hasta los años 20, aunque en 1915 se instituyó el título de enfermera por primera vez en la historia. La primera escuela española de enfermeras fue la Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid.

⁵Ma Patricia Donahue, Idem, pág 1

En los años 1917 y 1919 se fundan en Barcelona la Escuela de Santa Madrona y la Escuela de la Mancomunidad de Cataluña. En el año 1923 se crea la Escuela Nacional de Puericultura donde se podían cursar los estudios de enfermera visitadora puericultora y comadrona puericultora. En el año 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad y el año 1929 la Escuela de la Casa de Salud de Valdecilla.

Es en los años treinta cuando la enfermería llega a su máximo nivel de actividad gracias a la infraestructura sanitaria de la Segunda República.

Con la Guerra Civil comienza una involución de la profesión y de las libertades de la mujer. Mediante la Sección Femenina y leyes retrogradadas se pretende reducir a las mujeres al ámbito doméstico. En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977 en que se crea el título de Diplomado en Enfermería.

Con respecto a la enfermería los avances también han sido notables: El nuevo concepto de salud que la define como el máximo bienestar posible, resultado de la adaptación y participación activa de la persona, en la promoción y conservación de un equilibrio dinámico con sí mismo y con su entorno.

4.2.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

“La enfermería, como disciplina desde la enseñanza superior, debe interiorizar los postulados vigentes en el seno de la Universidad considerando si su situación preparadigmatica como punto de partida y estableciendo estructuras de pensamientos y de acción que obliguen al cuestionamiento y a la argumentación de objeto de estudio”.⁶

Si bien, la enfermería como práctica ha existido desde que hubo enfermos que necesitaran de una persona que los atendiera en su estado de impedimento o necesidad. Fue hasta mediado del siglo XIX con Florencia Nightingale; Quien con justa razón fue llamada la “fundadora de la Enfermería Moderna”, que se empezó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera, en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud.

Así mismo, Florencia Nightingale, por medio de sus escritos y en los Planes de estudio de las Escuelas de Enfermería, fundadas por ella, destacó la necesidad de que las aspirantes a la carrera de enfermería, se prepararan con estudios formales para que pudiera realizar bien sus funciones como enfermera.

En la primera mitad de este siglo no se dieron notables progresos en nuestra profesión, fue hasta los años 60 cuando se dio un gran apoyo

⁶ Juana Hernández Conseca; Historia de la Enfermería, Ed, Interamericana McCraw-Hill México 1995 pág 143

a la preparación de las profesoras de enfermería, a las escuelas de enfermería y a las enfermeras clínicas.

En 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería, (PAE), se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos” (Alfaro, 1999)

Se comparaba el Proceso de Enfermería, con el proceso de Resolución de problemas y el Método científico; sostenido que, El proceso de Resolución de problemas es lo mismo que el Método científico Simplificado, y el Proceso de Enfermería, es el Proceso de Resolución de Problemas, con los mismos pasos, pero dado a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.

En 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C editó un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería, en donde se definió como “un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

Actualmente se incorporó a la enseñanza teórica de este instrumento, el de las categorías Diagnósticas, o Diagnósticos de Enfermería, aprobados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería (Rosalinda Alfaro 1993). Sus objetivos son identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades. Para llevar a cabo el proceso de enfermería de forma eficaz e individualizar las necesidades particulares de cada persona.

El PAE “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales” (Alfaro 1998).

El PAE es un instrumento empelado para realizar la interacción mutua ante la enfermera, el cliente y la familia y para identificar los objetivos de salud, las energías y limitaciones del paciente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud (Carpenito 1989).

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); Y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall, (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas añadiendo la etapa diagnóstica.

“Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente”:⁷

- ❖ Valoración
- ❖ Diagnóstico
- ❖ Planificación
- ❖ Ejecución
- ❖ Evaluación

⁷ Berta A. Rodríguez S, Proceso Enfermero Ed, Cuellar México, 2002 pág 32

4.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

1.-VALORACION

Es la primera etapa del proceso de Atención de Enfermería el cual es el proceso de recogida, verificación y organización de los datos (información) referentes al estado de salud de un cliente. Esta fase de valoración, las enfermeras y clientes establecen la base de datos a partir de la cual derivan los planes de cuidado individualizados del cliente. Durante esta fase del proceso la enfermera, estratégicamente, recopila de diversas fuentes los datos necesarios para el cuidado del cliente. Así lo expresa Susana Rosales Barrera “la obtención y recolección de datos se logra a través de tres herramientas que son: La observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física”.⁸

La observación:

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

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra

⁸ Susana Rosales Barrera, “Fundamentos de Enfermería” Ed.Manual Moderno, México pág 203

fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

Entrevista:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. “Ya que es una comunicación planificada o una conversación”:⁹

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

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

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también,
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

⁹ B.Kozier, Técnicas de Enfermería Clínica Vol. I ,Ed Interamericana McGraw-Hill, España,1999
pág 21

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

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

La exploración física:

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

Exploración física se centra en: determinar profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la

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

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hecho). Aseguramos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y el tratamiento prescrito.
- Valoración física.
- Patrones funcionales de salud.

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es la segunda etapa del Proceso Atención de Enfermería debido que da como resultado un enunciado diagnóstico o un diagnóstico de enfermería que proporciona la base para la selección de la intervenciones de enfermería para el paciente. El diagnóstico es el proceso de análisis y síntesis. El análisis es la separación en componentes: es decir, la fragmentación del todo en sus partes. La síntesis es lo opuesto; es decir la reunión de las parte de un todo. Las habilidades cognitivas requeridas para el análisis y la síntesis son: objetividad, pensamiento crítico, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo."El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud, procesos vitales o potenciales".¹⁰

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

¹⁰ B.Kozier, Op Cit, pàg 25

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión **dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión **interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión **independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

Componentes de las Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

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

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

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

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

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

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

Tipos de diagnósticos:

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

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.- descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

3.- PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería que se inicia después de haber formulado los diagnósticos y problemas interdependientes y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”.¹¹

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista y jerarquizando las necesidades básicas Maslow (1972).

Planteamiento de los objetivos:

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

¹¹ Berta A. Rodríguez S, Op. Cit, pág 73

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

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

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- ❖ Objetivos a corto plazo
- ❖ Medio plazo
- ❖ Objetivos a largo plazo:

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

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

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto.
- Las modificaciones a un tratamiento estándar.
- La firma.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería

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

El plan de cuidados de enfermería "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".

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- Órdenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

4.- EJECUCION

Es la cuarta etapa del Proceso Atención de Enfermería que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. “es donde la enfermera pone en marcha las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados de enfermería para lograr el resultado deseado o los objetos del cliente”.¹²

Pasos para la ejecución

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

¹² B.Kozier, Op. Cit, pág 38

5.-EVALUACION

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

4.4 VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

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".

Henderson publicó su definición de enfermería en la revisión de 1955 donde hubo tres factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería como lo cita Martha Raile "la necesidad de aclarar la función de enfermería y determinar su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946".¹³

¹³ Martha Raile Alligosa " Modelos y Teorías, Ed, Harcourt pág 100

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- ❖ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ❖ Identifica las 14 necesidades humanas 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, la 8ª y 9ª con la seguridad y la 10ª con la estima y la 11ª con la pertenencia y desde 12ª a la 14ª con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.

- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para

cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos. Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, ayuda o compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del metaparadigma de enfermería:

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

“El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional “¹⁴

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados “Y es un conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.¹⁵

Salud:

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

¹⁴ Martha Raile Alligosa Op Cit, pág 13

¹⁵Martha Raile Alligosa Op Cit, pàg 102

“La considera como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería “. ¹⁶

Henderson considera la enfermería: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación que conllevaría a cabo sin ayuda si contra con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible”. ¹⁷

En las necesidades “señala en ella las 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería”. ¹⁸

¹⁶ Idem, pàg 102

¹⁷ Idem pàg 102

¹⁸ Idem pàg 102

4.5 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

“Ante la necesidad de encontrar un modelo, para la enseñanza de enfermería, que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para que aceptado puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se seleccionó el Modelo de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.”¹⁹

También como cita Martha Raile “el modelo de Henderson, como marco conceptual, perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso atención de enfermería”²⁰.

En la etapa de valoración: “Se reúne la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante la historia de enfermería que abarca las 14 necesidades de Henderson”.²¹

En la etapa de Diagnóstico: “Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia. En cada una de las necesidades básicas, y los problemas de salud reales o potenciales, se utilizan las categorías de la NANDA”.²²

¹⁹ Ma de Jesús García González; El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson Ed, Progreso México 1997 pág 11

²⁰ Martha Raile Alligosa Op. Cit, pág 103

²¹ Ma de Jesús García González, Op. Cit, pág 21

²² Idem. 21

En la etapa de Planificación: “Se desarrolla el plan de acción con el paciente en donde se determinan prioridades, objetivos, actividades de enfermería y del paciente y familia que ayudarán a lograr los objetivos”.²³

En la etapa de Ejecución: “se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones del paciente y se identifican los nuevos problemas”.²⁴

Etapa de la evaluación: “Se decide si el plan ha sido efectuado durante la fase de planificación. La evaluación se hace de acuerdo a los objetivos propuestos y se determinará los criterios que nos indicaran los niveles de independencia”.²⁵

“La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población”.²⁶

Por lo tanto es aplicable en el paciente con pie diabético para brindarle una atención integral.

²³ Ma de Jesús García González, pàg. 22

²⁴ Idem, pàg 22

²⁵ Idem, pàg 22

²⁶ Catalina García Martín, Historia de la Enfermería; Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, Ed, Harcourt 2001, pág 159.

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON PIE DIABETICO MEDIANTE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

5.1 PRESENTACION DEL CASO

L.V.H masculino de 50 años, casado con escolaridad primaria, religión católica, se dedica al comercio.

El paciente es atendido en el Hospital Sub-Regional Dr. Luis F. Nachón en Xalapa, Ver ingresa al servicio de urgencias el 8 de febrero del 2005 por presentar: hiperglucemia, diaforético, desvanecimiento y malestar general.

Posteriormente es canalizado al área de Cirugía General y se le realiza el interrogatorio directo en donde manifiesta lo siguiente:

Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 12 años, presentando hiperglucemias hasta de 460 mg/dl por lo cual ha sido hospitalizado para su control, manifiesta que el problema de pie diabético lo ha padecido hace 5 años de evolución por lo cual le han amputado el 4 y el 5 ortejos del pie izquierdo.

El paciente tiene como antecedentes heredo familiares madre con cáncer de estómago (finada), padre con diabetes mellitus tipo 2 (vivo), un hermano con diabetes mellitus y un tío con el mismo problema.

5.1.1 VALORACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El paciente ingresa al servicio de urgencias por presentar con una glucosa de 286 mg/dl y dolor en miembro inferior izquierdo, lesiones en primer ortejo, cuarto, quinto, diaforético, desvanecimiento y malestar general con signos vitales T/A 110/60, FC 60, FR 18, Temperatura 36.5, en donde se canaliza con solución mixta de 1000 ml para 8 horas y es referido a Cirugía General para continuar con el tratamiento médico en donde será intervenido quirúrgicamente para amputar el 4 y 5 ortejo del pie izquierdo debido a que presenta lecciones francas necróticas.

5.2 VALORACIÓN INICIAL MEDIANTE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: Paciente consciente, orientado en sus tres esferas, con palidez de tegumentos e inquieto.

Presenta hiperglucemia, diaforesis, desvanecimiento y malestar general. Sus signos vitales durante la exploración son los siguientes FC 60 x, T/A 110/60 FR 18x, Temperatura 36.5.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: Durante el interrogatorio que se le realiza el paciente refiere que no lleva un control en la alimentación y que consume por lo regular de todo por lo cual no hay una buena evolución en su tratamiento.

El paciente refiere hacer dos o tres comidas durante el día en donde come pollo, frijoles, tortillas, arroz, y frutas, verduras casi no las consume e ingiere pocos líquidos.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: Durante la exploración se observa abdomen normal con peristaltismo presente en donde el paciente refiere que es estriñido debido a que no consume lo suficientes líquidos y que hace una evacuación al día o incluso cada dos días pero que para el es normal por eso no se aflige y que durante la micción no tiene ningún problema.

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: Tegumentos hidratados no refiere ser intolerante al calor o al frío porque esta aclimatado a los cambios de temperatura que se presentan en la Ciudad ya que son muy constantes que se den.

El paciente no realiza ejercicios físicos debido a que tiene el problema de pie diabético por consiguiente tiene que utilizar silla de ruedas o muletas para moverse.

5.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: El paciente requiere el apoyo de sus familiares para trasladarse de un lugar a otro debido que necesita silla de ruedas y muletas a demás viven en un lugar donde no cuentan con los servicios necesarios y le es difícil moverse por sí mismo.

6.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: El paciente manifiesta que no puede descansar tranquilamente ya que en ocasiones se despierta por dolor y aunque se vaya a dormir a las 22:30 hrs. p.m y se levante a las 7:00 hrs. a.m durante el transcurso de la noche siempre interrumpe el sueño y se siente agotado por no tener el descanso necesario y en la estancia hospitalaria refiere que le es más difícil descansar porque le checan los signos vitales, le administran medicamentos no hay un ambiente de confianza dentro del mismo cubículo en el cual se encuentra.

7.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR: Utiliza ropa adecuada que le gusta, dentro del hospital utiliza la ropa que le proporciona la institución, pero manifiesta que no esta en buenas condiciones y que en ocasiones no le llevan ropa debido a que no la hay.

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL: En el hogar el paciente acostumbra bañarse cada tercer día debido a que no cuenta con lo necesario en ocasiones les falta el agua en su casa, realiza higiene bucal después de cada alimento, también refiere que le tienen que ayudar a bañarse, en el hospital se baña diariamente en regadera y posteriormente la curación y cambio de ropa cuando se la proporcionan pero manifiesta que tiene temor a que la herida se infecte porque no cuenta con lo necesario en casa para la realización de curaciones y que además no sabe como realizarlas y quien se las realice, le es difícil acudir al Hospital por cuestión económica.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: El paciente manifiesta que si tiene temor porque no le han orientado como afrontar los peligros , por lo tanto tiene que el utiliza silla de ruedas, muletas y que cuando sale de casa siempre tiene que tomar taxi para trasladarse a cualquier lugar, en el hospital tampoco le dijeron lo que tiene que hacer y se siente angustiado por si llegase a pasar algo.

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE: Comenta que tiene problemas tanto en casa como en el hospital para comunicarse con el otro porque no se le facilita la comunicación con los demás y que con el personal de la institución no hay confianza, que en algunas ocasiones les pregunta algunas cosas con miedo a pesar de que el se trata bien.

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Es católico, se acerca a su religión, cree en Dios y que en ocasiones no asiste a misa porque no puede moverse por sí mismo y por lo tanto acepta que el sacerdote lo visite en esos momentos difíciles de su vida que esta pasando.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

No trabaja por el momento, lo único que hace es colaborar en la casa con su familia y apoyarlos en lo que el pueda trabajar, sin embargo se siente triste por no poder realizar lo que a el le gusta.

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES

RECEATIVAS: Refiere que se sienta bien porque tiene la oportunidad de jugar con sus hijos en juegos de mesa y que eso le ayuda para distraerse y no estar pensando en la enfermedad y que además une los lazos familiares.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

El paciente sabe leer y escribir, hacer cuentas, pero no muestra interés cuando se le va hacer algún procedimiento tanto médico como de enfermería.

5.3 DATOS RELEVANTES PARA REALIZAR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

SUBJETIVO	OBJETIVO
Orientado	T/A 110/60, FC 60, FR 18, Temperatura 36.5° C
No lleva un control en la dieta	Hiperglucémico
Falta de oxigenación	Diaforético
Palidez de tegumento	Ictérico
Estreñimiento	Evacuaciones cada 24 horas
Presenta dolor en pie izquierdo	Amputación de orfejos
Imsonio	Falta de descanso
Higiene personal	Aspecto general bueno
Baño cada tercer día	Cuero cabelludo limpio
Nervioso ante situaciones desagradables	Presenta inquietud
Presenta temor	Canaliza las situaciones de tensión en su vida con ocupaciones
Casado con esposa e hijos	Permite contacto físico
Introvertido	Incapacidad para relacionarse
Católico	Acepta creencias
Desempleado	Trabaja en su hogar y se distrae con juegos de mesa y ver televisión
Estudió primaria	Falta de conocimientos en general

5.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- 1.-Riesgo de alteración en el Patrón respiratorio relacionado con la actividad reducida prolongada en el postoperatorio.
- 2.-Alteración del estado nutricional relacionado por malos hábitos dietéticos, manifestado por complicaciones metabólicas.
- 3.-Alteración en mantenimiento de la salud relacionado con la falta de conocimientos sobre la enfermedad, manifestado por el desinterés del autocuidado personal.
- 4.-Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con una falta de conocimientos acerca de programas de ejercicios y cuidados de los pies.
- 5.-Déficit de autocuidados para la higiene corporal relacionada con dificultad y/o limitación en la movilización, presencia de herida.
- 6.- Trastorno de la integridad de la piel relacionado con la amputación de orfejos del pie izquierdo, manifestado por posibles infecciones.
7. Alteración en la movilidad física relacionado con la presencia de herida y/o amputación en pie o extremidad, potencial de dolor local manifestado por dificultades para el apoyo y deambulaciòn.
- 8.- Alteración en el estado psicológico relacionado por angustia, miedo, manifestado por falta de comunicación familiar.
- 9.-Duelo relacionado con la pérdida de una parte corporal manifestado por tristeza y angustia.

5.5 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>1.- Riesgo de alteración en el Patrón respiratorio relacionado con la actividad reducida prolongada en el postoperatorio.</p>	<p>Mejorar la capacidad respiratoria mediante oxigenoterapia.</p>	<p>1.-Valorar signos vitales.</p> <p>Colocación de puntas nasales a 3 litros por minuto.</p> <p>2.-Colocar al paciente en semifowler.</p> <p>3.-Determinar signos de hipoxia</p> <p>4.-Mantener una vía aérea permeable.</p> <p>5.-Enseñar al paciente a que realice respiraciones profundas.</p> <p>6.-Enseñar al paciente la colocación del catéter o puntas nasales de oxígeno.</p>	<p>1.-La valoración frecuente de los signos vitales permite detectar bradicardia y cualquier complicación que se pudiese presentar.</p> <p>2.-Favorece las condiciones del paciente y así tiene una mejor oxigenación.</p> <p>3.-Esto evita la prevención de eventualidades cuando la oxigenación no es adecuada.</p> <p>4.-El proporcionar oxígeno ayuda a mejorar la perfusión alveolar.</p> <p>5.-Para observar si hay presencia de sibilancias o cualquier otra alteración.</p> <p>6.-Esto permitirá que el paciente utilice correctamente el oxígeno que requiera.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
2.-Alteración del estado nutricional relacionado por malos hábitos dietéticos, manifestado por complicaciones metabólicas.	Lograr que el paciente sea conciente de llevar una dieta adecuada y equilibrada de acuerdo a su patología.	<p>1.-Explicarle que es importante de que lleve la dieta indicada para el control del metabolismo.</p> <p>2.-Informarle a la familia que es importante que consuma los requerimientos permitidos para evitar riesgos.</p> <p>3.-Fomentar la educación alimenticia.</p> <p>4.- Valorar el monitoreo de peso y glicemia.</p>	<p>1.-Darle a conocer los distintos planes de alimentación de acuerdo a las características que presenta el paciente y evitar que se presenten descompensaciones metabólicas.</p> <p>2.-El apoyo familiar es de gran ayuda para que el paciente controle su dieta y que consuma abundantes líquidos.</p> <p>3.-Esto le proporcionara interés para saber que dieta puede consumir y que no puede estar comiendo lo que sea ya que se pueden presentar alteraciones.</p> <p>4.-Esto ayudará para ver la evolución del paciente.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>3.-Alteración en mantenimiento de la salud relacionado con la falta de conocimientos sobre la enfermedad, manifestado por el desinterés del autocuidado personal.</p>	<p>Lograr que el paciente tenga interés por conocer sobre la enfermedad que presenta y complicaciones que se pueden manifestar.</p>	<p>1-Explicarle que es importante que conozca en que consiste la patología y que problemas se pueden suscitar cuando no hay un tratamiento adecuado.</p> <p>2.- Proporcionarle información para que muestre interés por conocer sobre la enfermedad que manifiesta.</p> <p>3.-Involucrar ala familia.</p> <p>4.- Orientarlo para que tome la iniciativa y muestre interés en su enfermedad y salga adelante.</p>	<p>1.-La explicación ayuda a reforzar las dudas que tiene el paciente y la importancia de llevar un tratamiento.</p> <p>2.-El tener información le ayudará a resolver dudas sobre la patología.</p> <p>3.-Al conocer la familia sobre la enfermedad, así podrá ayudar al paciente cuando se presenten signos y síntomas de importancia.</p> <p>4.- El no conocer no le favorece en nada, sin embargo, el conocer sobre la enfermedad reforzará sus conocimientos y así aclare cualquier duda que se le presente.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>4.-Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de conocimientos acerca de programas de ejercicios y cuidados de los pies.</p>	<p>Que el paciente logre comprender la importancia del ejercicio y cuidados de los pies.</p>	<p>1.-Explicarle al paciente y familiar la ventaja del ejercicio regular (mejorar la forma física, control de peso y reducir grasa).</p> <p>2.-Hacer hincapié que realice ejercicio y que busque lo medios para realizarlo.</p> <p>3.- Enseñarle como evitar episodios de hipoglucemias relacionadas con el ejercicio.</p> <p>4.- Indicarle que debe evitar inyectarse insulina en zonas que vaya a ejercitar.</p> <p>5.- Hacer participar al paciente al igual a</p>	<p>1.-Le ayudará al paciente a sentirse con mayor satisfacción consigo mismo y con los demás.</p> <p>2.-Lo cual será benéfico y le proporcionará a reducir los niveles de glucemia.</p> <p>3.-Ya que proporcionarle información al paciente le ayudará a detectar signos y síntomas y esto le evitará a llegar a complicaciones.</p> <p>4.- El control de la insulina es de gran importancia y llevar su control por escrito para saber identificar cuando se presentan alteraciones en las glucemias y así hacer una rotación en zonas indicadas para evitar complicaciones en la piel.</p> <p>5.- Con la finalidad de evitar complicaciones</p>

		<p>la familia de una examinación diaria de los pies teniendo en cuenta el modo de impedir la aparición de lesiones, utilizar calzado amplio y cómodo, cortar correctamente las uñas, evitar fuentes de calor , no andar descalzo y revisión periódica del podólogo.</p> <p>6.-Informarle al paciente que existen Centro de Salud y en los hospitales de Salubridad donde le pueden brindar información gratuita.</p>	<p>debido a que el paciente pierde sensibilidad en la piel.</p> <p>6.-El saber que cuenta con lugares donde le pueden resolver dudas se sentirá más seguro y que sabe que hacer en caso de una emergencia.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>5.- Déficit de autocuidado para la higiene personal en herida quirúrgica.</p>	<p>Lograr que el paciente sea consciente de la importancia de la higiene personal para disminuir el riesgo de infección de herida quirúrgica.</p>	<p>1.-Explicarle al paciente que la higiene personal le trae bienestar y evita enfermarse.</p> <p>2.- Orientarlo a que la herida quirúrgica debe de estar limpia y en buenas condiciones.</p> <p>3.- Indicarle la importancia del baño diario.</p> <p>4.-curación de herida de acuerdo a lo prescrito.</p> <p>5.-Explorar el lugar de incisión de herida quirúrgica.</p>	<p>1.- Esto le traerá bienestar personal y con todas aquellas personas que se relacione.</p> <p>2.-Evitará a que se infecte la herida y así la recuperación sea más óptima y favorable.</p> <p>3.- El baño le ayuda a que se relaje y a evitar la reproducción de bacterias.</p> <p>4.- Con la finalidad de evitar que la herida se infecte.</p> <p>5.- Esto permite identificar signos como son enrojecimiento, dolor ,calor local.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>6.- Trastorno de la integridad de la piel relacionado con la amputación de ortijos del pie izquierdo, manifestado por posibles infecciones.</p>	<p>Evitar las complicaciones de infección en el paciente y/o alteración metabólica.</p>	<p>1.-Capacitación adecuada para la realización de curaciones quirúrgicas.</p> <p>2.-Explicarle el porque debe de realizar baño diario.</p> <p>3.-Tener un buen manejo en la realización de curación de las heridas quirúrgicas.</p> <p>4.-Orientarlo a que acuda a rehabilitación.</p>	<p>1.- El saber en que consisten las heridas quirúrgicas pondrá más empeño para evitar posibles complicaciones que se pudieran presentar y el saber como se realizan y el porque se realizan tomará interés para el autocuidado personal.</p> <p>2.-La higiene personal le dará mayor presentación y evitará a que se presente alguna infección en la piel.</p> <p>3.-El realizar un buen procedimiento en la realización de la curación de la herida quirúrgica con asepsia evitara a que se infecte la herida así como el cambio de apósito y de vendaje.</p> <p>4.-El acudir a la rehabilitación le proporcionará a tener mayor confianza consigo mismo y ante los demás.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>7.- Alteración en la movilidad física relacionada con la presencia de herida y/o amputación en pie o extremidad, potencial de dolor local manifestado por dificultades para el apoyo y deambulaciòn.</p>	<p>Lograr que el paciente se sienta seguro de si mismo al deambular con muletas o silla de ruedas.</p>	<p>1.-Ayudar al paciente durante la deambulaciòn.</p> <p>2.- Enseñarle como utilizar las muletas y silla de ruedas para que pueda deambular.</p> <p>3.-Orientar al paciente y a los familiares sobre signos y síntomas que se pudiesen presentar y cuando hay presencia de dolor.</p> <p>4.-Educar al paciente para que vaya perdiendo miedo al deambular.</p> <p>5.- Canalizarlo con el departamento de psicología.</p>	<p>1.-El deambular le favorece debido a que le ayuda a la circulaciòn y al mismo tiempo a sentirse con mayor seguridad.</p> <p>2.- Es importante que aprenda como utilizar la silla de rueda y las muletas para prevenir accidentes.</p> <p>3.-La presencia de cualquier eventualidad es de importancia debido a que pueden diferenciar anomalías y así saber que hacer.</p> <p>4.- La educaciòn es un factor muy importante por que el paciente toma conciencia sobre su propia enfermedad.</p> <p>5.-La orientaciòn al paciente le ayuda a manifestar dudas y temores y el saber que hay personas profesionales le dará más seguridad y confianza.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>8.- Alteración en el estado psicológico relacionado por angustia, miedo, manifestado por falta de comunicación familiar.</p>	<p>Disminuir el temor que esta presentando.</p>	<p>1.-Proporcionarle terapia psicológica para que exprese sus sentimientos.</p> <p>2.- Informarle que hay un departamento de Psicología en el Hospital y que puede acudir cuando el crea que sea necesario.</p> <p>3.-Motivar a la familia para que tenga mayor comunicación con el paciente y así haya un diálogo recíproco.</p> <p>4.-Escuchar al paciente y expresarle que hay interés por parte de enfermería para que salga adelante y pronto se reintegre a su ámbito familiar.</p>	<p>1.-El apoyo le ayudará a manifestar lo que siente y al sentirse escuchado se aliviarán sus temores.</p> <p>2.-El saber que existe un lugar a donde el puede acudir le ayudará a expresar sus sentimientos con personas capacitadas y que tiene la mayor certeza que le ayudarán en cualquier duda.</p> <p>3.-El tener comunicación con sus familiares le fortalecerá en sus relaciones tanto con los demás como con su propia familia.</p> <p>4.-El sentirse escuchado sentirá que es comprendido y manifestará confianza con la enfermera.</p>

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>9.-Duelo relacionado con la pérdida de una parte corporal manifestado por tristeza y angustia.</p>	<p>Disminuir la angustia que expresa para una pronta recuperación.</p>	<p>1.-Dar al paciente oportunidades de expresar sus sentimientos y analizar como percibe la pérdida.</p> <p>2.-Fomentar que se sobreponga al dolor, el proceso de adaptación del duelo con cada respuesta de negación, aislamiento, culpa y temor.</p> <p>3.-Animar al paciente a usar estrategias de afrontamiento del duelo para que exprese sus sentimientos.</p> <p>4.-Fomentar la unión familiar.</p>	<p>1.-El contacto frecuente con la enfermera indica aceptación, pudiendo facilitar la confianza, una comunicación abierta puede ayudar al paciente a sobreponer el proceso de duelo.</p> <p>2.-Las respuestas al dolor varían según los pacientes, la enfermera debe reconocer y aceptar la respuesta individual de cada paciente para actuar apropiadamente.</p> <p>3. Esta estrategia ayuda al paciente a volver a centrarse en la resolución del problema y aumentar su sensación de control.</p> <p>4.-Una persona que sufre a menudo se aísla físicamente y sobre todo, emocionalmente, por eso es importante que la familia lo ayude en todos los aspectos para que sienta que cuenta con su familia.</p>

5.6 EJECUCION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Las intervenciones de enfermería que se le proporcionaron al paciente con pie diabético tuvieron una planeación con la finalidad de proporcionarle un cuidado holístico tomando en cuenta los recursos del hospital y así como los del paciente.

El personal de Enfermería pudo observar que el paciente presenta dificultad respiratoria en el preoperatorio por lo que fue necesario la administración de oxígeno.

Se habló con el departamento de Nutrición para que le iniciara la dieta indicada y así el paciente pudiera llevar un control adecuado en su alimentación.

Enfermería detectó que el paciente le cuesta aceptar la amputación porque se siente inseguro ante sí mismo y con los demás a pesar de que cuenta con el apoyo de sus familiares por eso fue necesario canalizarlo al departamento de psicología de igual manera se mantuvo una comunicación con el área de Membranoterapia para la realización de curaciones y la aplicación de la membrana amniótica ya que se ha observado de que tienen los pacientes una pronta recuperación.

Para evitar posibles complicaciones se le indicó al paciente al igual que a los familiares que cualquier anomalía que notaran avisaran al personal de enfermería para que lo valorara de inmediato, enfermería estuvo pendiente revisando la herida constantemente, chequeando signos vitales y realizándole glucosa capilar para valorar su estado de

salud y detectar cualquier problema que se pudiera presentar y que esto retrasara el tratamiento.

Al paciente se le explicó la importancia y del cuidado que debe tener con el pie y se le dió información escrita por medio de trípticos en donde contenía que es el pie diabético, de que forma debe de cuidarse y también la importancia de la dieta que debe llevar en su casa, así como el acudir al área de Membranoterapia para la realización de las curaciones y de cómo realizarse las curaciones en su domicilio cuando no pudiera acudir al hospital.

También se le refuerza educación respecto al seguimiento de su tratamiento y que no lo suspendiera, que cualquier anomalía que se presentase volviera de inmediato al hospital.

Se le explicó todo lo referente sobre la patología que estaba presentando de tal forma que fueron entendibles por el paciente, familiares y de esta manera notificar al personal médico quien daba indicaciones por escrito indicando analgésicos, Hipoglucemiantes, realización de glucemias con horario.

Se llevó acabo un plan docente por parte de enfermería impartiendo charlas explicando la magnitud del padecimiento y así facilitar una pronta recuperación en el tratamiento.

5.7 EVALUACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

1.- Al colocarle las puntas nasales el paciente mejoró la respiración de igual manera la posición semiflower le ayudó para mantener una respiración espontánea de esta forma al checar signos vitales y no presentar alteraciones al paciente paso a piso.

2.- El explicarle al paciente sobre su patología le favoreció para que llevara correctamente la dieta prescrita por el médico, así cooperará en el tratamiento debido a esto se pidió la cooperación por parte del Departamento de Nutrición al principio se rehusó a llevar la dieta debido a que no estaba acostumbrado en su domicilio pero manifestó la importancia de ser estricto con su alimentación.

El involucrar a la familia fue de gran importancia para el, ya que manifestó que sería de gran utilidad para poder llevar la dieta que se le estaba indicando y así para fomentar la educación alimenticia y evitar descompensaciones alimenticias.

3.- Explicarle al paciente la importancia que conozca sobre su enfermedad mostró interés por conocer sobre la patología y así poder detectar signos y síntomas de emergencia.

El proporcionarle información al igual que a su familia fue de gran utilidad para el paciente manifestando que tendría el debido cuidado para que su evolución fuera favorable tanto en el hospital como en su domicilio.

4.- El saber que el ejercicio favorece en la recuperación y que no por el simple hecho de que le amputaron una parte de su cuerpo dejaría de realizarlo, buscaría los medios para ejercerlo siempre y cuando realizará aquello que le fuese permitido.

También enseñándole los signos y síntomas que se presentan en la hipoglucemia e hiperglucemias así como la rotación de la aplicación de la insulina con la finalidad de evitar el deterioro de la piel así como informándole que existen centros de información sobre dicha patología.

El paciente manifestó que tomaría en cuenta toda esta información para llevar a cabo mejor su tratamiento y el tener en cuenta el cuidado de los pies.

5.- El paciente manifestó la importancia de la higiene personal y el cuidado de la herida quirúrgica y el acudir al hospital para llevar a cabo las curaciones en el área de Membranoterapia para evitar infecciones.

6.-Se le explicó la importancia de la capacitación que debe tener en la realización de las curaciones al igual el baño diario y acudir a la rehabilitación con la finalidad de que se presenten posibles complicaciones.

7.- El ayudar al paciente a la deambulación le dió seguridad así como el enseñarle la utilización de silla de rueda y de muletas.

El orientar al paciente como a los familiares sobre signos y síntomas que puede presentar el paciente (cansancio, somnolencia, diaforesis) le ayudó a resolver dudas y temores.

8.- El proporcionarle terapia psicológica el paciente pudo expresar sentimientos que le angustiaban respecto a su estado de salud.

De igual manera el motivar a la familia para que tuviera mayor comunicación con el paciente y el diálogo fuera recíproco fue de mayor interés por que el paciente logró comprender la importancia de la comunicación con los que lo rodea.

9.-Se observó al paciente que no tan fácilmente aceptó la amputación y que por lo tanto el duelo de la pérdida sería un proceso para la aceptación pero sin embargo se le brindaron los medios para que fuera expresando todos esos temores que aun no lograba analizar.

6.- El presente plan de alta se elabora junto con el paciente y su familiar con el que convivirá durante su estancia en la casa, y abordará los siguientes aspectos:

PLAN DE ALTA

- ❖ Medicamentos
- ❖ Dieta tres comidas y dos colaciones durante el día
- ❖ Ejercicio
- ❖ Acudir a la área de Membranoterapia para la realización de curaciones cada tercer día
- ❖ Presentarse al área de urgencias en caso de cualquier eventualidad
- ❖ Tomar la glucosa capilar antes del desayuno
- ❖ Fisioterapia
- ❖ Apoyo psicológico por parte del departamento de Psicología

TRATAMIENTO MEDICO

- ❖ Dieta para diabético 1500 calorías
- ❖ Hipoglucemiantes
- ❖ Antibiótico
- ❖ Aplicación de insulina

DIETA

- ❖ Dieta baja en carbohidratos simples
- ❖ Alta en fibra
- ❖ Carbohidratos complejos
- ❖ Tres comidas al día y dos colaciones

CUIDADOS DEL MUÑÓN

- ❖ Curación de la herida quirúrgica
- ❖ Cambio de apósito
- ❖ Movilización del miembro inferior

- ❖ Aseo
- ❖ Verificar vendaje

EJERCICIO

- ❖ Caminata de 20 a 40 minutos diarios
- ❖ Movilización del miembro inferior

EDUCACIÓN DE LA FAMILIA

La importancia de que la familia conozca signos y síntomas del paciente diabético para evitar complicaciones irreversibles por lo tanto se le hizo hincapié en:

- ❖ Comunicación con el paciente
- ❖ Dieta indicada
- ❖ Administración de medicamentos preescritos
- ❖ Revisión de los pies para detectar anomalías que se presenten
- ❖ En caso de aplicar insulina debe de haber una rotación de lugar para evitar que la piel se deteriore
- ❖ Higiene personal
- ❖ Limpiar y secar bien los pies
- ❖ Revisar el otro pie que no está dañado
- ❖ Movilizar al paciente para evitar úlceras por presión
- ❖ El paciente debe de estar en estrecha comunicación con el familiar y debe de conocer las necesidades del paciente
- ❖ Deambulación asistida
- ❖ Que el paciente conozca sobre lo de su enfermedad y complicaciones para lograr una mejor calidad de vida
- ❖ Utilización de zapatos adecuados para evitar lesiones

Todo esto conlleva que el familiar esté pendiente del paciente porque así al involucrarse con él habrá mayor participación.

7.- GLOSARIO

DEPENDIENTE: Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Es un problema real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente.

DIAGNOSTICO DE ALTO RIESGO: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

DIAGNOSTICO REAL: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados.

ENFERMERÍA: Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, la familia y comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales.

ENTORNO: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

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

HOLISTICO: Brindar el cuidado a un individuo en una forma integra.

INDEPENDIENTE: Las que la enfermera está capacidad para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

INTERDEPENDIENTES: Son las que se desarrollan mediante una labor de equipo.

METODO: Serie de pasos a seguir para lograr un objetivo.

PERSONA: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

PIE DIABETICO: Son muchos los factores que participan en la génesis del pie diabético, y actúan en conjunto para originar la fragilidad de los pies del paciente con diabetes.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA: Es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería.

PROCESO: Método a seguir mediante una serie de pasos.

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

8. ANEXOS

8.1 ANATOMIA DEL PIE

“El pie es el segmento o parte final de las extremidades inferiores, manteniendo una interrelación con las articulaciones de la rodilla, cadera, pelvis y columna vertebral. Cualquier alteración de la posición del pie repercute en estas articulaciones y al revés”.²⁷

El pie está formado por 28 huesos relacionados entre sí que configuran la bóveda o arco de la planta. Alrededor de estos existen otro tipo de tejidos más blandos en forma de tendones, músculos, ligamentos, arterias, venas y nervios.

El pie está dividido en tres partes:

- Tarso 7 huesos.
- Metatarso 5 huesos.
- Falanges 14 huesos

Funciones del pie

Un pie normal, independientemente de su forma (volumen, longitud, etc.) es capaz de desarrollar las siguientes funciones:

- Ser la base de sustentación del cuerpo humano.
- Ser la pieza fundamental para desarrollar la marcha.

²⁷ Atlas de Anatomía El cuerpo y la salud. Ed Cultural, S.A 1998 España pág 29

- Ser un centro de receptores nerviosos que intervienen directamente en el mantenimiento del equilibrio. Sería como un ordenador que constantemente informa al cerebro de la situación de la persona, ayudándole a cambiar de posición de manera inconsciente ante cualquier cambio en el ambiente.

La huella plantar es la imagen del pie en el suelo, y es característica de cada persona. En la arena mojada de la playa es fácil observarlas. Hay huellas muy planas y con una gran superficie de apoyo, mientras que otras poseen una superficie menor, dando la sensación de que falta algún segmento del pie.

En realidad, es un error hacer un diagnóstico basado exclusivamente en la forma de la huella plantar, aunque es un buen recurso para detectar posibles puntos conflictivos.

La marcha humana es un proceso de locomoción muy complejo durante el cual el peso es soportado alternativamente por ambas piernas. Podemos decir que existen dos fases muy concretas durante la marcha:

- Fase activa: cuando el pie contacta con el suelo
- Fase pasiva: cuando el pie permanece elevado sin contactar con el suelo y se prepara para dar el paso siguiente y avanzar.

- La fase activa consta asimismo de tres momentos:

1. Contacto entre pie y suelo por el borde posterior y externo del talón.

2. Contacto total de la planta del pie en el suelo. En este instante el pie contrario se eleva, e inicia la fase pasiva.

3. Propulsión o despegue, cuando el pie se coloca de puntillas y eleva la pierna

La marcha normal debe desarrollarse con movimientos armónicos y simétricos y en ausencia de dolor, cojeras, movimientos bruscos y/o fatiga local o general. Además, debe ser una marcha capaz de adaptarse a las numerosas modificaciones que se presentan ya sea por el tipo de calzado, el terreno, la carga o la actividad de la persona.

El ser humano usa sus piernas y pies para la locomoción bípeda. Las estructuras del pie y la mano humanas son variaciones en la anatomía de los mismos cinco dígitos, en común con muchos otros vertebrados. Y una de las dos estructuras de huesos más compleja del cuerpo.

9.- FISILOGIA DEL PIE DIABETICO

“Son muchos los factores que participan en la génesis del pie diabético, y actúan en conjunto para originar la fragilidad de los pies del paciente con diabetes. Los tres elementos principales en este proceso son: neuropatía, alteraciones vasculares y procesos infecciosos: La presencia y participación de estos tiene importancia variable, pero en la mayoría de los casos la neuropatía es el factor predominante”.²⁸

La neuropatía periférica en el pie diabético tiene múltiples consecuencias. La neuropatía motora origina un desequilibrio entre los distintos grupos musculares que dan la forma mecánica normal al pie; es frecuente que predomine el tono extensor sobre el flexor, lo cual ocasiona deformidades que se conocen como dedos de martillos. Esta alteración mecánica hace que se ejerza una presión muy importante sobre puntos de presión anómalos durante la marcha. Además al compromiso de la sensibilidad impide que el paciente reconozca el aumento en la intensidad del traumatismo y adecue su pisada. Por último, la neuropatía autónoma produce cambios vasomotores, con disminución en la sudación y la consecuente resequeidad de la piel que favorece la aparición de fisuras que facilitan la penetración de bacterias y hongos.

La enfermedad vascular periférica ocasiona isquemia que se traduce en claudicación intermitente, úlceras y, en el grado extremo, necrosis distal.

²⁸ Ismael Lerman Atención integral del paciente diabético. 3ra Edición Ed. McGraw Hill pág 258

Los procesos infecciosos casi siempre participan en los cambios del pie diabético. Muchas veces pasan inadvertidos hasta que la infección es extensa. En estos casos, la evolución usual inicia con la aparición de fisuras cutáneas como consecuencias de una micosis a la que luego se agrega una infección bacteriana que se extiende con facilidad en el pie isquémico. La infección suele ser de etiología múltiple; los agentes patógenos más frecuentes son estafilococos, estreptococos y algunos agentes gramnegativos como *Escherichia coli*; se refiere a la presencia de 2.6 a 5.9 gérmenes participantes en cada infección. Una vez que se inicia el proceso séptico, su evolución clínica se caracteriza por un comportamiento más agresivo que en los pacientes no diabéticos. Para controlar el problema se requieren esquemas intensivos y prolongados con antibióticos.

La obesidad, la hipertensión, el tabaquismo y las hiperlipidemias elevan el riesgo de complicaciones en los pies de los diabéticos por su capacidad para favorecer la insuficiencia vascular periférica.

“Las medidas de prevención para prevenir las amputaciones de extremidades inferiores en el diabético van desde la simple inspección periódica del pie hasta la cirugía vascular”.²⁹

La educación del diabético orientada a mejorar los cuidados del pie es esencial para disminuir la magnitud e incidencia de problemas. El tratamiento oportuno y adecuado de una lesión cutánea reduce en forma significativa la frecuencia de amputaciones.

²⁹ Ismael Lerman Op. Cit, pág 260

VALORACION PERIODICA DE LOS PIES

“El examen médico de los pies permite detectar la presencia de puntos de apoyo anormales y procesos micóticos que el paciente no suele advertir. Es impensable buscar fisuras interdigitales, vías de entrada habitual de los procesos sépticos. Además de la detección oportuna de problemas, la valoración periódica brinda una oportunidad para educar al paciente; hay que adiestrarlo y, sobre todo, motivarlo para que el mismo se explore todos los días”.³⁰

Los puntos básicos de exploración son los siguientes:

- ❖ Búsqueda de cambios isquémicos, que se manifiestan por descenso en la temperatura, cambios de coloración, alteraciones ungueales y disminución o ausencia de pulsos.
- ❖ Valoración de sensibilidad y fuerza muscular
- ❖ Alteraciones en la mecánica del pie que se expresan por puntos de apoyo anormales y disminución en los arcos de movimiento articular.
- ❖ Presencia de cambios cutáneos, como soluciones de continuidad, fisuras y signos de micosis.

³⁰ Ismael Lerman Op. Cit, pág 261

“No hay duda alguna de que la educación para el cuidado de los pies disminuye en forma significativa la frecuencia y gravedad de las complicaciones”. Además de la información verbal que se transmite en cada una de las consultas medicas y en cursos para diabéticos, se recomienda proporcionar información escrita al paciente para reforzar el conocimiento que adquiere.

VALORACION Y TRATAMIENTO

Es indispensable valorar la gravedad de un problema particular en el pie del diabético para tomar las medidas terapéuticas correctas. Una decisión primordial es decir entre tratamiento ambulatorio y el ingreso al hospital. Si bien no existen reglas establecidas para tomar esta decisión, los siguientes principios siguen como guía:

- Los problemas de pie diabético suelen ser más graves de lo que aparentan.
- La valoración del enfermo como un todo, sin concentrar la atención y cuidados solo en el pie, permite tomar decisiones más seguras para su vida y convenientes para su pie.

La valoración y el tratamiento sistematizados de la lesión incluyen los siguientes puntos:

- ❖ Identificación de la causa de la lesión, con valoración de la gravedad del proceso isquémico, la magnitud de la neuropatía y la presencia de algún proceso séptico activo.

- ❖ Establecer las dimensiones de la lesión y la extensión de las celulitis circulantes.
- ❖ Identificar la profundidad de la lesión y el grado de compromiso de estructuras profundas.
- ❖ Establecer si existe infección sistémica.
- ❖ Valorar el estado general del enfermo, incluido el grado de compromiso renal y cardiovascular, así como el riesgo quirúrgico.

Además del examen clínico. Estudio mínimo de un paciente diabético con un problema en un pie debe incluir estudios radiográficos y tomas de muestras de la lesión para cultivos. Con estos elementos es posible clasificar los problemas del pie en tres categorías: lesiones superficiales no complicadas, lesiones con complicaciones locales o sistemas con posibilidad de responder tratamiento médico y lesiones que por su extensión o por la presencia de isquemia grave requieren tratamiento quirúrgico.

10.- INSTRUMENTO METOLOGICO PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA (VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad _____ Peso ___ Talla _____ fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Ocupación _____
Escolaridad _____ Fecha de admisión _____
Procedencia _____ Fuente de información _____
Fiabilidad _____ Miembro de la familia/persona significativa _____

VALORACIONES DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidades básicas de:

Oxigenación, nutrición, eliminación y termorregulación

NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

❖ Subjetivo:

Disnea debido a: _____ tos productiva/seca _____ dolor _____ asociado con la respiración _____ fumador _____ desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional _____

❖ **Objetivo:**

Registro de signos vitales y características_____

Tos productiva_____Estado de conciencia_____

Coloración de piel_____

Circulación del retorno venoso_____

Otros_____

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

❖ **Subjetivo :**

Dieta habitual (tipo) Número de comidas diarias_____

Trastornos digestivos_____

Intolerancia alimentaria / alergias_____

Problemas de la masticación deglución_____

Patrón de ejercicio_____

❖ **Objetivo:**

Turgencia de la piel:_____

Membranas, mucosas hidratadas, secas_____

Características de uñas y cabello_____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético_____

Aspectos de los dientes, encías_____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización_____

Otros_____

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

❖ Subjetivo

Hábitos intestinales_____características de las heces, orina y menstruación_____

Historia de hemorragia, enfermedades renales, otros_____

Uso de laxantes_____Hemorroides_____

Dolor al defecar_____menstruar, orinar_____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación_____

❖ Objetivo:

Abdomen características_____

Ruidos intestinales_____

Palpación de la vejiga urinaria_____

Otros_____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

❖ Subjetivo

Adaptabilidad de los cambios de temperatura_____

Ejercicio, tipo y frecuencia_____

Temperatura ambiental que le es agradable_____

❖ Objetivo

Características de la piel_____

Transpiración_____

Condiciones del entorno físico_____

Otros_____

2.- NECESIDADES BÁSICAS

Moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas adecuadas, higiene, protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

❖ Subjetivo

Capacidad física cotidiana_____

Actividades en el tiempo libre_____

Hábitos de descanso_____

❖ **Objetivo:**

Estado en el sistema músculo esquelético, fuerza_____
capacidad muscular, tono, resistencia, flexibilidad_____

Posturas_____

Necesidad de ayuda para la deambulaciòn_____

Dolor con el movimiento_____

Presencia de temblores_____Estado de conciencia_____

Estado emocional_____

Otros_____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

❖ **Subjetivo:**

Hora de descanso_____Horario de sueño_____Horas de
descanso y horas de siestas_____Ayudas_____insomnio_
_____debida_____descanso al levantarse_____

❖ **Objetivo:**

Estado mental, estrés, lenjuague_____

Ojeras_____atención_____bostezos_____

Concentración_____apatía_____cefaleas____

Respuesta a estímulos_____

Otros_____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

❖ Subjetivo

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir_____

Su auto estima es determinante en su modo de vestir_____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría_____

Necesita ayuda para la selección de vestuario_____

❖ Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad_____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse_____

Vestido

Incompleto_____Sucio_____inadecuado_____

Otros_____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

❖ Subjetivo:

Frecuencia de baño_____del momento preferido para el baño_____cuantas veces se lava los dientes al día_____aseo de manos antes y después de comer_____después de eliminar_____tiene creencias personales o religiosas que limiten su hábito higiénico_____

❖ Objetivo:

Aspecto general_____

Olor corporal_____

Estado del cuero cabelludo_____

Lesiones dérmicas_____

Tipo_____otros_____

NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

❖ Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia_____

Como reacciona ante situación de urgencia_____

Conoce las medidas de prevención de accidentes_____

Hogar_____Trabajo_____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona_____

Familiares_____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida_____

❖ **Objetivo:**

Deformidades congénitas_____

Condiciones de ambiente en su hogar_____trabajo_____

3.-NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

❖ **Subjetivo**

Estado civil_____años de relación_____vive con_____

Preocupaciones/ estrés_____Familia_____

Otras personas que pueden ayudar _____

Rol de estructura familiar_____

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado_____

❖ **Objetivo:**

Habla claro_____Confusa_____dificultad_____

Visión_____

Comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras personas significativas_____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

❖ **Subjetivo:**

Creencia religiosa_____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales_____

Principales valores en la familia_____

Principales valores personales_____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir_____

❖ **Objetivo:**

Hábitos específicos de vestido (grupo social o religioso)_____

Permite contacto físico_____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias_____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

❖ Subjetivo:

Trabaja actualmente_____tipo de trabajo_____

Riesgos_____Cuanto tiempo le dedica al trabajo_____

Esta satisfecho con el trabajo_____su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/ o las de su familia_____

Esta satisfecho(a) con el rol familiar que juega_____

❖ Objetivo:

Estado emocional/ calmado / ansioso/ temeroso/ irritable/inquieto / eufórico_____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

❖ Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre_____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad_____

Recursos en su comunidad para la recreación_____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa_____

❖ **Objetivo:**

Integridad del sistema neuromuscular_____

Rechazo a las actividades recreativas_____

Estado de ánimo: apático, aburrido, participativo_____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

❖ **Subjetivo:**

Nivel de educación_____

Problemas de aprendizaje_____

Limitaciones cognitivas_____ tipo_____

Preferencias_____ leer, escribir_____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad_____

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo_____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud_____

❖ **Objetivo:**

Estado del sistema nervioso_____

órganos de los sentidos_____

Estado emocional, ansiedad, dolor_____

Memoria reciente_____remota_____

Otras manifestaciones_____

11.- REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

- 1.- LERMAN Israel, **Atención integral del paciente diabético**, Ed. Interamericana McGraw-Hill, Tercera Edición 2003.
- 2.-KOZIER Bárbara **Técnicas de Enfermería**, Ed. Interamericana McGraw-Hill, Cuarta Edición, España 1999 Vol. I
- 3.-BRUNNER Y Suddarth, **Enfermería Medicoquirúrgica**, Ed. Interamericana McGraw-Hill, Octava Edición 1999.
- 4.- ROSALES Barrera Susana. **Fundamentos de Enfermería**, Ed. Manual Moderno, México 1999, Segunda Edición.
- 5.-GARCIA González, María de Jesús, **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson**. Ed. Progreso, México 1999.
- 6.-NANDA, **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001 – 2002**. – Ed. Harcourt, España 2001.
- 7.- RODRÍGUEZ Sánchez Berta Alicia, **Proceso Enfermero Aplicación actual**, Ed. Cuellar, Segunda Edición, México 2002.
- 8.-ATKINSON Leslie D. **Guía Clínica para la Planeación de los Cuidados**, Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.

9.-ONAHUE M. Patricia, Historia de la Enfermería, Ed. Mosby España, 1999.

10.-García Martín-Caro Catalina, Historia de la Enfermería, Evolución Historia del Cuidado Enfermero, Ed. Harcourt, 2001.

11.-HERNANDEZ Conseca, Historia de la Enfermería, Ed. Interamericana McCraw-Hill, 1995.

12.- RAILE Alligosa Martha, Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt, España 1999.

13.-IYER Patricia M, Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Ed. Interamericana McCraw-Hill 1994.