

METODOLOGÍA ENFERMERA

Lenguajes estandarizados

Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez, M^a Antonia López Romero



FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Primera edición en diciembre de 2015

@ Ramón del Gallego Lastra, Jorge Diz Gómez y M^a Antonia López Romero

ISBN: 978-84-608-4584-3

Es usted libre de copiar, distribuir y comunicar libremente esta obra, con la única condición de citar a sus autores.

Excepto por sus autores, no podrá ser utilizada con fines comerciales.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	4
1. JUICIO CLÍNICO ENFERMERO	4
1.1. Concepto y fases del Proceso de Enfermería	8
2. PENSAMIENTO CRÍTICO	15
2.1. Formas de pensar y resolución de problemas.....	16
2.2. Características del pensamiento crítico.....	17
2.3. Estándares intelectuales universales	19
2.4. Elementos del pensamiento crítico	20
2.5. Pensamiento crítico en Enfermería	21
2.6. Desarrollo de habilidades de pensamiento crítico	22
2.7. Conclusión.....	24
CAPÍTULO 2: JUICIO DIAGNÓSTICO.....	26
3. VALORACIÓN.....	26
3.1. Obtención de datos.....	27
3.2. Organización de los datos: patrones funcionales de salud.....	38
4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	54
4.1 Concepto y evolución del diagnóstico enfermero	55
4.2. Diferencias entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico	59
4.3. Diagnóstico enfermero y otros problemas de salud.....	60
4.4. Clasificación de los diagnósticos NANDA	64
4.5. Enunciado del diagnóstico de enfermería	68
4.6. Manejo de los diagnósticos de enfermería.....	70
4.7. Precisión diagnóstica	72
4.8. Errores más frecuentes en la elaboración del juicio diagnóstico	78
CAPÍTULO 3: JUICIO TERAPÉUTICO	81
5. Planificación	81
5.1 Jerarquización de problemas.....	82
5.2 Objetivos/Resultados esperados.....	84
5.3 Elaboración del plan de acción. Órdenes de enfermería	91
6. Ejecución.....	96
6.1 Delegación de actividades	98
7. Evaluación.....	99
BIBLIOGRAFÍA.....	102

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. JUICIO CLÍNICO ENFERMERO

Para empezar a hablar de juicio clínico enfermero cabe preguntarse si la Enfermería, en su práctica cotidiana, toma decisiones independientes que deriven en acciones profesionales. Si la respuesta es no, porque sus actividades están promovidas por la rutina y por órdenes heterónomas, plantear el juicio clínico enfermero no tiene sentido. En cambio si la respuesta es afirmativa, y defendemos que Enfermería es una actividad de cuidados que presta servicios profesionales basados en juicios elaborados a partir de datos clínicos observados, entonces es necesario asegurar que esas observaciones y los dictámenes derivados de ellas se atienen a un método que garanticen la calidad de los mismos. Pero responder sí tiene muchos matices y hay que situar esa respuesta en su contexto.

La larga Historia de la Enfermería muestra que, en su mayor parte, el trabajo ha tenido un carácter manual y ha sido ejercido bajo las órdenes del médico. Sólo a partir de las décadas de 1940 y 1950 la Enfermería inicia un movimiento de profesionalización con un salto importante en la formación académica y la investigación (es necesario hacer una excepción con la figura de Florence Nightingale, precursora en el siglo XIX de la Enfermería moderna). Todo lo ocurrido en la Enfermería desde entonces (modelos teóricos, proceso de enfermería, diagnósticos enfermeros, etc.) no se puede entender si no se toma en consideración este proyecto de desarrollo del estatus profesional del colectivo enfermero.

A mediados del siglo XX se toma conciencia de que la Enfermería tiene un valor propio que es necesario hacer visible. Pero ¿por qué la Enfermería no es considerada una profesión plena a pesar de ese valor que se le reconoce socialmente, como lo dejan de manifiesto múltiples encuestas sociológicas? Su historia relacionada con el carácter manual y doméstico de los cuidados básicos de la salud, ha creado una imagen de dependencia y subsidiaridad que ha llegado hasta nuestros días. Tomando conciencia de ello, enfermeras

estadounidenses, fundamentalmente, se plantearon avanzar en el logro de la Enfermería como una profesión plena.

Para que una actividad laboral sea considerada como **profesión**, la sociología nos enseña que las sociedades conceden ese estatus a aquellas ocupaciones que cubren dos características importantes (Parsons, 1976; Wilensky, 1964; González Anleo, 1994):

1º) es necesario definir una **contribución específica** del grupo ocupacional, que la sociedad reconozca como esencial, para cubrir una necesidad sentida como importante,

2º) sus propuestas (servicios) estarán basados en un **conocimiento** teórico amplio y denso, que es necesario producir y transmitir por procedimientos estrictos y exhaustivos.

A estos dos propósitos obedece la necesaria producción científica de Enfermería, porque el significado de **cuidar la salud** ni es obvio ni es exclusivo de la Enfermería. Y por eso los primeros esfuerzos, en las décadas de 1950 y 1960, fue definir lo que es la *Enfermería*, y por extensión el *Cuidado* (Harmer, 1975:4-5; Henderson, 1987:31, y Marriner, 2007). Con la definición de estos dos conceptos básicos se busca diferenciar con claridad la Enfermería de otras profesiones sanitarias y la organización de ese conocimiento en clasificaciones propias. No basta con ser necesario, es imprescindible que la contribución sea exclusiva.

La sociedad solo reconoce, y concede el privilegio de ser la autoridad máxima en la resolución de problemas importantes, a aquellas profesiones que basan sus decisiones en un cuerpo de conocimientos denso, generalmente apoyado en la ciencia, pues es el tipo de conocimiento que más prestigio tiene. Además, ese conocimiento debe aplicarlo siguiendo una metodología clara y precisa que permita justificar los juicios y sus consecuentes decisiones. Por eso la **técnica** por sí misma no es suficiente, pues un cuerpo teórico sirve para justificar la finalidad de las acciones, y *“en la aplicación de las técnicas los fines ya están decididos”* (Elliot, 1975: 133).

Por todo ello, una profesión moderna ha de avanzar en dos frentes: primero un desarrollo teórico del cuerpo de conocimientos que abarca su especialidad (**disciplina**), y segundo un método que dé solvencia a las decisiones de las que es responsable (**metodología de la práctica profesional**).

Este último aspecto es el que nos ocupa en este texto, pero su estudio y desarrollo no puede separarse del teórico-disciplinar. En consecuencia su estudio ha de cubrir los siguientes objetivos:

- 1) Racionalizar los cuidados
- 2) Permitir establecer prioridades
- 3) Dar continuidad a la atención
- 4) Coordinar las intervenciones
- 5) Individualizar y personalizar los cuidados lo que permite avanzar en la humanización.

Breve Historia de la Metodología Enfermera

En paralelo al desarrollo de los modelos teóricos (Teoría Enfermera), en la década de 1950 se propone a los profesionales un método para la toma de decisiones clínicas, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (Luis et al 2005: 3). En 1955 Hall menciona por primera vez la necesidad de *“un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente”*. Este proceso lo describen Johnson, Orlando y Wiedenbach, a principios de los años sesenta, como un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución (Fernández Ferrín et al, 1995: 202). En 1967 Yura y Walsh publicaron el primer texto que describía el PAE, que entonces ya se componía de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años setenta Bloch, Roy y otras autoras añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar al actual proceso de cinco fases.

En una rápida evolución, el **proceso enfermero** ha llegado a ser considerado un **estándar de calidad** de la práctica profesional, como así lo promulgó en 1973 la American Nurses Association (ANA) en su Standard of Nursing Practice (Berman et al, 2012:178), reflejo de la importancia que desde las élites

intelectuales dan al proceso enfermero. Desde entonces ha sido legitimado como el **marco de la práctica de enfermería**.

A raíz de estos hechos, Gebbie y Lavin en 1973 convocan la “1ª Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería”, estructurándose a partir de ella el “Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería”. En 1982 y durante la V Conferencia, se crea la North American Nursing Diagnosis Association (**NANDA**), en esta Conferencia se configura un grupo de trabajo, dirigido por Kritek, que da forma a la primera taxonomía de los diagnósticos enfermeros de NANDA.

En los últimos años del siglo XX se produjo un gran avance en el desarrollo de otras clasificaciones diagnósticas que ya trabajan con la idea de integrar todo el conocimiento clínico enfermero (los diagnósticos, los objetivos clínicos y las acciones profesionales), como la del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que en 1991 publicó la Clasificación internacional de la práctica enfermera (**CIPE**).

Otro hito importante es que McCloskey y Bulechek promueven en 1987 la creación del Iowa Interventions Project (Bulechek et al, 2009), que desarrolla la Clasificación de intervenciones de enfermería (**NIC**, del inglés Nursing Interventions Classification). En 1991, Johnson y Maas, hacen lo propio con la Clasificación de resultados de enfermería (**NOC**, del inglés Nursing Outcomes Classification) (Moorhead et al, 2009). En 1995 se crea el Center for Nursing Classification, en el College of Nursing de la Universidad de Iowa. Estas dos clasificaciones junto con la **NANDA** editan en 2001 el primer libro vinculándolas: “Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones: Interrelaciones **NANDA, NOC, NIC**”; en la actualidad se ha publicado la 3ª edición de este proyecto (Johnson et al, 2012).

En España a partir de 1978 los planes de estudio de la Diplomatura de Enfermería incluyen, en la asignatura de Enfermería Fundamental, contenidos sobre el PAE. Paralelamente, en algunos hospitales iba apareciendo tímidamente documentación donde las enfermeras registraban los comentarios y planes de cuidados de sus pacientes. Estos documentos eran destruidos al

alta del paciente y solo se registraban aquellos datos que los médicos, considerándolos importantes, incluían en los diarios evolutivos. No fue hasta 2002 cuando la Ley 41, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 14 el deber de incluir "...la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en [la elaboración de la documentación], con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro"; indicando en el art. 15 que dos documentos básicos para Enfermería son parte de la Documentación Clínica:

- a) Evolución y planificación de cuidados de enfermería
- b) Aplicación terapéutica de enfermería.

Inciendo en esta línea, el Real Decreto 1093 de 2010 sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, establece en su art. 3 que la documentación clínica ha de incluir un informe de cuidados de enfermería, cuyo contenido se desarrolla en el anexo VII especificando la obligación de registrar la información empleando las clasificaciones **NANDA, NOC y NIC**.

1.1. Concepto y fases del Proceso de Enfermería

Desde que Hall definió en 1955 el Proceso de Atención de Enfermería como "*un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente*" se han dado muchas definiciones, pero todas redundan en la idea central de método para tomar decisiones. Y en eso consiste el Proceso de Enfermería, como lo dejan patente definiciones, claras y precisas, de dos referentes en el estudio de la metodología enfermera:

"Método de identificación y resolución de problemas" (Gordon, 1996: 10)

"Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados" (Alfaro, 1999: 4)

Método es un término que procede del griego *meta*: a través o más allá, y *odos*: camino, sendero. En sentido estricto un método no es otra cosa que un camino, una secuencia de pasos, que proporciona cierta sistemática a la toma de decisiones.

En la práctica clínica esas decisiones tienen por objeto resolver problemas del paciente para cubrir sus necesidades básicas. Y tal como hemos visto más arriba, la enfermera desarrolla su actividad empleando un método, el Proceso enfermero, consistente en una secuencia sistemática de cinco pasos:

- 1ª **Valoración:** Proceso organizado y sistematizado de recogida de datos.
- 2ª **Diagnóstico:** Identificación de los problemas que aquejan al paciente.
- 3ª **Planificación:** Desarrollo de las estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados.
- 4ª **Ejecución:** Implementación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación.
- 5ª **Evaluación:** Proceso de identificación del progreso en la consecución de los objetivos planteados.

Estos pasos, a su vez, para su adecuado desarrollo requieren de un proceso cuyas actividades se desglosan a continuación (figura 1.1), y que se analizarán en profundidad en los siguientes capítulos del programa:

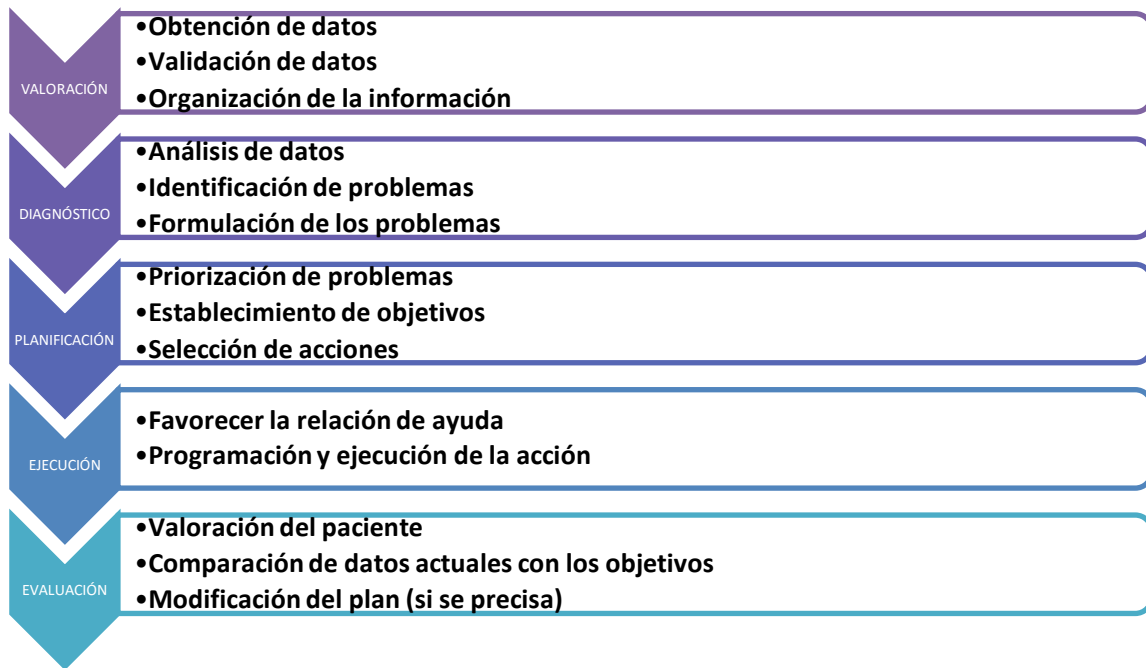


Fig. 1.1: Fases del Proceso enfermero

Este proceso de toma de decisiones ha sufrido varios cambios de denominación que pueden hacer pensar que se refiere a cosas diferentes o que con el avance del tiempo se ha hecho más complejo. Y nada más erróneo. Inicialmente lo definido por Hall se denominó **Proceso de Atención de Enfermería** (PAE). Más adelante algunos autores prefirieron hablar de **Proceso de Enfermería**, por ser *atención* un término redundante, ya que atender al paciente es la función propia de Enfermería.

El PAE se asimiló pronto a un proceso mecánico consistente en el simple registro rutinario de actividades ya realizadas, más que un proceso cognitivo de toma de decisiones, lo que es un error absoluto. Los objetivos institucionales centrados en el cuidado técnico y la sobrecarga de trabajo han contribuido en gran medida a fomentar esta idea.

En la actualidad se emplean denominaciones que remarcan el componente cognitivo. Se prefiere hablar de **Metodología enfermera** o Metodología de los cuidados, denominaciones que buscan evitar la imagen de acción rutinaria e incorporar herramientas de pensamiento crítico que pretenden hacer más amplio, profundo y fiable el análisis de la información y la emisión de juicios

clínicos. Alfaro (2014:2) hace hincapié en el uso del razonamiento clínico como base de la elaboración de juicios, y dice que el proceso enfermero “*brinda una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de la persona*”. Este elemento consciente, activo y sistemático, que huye de la rutina, es el elemento central en el que se insiste como fundamento metodológico de los juicios clínicos. Se habla por tanto de **juicio clínico enfermero** para designar los dictámenes que el profesional de enfermería debe emitir para resolver un problema con precisión y que implica dos partes: **juicio diagnóstico**, que tiene por finalidad la identificación de los problemas de salud del paciente, y el **juicio terapéutico**, cuya meta es proporcionar los cuidados necesarios para la resolución de los problemas (figura 1.2).

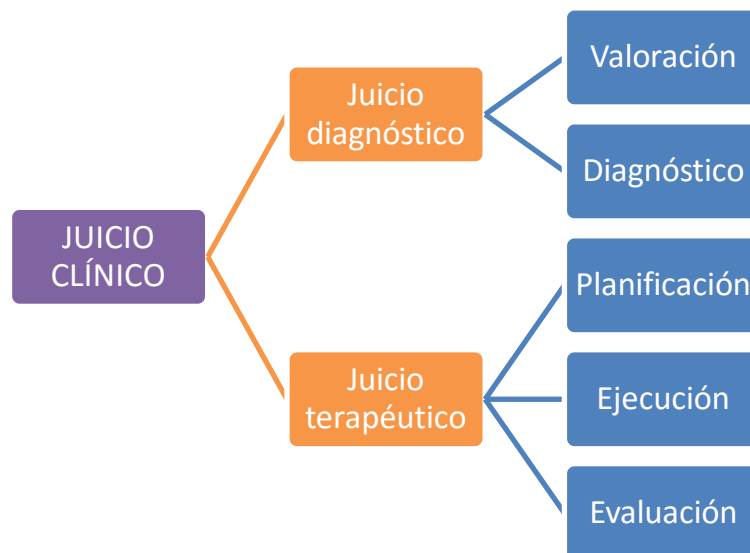


Fig. 1.2: Juicio clínico enfermero

La Metodología Enfermera y la Ciencia Enfermera

Método y ciencia están muy relacionados en el imaginario de las profesiones, y así, algunos autores se han referido a la Metodología enfermera como el método científico aplicado a la práctica enfermera. Es el caso de Griffin, que lo identifica como el resultado de la aplicación de la metodología científica a la Enfermería y lo define como “*una trayectoria progresiva*” que contiene tres

dimensiones: "propósito, organización y flexibilidad" (Benavent et al, 2005: 240).

Esta asimilación de la metodología enfermera y el método científico no deja de ser una imprecisión, ya que este último tiene por misión producir conocimiento científico dando explicación a problemas teóricos que surgen en el seno de una ciencia, mientras el primero se preocupa de resolver problemas clínicos adoptando decisiones adecuadas.

La metodología no tiene nada de particular. Es un proceso tan común como el que empleamos para tomar cualquiera de las múltiples decisiones que adoptamos cotidianamente los seres humanos (el transporte para ir al trabajo, la ropa que nos ponemos, la dieta que elegimos, etc.):

- 1º. Identificar la **naturaleza** del problema que se nos plantea
- 2º. Determinar si el **problema** podemos solucionarlo **independientemente** o necesitamos ayuda
- 3º. **Decidir** las **acciones** concretas para solucionar dicho problema

Alfaro (2014: 8) habla del método de solución de problemas e incluye 5 fases:

- 1º. Detectar un problema
- 2º. Analizar datos para determinar exactamente en qué consiste el problema
- 3º. Formular el plan
- 4º. Poner en marcha el plan
- 5º. Evaluar los resultados

Este proceso guarda importantes similitudes con la metodología enfermera y con el método científico (Tabla 1.1), y no por ello las decisiones que de él derivan son científicas (no tiene nada de científico decidir qué medio de transporte utilizamos para realizar un viaje o qué regalaremos a un amigo en su cumpleaños).

Resolución problemas	Metodología enfermera	Método científico
Detectar un problema / situación	Valorar al paciente	Observación de un problema
Definir el problema	Diagnosticar sus problemas	Formulación de hipótesis
Valorar opciones alternativas y sus consecuencias	Planificar cuidados	Deducción consecuencias
Tomar una decisión y formular un plan		Diseño del estudio
Poner en marcha el plan	Ejecutar cuidados	Someter a prueba
Evaluar resultados	Evaluar resultados	Evaluación resultados

Tabla. 1.1: Comparación de los procesos de resolución de problemas, metodología enfermera y método científico

Las decisiones que adoptamos están basadas en nuestro conocimiento sobre la naturaleza del problema y el tipo y efectividad de las medidas de las que disponemos para su resolución. Podemos distinguir dos tipos de conocimientos: el ordinario y el científico.

El **conocimiento ordinario** (sentido común) está basado en la experiencia práctica del mundo que nos rodea. Las sensaciones, percepciones y conceptualizaciones derivadas del contacto con el mundo físico son los primeros elementos en los que asentamos nuestro conocimiento, y es eminentemente práctico. El conocimiento ordinario queda reforzado por las enseñanzas culturales que adquirimos en la socialización primaria. Es adquirido de modo directo de la experiencia personal o cultural, es fuertemente empírico y no tiene intención especulativa. El método de obtención podría ser a través del reconocimiento de la identidad para cada cosa, y su comparación con lo equivalente y lo diferente, así como una idea intuitiva de una relación causal (González, 1989: 20-22). Como el profesor González recordaba, solo cuando el sentido común no puede resolver un problema acudimos al conocimiento científico. El ser humano no necesita de la ciencia para inferir que el agua moja, pero sí cuando quiere conocer sus propiedades.

El **conocimiento científico** es un tipo de conocimiento de carácter especulativo; es decir, incluye un componente práctico pero es imprescindible la especulación teórica con el planteamiento de hipótesis que traten de explicar la naturaleza y relaciones entre los fenómenos del mundo físico.

La actividad profesional nos enfrenta habitualmente a problemas complejos que requieren de un método que proporcione la seguridad y eficacia a nuestras decisiones. Pero es la naturaleza de los problemas y la diversidad y complejidad de sus soluciones lo que nos hace precisar de la ciencia. Para ejecutar actividades elementales y rutinarias no es necesaria la ciencia ni el método científico; solo cuando el profesional de enfermería se enfrenta a problemas complejos y maneja soluciones complejas precisa de la ciencia enfermera y técnicas de pensamiento crítico para elaborar juicios clínicos enfermeros.

2. PENSAMIENTO CRÍTICO

El pensamiento crítico es *“un modo de pensar en el cual el pensador mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de estructuras inherentes al acto de pensar y someterlas a estándares intelectuales”*. Es auto-dirigido, auto-disciplinado, auto-regulado y auto-corregido (Paul y Elder, 2003).

Son muchas las definiciones que reafirman la idea de pensamiento activo y sistemático que emplea herramientas cognitivas para aumentar su eficacia:

“Un juicio autorregulatorio y dotado de resolución que da origen a interpretación, análisis, evaluación y deducción” (Facione, 1990); adoptado por American Philosophical Association.

“Proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y el de los demás” (Chaffe, 1994).

“El pensador crítico considera qué es importante en cada situación clínica, imagina y explora las alternativas, considera principios éticos, y toma decisiones informadas sobre el cuidado del paciente” (Potter, Perry, 2014: 187).

“La habilidad para centrar el pensamiento en la obtención de los resultados necesarios” (Alfaro, 2009: 2).

Esta última definición de Alfaro, coincidente con el resto en lo esencial, aporta un elemento importante para el juicio clínico enfermero, y es que establece una distinción entre el pensamiento y el pensamiento crítico que es el **propósito** y el **control** (Alfaro, 2009: 5).

Para Paul y Elder (2003) un pensador crítico:

- Formula problemas y preguntas vitales, claras y precisas
- Acumula y evalúa información relevante y usa ideas abstractas para interpretar esa información de manera efectiva.

- Llega a conclusiones y soluciones, probándolas con criterios y estándares relevantes
- Piensa con la mente abierta dentro de sistemas alternativos
- Reconoce y evalúa los supuestos, implicaciones y consecuencias prácticas
- Al idear soluciones a problemas complejos, se comunica de forma efectiva

2.1. Formas de pensar y resolución de problemas

Pensar se refiere a cualquier actividad mental, aunque sea inconsciente o rutinaria. El **Pensamiento crítico** es controlado y con un objetivo, usando estrategias razonadas para obtener los resultados requeridos. De aquí que Alfaro (2009: 13) considere que la simple utilización del *método de solución de problemas*, o de *toma de decisiones*, omite la prevención, creatividad y mejoría. Se centra en un problema real y no se pregunta, ¿qué podría hacer mejor?, ¿cómo prevenir problemas?

En cambio Potter y Perry (2002: 288) hablan de las **competencias del pensamiento crítico** como los procesos cognitivos que se emplean para emitir juicios, e identifican tres tipos:

- A) *Pensamiento crítico general*, que incluye el **método científico**, la **solución de problemas** (obtención de información y empleo de ella para alcanzar soluciones aceptables cuando hay una discrepancia entre lo que está ocurriendo y lo que debería de ocurrir) y la **toma de decisiones** (punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución del problema. Las decisiones deben tomarse siempre que haya varias opciones mutuamente excluyentes (Berman et al, 2008: 168).
- B) *Pensamiento crítico específico en situaciones clínicas*, que incluye el **razonamiento diagnóstico** (asignar significado a las conductas,

signos físicos y síntomas manifestados por un paciente), las deducciones clínicas y la toma de decisiones clínicas.

- C) *Pensamiento crítico específico en enfermería* que es el **proceso enfermero**.

2.2. Características del pensamiento crítico

El pensamiento crítico requiere ciertas características personales que harán más eficiente el raciocinio que lleve a conclusiones válidas y a alcanzar los objetivos deseados:

Humildad intelectual: ser consciente de los límites del conocimiento personal. Requiere ser sensible hacia los prejuicios, tendencias y limitaciones de nuestro punto de vista, y reconocer los fundamentos lógicos de nuestras creencias o su carencia.

Entereza intelectual: para enfrentarse y atender con justicia, ideas, creencias o visiones hacia las que no nos sentimos atraídos. Es preciso reconocer que hay ideas que pueden tener justificación racional (en todo o en parte) aunque las consideremos absurdas o peligrosas. También es preciso considerar que hay creencias que nos han sido inculcadas que pueden ser falsas o equivocadas. Esto nos lleva a no aceptar pasivamente todo lo que hemos aprendido.

Empatía intelectual: Es necesario ponerse en el lugar del otro para entenderlo. La empatía está relacionada con la capacidad de construir con precisión los puntos de vista y razonamientos de los demás y el poder razonar a partir de premisas, supuestos e ideas que no son los nuestros.

Autonomía intelectual: Dominar de forma racional los valores y creencias que uno tiene y las inferencias que uno hace. Implica el compromiso de analizar y evaluar las creencias tomando como punto de partida la razón y la evidencia.

Integridad intelectual: Ser honesto al pensar y someter nuestras ideas y creencias a las pruebas con el mismo rigor que exigimos en los demás.

Perseverancia intelectual: Enfrentarse a la confusión y a los asuntos no resueltos, con adhesión a los principios racionales a pesar de la oposición irracional de otros.

Confianza en la razón: Los intereses propios y colectivos están mejor atendidos basando las ideas y las acciones en el uso de la razón.

Imparcialidad: Se tratarán todos los puntos de vista de la misma forma, a pesar de los sentimientos e intereses personales o colectivos.

Uno de los principales problemas a la hora de pensar es el **egocentrismo**, que impide apreciar los puntos de vista de los demás y ver las limitaciones del nuestro. Confiamos en nuestras percepciones, en que sabemos cómo son las cosas y en que somos objetivos y neutrales en la observación e interpretación de la realidad. Por tanto, nuestra capacidad para pensar puede variar dependiendo de **factores personales** o de las **circunstancias** asociadas al momento. Estos factores de carácter personal o situacional, pueden determinar nuestra forma de pensar, facilitando o dificultando el proceso de razonamiento.

La **ecuanimidad** y el desarrollo moral, las habilidades de **comunicación** y relación, la **madurez**, percepciones o **estados emocionales** y los conocimientos en **estrategias y toma de decisiones**, se identifican como algunos de los **factores personales**. Como circunstanciales o **situacionales**, el **estrés**, nerviosismo, los posibles **riesgos**, el conocimiento sobre la situación y los **recursos** disponibles, **motivaciones**, **críticas** o la limitación en **tiempo**, son cuestiones a considerar. Tanto unos como otros van a condicionar nuestro pensamiento. En algún caso, incluso de forma bidireccional, es decir, positiva o negativamente en función de las características personales y del momento. De esta manera, la edad se asocia con la madurez y ésta con mayor habilidad para el pensamiento crítico. Sin embargo, el paso de los años unido a las propias experiencias, pueden hacer que la persona sea rígida en sus planteamientos, sin amplitud de miras o poco dispuesta a buscar nuevas

soluciones o alternativas, impidiendo en este caso, el proceso de pensamiento crítico.

2.3. Estándares intelectuales universales

Para evitar los problemas a los que conduce el **egocentrismo** y los factores que pueden **limitar** o dificultar el proceso de pensamiento, se plantean unos **estándares** como la herramienta ideal que permite verificar la calidad del razonamiento sobre un problema o situación. El dominio de estos estándares proporcionará un pensamiento crítico efectivo:

Claridad: Explicar, o hacer las preguntas pertinentes sobre el asunto con orden y coherencia, centrándose en los aspectos relevantes de la cuestión. El pensamiento está íntimamente relacionado con el lenguaje que se emplea para expresar las ideas, por eso es importante ver cómo expresamos nuestro conocimiento para tener una referencia de lo que sabemos.

Exactitud: Un enunciado debe de ser cierto y verificable.

Precisión: Aportar detalle y especificidad a los enunciados.

Relevancia: Plantear cuestiones que afecten directamente al asunto central.

Profundidad: Abordar la cuestión en toda su complejidad atendiendo a los asuntos más importantes y significativos.

Amplitud: Ampliar el análisis a otras perspectivas teóricas, a otros puntos de vista. Ser justo en la utilización de otros puntos de vista y no sesgar hacia intereses personales.

Lógica: Las premisas de un razonamiento se combinan ordenadamente unas con otras para llegar a una conclusión válida.

2.4. Elementos del pensamiento crítico

Cualquier producto intelectual que analicemos, tanto propio como ajeno, está compuesto por unos elementos, no siempre conscientes, que hay que identificar para comprender el asunto tratado:

- **Propósito:** El objetivo del trabajo.
- **Información:** Datos, hechos, observaciones, experiencias, opiniones, en las que se basa el autor para llegar a la conclusión final.
- **Preguntas:** Principales cuestiones a las que está respondiendo el trabajo y que se formulan sobre el objeto de estudio.
- **Conceptos:** Es la representación mental de un objeto. Permite describirlo y clasificarlo. La *idea* es un acto de entendimiento que se limita al simple conocimiento de una cosa. Es una noción elemental que se tiene sobre un objeto.
- **Supuestos:** Son las ideas, creencias o conceptos que se dan por sentados.
- **Puntos de vista:** Perspectiva teórica desde la que se analiza el objeto de estudio; modo de considerarlo.
- **Inferencias/conclusiones:** *Inferir* es deducir o formarse opiniones basándose en la interpretación lógica de los datos (Alfaro 2009: 160). *Conclusión* es una proposición que se pretende probar (válida) y que se deduce de sus premisas, como define el Diccionario de la Lengua Española (DLE). El producto de una inferencia es una conclusión.
- **Implicaciones/consecuencias:** De aceptarse los planteamientos del autor cuál sería el estado de la cuestión.



Fig. 2.1: Elementos de Pensamiento Crítico (Imagen tomada de Paul y Elder, Mini-guía para el pensamiento crítico y Lectura crítica)

2.5. Pensamiento crítico en Enfermería

Las técnicas de pensamiento crítico pretenden llegar a soluciones eficaces para resolver los problemas planteados en el análisis de los datos. El proceso se basa en la emisión de juicios precisos. Alfaro (2009: 146) propone una guía que aplica las herramientas del pensamiento crítico al juicio clínico:

1. Identificar asunciones: Información que se da por verdadera y que no está basada en pruebas. Son supuestos no comprobados.
2. Valoración sistemática y global.
3. Validación de datos: Recoger más datos para verificar que la información obtenida es correcta. Verificar si la información es exacta, real y completa.
4. Distinguir lo normal de lo anormal identificando signos y síntomas.

5. Hacer inferencias: Ayuda a buscar información adicional relevante para validar la inferencia previa. Cuando los datos adicionales confirman la inferencia es porque la conclusión ha sido válida. Una buena técnica para llegar a ellas es plantear opciones alternativas que se vayan descartando hasta quedar con la definitiva. Más datos y más fuentes es más probabilidad de que el juicio sea cierto (Alfaro 2009: 160).
6. Agrupar datos clave: La metáfora del rompecabezas es un buen ejemplo de cómo al juntar las piezas, por colores, la de los bordes, etc., buscando patrones, podemos obtener una imagen más aproximada del conjunto (Alfaro 2009: 162).
7. Distinguir lo relevante de lo irrelevante.
8. Reconocer inconsistencias: Contradicciones entre los datos. Generalmente entre los subjetivos y los objetivos.
9. Identificar patrones: Datos presentes durante un periodo de tiempo y que indican un estado de salud concreto.
10. Identificar la información que falta.
11. Identificar factores de riesgo en personas sanas.
12. Diagnósticos reales y potenciales.
13. Establecer prioridades.
14. Determinar resultados centrados en el paciente.
15. Determinar intervenciones personalizadas.
16. Evaluar y corregir.

Esta secuencia de pasos se puede agrupar en las cinco fases del **proceso de enfermería**, que Potter y Perry (2014: 192) entienden como “*un modelo clínico de toma de decisiones*”.

2.6. Desarrollo de habilidades de pensamiento crítico

Aplicar el pensamiento crítico implica aprender a conectar el conocimiento y la teoría con la práctica, y esto es una tarea que requiere un cierto entrenamiento. Algunas de las herramientas más útiles son los diarios reflexivos, mapas conceptuales, lectura crítica y reuniones con colegas (Potter et al, 2014:197).

2.6.1. *Diario reflexivo*

Es un documento en el que se van recogiendo experiencias para volver a pensar sobre ellas. Esas experiencias podemos obtenerlas de situaciones que tienen para nosotros especial significación o no han sido resueltas de forma totalmente satisfactoria. Un *diario* nos permite explorar nuestras propias percepciones y sensaciones y comprender así nuestra experiencia. Mejora las habilidades de pensamiento crítico al favorecer la observación, la expresión, la definición y la conceptualización de la experiencia.

Para *elaborar el diario reflexivo* comenzamos tomando nota después de vivir una experiencia clínica significativa. Las notas han de ser eminentemente *descripciones* de hechos concretos (como contando una historia), en las que recabamos los datos sin interpretación previa. Debe ser lo más detallada posible y puede incluir esquemas o dibujos. Ha de incluir sentimientos y pensamientos que se dieron en el momento de la experiencia. La *interpretación*, análisis e inferencias es una fase posterior y diferenciada. En ella se ha de cuestionar cualquier idea preconcebida. Nunca se incluirán datos que identifiquen al paciente.

2.6.2. *Mapas conceptuales*

Son representaciones visuales de relaciones entre problemas del paciente, y de estos con sus intervenciones correspondientes. El *propósito* es sintetizar datos relevantes de un proceso complejo: valoración, diagnóstico, plan y resultados de evaluación. Mediante un mapa conceptual se aprende a organizar o conectar la información de manera que surjan patrones y conceptos significativos, favoreciendo una visión holística del paciente.

2.6.3. *Lectura crítica.*

Consiste en analizar un texto (incluso nuestro propio pensamiento en la elaboración de una producción científica) empleando los elementos del pensamiento crítico (apartado 2.4).

2.6.4. Reuniones con colegas (sesiones clínicas / sesiones de trabajo)

La puesta en común de problemas clínicos con colegas pone en juego uno de los condicionantes del pensamiento crítico: el *egocentrismo*. La confrontación de ideas con colegas pone en tensión nuestras ideas preconcebidas y puntos de vista, favoreciendo el ejercicio de analizar los problemas desde diferentes perspectivas.

2.7. Conclusión

En general, se consideran **estrategias y herramientas** para el razonamiento crítico el método, el proceso enfermero, como **método de intervención** ante situaciones susceptibles de cuidados enfermeros; la **normalización de la práctica**, a través de estándares, guías o documentos normativos que contengan el **conocimiento enfermero** aplicado a situaciones de salud o a entornos clínicos específicos; el uso de bases de conocimientos, de taxonomías que utilicen **terminología profesional**; la **deontología** y la **práctica reflexiva**.

Como dice Alfaro (2007: 89), es evidente la expansión de los roles relacionados con el **diagnóstico** y manejo de los **cuidados**. La evidencia de que las enfermeras diagnostican y manejan diversas cuestiones y problemas dependiendo de su conocimiento, experiencia y cualificaciones, exige el desarrollo de **competencias en pensamiento crítico** como el proceso cognitivo esencial para dispensar cuidados integrales, seguros y de calidad.

“La práctica de Enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona “.

(Diers, 1986: 25)

Podemos acabar este capítulo con la definición de toma de decisiones de Benner, cuando dice que es “*un **juicio** que incluye el **pensamiento** y la **acción** críticos y reflexivos y la aplicación de la **lógica científica y práctica**”*

(Potter et al, 2014:186).

El uso del **pensamiento crítico** hará que se presten **cuidados más adecuados** al fundamentarlos en decisiones más precisas.

CAPÍTULO 2: JUICIO DIAGNÓSTICO

3. VALORACIÓN

La valoración es la primera etapa del Proceso de Enfermería y se puede describir como el "proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos de fuentes para analizar el estado de salud del cliente" (Iyer et al, 1997:35). La obtención de datos es el paso fundamental para llegar a una valoración correcta de los problemas del paciente. El matemático y filósofo Blaise Pascal decía "La mayor parte de los errores de los médicos proviene de no malos raciocinios basados en hechos bien estudiados, sino de raciocinios bien establecidos basados en hechos mal observados". Es la observación cuidadosa de los hechos la que nos conduce a un conocimiento preciso, ya que como también Kant afirmaba "Busca hechos y tendrás ideas". Hechos y no suposiciones son los elementos en los que tendremos que basar nuestros juicios. Pero antes de continuar, es importante aclarar algunos conceptos que en ocasiones se confunden y pueden dar lugar a errores en el juicio diagnóstico:

Diferencias entre manifestaciones		
Manifestación	Descripción	Ejemplo
Hechos	Pueden verificarse	El paciente tiene disnea
Inferencias Deducciones	Conclusiones que se extraen de los hechos	Si el paciente tiene disnea se cansará con la actividad
Juicios	Expresión de un dictamen. Afirmar o rechazar algo	El paciente tiene intolerancia a la actividad
Opiniones Asunciones	Creencias mantenidas a lo largo del tiempo. Lo que damos por hecho	El paciente tiene disnea por ser fumador.

Fig. 3.1: Diferencia entre hechos y otro tipo de datos

Esta fase se considera decisiva dado que en ella se asienta el diagnóstico de los problemas y su tratamiento. De su precisión dependerá el correcto cuidado del paciente. Alfaro (2014: 46-7) mantiene que valoración y diagnóstico son fases interrelacionadas, y que en ellas descansan las demás fases del proceso; en consecuencia es su propósito:

- 1º) Detectar, prevenir y gestionar los problemas.
- 2º) Promover el funcionamiento óptimo, la independencia y el bienestar.
- 3º) Determinar los resultados individualizados de cada persona.

Para cumplir los objetivos de la valoración es necesario proceder con cierta sistemática, en la que hay dos pilares fundamentales:

- 1º) el método de **recogida de datos**, que denominamos *examen clínico* y
- 2º) el patrón de **organización de la información**, en nuestro caso serán los *patrones funcionales de salud*.

Como complemento de estos dos pilares hay que considerar un tercer elemento imprescindible:

- 3º) la **validación de los datos**.

Por último, un elemento común a todas las fases y que es imprescindible iniciar en la etapa de valoración:

- 4º) el **registro de los datos**.

3.1. Obtención de datos

La obtención de información exige un método sistemático para la recogida de datos que es el examen clínico. Alfaro recuerda que la recogida debe ser sistemática, precisa, completa, relevante y centrada en un propósito.

Pero antes de analizarlo es necesario detenerse en los tipos de datos que podemos manejar y que imponen distintas técnicas de obtención y análisis de la información.

Dato se define como "*información específica que se obtiene de un usuario*", y pueden ser de dos **tipos**:

- a) *Objetivos*: Se denominan **signos** y son medibles, obteniéndose mediante la objetivación a través de instrumentos de medida o la observación del profesional.
- b) *Subjetivos*: Se denominan **síntomas** y son producidos por apreciaciones del paciente y no pueden ser objetivados y por tanto medidos con escalas cuantitativas.

Además es preciso distinguir la procedencia de dicha información, que surge de dos tipos de **fuentes**:

- a) *Directas o Primarias*: cuando la información se obtiene directamente del paciente. La familia o la comunidad pueden ser fuentes primarias cuando ellas son el objeto a estudio.
- b) *Indirectas o Secundarias*: los familiares del paciente, el equipo sanitario, el expediente, bibliotecas (libros), hemerotecas (revistas, documentos, artículos) y todos los datos previamente elaborados.

3.1.1. Examen clínico

Es el método que permite la obtención de los datos y que consta de:

- 1º) **Entrevista clínica** o anamnesis: obtención de datos mediante el diálogo
- 2º) **Exploración física**: comprende la obtención de datos mediante los órganos de los sentidos
 - a. vista: inspección
 - b. tacto: palpación
 - c. oído: auscultación y percusión
- 3º) **Exploraciones complementarias** (datos de laboratorio; diagnóstico por la imagen; electrocardiografía; etc.). No es habitual que los profesionales de enfermería utilicen estas técnicas, excepto entre especialistas.

La obtención de datos al comienzo de la relación clínica con el paciente (ingreso hospitalario o cuidados domiciliarios) debe iniciarse siempre por una

valoración global de todos los aspectos relevantes clínicamente. Más adelante podremos realizar una valoración focalizada para profundizar en el conocimiento de aspectos específicos del paciente (dolor, movilidad, sueño, etc.) (Jensen, 2012).

3.1.2. Entrevista clínica

Es la recolección de todos los datos personales y familiares del paciente, relacionados con la salud, que se realiza a través de un diálogo. En ella ocupan un lugar destacado los datos subjetivos: los *síntomas*. Se habla también de **anamnesis** (del griego *ana*, hacia arriba, hacia atrás, otra vez, y *mnesis*, memoria, recuerdo) puesto que es una recopilación de todos los datos anteriores al acto clínico. Supone el primer paso en la valoración y en ocasiones la primera vez que se ve al paciente. Por tanto, es el momento de plantear los primeros criterios en los que se va a basar la futura relación enfermera-paciente. La entrevista cumple cuatro propósitos en el contexto del Proceso de Enfermería:

- 1) Permite a la enfermera adquirir información específica, necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- 2) Facilita la relación enfermera-paciente creando una oportunidad de diálogo.
- 3) Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos.
- 4) Ayuda a la enfermera a determinar áreas de investigación específica durante los otros componentes del proceso de valoración.

En conclusión, es imprescindible considerar que la entrevista añade a una función **exploratoria**, la **relacional** y otra **comunicativa**. Por eso al realizar una entrevista es imprescindible atender a tres factores:

a) Factores ambientales

Es necesario iniciar la entrevista considerando la **comodidad** del paciente, bien en la cama o facilitando una silla cómoda frente a la enfermera. Evitar el estar de pie (superioridad, desinterés o precipitación). Procurar una buena temperatura e iluminación.

Buscar el **momento adecuado** en el que el paciente se encuentre cómodo, evitando los momentos de mucha actividad clínica, comidas y periodos de descanso, o bien episodios de dolor, ansiedad, etc.

Otro factor importante es garantizar la **intimidad** para que el paciente pueda facilitar información completa y recibir la ayuda precisa; siendo imprescindible evitar las interrupciones.

b) Comunicación

Se define como “*el intercambio de ideas y de información*”. El objetivo de toda comunicación es que el receptor entienda el mensaje del emisor en la intención de éste. Ello requiere un **mensaje preciso**, para lo que se dará simplemente la información necesaria que no sature al paciente, completándola en otro momento si es necesario.

El otro requisito es que el mensaje sea **comprensible**, para lo que hay que asegurarse de las capacidades del paciente para la recepción y comprensión del mensaje, siendo necesario utilizar un *lenguaje adecuado* para el interlocutor.

c) Técnicas de entrevista

Las técnicas más utilizadas por la enfermera son las **verbales**. Se debe comenzar con *preguntas abiertas* que permiten a la persona hablar de su problema principal informando de todas sus percepciones y valoraciones. Se progresa por los distintos apartados con preguntas generales y se va concretando conforme se precisa focalizar la información con *preguntas cerradas*.

Se deben **evitar los juicios** que conducen a suposiciones erróneas y las **preguntas que condicionan** la respuesta: ¿Comerá sin sal?, ¿no tomará grasas, con el sobrepeso que tiene?, ¿se ducha todos los días, verdad?

Respetar los **silencios** permitirá dar confianza y tiempo al paciente para que elabore el mensaje que quiere transmitir.

Las **técnicas no verbales** a menudo transmiten un mensaje más eficaz que la palabra hablada. Los componentes no verbales son la *expresión facial*, la *posición corporal*, el *tacto*, la *voz*, el *silencio* y la forma activa de *escuchar*.

El mensaje no verbal tiende a aceptarse con más facilidad. Y así, mientras las palabras van en un sentido, la expresión puede transmitir desinterés, sentimiento de superioridad, desagrado, prisa, desconfianza, etc.

Fases de la entrevista

La entrevista clásica incluye las fases de filiación, motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual y una recapitulación final. Pero el esquema más utilizado en enfermería es (Tejada, Ruiz, 2008):

a) Inicio

Es la fase de presentación, para lo cual es importante dirigirse al paciente transmitiendo cercanía e interés pero sin resultar paternalista ni utilizar términos que puedan causar rechazo en el paciente (uso de términos coloquiales y familiares que imponen el sesgo ideológico del entrevistador sin considerar previamente el del paciente).

Se inicia con el saludo y presentación, informando de la actividad que se va a desarrollar y de sus objetivos (diagnósticos y terapéuticos), solicitando a continuación su permiso por si él considera este momento inadecuado por alguna razón (dolor, ansiedad, visita muy esperada, etc.).

Se le hace al paciente un breve resumen de la información de la que se dispone sobre él. Esto permite transmitir confianza en el paciente y comenzar a abordar los temas principales de la entrevista.

Si no se dispone de información previa se suelen formular tres preguntas clásicas: *¿Cuál es su molestia?*, *¿Desde cuándo le ocurre?*, *¿A qué lo atribuye?*

Esto permite centrarse en el problema que el paciente considera más importante y situarlo en un contexto temporal y clínico.

b) Cuerpo

Plantear los temas siguiendo un **orden**. Los patrones funcionales de salud de M. Gordon proporcionan una base ideal para la obtención de información pertinente. Se plantean **preguntas abiertas** para que el paciente pueda ir progresando en un discurso fluido por sus problemas de salud.

Si es necesario *reconducir temas*, que si son candentes para el paciente pero pueden desviarnos del interés central de la entrevista, una técnica adecuada es reformular problemas que él ha planteado pidiendo que nos aclare dudas: “no sé si lo he entendido bien...”, “¿se refiere a...?”, “¿lo que quiere decir es...?”, “ahora me gustaría que me contase...”.

Una regla mnemotécnica útil para hacer un análisis completo de los problemas del paciente es la representada por las letras *PQRST*:

P: *Provocación/paliación*. ¿Qué lo causa? ¿Qué lo mejora? ¿Qué lo empeora? ¿Con qué intensidad se presenta?

Q: ¿Qué carácter e intensidad tiene? ¿Cómo se siente, ve o suena?

R: *Región e irradiación*. ¿Dónde está? ¿Hacia dónde se extiende?

S: *Seriedad (gravedad)*. ¿Entorpece las actividades? En una escala de gravedad del 1 al 10 ¿Qué calificación tendría?

T: Temporalidad. ¿Cuándo empezó? ¿Con qué frecuencia se presenta?
¿Es repentino o gradual?

Es importantísimo ir tomando **notas**, sin perder mucho tiempo el contacto visual con el paciente, sobre sus comentarios sin hacer juicios de valor y entrecomillando las expresiones del paciente si consideramos que son pertinentes. El **registro** es más cómodo si se realiza sobre un formato estandarizado que nos asegura el recoger información completa.

c) Cierre

Se resumen los datos más significativos y se plantean las primeras pautas de la planificación. Se realiza una pregunta abierta y muy general del tipo: ¿Considera que debo saber algo más y que no le he preguntado?, que permite abordar temas olvidados o espinosos, que han podido no ser formulados, por pudor, y que el paciente cree preciso tratar.

Se debe concluir de forma positiva y dejando la puerta abierta a próximas citas si ha quedado algo pendiente y la charla se alarga en exceso, o problemas que el paciente recuerde más adelante y quiera tratar.

3.1.3. Exploración física

a) Inspección

La inspección es el examen que se le efectúa al paciente por medio de la vista. Para ello se requiere una buena luz, ambiente tranquilo y confortable. El enfermo se colocará en posición correcta y relajada. Es importante una atención concentrada, evitando gestos que indiquen un hallazgo desfavorable o búsqueda infructuosa.

La inspección se inicia con una visualización general (inspección general) que es una primera ojeada "a distancia", ya que una inspección minuciosa de primeras, puede ocultar rasgos de interés general. La observación se puede realizar con la siguiente pauta (Bickley, 2011: 114-17):

- Talla, peso y constitución física.

- Estado aparente de salud: paciente postrado, débil, frágil, etc.
- Grado de conciencia.
- Expresión facial.
- Signos de sufrimiento (muecas de dolor, posturas antiálgicas, respiración dificultosa, etc.).
- Piel y lesiones evidentes.
- Higiene personal e indumentaria; olor corporal y aliento: estos datos pueden informar sobre la situación mental y estado emocional del paciente.
- Postura, actividad motora, marcha.

Por último se realiza una inspección local por regiones topográficas donde se estudian más en detalle hallazgos anteriores o lesiones que el paciente nos refiere.

b) Palpación

Es el método de exploración que se vale del sentido del tacto; se realiza mediante la aplicación de una o ambas manos sobre la superficie del cuerpo. Permite el examen de estructuras normales o patológicas que se encuentran debajo de la piel o de cavidades de pared flexible, como el abdomen y escroto. La palpación de una cavidad natural mediante uno o varios dedos se denomina *tacto* que puede ser simple si se limita a una cavidad (faringe, vagina o recto); doble cuando alcanza dos cavidades (vagina y recto), y combinada cuando se colocan los dedos en una cavidad (vagina) y con la otra mano se presiona por encima de la sínfisis del pubis para alcanzar a aquellos.

La palpación ha de seguir y completar a la inspección, nunca sustituirla. Para proceder a ella se han de colocar las manos sobre la piel del individuo como si fuéramos a acariciarle, con las manos tibias y las uñas cortadas. El frío embota la sensibilidad táctil y contrae la superficie cutánea del paciente. Las manos se calientan frotando una sobre otra y se comprueba que la temperatura sea la correcta colocando los dedos sobre el cuello del profesional. La colocación será

aquella que permita abordar más cómodamente el órgano a explorar. Se procurará la máxima relajación posible del paciente; éste se colocará en decúbito supino, en la mayoría de las situaciones, evitando cruzar los miembros inferiores u otras posturas que provoquen contracción de las paredes sobre las que se explora. Se inicia con una palpación suave, en la que se deprimen los tejidos hasta 1 cm, evitando comprimir y molestar al paciente. Se dejará el punto doloroso para explorarlo al final. Se continúa con una palpación profunda con la que comprimimos los tejidos en torno a 4 cm (Seidel, 2003: 56).

- I. *Palpación unimanual*: Es útil para explorar la región precordial, las paredes torácicas, la tensión del vientre y algunos órganos abdominales (hígado, bazo, colon), lugares donde existe un plano posterior de apoyo. Para realizar la maniobra palpatoria, la mano activa deprime los tegumentos progresiva y permanentemente, aprovechando la excursión respiratoria para aumentar la presión. En cambio cuando se explora la movilidad de las vísceras, la mano permanece quieta esperando advertir el desplazamiento de los tejidos (mano de acecho).
- II. *Palpación bimanual*: La palpación puede realizarse mediante dos manos activas; esto ocurre, por ejemplo, cuando se explora el tórax colocando las dos manos, una en la pared anterior y otra en la pared posterior "amplexación", para valorar la forma del tórax y sus alteraciones y la excursión respiratoria. También se puede utilizar una mano activa y otra pasiva cuando se persigue ayudar o favorecer la penetración de la mano activa, relajar la pared que se explora, o crear un apoyo resistente.

c) Percusión

Consiste en la audición, a cierta distancia, de los sonidos provocados al golpear un lugar de la superficie corporal. Este método fue descubierto por Auenbrugger (1761), hijo de un bodeguero, que comenzó a imitar la técnica que éstos utilizaban para medir el nivel de los toneles, golpear el barril con la mano o un martillo. Se aplica en órganos que contienen aire, ya que es ahí donde las vibraciones que se producen al percutir, se hacen audibles. Por ello la percusión es útil al explorar el tórax y abdomen.

La percusión se puede realizar golpeando con los dedos directamente sobre la superficie corporal (inmediata o directa), o la mediata o indirecta, que consiste en interponer entre el dedo que golpea o dedo percutor y la superficie del cuerpo, un dedo de la otra mano (dedo plesímetro). Esta última es la más utilizada, casi exclusivamente.

Para realizar correctamente la percusión se apoya el dedo plesímetro con cierta firmeza sobre la superficie de la zona a explorar, adaptándolo a las desigualdades de la superficie para eliminar la interposición de aire entre él y la piel. La colocación más habitual para el dedo plesímetro es aplicar sólo el extremo de la falange terminal del dedo plesímetro y los restantes levantados y separados de la piel a fin de no amortiguar las vibraciones. El golpe con el dedo percutor se realiza con la punta del dedo y no con la yema, asegurando tener bien cortadas las uñas. La dirección será perpendicular al plesímetro, lo que se consigue flexionándolo de forma que la falange terminal haga un ángulo recto con el metacarpiano; el movimiento de la mano se articula sobre la muñeca, evitando que se mueva el antebrazo. Los golpes se darán suavemente, siendo un golpe seco y retirando rápidamente la mano. Se debe percutir a golpes breves, espaciados, no más de dos o tres y siempre sobre el mismo dedo y con la misma intensidad.

El puño también se utiliza (Seidel, 2003: 58). La percusión profunda o puñopercusión se emplea para descubrir hiperestésias en hígado, vesícula biliar o riñones. En esta técnica se emplea la cara cubital del puño para asestar un golpe firme.

Tipos de sonido: La intensidad de los tonos viene determinada por la densidad de los tejidos, de manera que cuanto más denso es el medio más leves son los tonos.

- I. *Mate:* Se obtiene al percutir sobre órganos sin aire. Normalmente se encuentra en el corazón, hígado, bazo y riñones, pudiendo reproducirse igualmente al percutir en un músculo.

- II. *Timpánico*: Es un sonido parecido al de un tambor bien afinado; es propio de los órganos con aire como ocurre con estómago e intestino.
- III. *Claro o resonante pulmonar*: Se obtiene por la percusión del pulmón y es el resultado de hacer vibrar el aire entre zonas tensas de parénquima. Es un sonido intermedio entre el mate y el timpánico. Se puede reproducir por percusión de un pan tierno.

d) Auscultación

Consiste en aplicar el sentido del oído para recoger todos aquellos sonidos o ruidos que se producen en los órganos. Aunque Hipócrates ya describió algunos sonidos audibles, se atribuye a Laennec (1781-1826) el descubrimiento de esta técnica, junto a la utilización del estetoscopio.

La técnica más utilizada hoy en día es mediante el fonendoscopio biauricular que permite concretar localizaciones exactas y focalizar el sonido de estructuras concretas. El uso principal es la auscultación cardiaca y respiratoria, aunque también es frecuente la auscultación de los ruidos provocados por los movimientos peristálticos del intestino.

3.1.4. Validación de datos

La validación consiste en el acto de *verificar los datos* obtenidos (Berman et al, 2012: 194-5). Las tareas que implica la validación son:

- 1º. Garantizar que la información es *completa*.
- 2º. Garantizar que los datos objetivos y subjetivos son *coherentes* entre sí.
- 3º. Obtener *información adicional*. Es más seguro sustentar los juicios en más de un dato clave.
- 4º. Diferenciar entre un *dato* y una *inferencia* (interpretaciones o conclusiones basadas en los datos).
- 5º. Evitar conclusiones precipitadas.

En conclusión, la validación debe garantizar que los datos que se obtienen y se dan por válidos son completos y objetivos y no consisten en suposiciones y

conclusiones fallidas basadas en datos parciales. Para lo que es de gran ayuda las técnicas de pensamiento crítico.

3.2. Organización de los datos: patrones funcionales de salud

Quizás la clave del juicio enfermero esté en la forma de organizar los datos. Organizar implica agrupar información según ciertas categorías específicas que nos permitan buscar patrones de normalidad o anormalidad. Y esto tiene que ver con la disciplina enfermera, con los modelos de enfermería; porque las categorías clasificatorias son reflejo de la forma en la que pensamos como enfermeros (ver módulo 1).

Tradicionalmente en ciencias de la salud se ha organizado la información según un esquema que tiene a los órganos o sistemas morfofuncionales como categorías clasificatorias. Esta clasificación permite explicar los síntomas del paciente como alteraciones de esas estructuras orgánicas. Pero hay otras forma de clasificar, como el caso de la medicina hipocrática, que tenía a los humores como categorías clasificatorias y la enfermedad era explicada como su desequilibrio.

Con el desarrollo de la disciplina enfermera se ha propugnado una interpretación diferente a la biomédica como explicación de la naturaleza del padecimiento humano susceptible de ser tratado por enfermeras. Estos planteamientos se han concretado en **modelos teóricos** que proponen maneras específicas de valorar e interpretar las manifestaciones del paciente y también las formas de tratamiento de sus alteraciones. Los modelos teóricos suelen establecer un **modelo de valoración** específico con el que organizar los datos y analizar la situación clínica del paciente desde su perspectiva teórica. Virginia Henderson proporcionó una de las perspectivas teóricas más interesantes e influyentes para entender la función propia de la Enfermería:

La función propia de la Enfermería es atender al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud o a su recuperación (o a evitar padecimientos a la hora de la muerte), actividades que él

realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de tal manera que ayude al enfermo a independizarse a la mayor brevedad posible. (CIE, 1961:6)

Valorar en base a este sistema teórico es más que agrupar los datos obtenidos en unas categorías peculiares que nos diferencian de los médicos. Implica que un ser humano es *independiente* para cubrir éstas necesidades y busca y desea esta independencia, y cuando una necesidad no es satisfecha, debido a una **fuerza de dificultad** (falta de fuerza, voluntad o conocimiento), el individuo no está completo o no es independiente, y surge así un estado de **dependencia** que justifica la intervención de Enfermería (Fdez. Ferrín, 1997:173).

Henderson define a la *persona* como un todo complejo compuesto de **14 necesidades fundamentales**, y esta relación se ha utilizado como modelo de valoración. Pero este sistema de organización no ha tenido la implantación que cabría esperar de su influencia teórica. El esquema de valoración que está en plena actualidad es el de los **patrones funcionales de salud (PFS)** que desarrolló Marjory Gordon.

Antes de abordar el estudio de los PFS es preciso aclarar dos conceptos fáciles de confundir pero que son esenciales para el buen progreso del juicio clínico enfermero: modelo teórico y de valoración. Un **modelo teórico** puede ser definido como lo hace el DLE “*un esquema conceptual de un sistema o realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento*”. Un **modelo de valoración** no es otra cosa que un esquema o patrón de organización de datos. El ideal es que vayan juntos y que el profesional analice la naturaleza de los problemas del paciente bajo una perspectiva teórica enfermera. Pero es muy frecuente que no sea así, y que un profesional valore, por ejemplo, el tono muscular pensando en los órganos afectados (perspectiva biomédica). Por mucho que luego acuda a un documento organizado según las necesidades de Henderson, el anotar la hipotonía detectada en la necesidad 4, Movimiento, no convierte a este

profesional en seguidor de la Teoría de las Necesidades Humanas Fundamentales, porque falta la estructura general del análisis de los datos.

3.2.1. Valoración de Enfermería: patrones funcionales de salud

Marjory Gordon describió los patrones funcionales de salud (PFS) por primera vez a mediados de los años setenta para enseñar la valoración y los diagnósticos enfermero en la Escuela de Enfermería de Boston, y los definió como

"una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo" (Gordon, 1996: 75)

Los patrones funcionales de salud son **once** y describen todas las áreas que comprende el ser humano (Tabla 3.1). Son la expresión de la integridad biopsicosocialespiritual de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua.

TABLA 3.1: PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
1. Percepción-Manejo de la salud	Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud
2. Nutricional-Metabólico	Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes
3. Eliminación	Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-Ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio
5. Sueño-Descanso	Sueño, descanso y relajación
6. Cognitivo-Perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición
7. Autopercepción-Autoconcepto	

Autoconcepto del cliente y la percepción del estado de ánimo. Incluye la percepción que tiene de sí mismo y sus actitudes hacia él
8. Rol-Relaciones
Compromiso del rol y relaciones
9. Sexualidad-Reproducción
Satisfacción sexual y patrón reproductivo
10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés
Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés.
11. Valores-Creencias
Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona

Los datos utilizados para los juicios clínicos son más las secuencias de comportamiento, que los hechos aislados. El *juicio* sobre un *patrón funcional* se realiza comparando los datos de la valoración con (Gordon, 2003: 5):

- 1º) los datos de referencia (normalidad) del **individuo**,
- 2º) las normas estadísticas para su **grupo de edad**, o
- 3º) las **normas culturales**, sociales u otras.

De esa forma **un patrón** no se ve, **se construye** a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera, por lo que resulta imprescindible:

- 1º) no recoger datos superfluos que puedan conducir a errores;
- 2º) al no ser observables su construcción se basa en operaciones cognitivas que se apoyarán en datos, siempre abiertos a cambios, y
- 3º) los patrones siempre deben ser validados.

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud

Describe la percepción que el paciente tiene de su salud y bienestar, la relevancia que para él tiene su estado actual, y la forma de manejarlo. Incluye, por tanto, los comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de la salud, adherencia a prácticas preventivas, a las prescripciones médicas o enfermeras y al seguimiento de los cuidados, así como riesgos para la salud.

Cuestiones clave:

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera “sano”, “enfermo”?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Es portador de vías, sondas, drenajes, etc.?

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes. Incluye los patrones de consumo de alimentos y líquidos: horario de comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales. Incluye las referencias al estado de la piel,

mucosas, pelo, uñas, membranas y dientes. También cualquier lesión de la piel y la capacidad de cicatrización, medición de la temperatura, el peso y la talla corporal.

Cuestiones clave:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingesta/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas?
- ¿Qué temperatura corporal tiene?

Patrón 3: Eliminación

Describe los patrones de función excretora (intestinal, vejiga y piel) de los individuos, con datos sobre la regularidad y el control de dichas funciones. Incluye la regulación percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. El examen debe incluir investigación sobre la presencia de dispositivos (bolsas de ostomías) presencia de olores, y si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario.

Cuestiones clave:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Comprende el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de la actividad diaria. También están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico. El énfasis está en la actividad de mayor importancia para el paciente. La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede asimismo ayudar a compensar dichas pérdidas. El objetivo es determinar el patrón de actividades del paciente que requieren gasto de energía. Se obtienen las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el paciente y las razones percibidas por el paciente de algún problema presente, las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, y los efectos percibidos de dichas acciones.

Explora el nivel funcional, la movilidad, la respiración y la función cardiovascular (pulso y tensión arterial).

Cuestiones clave:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?

- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, uso del inodoro, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Es portador de escayolas?
- ¿Cuál es el nivel funcional para las actividades de la vida diaria:

Nivel 0: completo autocuidado

Nivel 1: Necesita el uso de un equipo o dispositivo

Nivel 2: Necesita ayuda o supervisión de otra persona

Nivel 3: Necesita ayuda de otra persona y equipo o dispositivo

Nivel 4: Es dependiente y no colabora

Patrón 5: Descanso-Sueño

Incluye los patrones de sueño y los períodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día. Se interesa por la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como los medicamentos o la rutina empleada a la hora de acostarse. El objetivo de la valoración del patrón de sueño y descanso es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del cliente. Si se perciben problemas por parte del paciente u otros, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.

Cuestiones clave:

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?

- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual

Se centra en las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones. El objetivo es describir la adecuación de su lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas. Durante la historia se obtienen las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las compensaciones para los déficits y la efectividad de los esfuerzos para compensarlas. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata éste también se incluye cuando proceda.

Cuestiones clave:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿Cómo lo combate?

Patrón 7: Auto percepción-Autoconcepto

Describe el patrón las percepciones y del concepto de uno mismo. Incluye las actitudes¹ acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (físicas, cognitivas o afectivas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón

¹ Por *actitud* entendemos los sentimientos positivos o negativos hacia alguna persona, objeto o problema que implica una predisposición a comportarnos de una manera determinada según las creencias y las emociones relacionadas con ellas

emocional general. Está incluido el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual y patrones de voz y conversación.

Las personas tienen percepciones y conceptos de sí mismos, como la imagen corporal, social, autocompetencia y estados de humor subjetivos. Las evaluaciones negativas del propio ser producen malestar personal y pueden influir en otros patrones funcionales. Cambios, pérdidas y amenazas pueden influir negativamente en el autoconcepto.

El objetivo de este patrón es valorar las creencias y evaluaciones relativas a la autovalía y estados del ánimo. También se evalúan los problemas descritos por el paciente, las razones que da del problema, las acciones llevadas a cabo para resolverlo y sus consecuencias.

Cuestiones clave:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

Patrón 8: Rol-Relaciones

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del paciente. Están incluidos la satisfacción o no en las relaciones familiares, laborales o sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

El objetivo es describir el patrón del paciente en los roles familiares y sociales; las percepciones del paciente, y los problemas que percibe así como las acciones llevadas a cabo y sus efectos.

Cuestiones clave:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios?
¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo. Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o menopausia y los problemas percibidos.

La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. De la misma forma que en otros patrones funcionales, las normas culturales regulan su expresión. En las sociedades occidentales esas normas están continuamente cambiando.

El objetivo de la valoración en el patrón de sexualidad-reproducción es describir la percepción de problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones.

Cuestiones clave:

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

Patrón 10: Afrontamiento-Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

Un estresante se considera a un suceso que amenaza o cambia la integridad del ser humano. Produce una respuesta psicofisiológica que puede conducir al crecimiento y posterior desarrollo o a la desorganización manifestada como ansiedad, miedo, depresión y otros cambios negativos en la autopercepción o en los roles y las relaciones. Para saber si una situación es estresante para una persona, familia o comunidad, se debe averiguar cuál es la percepción o la definición de la situación. Los desastres comunitarios, la pérdida de un miembro de la familia, la enfermedad y la hospitalización generalmente se viven como amenazas a la integridad o al patrón habitual de actividades de la vida, por tanto son estresantes.

El patrón de adaptación de un individuo es la forma de responder a los acontecimientos vividos como amenazantes. El patrón más efectivo será aquel en el que la persona pueda ejercer mayor control sobre la amenaza a la integridad.

El patrón de tolerancia al estrés describe el nivel de estrés que la persona trata de forma efectiva. Está relacionado con la cantidad de estrés experimentado previamente y la efectividad de los patrones de adaptación. Este patrón

predice, hasta cierto punto, el potencial de adaptación efectiva; sin embargo, las personas pueden movilizar recursos y soportar niveles de estrés que sobrepasan su experiencia previa.

El objetivo de la valoración de este patrón es describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del paciente.

Cuestiones clave:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene a alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza?
- ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

Patrón 11: Valores-Creencias

Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían la elección o las decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

Todo individuo dispone de unos valores y creencias que modulan lo que considera significativo y correcto. Cuando hay variadas alternativas los valores y las creencias ayudan a tomar decisiones. El patrón de creencias describe lo que el individuo considera cierto sobre la base de la fe o las convicciones. El patrón de valores morales describe la importancia o el valor de acuerdo a las metas, acciones, personas, objetos y otros fenómenos. Estos valores pueden influir en las decisiones sobre la salud acerca de las prácticas, tratamientos, prioridades de salud, la vida o la muerte.

El objetivo de la valoración del patrón de valores y creencias es entender la base de las acciones relativas a la salud. Esta comprensión aumenta la sensibilidad hacia los conflictos de valores y creencias que pueden darse si una acción preventiva no se lleva a cabo.

Cuestiones clave:

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

Como conclusión del apartado se desarrollará un ejemplo práctico en la tabla 3.2:

Tabla 3.2 Valoración con patrones funcionales de salud ²
Mujer de 68 años ingresada desde hace una semana inmóvil en la cama por ACV, con una actividad cama sillón. Se queja de dolor, localizando el foco en región sacra y que se reduce al reducir la presión con los cambios posturales. Se observan varias zonas eritematosas en puntos de apoyo: occipucio, región escapular, región sacra y talones. Durante la higiene matutina, a los 10 minutos, recuperan el color normal de la piel todos los eritemas, excepto en el sacro
Patrón 2. Nutrición-Metabolismo
Eritema en puntos de apoyo (occipucio, región escapular, región sacra y talones). En región sacra el eritema permanece tras ceder la presión
Patrón 4. Actividad-Ejercicio
Actividad diaria cama-sillón desde el ingreso
Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo

² El caso práctico es un ejemplo que utiliza un escaso número de datos para poder ilustrar todas las fases del proceso cognitivo que lleva al juicio diagnóstico (valoración y diagnóstico) y el juicio terapéutico (planificación). El registro de la historia clínica podría ser más breve, limitándose a la valoración, formulación de diagnósticos, objetivos y actividades.

Dolor en la región sacra que cede al aliviar la presión en la zona con los cambios posturales

3.2.2. Patrones funcionales de salud: Salud y disfuncionalidad

Así entendidos los patrones, son la expresión de la integridad psicosocial de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua. Es muy común cometer el error de entender los patrones como compartimentos estanco donde solo tiene cabida un tipo de datos y solo ese: ¿dónde se pone la dieta del paciente? Y como pasa con muchos datos la respuesta es *depende*. Depende del patrón que estemos construyendo (es una construcción y no solo un conjunto de datos). Si hablamos de la dieta como elemento nutricional, su preparación, composición, cantidad, horarios, en definitiva, todo lo que compone la alimentación del paciente que contribuye a un metabolismo ordenado, entonces esa información se incluye en el patrón 2. Pero si queremos saber si el paciente se interpreta a sí mismo como un enfermo y sigue las prescripciones médicas y de enfermería en materia de dietoterapia, estamos hablando del patrón 1, puesto que estamos formándonos una idea de la percepción que tiene de su situación clínica y cómo la maneja.

Para tener una idea más precisa de lo que es un patrón funcional es útil conocer el concepto de **salud** de Gordon (1996: 78): *“el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familias o comunidades desarrollar su potencial al completo”*. La salud la mide en parámetros y normas (estadísticas, culturales, etc.) combinada con la descripción subjetiva del cliente. La salud ideal está en consonancia con el potencial individual y permite que la intervención sea individualizada.

Gordon (1996: 111) también describió el **patrón disfuncional** como

“un problema real que describe una serie de comportamientos que no están de acuerdo con las normas o la salud de un cliente, la situación basal personal; lo que comporta una influencia negativa sobre el funcionamiento global”.

Cuando Alfaro (2014:47) habla de la *superposición* de las dos primeras fases del proceso, valoración y diagnóstico, se está refiriendo a una actividad cognitiva que es necesario potenciar y que supone que conforme vamos valorando al paciente van surgiendo ideas de diagnósticos (*prediagnósticos*), producto de inferencias precoces que vamos realizando a partir de datos preliminares. Estos datos es preciso validarlos, en primer lugar, y obtener información adicional que confirme o rechace las primeras sospechas diagnósticas.

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La gran cantidad de datos que pueden obtenerse de un paciente haría inviable el manejo eficiente de los mismos, si no fuéramos capaces de transformarlo en conceptos. La **conceptualización** es un mecanismo eficaz para agrupar un conjunto de datos en una imagen, o concepto, más manejable mentalmente y que al recurrir a él podamos evocar el conjunto de datos que implica. La necesidad de interpretar datos deriva del hecho de que la memoria a corto plazo tan sólo retiene 7 más menos 2 bits de datos. De ese modo convertimos continuamente los datos en interpretaciones (Newel y Simmons, 1972; citado por Lunney, 2011). Este proceso de conceptualización es lo que implica el diagnóstico.

Según Laín Entralgo (1982:3-9) el primer concepto diagnóstico surge cuando los sanadores precisaron de una palabra técnica para designar *“la pesquisa y el logro de un conocimiento más o menos cierto de la enfermedad que habían de atender”*. Los médicos hipocráticos utilizan este término para diferenciar un incipiente conocimiento científico de la enfermedad y distanciarlo de las explicaciones mágico-religiosas que se empleaban hasta ese momento. Tres son las cuestiones cardinales que, a juicio de Laín (1982:269), se articulan en la epistemología de cualquier **disciplina científica**:

- 1º. *Qué zona de la realidad conoce* la disciplina en cuestión
- 2º. *Cómo* la conoce
- 3º. *Qué es para tal disciplina conocer científicamente* la realidad

A lo largo de la historia de la medicina se han dado múltiples respuestas a esas cuestiones y así se pasó por la teoría humoral, las explicaciones de los anatomoclínicos, los fisiopatólogos, los etiopatólogos, hasta llegar a la solución actual que reconocemos como la consolidación de todas esas teorías en el modelo biomédico.

Alfaro (2014: 91) coincide con Laín en el concepto de diagnóstico y dice que *“el propósito del diagnóstico es aclarar la naturaleza exacta de los problemas y riesgos que se deben tratar para lograr los resultados generales esperados de*

los cuidados”. No es la única en opinar de esa forma y hay algunas frases que expresan claramente esta opinión dentro de la Enfermería:

“Si algo no puede ser nombrado, no puede ser tampoco financiado, explicado, investigado o encuadrado en el marco de las políticas de sanidad pública” (Clark y Lang, 1992).

“Para que la ciencia de una disciplina práctica progrese, deben identificarse, definirse y validarse empíricamente los conceptos que describen las materias objeto de la especialidad” Maas, Hardy y Craft (Carpenito, 1995)

Como queda expresado en el módulo 1 de este texto, el diagnóstico, y por extensión la metodología enfermera, tiene una doble misión: un **clínica (profesional)**, para identificar los problemas que ha de tratar el profesional de enfermería, y otra **epistemológica (disciplinar)**, con la que identificar el objeto de estudio específico de la Enfermería. Esta doble misión justifica la necesidad de entender al diagnóstico de enfermería como un elemento clave en el desarrollo conceptual de la disciplina y por ello es tan importante que la visión con la que se analicen estos problemas, tanto en la clínica como en el análisis conceptual, esté inspirado en una *perspectiva teórica enfermera*.

4.1 Concepto y evolución del diagnóstico enfermero

Etimológicamente *diagnóstico* procede del griego *diagignoskein* que significa ‘distinguir’. A su vez esta palabra proviene de *dia* que significa ‘a través de’, ‘por’ y de *gignoskein* que quiere decir ‘conocer’ (Kozier, 1993: 207; Lain, 1982:11). El DLE admite en el concepto de **diagnosis** una acepción para la Biología que se define como *“Descripción característica y diferencial abreviada de una especie, género, etc.”* También para el término **diagnosticar** admite la acepción de *“Recoger o analizar datos para evaluar problemas de naturaleza diversa”*. Por tanto, el diagnóstico no se vincula exclusivamente a la actividad técnica de la Medicina, sino que cualquiera que haga una *afirmación o conclusión acerca de la causa o esencia de un estado, situación o problema,*

está haciendo un diagnóstico. Si partimos de este concepto se puede concluir que la definición del término diagnóstico incluye actividades que no son exclusivas de un grupo o profesión. Cada una, dentro de su campo, hace diagnósticos sobre la naturaleza o causa de fenómenos propios de su competencia.

Vera Fry, en 1953, fue la primera enfermera en mencionar el diagnóstico como un paso más en el proceso enfermero. Pero un hecho refleja el estado en el que todavía estaba la Enfermería estadounidense en los primeros años de la década de los 70. Dos enfermeras fueron invitadas a participar con un grupo de trabajo, en un proyecto que pretendía demostrar las ventajas del trabajo en equipo en el cuidado de los enfermos. Para ello había que cubrir dos objetivos (Luis, 1993):

- 1º. Los datos obtenidos de los pacientes tenían que ser codificados informáticamente.
- 2º. Los miembros de cada disciplina tenían que proporcionar cuidados que no fueran brindados por otros miembros del equipo.

Las enfermeras no pudieron cubrir ninguno de los dos objetivos y acudieron a *Kristine Gebbie* y *Mary Ann Lavin*, profesoras de la Escuela de Enfermería de Louis, Missouri, USA, que convocaron a un grupo de enfermeras para analizar la problemática de los diagnósticos enfermeros y crearon el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, compuesto por enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos y Canadá y representando a todas las áreas de la profesión: asistencia, docencia e investigación. En 1973 este grupo organizó la *Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería*. En su Quinta Conferencia, en 1982, se transformó en una organización más formal y se crea la *Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería* (**NANDA**, del inglés North American Nursing Diagnosis Association). La necesidad de delimitar el campo de actuación y describir los fenómenos propios de la disciplina, no solo ha impulsado la creación de la clasificación de los diagnósticos, sino que se han desarrollados clasificaciones de los resultados y

las intervenciones de enfermería, completando así el espectro competencial profesional y favoreciendo la comunicación, la transmisión sistemática de información e identificando vacíos de conocimiento de la disciplina enfermera (Luis et al, 2005:17-9).

La NANDA definió el **diagnóstico enfermero** en 1990, con posterior modificación en 2009 y 2013, como (Herdman y Kamitsuru, 2015: 464):

"un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia o comunidad. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad".

De esta definición podemos concluir que asienta el concepto diagnóstico en tres requisitos del mismo:

- Es el resultado de una **valoración de enfermería** y por tanto una función propia.
- Las enfermeras tienen **capacidad formativa y legal** para emitir juicios diagnósticos.
- Describe una respuesta humana a un problema de salud cuya **resolución completa** se consigue mediante intervenciones de enfermería.

En 1983 la ANA y la NANDA crean un grupo para alcanzar un consenso en la descripción de la práctica de la Enfermería. Presentan a la OMS y al CIE (Consejo Internacional de Enfermería) la Taxonomía I NANDA denominándola "Condiciones que necesitan cuidados de Enfermería", y proponen su inclusión en la 10ª revisión del CIE (ICD). La OMS lo rechaza al no poder incluir en una clasificación de enfermedades aquello que no lo es, pero propone su inclusión en otra familia de clasificaciones (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios) (Ugalde, Rigol, 1995:4-5).

El Consejo Internacional de Enfermería comienza en 1989 a desarrollar una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE); una clasificación que proporcione una terminología propia estructurada y definida; un marco en el que los vocabularios y clasificaciones existentes puedan cruzarse para comparar los datos de enfermería. Esta clasificación avanza un paso más al de la NANDA al incluir para cada fenómeno, (diagnóstico de enfermería) unas acciones de enfermería pertinentes (intervenciones) y unos resultados esperados. Los objetivos que el CIE fijó para la clasificación en 1991 son:

- Establecer un *lenguaje común* que describa la práctica de enfermería con el fin de mejorar la comunicación entre las enfermeras y entre las enfermeras y los demás.
- *Describir los cuidados* que la enfermería dispensa a la población (personas, familias y comunidades) en diversos contextos, institucionales y no institucionales.
- Permitir la *comparación de los datos* de enfermería entre distintas poblaciones y contextos clínicos, zonas geográficas y tiempos.
- Demostrar o *proyectar las tendencias* de la prestación de los tratamientos y cuidados de enfermería y la asignación de recursos a los pacientes según sus necesidades sobre la base de los diagnósticos de enfermería.
- *Estimular la investigación de enfermería* mediante enlaces con los datos disponibles en los sistemas de información de enfermería y los sistemas de información de salud.
- Proporcionar *datos sobre la práctica de enfermería* para influir en la elaboración de las políticas de salud.

En esta línea de generar clasificaciones integradas de diagnósticos, objetivos e intervenciones, la NANDA, la NIC y la NOC publicaron en el 2000 la primera edición de la clasificación de diagnósticos, intervenciones y resultados que ha sido reconocida por la ANA y que en el congreso de la NANDA de 2002 se ha

constituido como una clasificación unificada y ese congreso fue ya denominado NNN en respuesta a las tres organizaciones que se unieron en una clasificación relacionada.

No son estas las únicas clasificaciones de los diagnósticos enfermeros, sino que han ido apareciendo otras adaptándose a diferentes ámbitos, como la clasificación de diagnósticos de enfermería comunitaria Omaha Classification System (OCS), o la Home Health Care Classification (HHCC) (Alfaro, 2010: 100); pero en este capítulo se analizará esta fase diagnóstica sobre la más implantada, tanto a nivel nacional como internacional, la NANDA.

A lo largo de este tiempo Estados Unidos y otros países han ido incorporando a sus legislaciones disposiciones que permiten a la enfermería diagnosticar. El concepto de diagnóstico ha calado de tal forma en las instituciones de enfermería de ciertos países que, por ejemplo la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) en 1980 define la Enfermería asumiendo la idea del diagnóstico:

"La Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales".

4.2. Diferencias entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico

Las diferencias que existentes entre un diagnóstico médico y el de enfermería son el reflejo de sus diferentes objetivos. El diagnóstico médico fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad. Por su parte el diagnóstico enfermero se centra en la respuesta humana y en las alteraciones en la capacidad de la persona para funcionar como ser humano independiente; así dos individuos pueden tener la misma enfermedad y mostrar respuestas muy distintas a ella. Existen casos en los que el diagnóstico puede ser común a varias disciplinas; por ejemplo el diagnóstico de un estado de "ansiedad" puede hacerse por una enfermera, un asistente social, un médico o un psicólogo, aunque para cada uno de ellos la etiología y por tanto el tratamiento puedan ser diferentes. En algunas situaciones, particularmente en las urgencias, el

diagnóstico médico y el de enfermería pueden ser el mismo al principio y luego cambiar, a medida que se van dando los primeros pasos en la terapéutica. Un diagnóstico enfermero puede ser indicativo de uno médico y viceversa (ej.: dolor agudo / infarto agudo de miocardio). Las diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico enfermero se pueden resumir en la siguiente tabla 4.1 (Berman et al, 2012: 203).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Describe una respuesta humana	Describe una enfermedad
Orienta hacia el individuo	Orienta hacia la enfermedad
Puede variar a diario, a medida que se modifican las reacciones humanas	Es constante; permanece invariable durante el proceso de la enfermedad
Guía el cuidado de enfermería (Acciones independientes)	Guía el tratamiento médico (Acciones dependientes)
Complementa el diagnóstico médico	Complementa el diagnóstico de enfermería
Suele hacer referencia a la percepción que el paciente tiene de su estado de salud	Suele hacer referencia a las alteraciones fisiopatológicas reales del organismo
El sistema clasificatorio está desarrollado pero no está aceptado internacionalmente.	Cuenta con una clasificación bien desarrollada y aceptada internacionalmente

Tabla 4.1: Diferencia entre el diagnóstico médico y el diagnóstico enfermero

4.3. Diagnóstico enfermero y otros problemas de salud

La Enfermería no actúa aislada en su propio campo profesional, sino en contacto con otros profesionales, entre los que el médico es el más frecuente, y con los que participa en la atención a los pacientes. En este contexto es necesario explicar los tipos de problemas a los que se enfrenta la Enfermería y que determinan el tipo de juicio que va a emitir.

En 1983 Carpenito (2003:16-23) diseñó el **Modelo Bifocal** en el que se representan dos campos nítidos: el campo competencial médico del que derivan los diagnósticos médicos, y el campo competencial enfermero del que derivan los diagnósticos de enfermería. Entre ambos campos se producen frecuentes intersecciones en cuyo caso aparecen los problemas interdisciplinarios (PI).

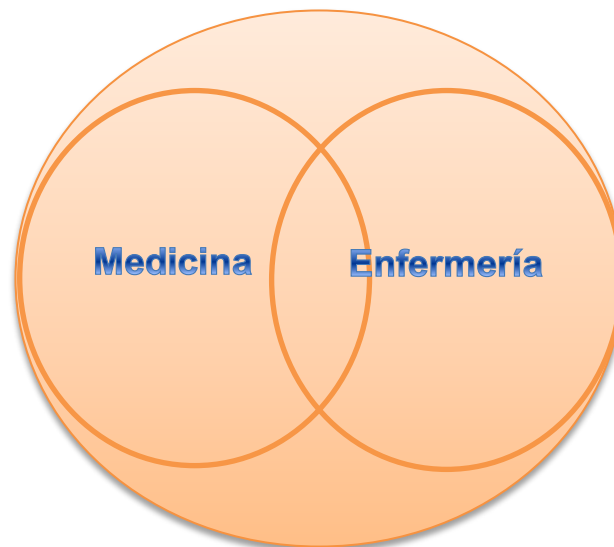


Fig. 4.1: Modelo Bifocal

Esta realidad clínica es considerada también por instituciones de prestigio en Enfermería, como es el caso del Centro para las Clasificaciones de Enfermería, que en el libro sobre la NOC clasifican los problemas a los que se enfrenta la enfermera según tres tipos (Moorhead, 2014:36):

1º) *Problemas de derivación*, que son aquellos dirigidos por otros proveedores de salud (en nuestro entorno sanitario este proveedor es mayoritariamente el médico).

2º) *Problemas interdisciplinarios*, que se abordan en colaboración con otros proveedores. Los dos profesionales deberían de trabajar juntos en la resolución de los problemas.

3º) *Diagnósticos enfermeros*, en cuyo caso es la enfermera la principal responsable.

4.3.1. Diagnóstico médico

Es el término técnico que designa una **enfermedad**, es decir, *“una desviación o interrupción de la estructura o función normal de una parte, órgano o aparato corporal que se manifiesta por síntomas y signos característicos; la etiología, anatomía patológica y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos”* (Dorland, 2005). En esta categoría la responsabilidad de identificar los objetivos clínicos (resultados deseados) es del médico, y generalmente derivan en prescripciones directas que llevan al profesional de enfermería a ejecutar acciones que denominamos **actividades dependientes o delegadas**.

4.3.2. Problemas interdisciplinarios o de colaboración

En 1984 Carpenito (2003:17) acuñó el término de **problemas interdisciplinarios** para referirse a

“determinadas complicaciones fisiopatológicas que las enfermeras vigilan para detectar su aparición o cambios de estado. Las enfermeras abordan los problemas interdisciplinarios utilizando intervenciones prescritas por el médico y por la enfermera para minimizar las complicaciones de los acontecimientos”.

En términos similares se expresan Luis et al (2005: 6) para definir el término actualmente más utilizado que es el de **problema de colaboración**: *“problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico”.* Estas complicaciones deben ser detectadas, no para prevenirlas sino para evitar su evolución desfavorable o actuar precozmente ante su aparición; por ejemplo ante la posibilidad de un íleo paralítico o hemorragia la enfermera no actúa previniendo sino detectando precozmente su aparición para evitar una mayor gravedad del proceso.

En la evolución de los conocimientos y del cuidado de enfermería, puede ocurrir que problemas de colaboración actuales se transformen en diagnósticos enfermeros. No obstante es recomendable no cambiar por un diagnóstico

enfermero lo que en la actualidad es un problema de colaboración, pensando que se gana prestigio y que esa denominación nos permitiría una actuación independiente.

La formulación correcta de estos problemas es anteponiendo la frase “complicación potencial”, o mejor su contracción “CP:”, seguido del problema fisiopatológico correspondiente. Como es obvio, de los problemas de colaboración derivan las **actividades de colaboración o interdependientes**.

4.3.3. Diagnóstico enfermero

Define la **respuesta humana** de un paciente en una enfermedad y no la enfermedad misma. Esta afirmación, que a la vista de lo desarrollado parece evidente, no lo es tal, ya que sigue siendo motivo de confusión, quizás guiado por la inercia del trabajo tradicional donde los problemas clínicos han tenido solución exclusivamente médica. Para orientar el análisis de los datos del paciente desde una perspectiva enfermera y llegar a un juicio diagnóstico enfermero es necesario manejar con soltura el concepto de respuesta humana, al que Gordon (1996:19-20) aporta una definición clara y precisa:

“Son comportamientos observados o afirmaciones verbales. Incluyen la forma en que una persona, familia o comunidad reacciona ante una situación o el significado personal que da a los acontecimientos. Las respuestas pueden ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales, pero lo más frecuente es que sean combinaciones biopsicosociales-espirituales”.

Las enfermeras a menudo piensan que para avanzar profesionalmente deben expresar la realidad clínica observada en términos exclusivamente enfermeros, y de esa forma es frecuente ver que se traducen términos médicos a diagnósticos enfermeros, como si fueran sinónimos. Por ejemplo, ante una neumonía se puede tener la tentación de denominarlo con el diagnóstico enfermero de *“Deterioro del intercambio gaseoso”* como si fuera exactamente la misma situación. Coincidiendo con M. Gordon se puede afirmar que *“los diagnósticos médicos, por regla general, no son buenos predictores de*

diagnósticos enfermeros; el individuo con una enfermedad, no la enfermedad, es el eje de la valoración enfermera” (Gordon, 1996: 82). Del diagnóstico de enfermería derivan las **actividades independientes**.

Como hemos visto arriba, en la clasificación de los problemas a los que se enfrenta la enfermera, Moorhead (2014:36) destaca el hecho de la *responsabilidad* de la enfermera en la resolución de los diagnósticos de enfermería. En este sentido es destacable una regla que propone Alfaro (2014:92) según la cual *“el término diagnóstico implica que una situación requiere un tratamiento apropiado y cualificado”*, y para determinar este hecho la enfermera que diagnostica deberá decidir dos cuestiones: 1ª) si está *cualificada* para formular el diagnóstico, y 2ª) si acepta la *responsabilidad* de tratarlo.

4.4. Clasificación de los diagnósticos NANDA

En la IIIª Conferencia (1977) se constituye el “Grupo de Enfermeras Teóricas”, 14 en total, que dirigidas por Callista Roy (autora del modelo teórico de Adaptación) elaboran la **Taxonomía I**³. Crean en 1978 los *Patrones del Hombre Unitario* como sistema de clasificación, que más tarde se denominarán **Patrones de Respuesta Humana** y que representan las *“manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno, y abarcan el total de los patrones de la vida del individuo en interacción con su entorno”*.

En la XIIIª Conferencia (1998) el Comité de Taxonomía presentó la propuesta de la **Taxonomía II** para ser aprobada en la conferencia del año 2000. Se producen dos cambios en la estructura taxonómica (Herdman y Kamitsuru, 2015: 91-104):

³ NANDA-I utiliza el concepto de **Taxonomía** de la 11ª edición del diccionario Merriam-Webster: *“<<Clasificación: especialmente una clasificación ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales>>; la palabra deriva de la raíz Taxón, <<el nombre aplicado a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura”*. Se define **Nomenclatura** como *“sistema o conjunto de términos o símbolos, especialmente en una ciencia, disciplina o arte específicos; el acto, proceso o ejemplo de nombrar”*.

1º) *Estructura multiaxial* con siete ejes según los cuales será descrito un diagnóstico para su propuesta de adicción o de modificación.

Tabla 4.2: Taxonomía II: Estructura multiaxial de la NANDA - I

- Eje 1. Foco diagnóstico.**
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico (individuo, familia, grupo o comunidad).**
- Eje 3. Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).**
- Eje 4. Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).**
- Eje 5. Edad (bebé, niño, adulto, etc.).**
- Eje 6. Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.)**
- Eje 7. Estado del diagnóstico (focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud)**

2º) *Doce Dominios* basados en los Patrones de Salud, y cada uno subdividido en clases, que sustituyen a los Patrones de Respuesta Humanas

Tabla 4.3: Taxonomía II. Dominios de NANDA – I

- Dominio 1. Promoción de la salud**
- Dominio 2. Nutrición**
- Dominio 3. Eliminación/intercambio**
- Dominio 4. Actividad/reposo**
- Dominio 5. Percepción/cognición**
- Dominio 6. Auto percepción**
- Dominio 7. Rol/relaciones**
- Dominio 8. Sexualidad**
- Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés**
- Dominio 10. Principios vitales**
- Dominio 11. Seguridad/protección**
- Dominio 12. Confort**
- Dominio 13. Crecimiento/desarrollo**

4.4.1. Componentes de un diagnóstico enfermero

La información que proporciona la clasificación de la NANDA de cada diagnóstico es: Etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados o de riesgo (Herdman y Kamitsuru, 2015: 468).

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre al diagnóstico que incluye como mínimo, el núcleo diagnóstico (eje 1) y el juicio (eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: Indicios o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real o de promoción de la salud.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable. Los diagnósticos de riesgo son los únicos que tienen factores de riesgo.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales y síndromes tienen factores relacionados. Son las causas del diagnóstico real y Gordon (1996) afirma que son la base para la actuación de enfermería.

4.4.2. Tipos de diagnósticos enfermeros

Las situaciones que dan lugar a identificar problemas de salud que la enfermería puede resolver de manera autónoma son variadas y en base a ello la NANDA diferencia cuatro tipos de diagnósticos de enfermería (Herdman y

Kamitsuru, 2015: 464): real, de riesgo, promoción de la salud y síndrome. Precisamente esa variabilidad en las situaciones a las que se enfrenta la enfermera hace que su juicio clínico no se circunscriba en diagnósticos de enfermería, sino que aborde otros problemas para cuya resolución requiere la intervención de otros profesionales (generalmente el médico): los problemas de colaboración (Carpenito, 2003).

a) Diagnóstico focalizado en el problema (real)

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

Se proporciona información sobre características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas, y también factores relacionados (factores etiológicos) que se relacionan con, que contribuyen a, o que son antecedentes del foco diagnóstico.

b) Diagnóstico de promoción de la salud

Juicio diagnóstico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas y que se pueden aplicar a cualquier estado de salud.

Se proporciona información sobre las características definitorias.

c) Diagnóstico de riesgo (potencial)

Juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Se proporciona información sobre factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

d) Síndrome

Juicio clínico que describe un grupo específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se abordan mejor juntos a través de intervenciones similares.

Los requisitos para la presentación de una propuesta es utilizar dos o más diagnósticos enfermeros como características definitorias/factores de riesgo. Se pueden usar factores relacionados si añaden claridad a la definición.

4.5. Enunciado del diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería pretende describir un estado de salud alterado que es susceptible de ser resuelto mediante prescripciones enfermeras. Las etiquetas diagnósticas, tal como figuran en la clasificación NANDA, no informan suficientemente de esta situación y son necesarios datos complementarios sobre las causas y las manifestaciones en las que se apoya tal diagnóstico, ya que un diagnóstico de enfermería varía en función de la diversidad de las personas, a diferencia del diagnóstico médico que es estable con independencia de las acepciones personales. Es además imprescindible, en muchos casos, diferenciar la descripción de un problema médico de otro enfermero, o incluso de la simple descripción de un signo clínico (por ejemplo, diarrea, dolor, etc.).

Marjory Gordon propuso en 1976 el enunciado del diagnóstico según una frase que consta de tres partes y se conoce por las siglas **"PES"** (**P**: Problema; **E**: Etiología; **S**: Signos o síntomas). El **problema** corresponde a una "Etiqueta" de la lista de la NANDA; la **etiología** es equivalente a los "Factores Relacionados o de Riesgo", y por último los **signos** o **síntomas** son las "Características Definitorias". Cada parte del enunciado se une con unos nexos expresados frecuentemente en siglas y que corresponden a: *"en relación con"* (r/c) para unir el problema y la etiología y *"manifestado por"* (m/p) que une la etiología con signos o síntomas, quedando la frase completa:

Problema r/c Etiología m/p Signos

4.5.1. Enunciado de tres partes

El enunciado completo identifica a un **diagnóstico real**, ya que es el único que puede presentar manifestaciones al ser un problema que está activo en el momento de emitir el juicio diagnóstico.

Etiqueta (P) r/c Factores relacionados (E) m/p Característica definitorias (S)

4.5.2. Enunciado de dos partes

Se utiliza para los designar **diagnóstico de riesgo**, dado que este problema, al ser una posibilidad y no una realidad actual, no presenta manifestaciones clínicas (Características definitorias). En la clasificación de la NANDA, estos diagnósticos figuran con la Etiqueta, en la que el problema va precedido por la expresión “Riesgo de”, y a continuación los Factores de riesgo.

Etiqueta (P) r/c Factores de riesgo (E)⁴

4.5.3. Enunciado de una parte

Se enuncian exclusivamente con la etiqueta los diagnósticos de *promoción de la salud* y los *síndromes*.

Los diagnósticos de **promoción de la salud**, deben enunciarse con una etiqueta propuesta en la clasificación (ej., Lactancia materna eficaz, Manejo efectivo del régimen terapéutico, etc.), precedido por la expresión “Disposición para mejorar...”. La expresión “Potencial de mejora...” era utilizada con la Taxonomía I y quedó descartada al aprobarse la Taxonomía II (Luis et al, 2005:19).

Disposición para mejorar + Etiqueta (P)⁵

⁴ En este caso hay que entenderlo como Factor de riesgo y no etiológico

⁵ Problema hay que entenderlo en sentido teórico

El **síndrome** también se enuncia con una parte (*Etiqueta*). La clave del reconocimiento del síndrome es el factor causal único. Al ir incluido éste en la etiqueta se enuncia con sólo una parte. Cuando se diagnostica un síndrome es importante: a) identificar el factor etiológico del síndrome; b) valorar todos los diagnósticos enfermeros descritos en el síndrome actualmente, e c) incluir todos los problemas en el desarrollo de un plan de cuidados.

4.6. Manejo de los diagnósticos de enfermería

Partiendo de un **patrón disfuncional** (necesidad fundamental no cubierta u órgano alterado, etc.) se procede de la siguiente manera:

1º) Se selecciona el diagnóstico cuya **etiqueta** mejor sugiera la alteración que aqueja al paciente (Ver árbol de decisiones del juicio diagnóstico).

2º) Se comprueba que la **definición** describe perfectamente dicho estado.

3º) Se elige un **factor relacionado** en caso de diagnóstico real, o **de riesgo** si es potencial. Es importante asegurar que las etiologías elegidas permiten la actuación independiente (o responsabilidad principal) del profesional de enfermería para modificar su efecto. De no ser así estaríamos ante un problema de colaboración.

4º) En caso de un *diagnóstico real* se comprueba la presencia de, al menos, una **característica definitoria** manifestada por el paciente, confirmando de este modo la existencia del problema.

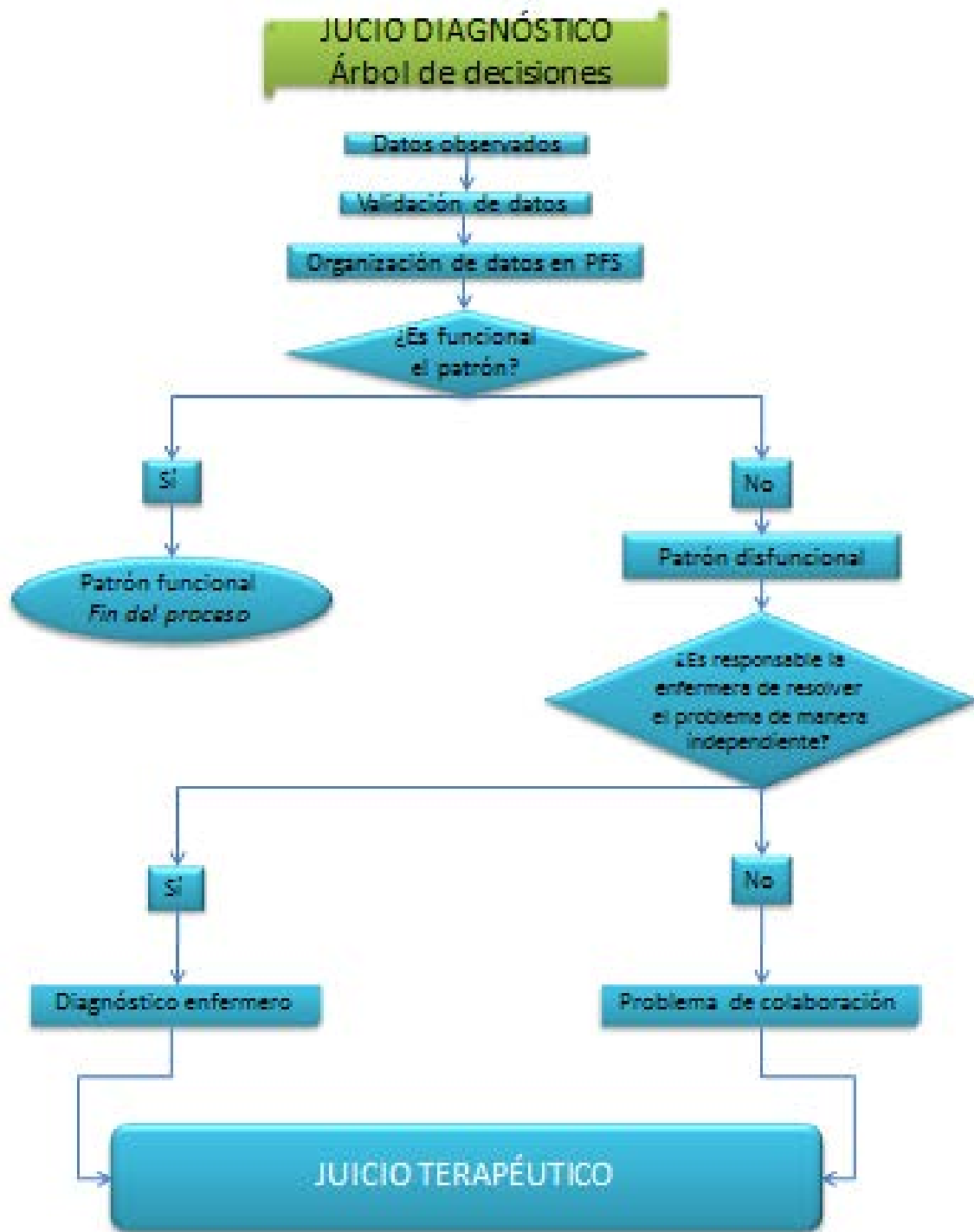


Fig. 4.2: Árbol de decisiones del juicio diagnóstico

Como ejemplo práctico, se resuelve en la tabla 4.4 el juicio diagnóstico del caso práctico presentado en la tabla 3.2.

Tabla 4.4 Caso práctico: Juicio diagnóstico
I) Análisis de datos (Patrones disfuncionales)
<ul style="list-style-type: none"> • Patrón 2: disfuncional por eritema inflamatorio en región sacra. Los eritemas en occipucio, región escapular y talones son reactivos a la presión. • Patrón 4: disfuncional por inmovilidad. • Patrón 6: disfuncional por dolor.
II) Identificación de problemas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patrón 2: Problema enfermero (Deterioro de la integridad cutánea); Etiología (inmovilidad física); Signo (alteración de la superficie de la piel). ✓ Patrón 4: Problema de colaboración (Inmovilidad). ✓ Patrón 6: Problema enfermero (Dolor); Etiología (agente lesivo: hipoxia); Síntoma (manifestación de la paciente).
III) Formulación de diagnósticos enfermeros
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioro de la integridad cutánea r/c presión continua m/p eritema cutáneo ▪ Dolor r/c presión continúa m/p quejas del paciente

4.7. Precisión diagnóstica

Para hablar de precisión diagnóstica vamos a partir del concepto de **precisión** del DLE: “*Abstracción o separación mental que hace el entendimiento de dos cosas realmente identificadas, en virtud de la cual se concibe la una como distinta de la otra*”. Y esto es lo que debemos de proponernos al diagnosticar problemas enfermeros, diferenciar etiquetas que tengan cierta similitud pero que expresen conceptos distintos y distinguibles. La precisión diagnóstica debe atender a la selección de la etiqueta adecuada que defina el estado del paciente, pero también la selección de factores etiológicos y las manifestaciones clínicas.

Al revisar la literatura sobre esta materia hemos observado dos focos de interés en los estudios sobre precisión: a) **Constructo teórico**: se refiere a estudios sobre los diagnósticos, como concepto teórico y sus componentes, y b) **Juicio diagnóstico**: factores que afectan al profesional de enfermería a la hora de hacer un juicio y enunciar un diagnóstico enfermero.

4.6.1. Precisión del constructo diagnóstico

Distintos estudios han constatado la dificultad de las enfermeras por diferenciar entre diagnósticos parecidos: Trastorno de los procesos de pensamiento y Trastorno de la percepción sensorial, o la conocida dificultad para diferenciar entre temor y ansiedad. Un estudio reciente en este ámbito ha sido el realizado por Diz (2011) en su tesis doctoral comparando los diagnósticos Incumplimiento del tratamiento y Manejo inefectivo de régimen terapéutico. De su estudio se ha podido constatar la existencia de varias características definitorias y factores relacionados similares que pueden incrementar la imprecisión al elegir la etiqueta adecuada que represente la respuesta humana concreta a la que un profesional se debe enfrentar.

Este problema, que puede ser imputado en parte a la falta de conocimientos de los profesionales, también se ha constatado como producto de la imprecisión de los diagnósticos en la definición o en la ambigüedad de las características definitorias que permiten identificarlos.

Varias sociedades científicas han instado a los profesionales de todo el mundo a validar los diagnósticos, para contar con un concepto fiable que todo profesional pueda interpretar con precisión. La NANDA se ha fijado como propósito la validación de su clasificación mediante estudios de investigación que constaten la fiabilidad y exactitud de sus diagnósticos, no pudiendo permanecer en la taxonomía diagnósticos que no alcancen el nivel de evidencia 2.1 (Tabla 4.5). Si se tiene en cuenta que ese nivel es una propuesta teórica de los autores, los estudios Delphi son un nivel de evidencia 2.3 y los estudios clínicos bien diseñados son el 3.4, no parece mucho exigir. Yendo a los datos, vemos que en la edición 2012-2014 de la NANDA-I tenía 216 diagnósticos aprobados de los que 51,7% indican el nivel de evidencia; de

estos 110 (49,8%) tiene un nivel de evidencia del 2.1; 2 (0,9%) un nivel de 2.2; 1 (0,5%) nivel 3.2, y 1 (0,5%) 3.3 (Herdman, 2013:513). En la edición de 2015 se han retirado 4 diagnósticos por no alcanzar el nivel de evidencia 2.1; uno de ellos, Perturbación del campo de energía, se ha reasignado al nivel 1.2 (Herdman y Kamitsuru, 2015: 13).

TABLA 4.5: NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA NANDA - I

Nivel 1: Recibido para su desarrollo	
1.1	Nivel de presentación de propuestas. La etiqueta es clara apoyada en bibliografía
1.2	Etiqueta clara. Definición consistente con la etiqueta. Etiqueta y definición diferentes a otras de la clasificación NANDA – I
Nivel 2: Aceptado para su publicación e inclusión en la Taxonomía de NANDA - I	
2.1	Desarrollo apropiado de la etiqueta, definición, características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo y con referencias bibliográficas para la definición y cada una de sus partes. Además se exige que se proporcionen resultados enfermeros e intervenciones enfermeras de una terminología enfermera estandarizada
2.2	Cumple los criterios del nivel 2.1 y además incluye una revisión narrativa de la literatura relevante que demuestre la existencia de un cuerpo sustantivo de conocimientos sobre el diagnóstico
2.3	Cumple los criterios del nivel 2.1 e incluye estudios basados en opinión de expertos (enfermeras), estudios tipo Delphi y similares sobre los componentes del diagnóstico
Nivel 3: Soporte clínico (validación y puesta a prueba)	
3.1	Cumple los criterios del nivel 2.2. La síntesis procede de una revisión integrada de la literatura y se proporcionan los términos de búsqueda (MeSH ⁶) que se usan para la revisión y que puedan ayudar a otros investigadores
3.2	Cumple los criterios del nivel 2.2 e incluye estudios clínicos, cuantitativos o cualitativos, no aleatorizados y por tanto no generalizables a toda la población
3.3	Cumple los criterios del nivel 2.2 e incluye estudios aleatorizados pero con tamaños muestrales pequeños
3.4	Cumple los criterios del nivel 2.2 e incluye estudios aleatorizados con

⁶ Medical Subject Headings, Encabezados de temas médicos

muestras de suficiente tamaño como para generalizar los resultados al conjunto de la población

Esta falta de evidencia clínica de la taxonomía más empleada por los profesionales de nuestro país, probablemente sea una causa fundamental de las dificultades manifestadas por las enfermeras en múltiples estudios y en definitiva de la escasa precisión diagnóstica. Por eso su validación clínica es una necesidad imperiosa.

4.6.2. Precisión del juicio diagnóstico

Lunney (2011:31) citando a Carnevali y Gordon, menciona tres factores que afectan a la precisión del juicio que puede elaborar un profesional de enfermería: a) el **contexto situacional** en el que se desarrolla la tarea diagnóstica, b) la propia **tarea diagnóstica** y c) el **profesional**.

a) Contexto situacional

El contexto incluye múltiples elementos que rodean al profesional en su labor asistencial, entre los que no es menor las *políticas del centro*. En un entorno donde el enfoque asistencial está centrado en la curación de la enfermedad aguda y la medición de costes basado en intervenciones médicas, puede tener dificultades la atención centrada en la respuesta humana, más compleja, variada, y de resultados a más largo plazo, por afectar a la manera de vivir la enfermedad y no a la enfermedad misma. Las políticas del centro también condicionarán los *recursos diagnósticos* que estarán a disposición del profesional: documentación clínica, bibliografía especializada, personal de apoyo, etc.

La propia *especialización* de la unidad en la que se presten servicios (unidades de emergencias, cuidados intensivos, etc.) condicionará la forma de abordar los problemas del paciente.

Las *expectativas y actitudes de los profesionales de enfermería hacia el diagnóstico enfermero* condiciona igualmente la puesta en marcha de iniciativas relacionadas con el diagnóstico y por tanto la precisión de los juicios que emitamos. Incluso en el mejor de los casos, cuando se acepta el diagnóstico enfermero, Brito afirma que quizás el factor que más afecta a la precisión diagnóstica sea la falta de consenso, entre los profesionales, del tipo de problemas que diagnostica la enfermería (Brito, 2012).

Un caso particular es el conocimiento y disposición de los profesionales de enfermería que pueden servir de apoyo para aumentar la precisión diagnóstica.

b) Tarea diagnóstica

Diagnosticar consiste en emitir un juicio sobre las respuestas humanas a la enfermedad y que necesitan cuidados de enfermería y diferenciarlas de aquellas que requieren otro tipo de asistencia sanitaria. La dificultad que tiene esta tarea es que consiste en interpretar la *respuesta humana* de los pacientes en relación con su salud; es decir, inferir, de los indicios que se observan en el paciente, el significado que tienen para él y que afectan a su forma de actuar frente a su enfermedad.

Este territorio teórico (disciplina enfermera) está iniciando su desarrollo y es comprensible su dificultad y variabilidad de unos profesionales a otros. Como reconoce Lunney (2011:30) *“la enfermera se siente más cómoda con el conocimiento médico, ya que ha ido evolucionando durante un periodo de tiempo más largo que el conocimiento enfermero”*. Esta afirmación se ha podido evidenciar en el trabajo de campo de la tesis de Gallego (2011), en la que el análisis de los comentarios libres en la historia clínica del paciente, de las enfermeras de dos unidades de hospitalización, son casi exclusivamente de carácter biomédico y atienden a alteraciones fisiopatológicas y a su diagnóstico y tratamiento.

c) Profesional de Enfermería

El profesional afecta a la precisión en dos sentidos: 1º- por los conocimientos que dispone sobre los diagnósticos enfermeros y 2º- por las habilidades

diagnósticas de las que dispone. No parece necesario recordar que solo se pueden hacer juicios sobre algo cuando se dispone de los conocimientos necesarios para ello. Por mucha metodología que se aprenda y muchas habilidades técnicas de las que se disponga, solo se podrá identificar un problema y su tratamiento cuando los conocimientos acompañen y el profesional sea capaz de hacer distinciones precisas entre problemas similares y elegir opciones terapéuticas entre un buen conjunto de alternativas que forman parte de un arsenal que maneje con soltura. Una vez garantizado este dominio, o al menos un buen manejo de fuentes bibliográficas que permitan una guía eficaz ante información clínica compleja, es imprescindible tener un buen nivel de manejo de las técnicas diagnósticas, especialmente de la *entrevista*, herramienta esencial en enfermería puesto que es la técnica que mejor obtiene información sobre las percepciones y sentimientos del paciente sobre su enfermedad y que influirán sobre la forma de afrontarla.

Seguir las técnicas de pensamiento crítico y ser escrupuloso en la atención a los puntos tratados arriba, contribuyen a mejorar la precisión de los diagnósticos que se emiten. Algunos autores han desarrollado escalas de valoración de la precisión de diagnósticos, como los trabajos de Lunney (1990), o algoritmos como el desarrollado por Brito (2011); estudios a los que es recomendable dirigirse para profundizar en este tema.

No obstante podemos recomendar un conjunto de acciones que contribuyen a mejorar la precisión diagnóstica:

- 1º- Los datos en los que basa su juicio diagnóstico están validados y son completos.
- 2º- Las manifestaciones clínicas en las que apoya el diagnóstico son indicadores importantes del problema.
- 3º- La situación clínica que identifica el diagnóstico coincide perfectamente con la definición de la etiqueta elegida.
- 4º- El diagnóstico define una respuesta humana y no una enfermedad o una manifestación de la misma.

5º- Se identifican causas del diagnóstico cuyo tratamiento es responsabilidad de la enfermería.

4.8. Errores más frecuentes en la elaboración del juicio diagnóstico

a) Darle un nombre nuevo a un diagnóstico médico

Probablemente el error más frecuente cometido por las enfermeras es renombrar un diagnóstico médico (Ej. Hablar de *Deterioro del intercambio de gases* para describir la situación de un paciente con *Neumonía*). El cometido del diagnóstico de enfermería es dar nombre a problemas que requieren solución autónoma y responsable de la Enfermería; no ayuda en absoluto a nuestra profesión el hecho de renombrar problemas médicos, ya que estos siempre necesitarán de una solución médica y nosotros mismos nos quedaremos, de esta manera, en su campo, tanto a la hora de actuar, como a la hora de investigar, como a la hora de enseñar a las nuevas enfermeras a resolver sus propios problemas.

b) Utilizar diagnósticos de enfermería sin confirmar

En ocasiones la enfermera, empujada por la necesidad de diagnosticar todas las situaciones, tiende a confirmar diagnósticos sobre los cuales no hay información suficiente; en ocasiones la falta de características que confirmen una categoría hace imaginar (inventar) signos o síntomas que confirmarían el diagnóstico. Un error muy habitual es atribuir a todos los pacientes con *dieta absoluta*, el diagnóstico de *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades*.

c) Utilizar un diagnóstico para justificar una acción

Un caso particular del problema anterior lo constituye transformar en diagnóstico toda acción enfermera. O dicho de otra manera, si hay que desarrollar una acción, rutinaria o incluso previamente prescrita por un médico, en el informe posterior aparecerá un diagnóstico que lo pueda justificar (Ej. Un

médico ordena una pauta analgésica y la enfermera transcribe a la historia clínica el diagnóstico de *Dolor*, aunque no haya aportación alguna más al cuidado del paciente que el medicamento prescrito)

d) Omitir situaciones problemáticas en la documentación

El trabajar centrando nuestro esfuerzo en la identificación de DE no debe implicar el rechazo de información que no conduzca a la formulación de diagnósticos. Los problemas del paciente no sólo son los de Enfermería; la enfermera no sólo actúa en los problemas independientes, y el buscar y registrar sólo la información que nos confirme los diagnósticos que figuran en una lista que no está completa, ni lo deberá de estar nunca; nos conduce todo ello a mirar al paciente de forma parcial e incompleta, no actuar en campos que son tradicionales en la Enfermería y condenarnos a no avanzar en el conocimiento de nuevos problemas independientes y por tanto a no poder ampliar la lista de diagnósticos.

Iyer y colaboradores (1997: 138-43) elaboraron un útil decálogo con directrices para evitar errores frecuentes en la formulación de los diagnósticos (Tabla 4.6).

Tabla 4.6: Recomendaciones para la correcta formulación de diagnósticos de enfermería (Tomado de Iyer et al, 1997)

- 1. Enunciar en términos de problemas y no de necesidades.**
- 2. No utilizar síntomas como respuesta del paciente.**
- 3. Asegurarse que ambos elementos del diagnóstico (problema y causa) no dicen lo mismo.**
- 4. Asegurarse de que la respuesta del paciente precede al factor causal.**
- 5. Utilizar diagnósticos que proporcionan una guía para la planificación de las intervenciones independientes de enfermería; relacionarlos con causas precisas tratables por enfermería.**
- 6. Utilizar el lenguaje de enfermería y no el médico para especificar la respuesta del paciente.**
- 7. Utilizar el lenguaje de enfermería y no el médico para especificar las causas probables de la respuesta del paciente.**
- 8. No comenzar el diagnóstico con una intervención de enfermería.**

9. Enunciar de forma que sea legalmente prudente.

10. No incluir prejuicios o frases cargados de valor.

CAPÍTULO 3: JUICIO TERAPÉUTICO

El Juicio Terapéutico es la continuación lógica del Juicio Diagnóstico, donde hemos enumerado y descrito los problemas que afectan a nuestro paciente y sobre los que la enfermera va a intervenir, es decir, en la etapa de Juicio Clínico en la que hemos establecido los diagnósticos enfermeros.

Dentro del concepto de Juicio Terapéutico se engloban distintas fases del conocido como Proceso Enfermero. En concreto abarca las etapas de Planificación, Ejecución y Evaluación.

5. Planificación

Consiste en el desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el juicio diagnóstico. Es la fase en la que se toman las decisiones que posibilitan la solución a los problemas de salud de los pacientes.

Cronológicamente tenemos tres tipos posibles de planificación: Planificación inicial, Planificación continua y Planificación al alta (Kozier B, et al., 2005).

La **Planificación inicial**, como su nombre indica, es aquella que se realiza en el primer contacto con el paciente y suele ser completa, puesto que aborda todos los aspectos del cuidado del paciente.

La **Planificación continua** se lleva a cabo cuando se han producido cambios en la situación del paciente que aconsejan la introducción de modificaciones en el plan de acción. Suele ser una *planificación focalizada*.

La **Planificación al alta** se realiza cuando va a terminar la relación entre la enfermera y su paciente, por solución definitiva del problema de salud de la persona o por paso de ésta a otro ámbito de actuación profesional.

Planificar los cuidados implica tres pasos esenciales:

- 1º) Jerarquización de los problemas;
- 2º) Establecimiento de objetivos/resultados esperados; y
- 3º) Plan de acción (órdenes de enfermería).

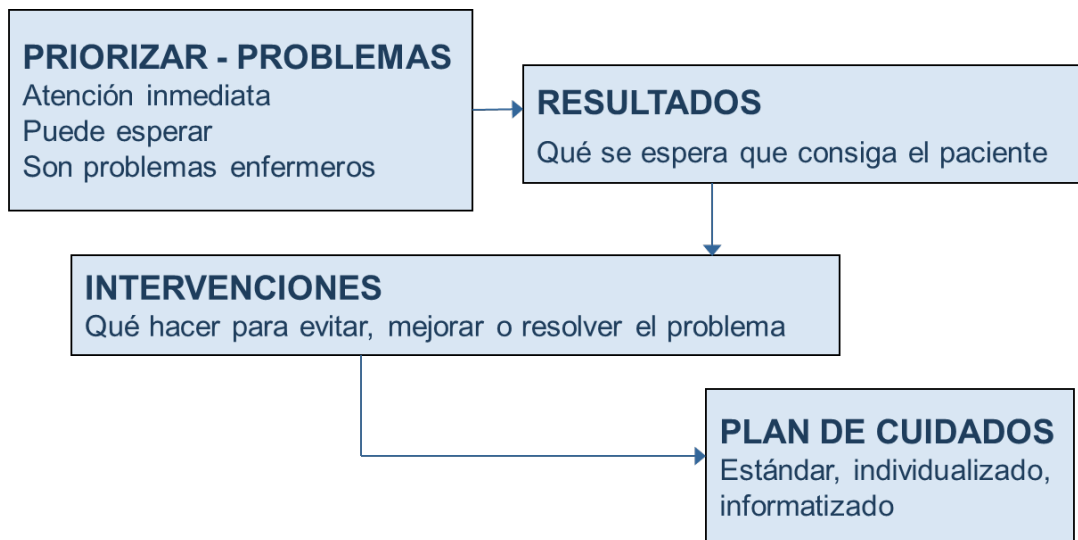


Figura 5.1: Esquema del proceso de planificación

5.1 Jerarquización de problemas

Implica establecer las **prioridades** para decidir qué problema ha de atenderse con anterioridad a otro. Se suele acudir a la jerarquía de Maslow (fig. 5.1) para ordenar las prioridades, pero es un sistema que, en determinadas circunstancias, tiene poca precisión.



Fig. 5.2. Pirámide de Abraham Maslow

Alfaro (2009: 179) propone una jerarquía que se organiza en torno a tres categorías:

Inmediato (Categoría uno): Problema que puede comportar la pérdida de una parte del cuerpo o de la vida: problemas respiratorios; problemas cardiocirculatorios; termorregulación.

Urgente (Categoría dos): El problema no implica peligro para la vida o para una parte del cuerpo, pero su avance supone un deterioro importante de la salud. Requiere una acción a corto plazo: estado mental (consciencia); problemas médicos no resueltos; dolor agudo; problemas de eliminación urinaria; valores de laboratorio anormales; riesgo de infección o para la seguridad.

No urgente (Categoría tres): Problema con evolución larga, que el paciente ha soportado un tiempo. Su presencia no es un factor crítico: problemas no incluidos en las categorías anteriores (actividad, reposo, déficit de conocimientos, afrontamiento inefectivo, etc.).

Así mismo podemos priorizar los problemas atendiendo al siguiente esquema (Luis et al, 2005:9):

1º) Problemas de colaboración o diagnósticos de Enfermería que amenacen la vida de la persona.

2º) Problemas prioritarios para el paciente y que pueden impedir centrarse en problemas que son más urgentes, aunque no sean percibidos como tal por él.

3º) Problemas que contribuyen a la aparición de otros.

4º) Problemas que tienen la misma causa y que se pueden abordar de manera conjunta.

5º) Problemas de resolución sencilla.

Se utilice un criterio u otro, lo que siempre se debe tener en cuenta son los valores y creencias del paciente con respecto a la salud y la existencia o no, de recursos disponibles para llevar a cabo el plan de acción.

5.2 Objetivos/Resultados esperados

Los objetivos *"describen, en términos de respuesta observable del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería"* (Berman et al, 2012:222). Son la referencia que se establece para evaluar los resultados obtenidos tras la acción terapéutica.

5.2.1. Tipos de objetivos

Los objetivos pueden atender a distintas finalidades y en función de ellas desarrollar su clasificación. El centro de atención de la enfermera, es decir, los dos tipos de problemas que identifica (diagnóstico enfermero y problema de colaboración) es uno de los criterios clasificatorios más útiles. En función a ello Carpenito (2003:36) aconseja diferenciar dos tipos de objetivos:

a) **objetivos del paciente** para los *diagnósticos de enfermería*, pues es la enfermera la responsable de resolver el problema del paciente y responder del estado que alcanzará al final de su intervención. Alfaro (1992) define los objetivos del paciente como *"enunciados que describen una conducta medible del cliente, familia o grupo, que denota un estado favorable (modificado o mantenido) después de haberse puesto en práctica un cuidado de enfermería"*.

b) **objetivos de la enfermera** para los *problemas de colaboración*, centrándose en las acciones que ha de realizar la enfermera para mantener o controlar el problema de colaboración, pero una vez se produzca este, la responsabilidad de su resolución es del médico (u otro profesional), y por tanto quien tiene como objetivo devolver al paciente al estado de normalidad fisiológica es este profesional.

Alfaro (2007:135) divide los objetivos en función de tres dominios relacionados con las competencias del paciente:

- a) **Afectivos:** asociados con los cambios de actitud, sentimientos o valores.
- b) **Cognitivos:** relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
- c) **Psicomotores:** tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras.

Benavent et al (2005: 286-8) elaboran varias clasificaciones atendiendo a distintos ejes:

A) Tipo de acción o cambio que expresa

- *Restituto:* Resolución de un problema real, restableciendo el nivel de salud y bienestar previo.
- *Mantenimiento:* Controlar una situación para que un riesgo no se transforme en problema real.
- *Conservación:* Partiendo de un diagnóstico de salud se busca mantener el nivel actual de bienestar.

B) El tiempo que se considera necesario para obtener los resultados deseados

- *Corto:* Plazos menores a una semana.
- *Medio:* Entre una semana y un mes.
- *Largo:* Periodos de varias semanas o meses.

C) El sujeto que debe llevar a cabo la acción que expresa el objetivo

Esta clasificación corresponde a los objetivos que Carpenito denomina *de paciente y de enfermera* y que Luis et al (2005: 9) denominan *de diagnósticos enfermeros y de problemas de colaboración*, respectivamente.

- *Resultado:* Centrado en el individuo o grupo sujeto del cuidado. Expresa el cambio esperado en dicho sujeto para evaluar positivamente la acción

y confirmar la resolución del problema, la no aparición o su conservación. Estos objetivos, dicen las autoras, deben quedar registrados en la documentación puesto que orientan la selección de acciones para la resolución del problema.

- *Proceso*: Se centran en la acción de la enfermera y expresan lo que ella debe hacer para conseguir el cambio en el problema que recoge el diagnóstico. Según las autoras, no es necesario que estos objetivos se registren, ya que al ser acciones, y estas mismas figurar en la planificación, serían reiterativos.

D) Tipo de modificación del comportamiento del sujeto que se espera obtener

Corresponden exactamente a la clasificación de Alfaro: afectivos, cognitivos y psicomotores.

5.2.2. Formulación de objetivos

Para plantear adecuadamente un objetivo se han de cumplir unos requisitos:

- a) Centrarse en el paciente.
- b) Ordenarse según prioridades de los problemas diagnosticados.
- c) Ser realistas y alcanzables.
- d) Formularse en términos de conducta observable (medurables).

La correcta **formulación de objetivos** debe incluir:

1º) Descripción en *términos medurable* del estado que se pretende alcanzar, lo que se logra iniciando la frase con verbos infinitivos de acciones fácilmente medibles (manifestar, identificar, realizar; mostrar una disminución de..., administrar, etc.).

2º) Un *contenido* que indique bajo qué circunstancias tiene el paciente que realizar las acciones: lo que el paciente tiene que hacer, experimentar o aprender. Deben contener "¿qué?, ¿cuánto?, ¿quién?, ¿dónde? y ¿cuándo?".

3º) Un *plazo* concreto de tiempo en el cual se espera que se pueda alcanzar el nivel de respuesta deseado.

Los objetivos pueden referirse a finalidades amplias y generales (p ej.: recuperar la movilidad del paciente) o centrarse en resultados concretos (p ej.: caminar 200 metros con una frecuencia cardiaca inferior a 100 lpm). Es por ello que tradicionalmente se han clasificado como *generales*, *intermedios* y *específicos*. La máxima utilidad clínica está en los específicos y a estos se les denomina “**criterios de resultados**”, por ser los instrumentos más útiles para evaluar los resultados obtenidos tras la aplicación de las acciones. Es por ello que actualmente se propugna la utilización de una clasificación normalizada de los criterios de resultados, la Clasificación de Resultados de Enfermería, para facilitar su selección y homogeneizar el lenguaje utilizado en la formulación de objetivos.

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

Marion Johnson y Meridean Maas, lideran un grupo de enfermeras que en 1991 crean el Iowa Outcomes Project para trabajar en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification) (Johnson et al, 2012:3). Este grupo define **resultado** como “*un estado, conducta o percepción variable de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción*”. Describe estados del paciente y no conductas del profesional. Incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de enfermería independientes y de colaboración.

Características de los criterios de resultado NOC:

- Son **conceptos variables**, que pueden medirse progresivamente y compararse con un estado basal o anterior. Reflejan, en todo momento, la condición real del paciente.
- Son **neutros**, no especifican el estado deseado. Tienen distintos niveles de especificidad: de más genérico a más concreto. Por ej. Control del riesgo; Control del riesgo: consumo de alcohol. Si bien sus indicadores, son más específicos y pueden representar resultados intermedios.

- Son **sensibles al cuidado enfermero**, es decir, susceptibles de ser alcanzados a través de los cuidados enfermeros.

Los criterios de resultados, por tanto, aportan datos del paciente **ANTES** del cuidado enfermero (datos coincidentes con el problema/diagnóstico), **DURANTE** el cuidado (indicándonos si se avanza en la resolución del problema o por el contrario se ha estancado la situación o si ha empeorado) y **DESPUES** de terminar la ejecución de los cuidados (indicándonos el resultado final de la intervención enfermera).

La clasificación agrupa los resultados en 7 dominios (Moorhead et al, 2009):

- 1) *Salud funcional*: describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.
- 2) *Salud fisiológica*: describen el funcionamiento orgánico.
- 3) *Salud psicosocial*: describen el funcionamiento psicológico y social.
- 4) *Conocimiento y conducta en salud*: describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.
- 5) *Salud percibida*: describen impresiones percibidas sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo.
- 6) *Salud familiar*: describen el estado de salud y conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.
- 7) *Salud comunitaria*: describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

La información que la clasificación NOC proporciona de cada criterio de resultados incluye:

- a) Una **etiqueta** que identifica el resultado.

b) Una **definición**, que describe con cierta amplitud la respuesta que se pretende alcanzar

c) Una lista de **indicadores**: "*el estado específico del paciente que es más sensible a las intervenciones de enfermería y para el cual pueden definirse procedimientos de medida*".

d) Una **escala Likert** de cinco puntos en la que el 1 refleja la peor puntuación posible para el resultado y el 5 la puntuación más deseable.

e) Una lista de **referencias bibliográficas**.

a) Manejo de la NOC

Partiendo de un *diagnóstico enfermero*, que implica la disfuncionalidad de un área de la salud del paciente (patrón, necesidad, órgano, etc.) se procede:

1º) Seleccionando, en un dominio de la clasificación NOC, el **resultado** cuya definición describa mejor el estado, conducta o percepción del paciente que necesita ser tratado con cuidados de enfermería.

2º) Se seleccionan los **indicadores** que describan las repuestas del paciente medibles y que permitirán controlar su evolución. Es el elemento operativo del resultado, puesto que es con lo que se evaluará la evolución del paciente.

3º) De cada indicador se eligen dos **puntuaciones** en la escala Likert:

1º- La *primera* identifica el estado actual del paciente.

2º- La *segunda* es el estado del paciente que nos proponemos alcanzar, es decir, el objetivo final.

En la selección del criterio de resultados, la clave es la identificación, a través de los indicadores, de los factores o manifestaciones que se relacionan o representan la situación que vamos a tratar mediante el cuidado enfermero. Es decir, los indicadores seleccionados, deben ser un fiel reflejo de lo que consideramos el problema o estado motivo de intervención enfermera. De esta forma, coincidirán, antes de intervenir, con los factores relacionados o de riesgo

del problema, o con las manifestaciones, las características definitorias del correspondiente diagnóstico NANDA. Al mismo tiempo, facilitarán la selección del cuidado o tratamiento que se va a utilizar para conseguir una evolución acorde con el objetivo planteado. Desde esa perspectiva, podemos afirmar que el criterio de resultados NOC, contribuye a la precisión del juicio clínico diagnóstico y terapéutico.

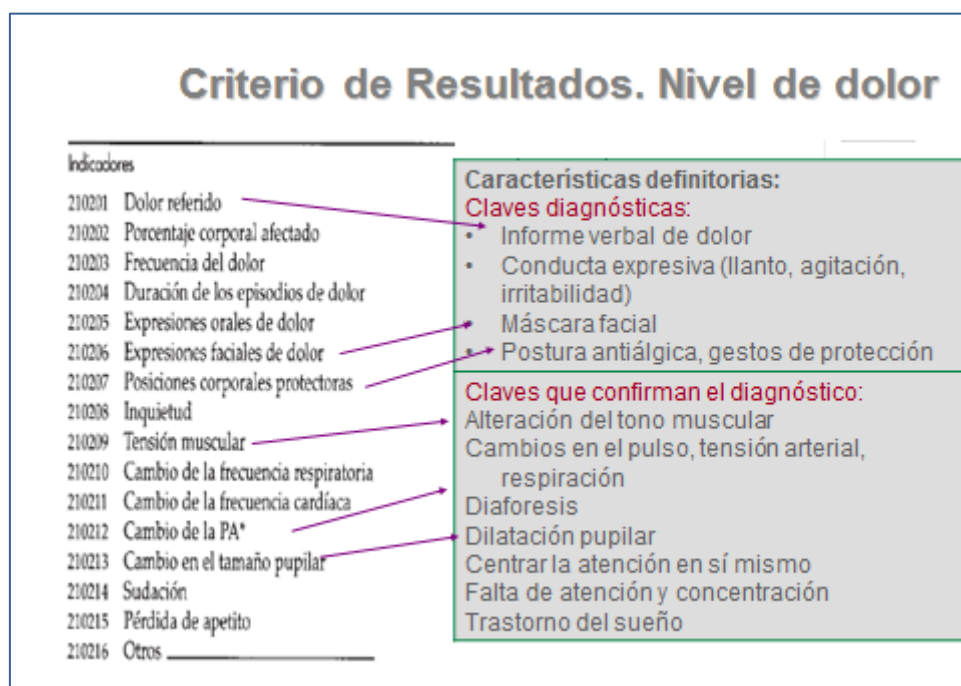


Figura 5.3: Correspondencia indicadores NOC con manifestaciones del diagnóstico Dolor agudo

La elección de un Resultado se hará siguiendo criterios relacionados con:

- las características del paciente, tanto personales (edad, sexo, valores, etc.) como relacionadas con el estado de su salud,
- los recursos de apoyo para la realización de los cuidados
- las preferencias del paciente
- las distintas opciones de tratamiento existentes

5.3 Elaboración del plan de acción. Órdenes de enfermería

A continuación de los objetivos se redacta el plan con las acciones a ejecutar.

El Plan de cuidados puede ser:

- **Individualizado**, el que responde a las necesidades exclusivas de un paciente concreto,
- **Estandarizado**, si lo que se pretende es especificar los cuidados enfermeros dirigidos a grupos de pacientes con necesidades comunes. (Kozier B, et al., 2005: 325)

El orden en la redacción de las acciones debe respetar las prioridades establecidas en la jerarquización. La acción se redactará siguiendo el patrón típico de las órdenes terapéuticas:

1º) **Verbo** exacto de la acción

2º) **Contenido**

3º) **Tiempo** de duración de la prescripción

4º) **Fecha**, y **firma** del profesional.

Al igual que ocurre con los objetivos, se ha desarrollado una clasificación que busca la normalización del lenguaje con el que se expresan las acciones profesionales y facilitar la prescripción de órdenes enfermeras.

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

Joanne McCloskey y Gloria M Bulechek promueven en 1987 la creación del Iowa Interventions Project que desarrolla la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions Classification). Esta clasificación define **Intervención de Enfermería** como *“todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”*. Podemos decir que una Intervención es un conjunto de **Actividades**, que a su vez son las

acciones concretas, específicas que se realizan con el paciente y que le ayudan a avanzar hacia los resultados de salud deseados.

Entre las Intervenciones se diferencian las **directas**, que son “*las que se aplican por relación directa con el paciente*”, de las **indirectas**, como “*un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes*”. Asimismo la clasificación incluye el concepto de **tratamiento puesto en marcha por la enfermera**, como aquella intervención iniciada por una enfermera en respuesta a un diagnóstico de enfermería, y un **tratamiento puesto en marcha por el médico**, que supone la intervención iniciada por éste en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por un profesional de enfermería en respuesta a una “orden del médico”. Este último concepto se amplía a tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados.

Las Intervenciones pueden tener distintos niveles de complejidad, pueden abarcar todas las competencias enfermeras y llevarse a cabo en todas las situaciones y contextos profesionales. Así mismo pueden ir dirigidas indistintamente a individuos, a familias o a comunidades.

La clasificación se agrupa en 7 campos (o dominios como figura en Johnson) y 30 clases. Los campos son:

- 1) *Fisiológico básico*: cuidados que apoyan el funcionamiento físico;
- 2) *Fisiológico complejo*: cuidados que apoyan la regulación homeostática;
- 3) *Conductual*: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida;
- 4) *Seguridad*: cuidados que apoyan la protección contra peligros;
- 5) *Familia*: cuidados que apoyan a la unidad familiar;
- 6) *Sistema Sanitario*: cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria;

7) *Comunidad*: cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

Cada intervención tiene un código único y puede clasificarse en uno o varias clases (Bulechek et al, 2009).

La información que la clasificación NIC proporciona de cada intervención incluye:

- a) **Etiqueta**: término o frase que identifica a la intervención.
- b) **Definición**: contenido de la intervención que está estandarizado.
- c) **Actividades**: acciones específicas que realiza la Enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Es el elemento operativo de la intervención.
- d) **Referencias bibliográficas**.

La NIC abarca intervenciones con distintos niveles de complejidad. Algunas básicamente describen habilidades o técnicas (1) que a su vez, están incluidas en otras de cuidados concretos (2) o en las que constituyen tratamientos completos de determinadas situaciones (3).

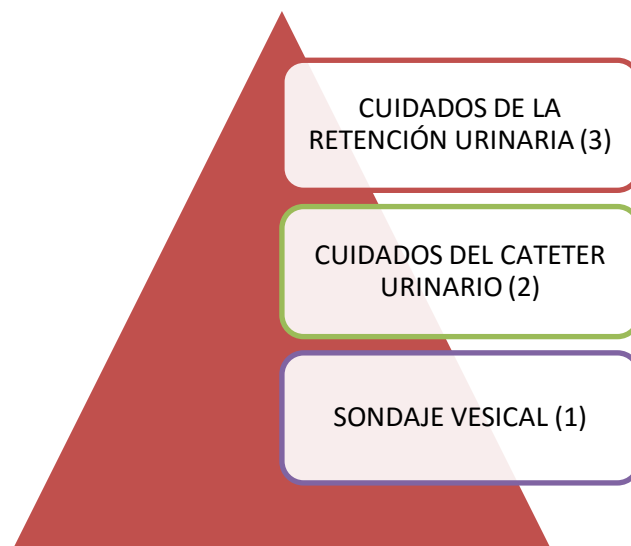


Fig. 5.4: Ejemplo de niveles de complejidad de la NIC

En otras ocasiones, varias intervenciones conforman una más compleja que constituye un tratamiento integral, como en el caso de los Cuidados de las úlceras por presión.

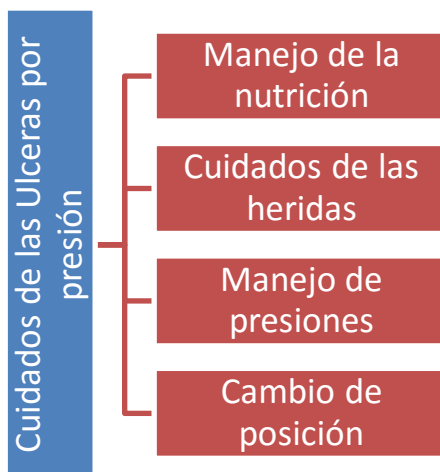


Fig. 5.5: Tratamiento enfermero integral

a) Manejo de la NIC

Partiendo de un *resultado (objetivo)*, se procede:

1º) Seleccionando, en un **campo** de la clasificación NIC, la *intervención* cuya **definición** describa mejor el tipo de tratamiento que permitirá alcanzar los resultados esperados.

2º) Se seleccionan las *actividades* que concreten la acción específica que se ejecutará para alcanzar el objetivo fijado. Es el elemento operativo de la intervención.

Los criterios que se deben seguir para seleccionar una Intervención son:

- **ligarlas a un criterio de resultado** y a los factores causales o a las características del diagnóstico;
- que la Intervención tenga un **buen fundamento** desde el punto de vista de la evidencia científica o al menos en el consenso de expertos;
- que tenga **viabilidad** su realización;
- que sea **aceptada por el paciente** y relacionada con sus características tanto personales como de salud;

- que la enfermera tenga la suficiente competencia y **cualificación profesional** para realizarla con garantías de éxito.

En la tabla 5.1 se presenta un ejemplo práctico del juicio terapéutico sobre el juicio diagnóstico de la tabla 4.4.

Tabla 5.1 Caso práctico: Juicio terapéutico	
I) Jerarquización de problemas	
Atendiendo exclusivamente a los problemas enfermeros y estableciendo la red de relaciones etiológicas, que derivan en un objetivo común, concluimos que el dolor es provocado por la presión continua sobre la región sacra que está formando una lesión ulcerosa en grado 1. En consecuencia el problema prioritario a tratar es la lesión cutánea que provoca el dolor y la línea de actuación será combatir la causa común que es la presión	
II) Establecimiento de objetivos (NOC)	
<u>Criterio de resultados:</u> Integridad tisular: piel y membranas mucosa	
<u>Indicador:</u> Eritema (Escala Likert: 2 a 5, en 7 días) ⁷	
III) Selección de acciones (NIC)	
<u>Intervención:</u> Prevención de úlceras por presión	
<u>Actividades:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colchón de presión alternante ➤ Cambios posturales cada 2 horas ➤ No aplicar masaje en la zona de lesión ➤ Evitar la fricción en la piel ➤ Eliminar la humedad excesiva en la pie 	

El criterio de resultados facilita la selección de la NIC adecuada. A través de los indicadores y su medida, comprobaremos la pertinencia y efectividad de la intervención.

⁷ El indicador *eritema* tiene asociado una escala Likert que de 1 a 5 se corresponden con las siguientes categorías: grave, sustancial, moderado, leve, ninguno. Al establecer objetivos se elige un descriptor que se corresponde al estado actual del paciente (2) y se propone alcanzar, en un tiempo concreto, el objetivo propuesto (5)

6. Ejecución

Es la puesta en marcha del plan de cuidados mediante acciones tendentes a alcanzar los resultados previstos. La actuación de enfermería consiste en ejecutar aquellas acciones que precisa el paciente para cambiar el efecto de un problema. El proceso de ejecución implica las actividades de:

1) **Actualizar los datos:** Se repasarán y se añadirán datos relativos a la salud del enfermo.

2) **Revisar el plan:** Debe de reajustarse el plan cuando varían las respuestas del paciente.

3) **Informar sobre las acciones a ejecutar:** Antes de comenzar una actividad hay que preparar al enfermo, informándole de las técnicas que se van a desarrollar, y para ello se utilizará un lenguaje comprensible y adaptado a su nivel cultural. El artículo 4.1 de la Ley 41 de 2002 *“los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma,...”*. Esta información se debe de *“proporcionar verbalmente dejando constancia por escrito en la historia clínica, comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”*. El titular del derecho a la información es el propio paciente o personas vinculadas a él, pero en este caso con su permiso expreso.

4) **Ejecutar las órdenes de enfermería:** Este apartado implica la auténtica puesta en marcha de la fase de ejecución y ello requiere una técnica escrupulosa para lo cual es preciso considerar los siguientes pasos:

- Preparación de la técnica, buscando para ello las ayudas adecuadas que permitan una ejecución rápida y segura.
- Compenetración del equipo, a fin de evitar retrasos y problemas de coordinación que provoquen técnicas peligrosas.

- Individualización del paciente, adaptando el plan, en la medida de lo posible, a las apetencias de él, y manteniéndole como centro de atención en todo momento.

Además de la habilidad técnica, el profesional de enfermería que esté ejecutando el plan de cuidados debe tener las habilidades cognitivas necesarias, como capacidad para la resolución de problemas, la toma de decisiones, de pensamiento crítico y de creatividad, Así mismo son imprescindibles habilidades interpersonales, relacionadas con la comunicación, el trabajo en equipo, la sensibilidad y el respeto hacia el otro.

La ANA ha publicado un *código ético* que obliga a las enfermeras a actuar (Adaptado de Alfaro, 2009: 120-1):

- ✓ Ejerciendo con respeto a la dignidad, valía e individualidad de cada persona
- ✓ Manteniendo el compromiso original con el paciente
- ✓ Manteniendo las relaciones con el paciente en el ámbito estrictamente profesional. No somos amigos del paciente.
- ✓ Garantizando unos cuidados seguros, efectivos, eficientes y éticos, colaborando con otros, pidiendo opiniones profesionales y delegando adecuadamente las tareas cuando sea necesario. Implicar al paciente en la toma de decisiones.
- ✓ Participando en el establecimiento, mantenimiento y mejora del entorno de los cuidados de salud.

5) **Valorar la respuesta del enfermo:** Esto requiere una recogida de datos sistemática y continua.

6) **Registrar la acción ejecutada y la reacción del paciente:** Es imprescindible registrar, por escrito, todos los actos realizados y sus consecuencias, si éstas se salen de lo habitual, a fin de transmitir esta información al resto de los miembros del equipo. Pero no sólo son importantes los aspectos profesionales, sino que existe una vertiente legal que hay que contemplar y que nos exige unos registros objetivos (evitando la subjetividad e

interpretaciones sobre los hechos), precisos, completos y oportunos (para lo cual se harán las anotaciones inmediatamente después de ocurrir los hechos, evitando posteriores interpretaciones y subjetividades). Recordar el adagio jurídico que dice "*Lo que no está escrito, no está hecho*".

6.1 Delegación de actividades

Un profesional puede actuar directa o indirectamente. Cuando se actúa indirectamente se hace a través de otra persona, que puede ser un profesional, el propio paciente, o un cuidador informal. En estos casos se produce un proceso de **delegación**, que Alfaro (2007:167) define como "*el traspaso a un individuo competente de la autoridad para hacer una tarea seleccionada en una situación seleccionada mientras se mantiene la responsabilidad de los resultados*". Esta definición implica que para delegar es preciso (Berman et al, 2012:229):

- 1º) Conocer las capacidades de la persona en quien se delega
- 2º) Elegir a la persona adecuada para cada tarea concreta
- 3º) No se delega nunca la responsabilidad completa sobre la asistencia al paciente, sino sobre la tarea concreta
- 4º) Requiere una dirección, comunicación y supervisión efectiva sobre las tareas delegadas.

7. Evaluación

La evaluación es un proceso de identificación del progreso, dirigido hacia la consecución de los objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente y la comparación con los objetivos fijados, concretamente midiendo la situación de los indicadores de los criterios de resultados previamente establecidos. Las discrepancias entre esos datos requiere la búsqueda del motivo de la misma, que se iniciará en un posible error en la ejecución de las acciones o con la aparición de nuevas situaciones que debían haber obligado al cambio de los objetivos a alcanzar, para ir ascendiendo en el proceso (acciones planificadas, objetivos propuestos, diagnósticos identificados o valoración inicial del paciente) hasta identificar la fase del proceso en el que se cometió tal error o se produjo el cambio, y proceder a la consecuente restauración del mismo.



Fig. 7.1: Evaluación como proceso continuo

La evaluación es el ejercicio en el que más se precisan las herramientas de pensamiento crítico, al ser imprescindible la humildad intelectual para llevar a cabo una reflexión crítica sobre nuestras decisiones y los resultados obtenidos. En este momento tiene un gran interés la conocida frase del filósofo Blaise Pascal cuando decía que *"la mayor parte de los errores de los médicos proviene de no malos raciocinios basados en hechos bien estudiados, sino de raciocinios bien establecidos basados en hechos mal observados"*, lo que traducido para cualquier profesional sanitario, y a la etapa del proceso enfermero que estamos analizando, nos indica en qué medida la evaluación de

los resultados obtenidos debe tener por objetivo todas las fases del proceso, al señalar el filósofo cómo en la elaboración de los juicios diagnósticos está la fuente de una gran cantidad de errores clínicos. Por tanto no nos detendremos en la evaluación de las técnicas terapéuticas aplicadas, sino que deberemos continuar, si esta primera reflexión da resultados positivos, cuestionándonos las técnicas prescritas y también los objetivos fijados; para concluir en el juicio diagnóstico donde se evaluarán los diagnósticos emitidos y también los datos en los que se han basado.

Si existe discrepancia entre los objetivos fijados y los datos actuales obtenidos en la nueva valoración de las respuestas del paciente, la fase de evaluación continúa con la modificación del plan, y solo se dará por concluido el proceso clínico cuando se hayan cumplido todos los objetivos.



Fig. 7.2: Proceso de evaluación

La fase de evaluación debe terminar siempre con un “informe de evaluación” que incluya una conclusión profesional de lo sucedido, basada, dicha conclusión, en los datos de evaluación obtenidos, pudiendo considerarse dicho informe como el alta del paciente del episodio de cuidados en que estaba inmerso, o como un informe de evaluación intermedia del citado episodio, si aún no ha concluido la total ejecución del plan de cuidados.

Por último señalar que el proceso de evaluación debe estar integrado en los programas de garantía de la calidad de la institución donde se estén prestando

los cuidados, en concreto para aportar datos de evaluación del proceso de cuidados enfermeros para cada uno de las tres componentes en los que se basa el análisis de la calidad asistencial: la estructura, los procesos y los resultados (Donabedian A, 1966).

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. 2ª ed, Barcelona: Doyma; 1992.

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.

Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed, 2ª reimp, Barcelona:Elsevier; 2007.

Alfaro-Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª ed., Barcelona: Elsevier-Masson, 2009.

Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed, 2ª reimp, Barcelona:Wolters Kluwer; 2014.

Benavent Garcés MA, Ferre Ferrandis E, Francisco Rey C. Fundamentos de enfermería. 2ªed, Madrid: DAE; 2005.

Berman AJ, Snyder S. Kozier y Erb. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. 9ª ed. Madrid: Pearson; 2012

Bickley LS, Szilagyi PS. Bates. Guía de exploración física e historia clínica. 11ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Willaims &Wilkins; 2013

Brito Brito PR. La precisión diagnóstica en Enfermería. Metas de Enferm., jul/ago 2012; 15(6): 59-64.

Bulecheck GM, Butcher HK, Mccloskey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3ª ed., Madrid: Elsevier, 2009.

Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica". 5ª ed., Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.

Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª ed., Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.

Clark J, Lang N. Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. Nursing Review [Internet].1992 [cited 2015 sep 09]; 39(4):109-112. Available from: <http://zv4fy5pr5l.scholar.serialssolutions.com/?sid=google&auinit=J&aulast=Clark&atitle=Nursing%27s+next+advance:+an+internal+classification+for+nursing+practice.&id=pmid:1517047>

Consejo Internacional de Enfermería. Principios Básicos de los cuidados de Enfermería. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1961. (Publicación científica; nº 57).

Diers, D. To Profess-To Be a Professional. J Nurs Adm. 1986; 16(3):25-30.

Diz Gómez J. Precisión de dos diagnósticos enfermeros relacionados con la terapéutica en atención primaria: incumplimiento del tratamiento y manejo inefectivo del régimen terapéutico [tesis] [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011 [citado 07 jul 2015]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22302/1/T33570.pdf>

Donabedian, A. Approaches to assessment What to assess. En: Evaluating the quality of medial care. Chicago:Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966. p. 167-70

Dorland: diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. 30ª ed., Madrid: Elsevier, 2005.

Elliot P. Sociología de las profesiones. Madrid: Tecnos, 1975.

Fernández Ferrín C, Garrido Abejar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería Fundamental, Barcelona: Masson; 1995. Serie Manuales de Enfermería.

Gallego Lastra, R. El poder de los tropos en la representación cognitiva de la profesión de enfermería: análisis comparativo de dos contextos: el hospital y el centro de salud [tesis] [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011 [citado 07 jul 2015]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14423/1/T33353.pdf>

González Anleo J. Las profesiones en la sociedad corporativa. En Fernández JL, Hortal A. "Ética de las profesiones". Madrid: Univ. Comillas, 1994; pp.: 21-34.

González González A. Diseño y cálculo de test estadísticos para ensayos clínicos y de laboratorio. Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense; 1989.

Gordon M. Diagnóstico de enfermería. Proceso y Aplicación. 3ª ed., Madrid: Mosby - Doyma Libros; 1996.

Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed., Barcelona: Elsevier, 2003.

Harmer B. Tratado de Enfermería Teórica y Práctica. 3ª ed. México, DF: La Prensa Médica Mexicana; 1975.

Henderson V, Nite G. Enfermería teórica y práctica. I. Papel de la enfermera en atención primaria. 3ª ed. México D.F.: La Prensa Médica Mexicana; 1987

Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

Herdman TH, Kamitsuru S, editoras. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed., Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1997.

Jensen S. Valoración de la salud en enfermería. Una guía para la práctica. Madrid: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, D.L.; 2012.

Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y los diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed, Barcelona: Elsevier, 2012

Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ª ed, Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.

Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder SJ. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ªed, Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 2005

Laín Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE número 274 de 15 de noviembre de 2002) [Internet] [citado 11 may 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

Luis Rodrigo MT. Diagnóstico de enfermería: un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Doyma; 1993.

Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C Y Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed., Barcelona: Masson; 2005.

Lunney M. Accuracy of nursing diagnoses: Concept development. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications [Internet].1990 [cited 2015 sep 11]; 1:12-17. Available from: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1744-618X.1990.tb00227.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED

Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011.

Marriner-Tomey A, Alligood MR: Modelos y teorías de enfermería, 6ª ed., Madrid: Elsevier Science, 2007.

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed., Madrid: Elsevier, 2009.

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed., Barcelona: Elsevier, 2014.

Parsons T. El sistema social, 2ª ed. Madrid: Revista de occidente; 1976.

Paul R, Elder L. La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas. Fundación para el pensamiento crítico, 2003 [citado 18 may 2015]. Disponible en: <http://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>

Paul R, Elder L. Lectura crítica. Eduteka, 2003 [citado 18 may 2015]. Disponible en: <http://www.eduteka.org/pdfdir/LecturaCritica.pdf>

Potter PA, Perry AG. Stockert P, Hall A: Fundamentos de enfermería. 8ª ed., Barcelona: Elsevier, 2014.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [internet]. 23ª ed., Madrid: Real Academia Española; 2014 [citado 19 may 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/>

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (BOE número 225 de 16 de septiembre de 2010) [Internet] [citado 11 may 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>

Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Benedict GW. Manual Mosby de exploración física. 5ª ed., Madrid: Elsevier, 2003.

Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. La entrevista clínica de valoración inicial. Principios de calidad. Hygia 2008; 68: 25-30.

Ugalde M, Rigol A. Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson; 1995.

Wilensky HL. The Professionalization of everyone? Am J. Sociol. 1964;70: 137-58