

Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN

Coordinadores

José Carlos Bellido Vallejo

Enfermero. Área Quirúrgica Complejo Hospitalario de Jaén

José Francisco Lendínez Cobo

Presidente del Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén

PRIMERA EDICIÓN



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE JAÉN

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA

José Carlos Bellido Vallejo

Generalidades

Este manual sobre el Proceso Enfermero (PE) tiene como objetivo ofrecer una obra útil a las enfermeras, por su enfoque metodológico y validez para la práctica asistencial. El esfuerzo realizado por el grupo de trabajo se centra en dar respuesta a estos dos aspectos y el desarrollo del manual busca conjugar criterios de calidad metodológica con aplicabilidad clínica.

El PE apoyado por algunos elementos que hoy día resultan esenciales en su implementación clínica, es sin duda el eje central. El modelo de cuidados de Virginia Henderson se plantea como marco conceptual que dirige y orienta el desarrollo de la obra, de manera particular su marco de valoración de 14 Necesidades Básicas (NB), utilizado para enfocar el PE y desarrollar los capítulos. Los lenguajes enfermeros NANDA-NOC-NIC (NNN), como herramientas estandarizadas ampliamente aceptadas, dan consistencia y apoyo a las etapas del PE: Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación y permiten a las enfermeras comunicar sus cuidados en un lenguaje común. También la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon (PF), como alternativa a la valoración por NB, para quienes se sientan más cercanos o cómodos en este marco de valoración.

La obra sigue un desarrollo por capítulos, una vez explicada la metodo-

logía que ha orientado su elaboración y presentado el marco conceptual de Henderson, los siguientes capítulos toman como punto de partida las 14 NB. Cada uno de ellos desarrolla una necesidad con una o varias interrelaciones NNN.

Los capítulos sobre NB presentan una definición de la NB, una selección de los datos más relevantes que deberían tenerse en cuenta al realizar la valoración de la persona y una mención a aquellos instrumentos que pueden ser de ayuda en la valoración. Además, asociados se encuentran uno o varios diagnósticos NANDA (DN), entendidos como aquellos problemas más prevalentes con los que puede encontrarse la enfermera en su práctica clínica, que están identificados por su etiqueta, código, definición, se acompañan de una selección de características definitorias, factores relacionados o de riesgo, según corresponda, de los incluidos en la edición 2009-2011 de la NANDA, y las posibles fuentes de dificultad identificadas como las más comunes para este tipo de problemas.

Tomando las fuentes de dificultad como áreas de mejora y desarrollo para la persona, se establece la planificación de cuidados con la especificación de resultados NOC y de intervenciones NIC. Cada NOC presenta su etiqueta, código, definición, una selección de indicadores considerados más útiles para la medición de la consecución del resultado y sus escalas de medición asociadas. Cada NIC presenta su etiqueta, código, definición y una selección de actividades más relevantes, que no dejan de ser una mera representación de las múltiples posibilidades de actuación e interacción con el paciente.

Los capítulos finales buscan ampliar las vías de información, presentando la valoración por PF como otro marco para la valoración muy reconocido y utilizado por muchas enfermeras, un glosario de términos que permite ampliar los conceptos empleados y un listado de referencias bibliográficas que el grupo de trabajo ha utilizado en la elaboración del manual. En el caso de los PF se busca mantener la consonancia y estructura con los datos utilizados en las NB, así cada patrón presenta una definición, una selección de datos que deberían tenerse en cuenta al realizar la valoración de la persona y los instrumentos que pueden ser de ayuda a esa valoración. Para hacer posible la consulta de la planificación de cuidados desde los PF se presenta un mapa con los DN que se consideran asociados a cada PF, de tal manera que consultando el diagnóstico se puede consultar la interrelación NNN.

Grupo de trabajo

El primer paso fue configurar un grupo de trabajo formado por enfermeras, que pudiera dotar al manual de la calidad metodológica y aplicabilidad clínica que se buscaba, para ello todos sus componentes son asistenciales, cuentan con experiencia y formación como para que sus aportaciones sean sustanciales.

En la composición del grupo estén representados los niveles asistenciales de Atención Primaria, Especializada, Urgencias y Emergencias. El grupo de trabajo quedó configurado con 12 enfermeras que pertenecen a los siguientes entornos asistenciales: Medicina Interna, Gestores de Casos en Atención Primaria y Especializada, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencias 061, Atención Primaria, Bloque Quirúrgico y Urgencias hospitalarias.

Líneas generales

En su primera reunión el grupo estableció y consensuó las líneas generales: El PE como eje metodológico, el modelo de cuidados de Virginia Henderson como modelo conceptual, los marcos de valoración (NB y PF) y los lenguajes enfermeros NNN.

Selección de Diagnósticos

Establecidas las líneas generales se vio la necesidad de centrar los esfuerzos en aquellos problemas que a las enfermeras les pudieran ser de mayor utilidad, por su presencia en todos los niveles asistenciales, por su interés para ciertos grupos de pacientes o por su utilidad en la práctica clínica.

Para identificar los diagnósticos NANDA que había que desarrollar, se planteó un documento de trabajo que contenía todos diagnósticos de la última edición de la NANDA (2009-2011) y una escala de Likert cuatro puntos (1 Absolutamente innecesario, 2 Algo innecesario, 3 Algo necesario, 4 Totalmente necesario). El grupo puntuó cada uno de los diagnósticos en base a su utilización y vigencia en la práctica clínica.

Se realizaron cinco rondas de consenso, tras las cuales quedaron seleccionados 48 diagnósticos. En las tres primeras rondas la selección/eliminación de diagnósticos estuvo guiada por criterios cuantitativos, se eliminaban aquellos diagnósticos que presentaban porcentajes de consenso elevados en las puntuaciones 1 y 2 de la escala de Likert, es decir el grupo los consideraba innecesarios, al tiempo que se seleccionaban aquellos que presentaban porcentajes elevados

en las puntuaciones 4 y 3, el grupo los consideraba necesarios. En la cuarta y quinta ronda, además se introdujeron criterios cualitativos, para afinar en la selección y evitar que quedaran fuera diagnósticos que en determinadas parcelas enfermeras pudieran ser de valor y para evitar que alguna necesidad / patrón quedara sin diagnósticos asociados.

La selección de 48 diagnósticos se organiza asociándolos a las 14 NB y también a los 11 PF, de tal manera que se genera un árbol donde cada necesidad o patrón cuenta con uno o varios diagnósticos asociados.

Interrelación NNN

En cada uno de los capítulos relacionados con las NB, los autores se plantean que la planificación de cuidados tenga en cuenta la fuente de dificultad identificada para cada DN (fuerza, conocimiento o voluntad). En este sentido los Resultados NOC y sus indicadores (cuarta edición) que se eligen van en la dirección de plantear resultados que ayuden a la persona a mejorar su situación de salud, superar sus limitaciones, obtener mayor conocimiento, disponer de mejores y más eficaces recursos, potenciar sus capacidades, etc. Del mismo modo las Intervenciones NIC y actividades seleccionadas (quinta edición), quieren ser una representación de las posibilidades de actuación de la enfermera para ayudar e influenciar los resultados.

Se establecen criterios de uniformidad estableciendo un máximo de tres NOC y no más de nueve indicadores para cada diagnóstico y para las intervenciones un máximo de cinco NIC y no más de quince actividades asociadas a cada DN.

Revisión

Todos los capítulos han seguido un proceso de revisión por pares. Cada capítulo ha sido revisado y evaluado por dos miembros del grupo de trabajo que no habían participado en su elaboración.

La evaluación de los revisores ha presentado en todos los capítulos consideraciones, ajustes y sugerencias a los autores. Una vez consideradas, éstos presentaron un segundo documento con la incorporación de los cambios sugeridos o la justificación de porqué se mantenía el planteamiento inicial.

Los revisores en su segunda ronda analizaron los cambios y justificaciones y plantearon sus conclusiones finales. Cuando el documento se consideró que

cumplía con todos los requisitos de uniformidad y contenido recibió el visto bueno. Cuando apareció alguna discrepancia y/o existían aspectos de uniformidad que debían ser revisados, se les trasladó de nuevo esta información a los autores. Se convocó una reunión para afinar y ajustar los aspectos que no habían podido ser consensuados mediante el proceso de revisión.

Limitaciones

El desarrollo de cada uno de los capítulos, sí bien se corresponde con la estrategia y planteamiento general del manual, refleja la visión de sus autores, el enfoque realizado en cada capítulo tiene mucho del propio conocimiento, realidad y experiencia clínica de los autores que han participado en su elaboración.

Se realiza un esfuerzo por concentrarse en aquellos diagnósticos, resultados e intervenciones considerados más adecuados o relevantes, esto sin duda genera que algunas áreas del cuidado enfermero, como por ejemplo la materno-infantil, hayan podido quedar menos representadas. Además se establecen criterios de uniformidad que limitan número de resultados e intervenciones, por lo que la interrelación NNN establecida en cada uno de los diagnósticos puede considerarse limitada o reduccionista.

Cada una de las interrelaciones planteadas debe entenderse como una de las posibles vías clínicas que la enfermera tiene a su disposición, pero no por ello la única. Por tanto en aquellos casos o situaciones en los que la enfermera considere que el planteamiento presentado no cubre todas sus expectativas, o no refleja fielmente la situación de sus pacientes, deben considerarse otros desarrollos y consultar otros manuales, para ello existen un listado de referencias bibliográficas que pueden ayudar en la búsqueda.

El manual se centra en aquellas situaciones en las que la enfermera puede trabajar desde una perspectiva independiente. No se consideran en este manual ni los problemas de colaboración con otros miembros del equipo multidisciplinar, ni los problemas de autonomía en los que la persona pueda necesitar una suplencia total.

CAPÍTULO II

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

*José Carlos Bellido Vallejo,
Ángeles Ríos Ángeles, Serafín Fernández Salazar*

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados.

Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.

Asimismo considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole”.

Si no entiende, acepta y participa en el plan elaborado con ella y para ella, el esfuerzo del equipo se desaprovechará. Cuanto antes pueda ella cuidarse, buscar información relacionada con su salud, o incluso llevar a cabo el tratamiento prescrito, mejor se encontrará.

Expondremos a continuación los componentes esenciales del modelo de Henderson a través de los cuales podremos entender cuál es su enfoque, orientación y filosofía.

Asunciones filosóficas

La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.

Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

Proposiciones

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y

alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose

en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Conceptos

Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Cuidados básicos. Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Independencia. Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología

propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados. En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados. El PE se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

- D Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
- D Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- D Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- D Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

La implementación del PE permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud.

Las ventajas demostradas de la utilización del PE en la práctica asistencial son múltiples.

- ▶ Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- ▶ Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- ▶ Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- ▶ Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- ▶ Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- ▶ Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- ▶ Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.

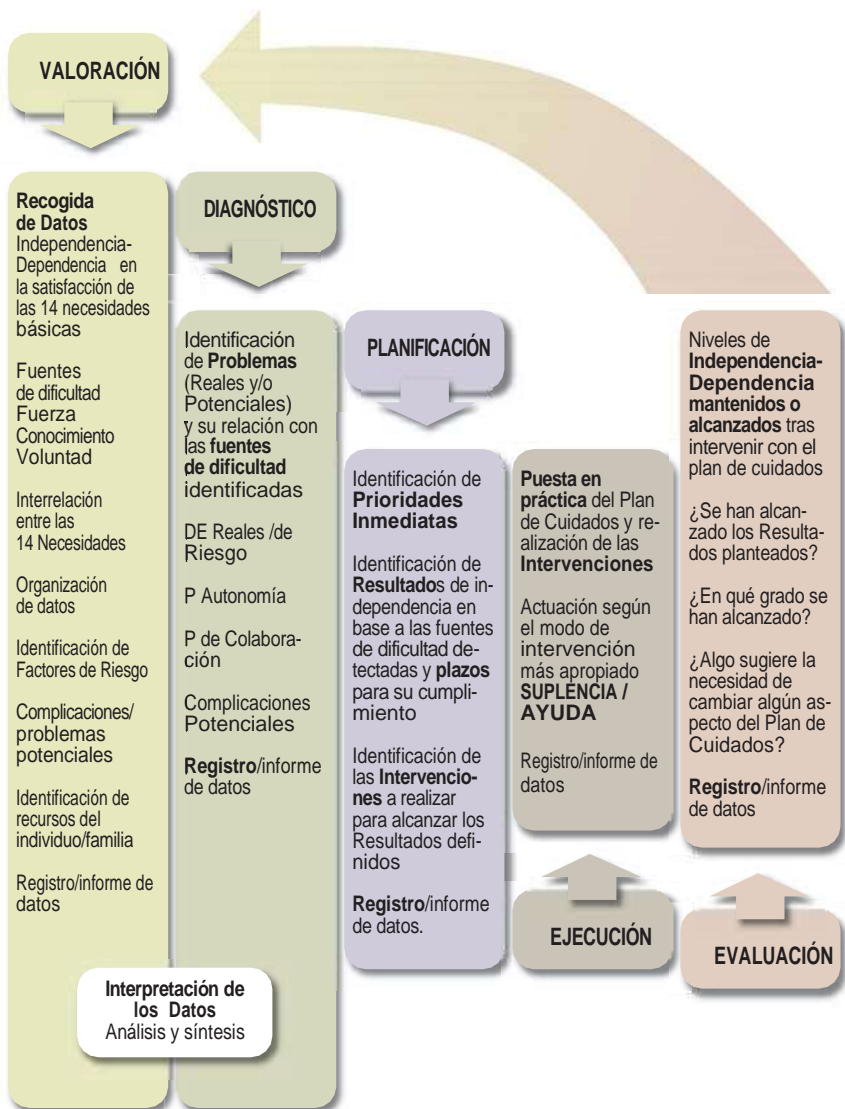
- ▶ Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- ▶ Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.

Disponemos de herramientas que vertebran la aplicación del PE, así como el los conocimientos y lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de Resultados (Objetivos) e identificación de las Intervenciones adecuadas para alcanzarlos

- ▷ **Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association)
- ▷ **Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC** (Nursing Outcomes Classification). Clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.
- ▷ **Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC** (Nursing Interventions Classification) . Clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.

El proceso enfermero (PE) consta de cinco de etapas correlativas y relacionadas entre sí de forma que cada una de ellas depende de la anterior y condiciona la siguiente:

PROCESO ENFERMERO



Basándonos en el anterior esquema, desarrollamos las cinco etapas del Proceso Enfermero.

1ª ETAPA-VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes.

Recogida y análisis de la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con los que cuenta la persona y/o familia.

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases:

1. RECOGIDA DE DATOS. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La OBTENCIÓN DE LOS DATOS se realizará:

- **Directamente del paciente** (entrevista, observación, exploración física...)
- **Indirectamente de familiares**, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Los MÉTODOS para la RECOGIDA DE DATOS son la Entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

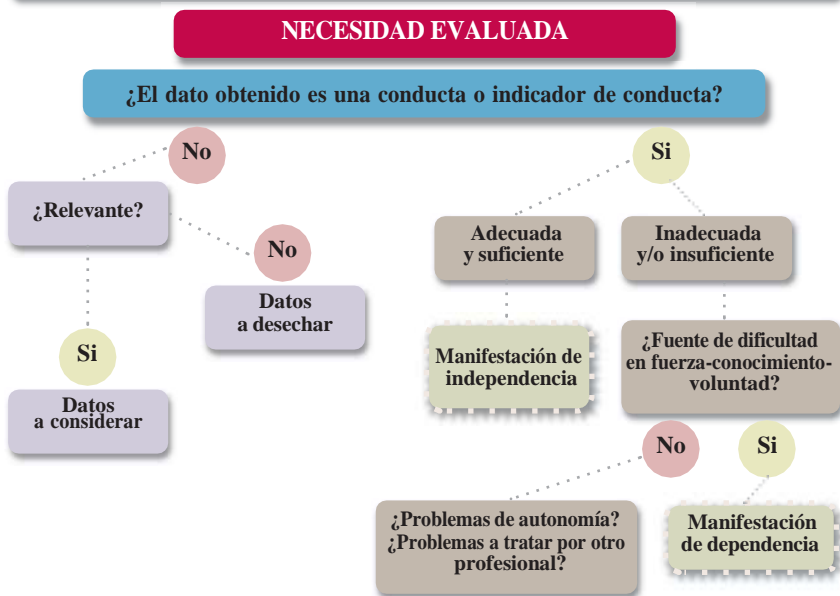
2. VALIDACIÓN o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3.- ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados. (Fig. 2)

AGRUPACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA VALORACIÓN POR NECESIDADES

Consideraremos para una adecuada organización de los datos:

- **Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta** (datos subjetivos).
- **Datos a considerar** (aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos –personales, familiares, económicos...- de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades.
- **Manifestaciones de Independencia.** Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.
- **Manifestaciones de Dependencia.** Insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud. Se debe asociar a las fuentes de dificultad (Fuerza → Conocimiento → Voluntad) sobre las que se deberá trabajar con Intervenciones enfermeras para normalizar la situación.



2ª ETAPA-DIAGNÓSTICO

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Nexo entre la Valoración y la Planificación en el que, a partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados. Consta de dos fases:

ANÁLISIS DE DATOS

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

- **Problema de Colaboración.** Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control *prescritas por otro profesional*, generalmente el médico.
- **Diagnóstico de Enfermería.** Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, *valida y trata de forma independiente* con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- **Problema de Autonomía.** Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales o Potenciales/de Riesgo.

- **DE Real.** Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- **DE de Riesgo.** Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.

Los DE se enuncian utilizando la taxonomía NANDA.

Nombre o etiqueta

Elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores. Junto a ella () año en el que se aprobó el diagnóstico, () año en el que se revisó.

Definición

Descripción clara y precisa del problema. Matiza su significado y pone de manifiesto las diferencias entre diagnósticos.

Factores Relacionados/de Riesgo (relacionado con R/C)

Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle. Deben ser resueltas mediante acciones puramente enfermeras, encaminadas a corregir los posibles déficits de fuerza, conocimiento o voluntad. Sobre estos factores se enfocarán las intervenciones enfermeras y actividades derivadas de éstas. Si sospechamos que los objetivos que nos planteamos (criterios de resultado: NOC) no pueden ser alcanzados con las intervenciones, porque con ellas no llegamos a tratar la causa del problema, estaríamos ante un Problema de Colaboración, o ante un problema de autonomía.

Características Definitorias

Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de esta etiqueta diagnóstica, en forma de signos, síntomas y/o verbalizaciones por parte del individuo/familia. Son concretas y mensurables mediante la observación o los informes de la persona/grupo. Al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. Excepción: en los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes, son aquellos que la persona puede desarrollar, como consecuencia de la presencia de factores de riesgo, de no intervenir adecuadamente.

PASOS PARA UN DIAGNÓSTICO

- D Prorizar Pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación
- D Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global, para lo que se deben haber cubierto las fases de la valoración y los datos han debido ser agrupados siguiendo el modelo enfermero y por sistema corporales.
- D Realizar una LISTA DE PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así el esfuerzo en las áreas problemáticas.
- D Buscar las EVIDENCIAS (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico, considerar cada problema buscando la presencia de las características definitorias asociadas.
- D Nombrar los problemas con las ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS que mejor se ajusten a las evidencias encontradas.
- D Determinar las CAUSAS DEL PROBLEMA (R/C) es clave, puesto que serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las INTERVENCIONES ESPECÍFICAS.
- D Si se detectan Factores de Riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como DIAGNÓSTICO DE RIESGO (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.
- D INVOLUCRAR AL INDIVIDUO/FAMILIA en los problemas detectados informando sobre ellos, deben ser parte fundamental en su resolución y tienen el derecho legal a esta información.
- D Evaluar los RECURSOS con los que cuenta el individuo/familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales, es una información que influirá notablemente en el diseño del plan de cuidados.
- D Considerar y evaluar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento de la persona (forma en que se enfrenta habitualmente a los problemas).

REGLAS PARA LA FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS IDENTIFICADOS

DIAGNÓSTICO REAL

Formato PES (Problema-Etiología-Signos y síntomas) o PER (Problema-Etiología-factores Relacionados)

Problema (Etiqueta) Relacionado con (factor relacionado) Manifestado por (características definatorias)

(00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C Diferencias culturales M/P dificultad para comprender y expresarse

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Problema (Etiqueta) Relacionado con (Factor de riesgo)

No hay manifestaciones del problema puesto que no ha aparecido, a pesar de la presencia de factores de riesgo

(00155) Riesgo de Caídas R/C Debilidad en miembros inferiores, presencia de obstáculos (alfombras) e iluminación deficiente

PROBLEMA DE AUTONOMÍA

Área del déficit + Tipo de suplencia

Movilización y mantenimiento de una buena postura: Suplencia Parcial/Total

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

Complicación Potencial (Problema que puede aparecer) + Secundario a/Relacionado con (causa que puede originarlo)

CP: Hipotensión arterial secundaria a/relacionada con Tratamiento con vasodilatadores

Problema de Colaboración (problema ya instaurado) + Secundario a/Relacionado con (causa que lo origina)

Edema Agudo de Pulmón secundario a/relacionado con Insuficiencia Cardíaca

3ª ETAPA-PLANIFICACIÓN

Consta de diversos pasos

Establecimiento de **Prioridades** para el abordaje de los problemas

- Problemas que amenacen la vida del individuo.
- Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- Problemas a resolver por enfermería.
- Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Establecimiento de **Resultados** (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

- ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

Los objetivos se establecen utilizando la *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*.

Selección de **Intervenciones** y **Actividades**

- En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).

Las intervenciones enfermeras se establecen utilizando la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*.

4ª ETAPA-EJECUCIÓN

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos

Preparación revisando las intervenciones propuestas para

- Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlos.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.

5ª ETAPA-EVALUACIÓN

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- **Valoración:** la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del DE.
- **Diagnóstico:** el DE es exacto y adecuado.
- **Planificación:** los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- **Ejecución:** las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- AlfaroZLefevre, R. (2002). Aplicación del proceso enfermero. Barcelona: Masson.
- Arribas Cachá, A., Aréjula Torres, J. L., Borrego de la Osa, R., Domingo Blázquez, M., Morente Parra, M., Robledo Marín, J., & et al. (2006). Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros (AENTDE). (2001). Definición de diagnóstico de enfermería. Consultado Octubre/3, 2010, disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?nameContent&pa=showpage&pid=4>
- Beare, P., & Myers, J. L. (1995). Enfermería Medicoquirúrgica (vol 1) (2nd ed.). Madrid: Mosby-Doyma.
- Bellido-Vallejo, J. C. (2005). Proceso de Atención en el Área Quirúrgica. De la universidad a los lenguajes estandarizados (1ª ed.). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Bobes García, J., González, M. P., Saiz Martínez, P. A., Bascarán Fernández, M. T., Iglesias Álvarez, C., & Fernández Domínguez, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-12.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (5ª ed.). Barcelona: ELSEVIER-MOSBY.

- Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica.* (9th ed.). Madrid: McGrawHill-Interamericana.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de pacientes dependientes. análisis y propuestas de intervención psicosocial.* Valencia: Tirant lo Blanc.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2007). *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.* (1st ed.). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2007). *Planes de cuidados estandarizados.* Retrieved Agosto/4, 2010, from <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/A%20PORTADA%20WEB.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (12 Abril 2010). *La definición de enfermería.* Consultado: Octubre/3, 2010, disponible en: <http://www.icn.ch/es/abouticn/icnzdefinitionofznursing/>
- De Haro, F., Flores Antigüedad, M. L., Gorlat Sánchez, B., Peña Gómez, E., Quero Rufián, A., Quiñoz Gallardo, M. D., et al. (2009). *Guía de práctica clínica. Diagnósticos enfermeros NANDA, Resultados NOC, Intervenciones NIC.* (1ª ed.). Granada (España): Colegio Oficial de Enfermería de Granada.
- Del Pino, R. (2010). *Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes.* Universidad de Jaén).
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. (2009). *Dossier para la realización de planes de cuidados.* Retrieved 24 julio, 2010, from http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/Documentacion_clinica.pdf
- Domingo Pozo, M., & Gómez Robles, J. (2003). *El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición del cuidado.* *Index Enferm, Año XII(43), 23-27.*
- Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Ferrer, M., Vilagut, G., Monasterio, C., Montserrat, J. M., Mayos, M., & Alonso, J. (1999). *Medida del impacto de los trastornos del sueño: Las versiones españolas del cuestionario del impacto funcional del sueño y de la escala de somnolencia de epworth.* *Med Clin, (113), 250-5.*
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). *Observatorio de Metodología Enfermera. Proyecto CENES. estandarización y aplicaciones me-*

- todológicas. valoración enfermera estandarizada. Consultado: Septiembre/14, 2010, disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=11#ancla4
- Gallego Torres, R., & Díaz Guerrero, R. (2006). Definición de las catorce necesidades básicas de los individuos. *Desarrollo Científico De Enfermería*, 14(7), 268-273.
- García González, María de Jesús. (2004). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. (2ª ed.). México: Editorial Progreso.
- García González, M. (2004.). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson (2nd ed.). México D.F.: Progreso.
- García, F., Carrascosa, M., Bellido, J., Rodríguez, M., & Casa, F. e. a. (2005). Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. *Evidentia*, sept(2 (supl)), <http://www.indexf.com/evidentia/2005supl/guiaupp.pdf>.
- Gordon, M. (2003). *Manual de diagnósticos enfermeros* (10ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Gordon, M. (1999). *Diagnóstico enfermero. proceso y aplicación* (3rd ed.). Madrid: Harcourt-Brace.
- Heather Herdman, T. Hearsh, C., Lunney, M., & Scroggins, L. V., B. (2010). *NANDA-Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. (2009-2011 ed.). Barcelona: Elsevier.
- Henderson, V. A. (1995). *La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. (1ª ed.). Madrid: McGRAW-HILL.INTERAMERICANA.
- Jiménez Olmedo, C. (2010). Un caso de afrontamiento familiar comprometido. *Evidentia*, 7(29), Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev1029.php-Consultado> el 28-08-10.
- Jiménez-Castro, A. B., Salinas-Durán, M. T., & Sánchez-Estrada, T. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enferm IMSS*, 12(2), 61-63.
- Johnson, M., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., et al. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones* (2ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Luis Rodrigo, M. T. (2006). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y prác-*

- tica clínica (7th ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Luis Rodrigo, M. T., Fernández Ferrín, C., & Navarro Gómez, M. V. (2005). De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. (3ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Luis Rodrigo, M. (1997). Diagnósticos de enfermería, un instrumento para la práctica asistencial (3rd ed.). Madrid: HarcourtzBrace,.
- Marriner, M. T. (2003). Modelos y teorías de enfermería (5th ed.) Elsevier Science.
- Moordead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2008). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (4ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Morilla Herrera, J., Martín Santos, F., Blanco Morgado, J. & Morales Asencio, J. (2007). Guía de práctica clínica para el manejo del deterioro de la integridad cutánea: Úlceras por presión. Consultado: septiembre/20, 2010, disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0281.php>
- Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Martín Santos, F., & Cuevas Fernández-Gallego, M. (2006). El juicio clínico enfermero: Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). *Metas De Enferm*, 9(2), 6-12.
- Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Martín Santos, F., & Cuevas Fernández-Gallego, M. (2005). El juicio clínico enfermero: Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (1ª parte). *Metas De Enferm*, 8(10), 58-62.
- Pancorbo Hidalgo, P., García Fernández, F., Soldevilla Ágreda, J., & Blasco-García, C. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión
- Rodríguez Torres, M., & Gila Selas, C. (2009). Gestión de un caso de afrontamiento inefectivo mediante reestructuración cognitiva en el hospital. *Inquietudes*, XV(41), 12-15.
- Ruiz de Alegría Fernández de Retana, B., Basabe Barañano, N., Fernández Prado, E., & et al. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 12(1), 11-17.
- Servicio Andaluz de Salud. (2004). Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Consultado: Agosto/30, 2010, disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=139>

- Taxonomíaenfermera.com. (2010). Taller de taxonomía enfermera. Consultado: Octubre/3, 2010, disponible en: <http://www.taxonomiaenfermera.com>
- Vallejo, J., Rodríguez, M., & Valverde, M. M. (2007). Valoración enfermera geriátrica. un modelo de registro en residencias de ancianos.. Madrid, 18(2), 19-23.
- Vargas Chávez, M. Y. (2007). Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica, 15(1), 28-30.
- Vega Angarita, O., & González Escobar, D. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm Global, 2(16), Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351-Consultado> el 28-08-10.
- Vernet Aguiló, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo virginia henderson. GEROKOMOS, 18(2), 77-83.
- Vila Coll, M., Fernández Parcés, M., Florensa Claramunt, E., Orejas López, V., Dalfó Baqué, A., & Romea Lecumberri, S. (1997). Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. At Prim, 19(3), 122-126.
- Watson, J. (2006). Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. ROL Enf, 29(7-8), 494-497.

