

## Congruencia entre valoración cefalocaudal y certeza de los diagnósticos de enfermería

### Cefalocaudal congruence between assessment and diagnostic accuracy of nursing

Nidia María Uc-Chi,<sup>1</sup> Reina Hermelinda Cauch-Cob,<sup>1</sup> Simón Gabriel Vázquez-Cauich,<sup>2</sup> Nixon Erik López-Navarro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Jefatura de Enfermería, Unidad Médica de Alta Especialidad, Mérida, Yucatán; <sup>2</sup>Jefatura de Enfermeras, Hospital General Regional No. 12 "Lic. Benito Juárez", Mérida, Yucatán; <sup>3</sup>Hospital General Regional No. 17, Cancún, Quintana Roo. Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Palabras clave:**

Procesos de enfermería  
Diagnóstico enfermero  
Cuidados intensivos

**Resumen**

**Introducción:** el diagnóstico de enfermería corresponde a la fase de análisis e interpretación de forma crítica de los datos reunidos durante la valoración. En la unidad de cuidados intensivos (UCI) las acciones de la valoración se hacen con los criterios del examen físico y la valoración cefalocaudal; a pesar de existir diagnósticos establecidos, en la mayoría de los casos la atención se basa en las necesidades reales e inmediatas del paciente.

**Objetivo:** establecer la congruencia metodológica entre la valoración cefalocaudal y la certeza de los diagnósticos de enfermería del paciente hospitalizado en una UCI neonatal.

**Metodología:** mediante un muestreo aleatorio simple se seleccionaron 58 pacientes. Se realizó valoración cefalocaudal, registro de los signos y síntomas detectados y de los diagnósticos de enfermería de la hoja de anotaciones. Una vez obtenida la valoración del paciente y los diagnósticos de enfermería se compararon para verificar que las etiquetas diagnósticas correspondieran a la sintomatología observada. Se usó el análisis de asociación mediante la regresión logística (rl) binaria multivariante.

**Resultados:** en el 51.7 % predominó la seguridad y la protección. El diagnóstico de enfermería con mayor frecuencia fue limpieza ineficaz de las vías aéreas con el 15.5 %. Al asociar la valoración cefalocaudal por sistemas con los dominios afectados se pudo observar una significación estadística ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** en la valoración cefalocaudal y las etiquetas diagnósticas el sistema respiratorio es el más reportado.

**Keywords:**

Nursing process  
Nursing diagnosis  
Intensive care

**Abstract**

**Introduction:** Nursing diagnosis is the result of thoughtful analysis and critical interpretation of the data set collected during the assessment. In the Neonatal Intensive Care Unit, the cefalocaudal assessment is made based on the criteria of the physical examination, however although there are diagnostic labels and nursing interventions established, nursing care is based on perceived and patient emerging needs.

**Objective:** To establish methodological consistency between the cefalocaudal assessment and certain nursing diagnoses in Neonatal Intensive Care Unit inpatient.

**Methods:** using a simple random sampling 58 patients were selected. Cefalocaudal assessment was performed, report of signs and symptoms detected and nursing diagnoses from the report sheet. After obtaining patient assessment and nursing diagnoses, they were compared to verify that diagnostic labels correspond to the observed symptoms. Association analysis was used by logistic regression (LR) multivariate binary.

**Results:** Prevail of 51.7% in the domain of Safety and Security. The nursing diagnosis most often used was ineffective airway clearance with 15.5% (9). By associating the cefalocaudal assessment by body systems with affected domains it was possible to observe statistical significance at  $p < 0.05$ .

**Conclusion:** In the cefalocaudal assessment and diagnostic labels respiratory system is the most reported as affected.

**Correspondencia:**

Nidia María Uc Chi

**Correo electrónico:**

aefanie@hotmail.com

**Fecha de recepción:**

22/05/2013

**Fecha de dictamen:**

21/05/2014

**Fecha de aceptación:**

16/07/2014

## Introducción

La función de la enfermera en los cuidados básicos es atender al individuo enfermo o sano. La práctica científica de enfermería y el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina tiene como referente teórico el modelo de cuidado y como elemento metodológico el proceso de atención de enfermería.<sup>1,2</sup>

La aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) y las taxonomías, como estrategia metodológica y lenguajes disciplinarios, permiten brindar un cuidado científico y humanístico, se fundamentan en la interacción humana y en los elementos de la filosofía de la enfermería. El PAE surge a mediados del siglo XX y es Hall quien por primera vez considera el conjunto de cuidados enfermeros como un proceso. Desde entonces, diferentes autoras (Johnson, Orlando, Roy Aspinall y otras) lo han ido perfeccionando.<sup>3,4</sup>

Por otro lado, desde 1983 Carpenito ya viene trabajando con un modelo de práctica que describe el foco clínico de la enfermería profesional (modelo bifocal de práctica clínica).<sup>5</sup>

La valoración del paciente puede ser realizada desde diferentes modelos de enfermería, entre ellos el de Virginia Henderson,<sup>6</sup> que se basa en 14 necesidades humanas básicas, y el de Marjory Gordon, que se basa en patrones funcionales de salud de e identifica los diagnósticos más prevalentes según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).<sup>7</sup>

Otra valoración es la cefalocaudal, cuyo objetivo es encontrar lesiones o enfermedades que aún no han sido descubiertas. Se ha sugerido que la evaluación física no tome más de 2 o 3 minutos y se recomienda que el examen se comience a hacer por la cabeza y siga metódicamente hacia los pies.<sup>8</sup>

De la valoración se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente, de tal forma que se ha creado una taxonomía diagnóstica.<sup>9</sup>

Estos diagnósticos tienen una estructura metodológica en la elaboración. Según el modelo de Fehring se propusieron cuatro facetas de la validez de contenido, a las que se denomina “validez intrínseca de las etiquetas diagnósticas”<sup>10</sup>.

En la práctica y según diversos autores existen dificultades para realizar un diagnóstico de enfermería a pesar de que debe surgir de los datos reunidos durante la valoración. Repetto *et al.*<sup>11</sup> mencionan dificultades con el diagnóstico

y con los resultados esperados; para Moraes *et al.*,<sup>12</sup> el diagnóstico de enfermería es registrado y el examen físico es poco descrito, particularmente en relación con el sistema cardiovascular y respiratorio; para Mena *et al.*,<sup>13</sup> los profesionales utilizan poco los diagnósticos; para Pérez *et al.*,<sup>14</sup> la principal barrera para aplicar el PAE es la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos humanos y materiales, la falta de conocimiento sobre el tema y de interés por parte de las enfermeras; Rojas<sup>15</sup> estableció que una alta proporción de los que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Medellín llevan a cabo el 80 % de actividades de las fases; sin embargo, no hay homogeneidad en cuanto a la realización de las mismas. Respecto a la fase diagnóstico, se refleja una postura dual: por un lado, los diagnósticos de enfermería orientan el cuidado y, por el otro, las enfermeras manifiestan que no son útiles y no los aplican por falta de tiempo, de interés, de registros, elevado número de pacientes y delegación de otras responsabilidades.

En las UCI las condiciones de gravedad de los pacientes demandan la realización de intervenciones complejas. Según Beltrán, lo anterior implica un elevado nivel de competencias técnico-científicas, capacidad de análisis y resolución de problemas, autocontrol, sentido de lo humano, la moral y la ética.<sup>16</sup> En estas unidades en la evaluación del paciente se debe tener un esquema conceptual de las características de la disfunción de órganos y sistemas que son comunes a alteraciones críticas. En los primeros minutos de valoración se identificarán las anomalías funcionales que pongan en peligro la vida.<sup>17</sup>

Los signos y síntomas detectados en la valoración del paciente deben transcribirse. Las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales. De acuerdo con la Secretaría de Salud un proyecto realizado en 1998 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, la hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal en turno.<sup>18</sup>

El registro de enfermería ha de ser reflejo del PAE; por tanto, deberá estar diseñado y estructurado de manera tal que refleje todas y cada una de las etapas.<sup>19</sup> Gonzales encontró diversos factores que interfieren en el correcto llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería, entre ellos, la carga de trabajo, la falta de unificación de criterios, el descontrol con respecto a la capacitación brindada al personal y, finalmente, el desconocimiento de lineamientos establecidos en la norma oficial.<sup>20</sup>

En la UCI las acciones de enfermería son inmediatas. Las condiciones del paciente dificultan la valoración por

patrones funcionales; en muchas ocasiones la valoración se hace con los criterios del examen físico y la valoración cefalocaudal. A pesar de existir diagnósticos relacionados y de riesgo, en la mayoría de los casos la atención se basa en las necesidades reales e inmediatas del paciente. Por lo tanto, el propósito del estudio es establecer la congruencia metodológica entre la valoración cefalocaudal y la certeza de los diagnósticos de enfermería.

## Metodología

En la ciudad de Mérida, Yucatán, y previa autorización del Comité Local de Investigación, se realizó una encuesta prospectiva descriptiva. Mediante un muestreo aleatorio simple se seleccionaron 58 pacientes a los que se les realizó valoración cefalocaudal y se revisó el reporte de enfermería. Se incluyeron pacientes de uno u otro género y no se incluyeron pacientes con reportes de enfermería con un formato diferente o que provinieran de una clínica externa; los reportes dudosos o poco legibles se eliminaron.

Los investigadores realizaron la valoración cefalocaudal y registraron los signos y síntomas detectados. Posteriormente revisaron el área de diagnósticos de enfermería de la hoja de anotaciones y los enumeraron en la hoja de recolección de información. Una vez obtenida la valoración del paciente y los diagnósticos de enfermería se compararon para verificar que las etiquetas diagnósticas correspondieran a la sintomatología observada y a los criterios establecidos para la elaboración de diagnósticos de enfermería según los patrones funcionales de Gordon.<sup>21</sup>

Los datos fueron vaciados en una hoja de recolección elaborada con base en la bibliografía consultada y

se analizaron mediante el programa estadístico SPSS, versión 15 en español. A partir de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) se describieron los datos demográficos de los pacientes. Se midió la validez de contenido del diagnóstico de acuerdo con los criterios propuestos por la NANDA, y reportados en el libro de “Diagnóstico Enfermero. Definiciones y clasificaciones 2009-2011”.<sup>22</sup>

Para la asociación de las variables se usó regresión logística (rl) binaria multivariante.

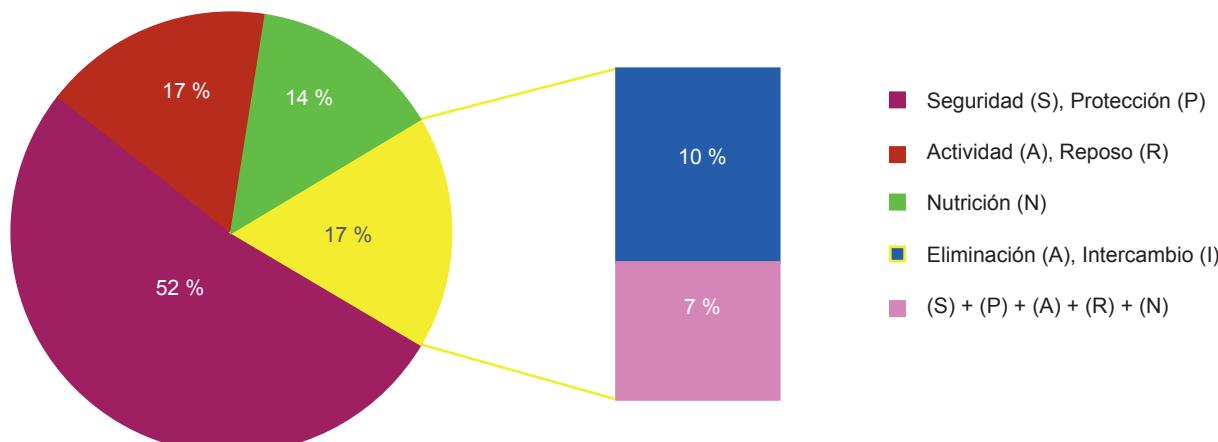
Los resultados se presentaron mediante cuadros y figuras.

## Elaboración del instrumento de medición

Para la elaboración del instrumento de medición se tomaron como referencia los diferentes artículos de investigación inmersos en el marco teórico; la característica de estos artículos fue que mencionaban los elementos necesarios para la realización de la valoración cefalocaudal. Para la validez de contenido o apariencia se enumeraron los diferentes sistemas iniciando con el sistema nervioso, se incluyeron en el instrumento las escalas de Glasgow,<sup>23</sup> la de Silverman<sup>24</sup> y la de Ransay.

La validez de constructo incluyó revisar nuevamente los datos y especificar la relación teórica entre signo y síntomas propuesta por otros autores y los conceptos del marco teórico. Una vez terminado el instrumento se usó la técnica Delphi. Se presentó a cinco expertos en el tema y se logró un consenso del 80 % entre ellos. Los datos se vaciaron en una hoja dispuesta ex profeso para ello.

**Figura 1. Dominios NANDA según diagnósticos de enfermería reportados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal**



Fuente: encuesta realizada en la unidad de cuidados intensivos de la UMAE en Mérida, Yucatán

## Resultados

Se estudiaron 58 pacientes de los cuales el 51.7 % fueron del género masculino y el restante 48.3 % del género femenino.

Al evaluar los diagnósticos de enfermería reportados en las hojas de enfermería se pudo observar que

**Cuadro I. Congruencia metodológica entre valoración y etiqueta diagnóstica de enfermería en la UCIN**

Sistemas	Etiquetas diagnósticas
Nervioso	
Hipoactivo Somnoliento Alerta Inquieto Demandante	Riesgo de perfusión tisular ineficaz
Respiratorio $p < 0.05$	
Cianosis distal y peribucal Tiraje leve Retracción leve Hipoventilación Estertores	Limpieza ineficaz de la vía aérea Patrón respiratorio ineficaz Deterioro del intercambio gaseoso Deterioro de la ventilación espontánea Riesgo de obstrucción de la vía aérea
Cardiocirculatorio	
Bradicardia Taquicardia Soplos Pulso débil Hemorragia	Déficit del volumen de líquidos Exceso de volumen de líquidos Riesgo de traumatismo vascular
Tegumentario (piel)	
Fria Caliente Seca Rosada Palidez Firmeza Deshidratación	Deterioro de la integridad cutánea Deterioro de la mucosa oral Hipertermia Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Termorregulación ineficaz Traumatismo vascular Riesgo de infección Ictericia neonatal
Gastrointestinal	
Abdomen normal Abdomen globoso Evacuación normal	Lactancia materna ineficaz Motilidad gastrointestinal disfuncional
Urinario y renal	
Anuria Oliguria Poliuria Coluria	Riesgo de perfusión renal ineficaz

Fuente: Encuesta Unidad de Cuidados Intensivos, UMAE Mérida, Yucatán

predominó en el 52 % el dominio de seguridad y protección, actividad y reposo 17 %; otro dominio que resalta es el de nutrición con el 14 % (figura 1).

El diagnóstico de enfermería con mayor frecuencia fue limpieza ineficaz de las vías aéreas, seguido de termorregulación ineficaz, riesgo de infección, entre otros.

Según la valoración cefalocaudal realizada, se determinó que el 35 % tenía afectación del sistema respiratorio, y 55 % del sistema circulatorio, cardiaco y del sistema tegumentario (figura 2).

Al asociar la valoración cefalocaudal por sistemas con los dominios afectados se pudo observar una significación estadística con una  $p < 0.05$ .

De acuerdo con la valoración del sistema nervioso, los signos presentes fueron, 16 % pacientes somnolientes, 22 % en estado de alerta, 3.4 % pacientes en coma, 30 % pacientes hipoactivos y 13 y 6 % muy inquietos e irritables (figura 3).

En el sistema respiratorio hubo 28 % con estertores bronquiales, 11 % hipoventilación y 11 % con cianosis distal y peribucal (figura 4).

En relación con el sistema cardiaco y circulatorio el 50 % de los pacientes presentó taquicardia (figura 5).

En el sistema tegumentario 10 % tenían la piel fría, 9 % piel caliente, 20 % piel seca, 36 % firmeza de la piel, 20 % piel pálida y 10 % deshidratación (figura 6).

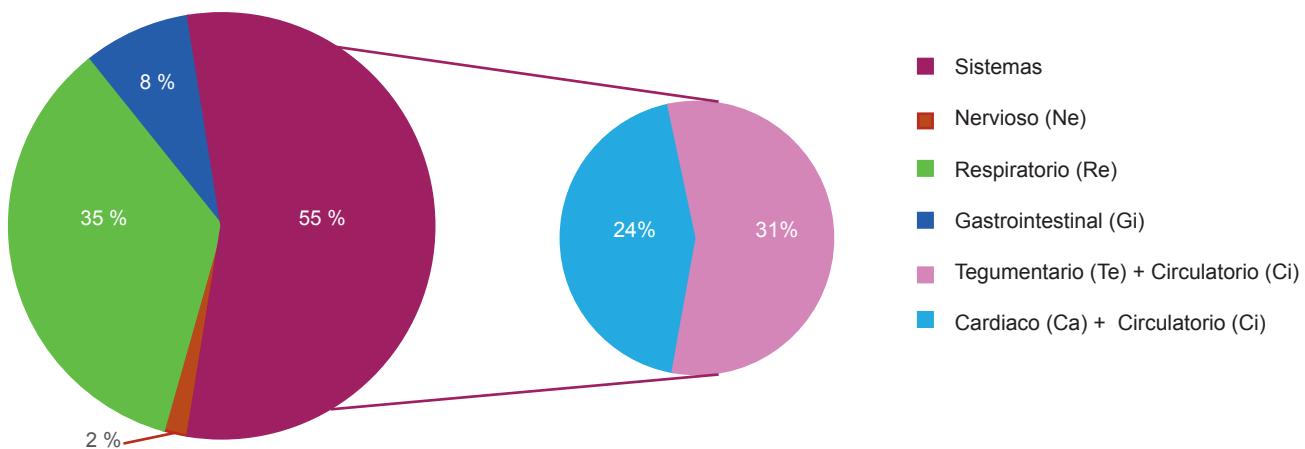
El abdomen globoso fue un dato relevante en el 39.7 % en el sistema gastrointestinal; el 6.9 % de los pacientes presentó distención abdominal; de los pacientes con sonda gástrica el 6.9 % tenía gasto café oscuro; otro dato relevante fue que en el 67.2 % presentaba ausencia de evacuación.

En el sistema urinario-renal el 82.8 % tenía diuresis espontánea con orina clara.

De acuerdo con la valoración cefalocaudal el sistema respiratorio presentó una correlación significativa con la sintomatología observada ( $p < 0.05$ ), el 34 % presentaron estertores respiratorios, 13.7 % hipoventilación, y aunque se observaron enunciados o diagnósticos de enfermería relacionados clínicamente con la hipovenitilación y los estertores no hubo significación a nivel estadístico (cuadro I).

A nivel tegumentario en la valoración cefalocaudal sostiene que la coloración de la piel era pálida en el 32.7 % pacientes, la presencia de cianosis en 15.5 % con significación estadística entre la valoración y los signos tegumentarios de  $p < 0.05$ . Esta valoración no se asocia de manera significativa con los diagnósticos de enfermería,

**Figura 2. Sistemas afectados según valoración de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal**



Fuente: encuesta realizada en la unidad de cuidados intensivos de la UMAE en Mérida, Yucatán

ya que a nivel tegumentario el diagnóstico de enfermería predominante fue ictericia neonatal (cuadro I)

## Discusión

Según los resultados obtenidos se pudo observar que en la unidad de cuidados intensivos neonatales se aplica el PAE y las taxonomías tal y como mencionan Alfonso-Lefevre et al. En esta unidad el modelo del reporte de enfermería incluye este proceso y cumple con la NOM-

168-SSA1-1998 del expediente clínico, ya que la hoja de enfermería la elabora el personal en turno.

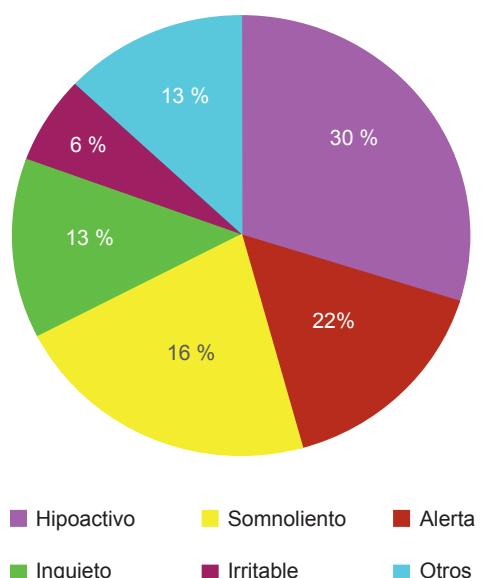
Los diagnósticos de enfermería reportados concuerdan con la taxonomía propuesta por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Al revisar las etiquetas diagnósticas se pudo observar claridad de la etiqueta, claridad de la definición, coherencia y capacidad de intervención tal como lo sugieren Fehring et al.; sin embargo, en algunas ocasiones los diagnósticos de enfermería emitidos se observaban incompletos, puesto que faltaba el factor relacionado...

A pesar de encontrarse diagnósticos de enfermería se puede apreciar que hay sistemas que presentan gran variedad de sintomatología y pocas etiquetas, lo que coincide con Reppetto et al., que mencionan dificultades con el diagnóstico.

En los resultados sobresale que el sistema respiratorio presentó la mayor cantidad de sintomatología y el mayor número de etiquetas diagnósticas; sin embargo, los sistemas circulatorio y digestivo presentaron variedad de sintomatología y no así las etiquetas del diagnóstico de enfermería, lo que coincide con lo que establece Pokorski, quien afirma que el diagnóstico de enfermería es registrado y el examen físico es poco descrito.

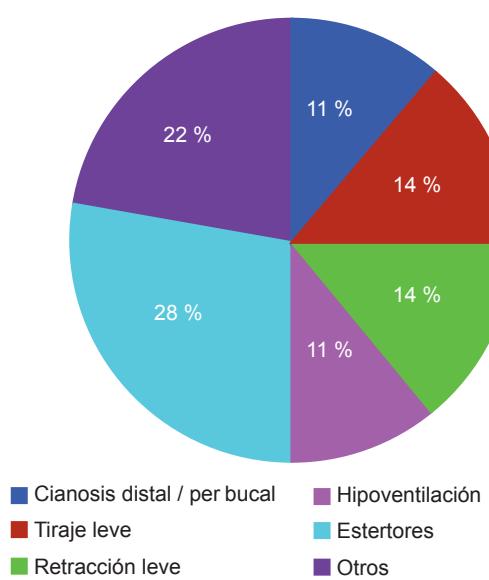
La escasa cantidad de etiquetas diagnósticas en el sistema nervioso, gastrointestinal y urinario-renal, a pesar de la variada sintomatología encontrada por los investigadores, concuerda con lo afirmado por Mena et al., quienes describen que los profesionales utilizaban poco los diagnósticos de enfermería, que la valoración a los pacientes se realizó por los investigadores y que la guía fue una hoja de valoración elaborada por sistemas; probablemente por eso no

**Figura 3. Sintomatología del sistema nervioso según valoración de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal**



Fuente: encuesta realizada en la unidad de cuidados intensivos de la UMAE en Mérida, Yucatán

**Figura 4. Sintomatología del sistema respiratorio según valoración de enfermería en la Unidad de Cuidados intensivos Neonatal**



Fuente: encuesta realizada en la unidad de cuidados intensivos de la UMAE en Mérida, Yucatán

existen las etiquetas diagnósticas de estos sistemas.

No se investigaron las causas de la falta de etiquetas diagnósticas en los sistemas con mayor cantidad de sintomatología. Se ignora si las causas son la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos humanos y materiales, la falta de conocimiento sobre el tema y de interés por parte de las enfermeras, tal como aseveran Pérez *et al.*

En el sistema nervioso solo se encontró una etiqueta diagnóstica, pero la sintomatología fue diversa; la hipoac-

tividad fue un dato que prevaleció. Este dato pone en riesgo al paciente y el único diagnóstico fue riesgo de perfusión tisular. Lo anterior concuerda con Beltrán *et al.* La atención de los pacientes en las UCI implica un elevado nivel de competencias, pues se brinda de acuerdo con las características de la disfunción de órganos y sistemas.

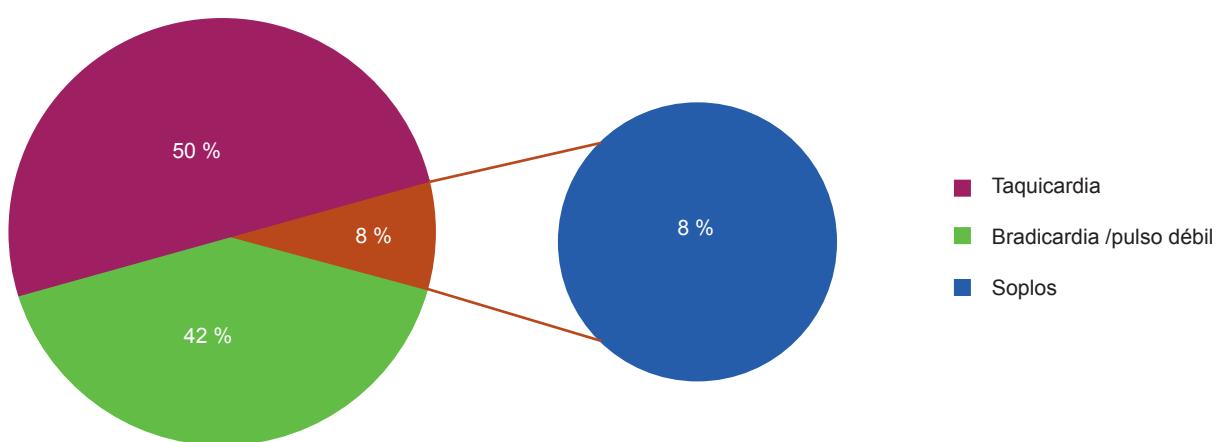
En esta investigación se presentaron en total 63 etiquetas diagnósticas, que son pocas comparadas con el número de pacientes y la gran variedad de sintomatología reportada, probablemente porque, como menciona Rojas, hay una postura dual en relación con el diagnóstico; por un lado, orientan el cuidado y, por el otro, manifiestan que no son útiles y las enfermeras llevan a cabo solo una parte de las actividades de las fases del proceso y no hay homogeneidad en cuanto a la realización del diagnóstico. Se requieren mayores investigaciones para indagar por qué no se realizan etiquetas diagnósticas.

## Conclusiones

Existe correlación entre la valoración cefalocaudal, la sintomatología presentada por los pacientes y las etiquetas diagnósticas descritas en los reportes de enfermería de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

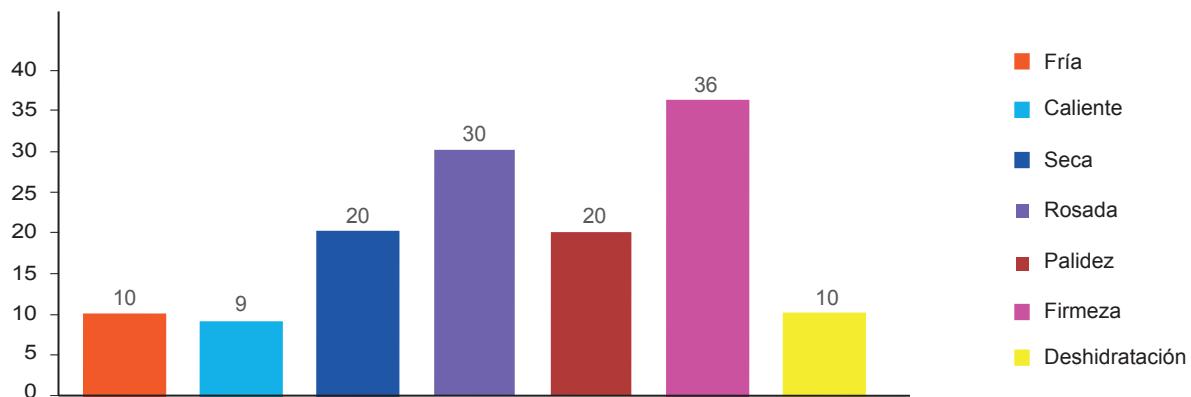
De acuerdo con la valoración se pudo apreciar que el dominio más afectado fue el de seguridad/protección, el sistema más afectado fue el respiratorio y el diagnóstico más frecuente fue la limpieza ineficaz de las vías aéreas.

**Figura 5. Sintomatología del sistema cardiocirculatorio según valoración de enfermería en la Unidad de Cuidados intensivos Neonatal**



Fuente: encuesta realizada en la unidad de cuidados intensivos de la UMAE en Mérida, Yucatán

**Figura 6. Sintomatología del sistema tegumentario (piel) según valoración de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal**



Fuente: encuesta realizada en la unidad de cuidados intensivos de la UMAE en Mérida, Yucatán

En este estudio no se pretendió revisar la redacción normativa de las etiquetas diagnósticas, solo ver que el enunciado correspondiera con la sintomatología presentada; sin embargo, se pudo apreciar que en algunas ocasiones, los diagnósticos de enfermería emitidos se observaban incompletos (faltaba el factor relacionado).

Se observaron sistemas con sintomatología, como el abdominal y el sistema nervioso con escasas etiquetas diagnósticas.

La etapa de la valoración es fundamental, pues de ella surge la planificación de los cuidados; el personal de en-

fermería debe fomentar la valoración cefalocaudal adecuada al paciente.

Hay que continuar con protocolos de investigación de todo el proceso de enfermería —sobre todo si la valoración es concordante con la planificación de las acciones de enfermería—; proponer sistemas de valoración acordes a los pacientes de la UCI; realizar protocolos relacionados con el uso de los diagnósticos de enfermería según la NANDA —y su funcionalidad en la UCI—; así como indagar por qué no se realizan los diagnósticos para toda la sintomatología observada.

## Referencias

1. A. Esteban, C. Martín. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3<sup>a</sup> edición. Ed.Masson:2003
2. Sanabria-Triana, Otero Ceballos, Urbina-Laza. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(4)
3. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5<sup>a</sup> edición. Barcelona: Masson; 2003. 274.p. 4, 5,
4. Oreja VM. Alegre De VC. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso.Rev. De Salud Mental 2008;31:20–26
5. Da Silva VM\*, Venícius. De Oliveira LV, De Araújo L. Asociación Entre Diagnósticos De Enfermería En Niños Con Cardiopatías Congénitas Enferm Cardiol. 2004; Año XI: (32-33):33-37
6. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes & interventions. 2<sup>a</sup> ed. St.Louis: Mosby; 2005
7. Zamudio GL. Ibarra BI. Suaste ML. Hernández M. Interrelación de Diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC en medicina transfusional 2010. Rev Mex Med Tran; 3 (1):31-34
8. Kozier B, Erd G, Blais K. Conceptos y técnicas en la práctica de enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 2000:139-59.
9. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2009- 2011. Barcelona, España. Elsevier. 2010.
10. Fehring referido en Nueva definición de la NANDA. Proceso de atención de enfermería. [En línea]. AENTDE (2008). [Consulta: 25 marzo 2011] disponible en: [enfeps.foroactivo.com/t817-nueva-definicion-de-la-nanda](http://enfeps.foroactivo.com/t817-nueva-definicion-de-la-nanda).
11. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enfermagem 2005; 58(3):325-9.
12. Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Proceso de enfermería: de la literatura a la práctica. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3): 17-23
13. Mena F, Macías A, Romero M. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rol Enferm. 2001; 24(2): 57-59.
14. Pérez M, Sánchez P, Franco O, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. Rev Enferm IMSS. 2006: (1): 47-50.
15. Rojas JG. Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007. Trabajo de Grado para optar al título de Magíster en Enfermería. Universidad De Antioquia Facultad De Enfermería Medellín.
16. Beltrán O. Significado de la experiencia de estar críticamente

- enfermo y hospitalizado en UCI [Tesis Magíster en Enfermería]. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2007.
17. Del Carpio DN. Monitoreo Del Paciente Crítico [En Línea]. 2006 [CONSULTADO EL 30 MARZO/2011] disponible en. [Www..Reeme.Arizona.Edu](http://www..Reeme.Arizona.Edu)
  18. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Fecha de publicación: 30 de septiembre de 1999
  19. Valenzuela R A. Cámara AA. Registro del Proceso enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. Salud y Cuidados [En línea]. Nº 7 (2004). [Consulta: 1 marzo 2011]. <<http://www.saludycuidados.com/numero7/registros/registro.htm>> ISSN 1578-9128
  20. Gonzales M C. [en línea.] Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona no. 32 Villa Coapa 2009.[Consultado 1 de marzo 2011] disponible en <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria2.shtml>
  21. Gordon M. Diagnóstico Enfermero: proceso y aplicación. Madrid: Harcourt;1999: 326-31.
  22. NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2009 - 2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
  23. Hodgate A., Ching N., Angonese L.. Variability in agreement between physcianas and nurses when measuring the Glasgow Coma Scale in the emergency deparment limits its clinical usefulness. *Emerg. Med. Australas.* 2006; 18:379-84
  - 24 Gomella TL. Neonatología. Manejo básico, problemas en la guardia, patologías, fármaco-terapia. 3ra. Ed. Buenos Aires. Ed. Med. Panamericana, 2005:506-16.
- 

**Cómo citar este artículo:**

Uc-Chi NM, Cauich-Cob RH, Vázquez-Cauich SG, López-Navarro NE. Congruencia entre valoración cefalocaudal y certeza de los diagnósticos de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015;23(2):75-82.