

ANEXO. TEMA 5

METODOLOGÍA DE CUIDADOS. EL PROCESO ENFERMERO: CARACTERÍSTICAS, ORÍGENES, EVOLUCIÓN Y FASES. VALORACIÓN. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

1. Introducción. 2. Concepto y fases del proceso de enfermería. 3. Estrategias de pensamiento crítico aplicadas a la resolución de problemas. 4. Valoración. 5. Diagnóstico. 6. Planificación. 7. Ejecución y evaluación.

1. INTRODUCCIÓN

En la década de 1950 se propone a los profesionales de enfermería un método para la toma de decisiones clínicas, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). 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. En 1967 Yura y Walsh publicaron el primer texto que describía el proceso en cuatro 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*.

2. CONCEPTO Y FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Los seres humanos tomamos decisiones constantemente para resolver problemas cotidianos (el transporte para ir al trabajo, la ropa que nos ponemos, la dieta que elegimos, etc.), para lo que nos sirve el sentido común. El profesor González recordaba que la ciencia está para resolver los problemas que no resuelve el sentido común. Sólo cuando éste se ve superado, acudimos a expertos que aporten su saber para cubrir necesidades que no somos capaces de resolver.

Los problemas complejos a los que se enfrentan esos expertos requieren de la seguridad y eficacia que proporciona un proceso sistemático para tomar decisiones basadas en juicios racionales sobre la realidad que analizan. Marjory Gordon definió el PAE como un “*método de identificación y resolución de problemas*”. Berman *et al.* lo definen como “*un método racional y sistemático de planificación y provisión de asistencia de enfermería individualizada*”. Método es un término que procede del griego *meta-* a través o más allá, y *odos-* camino, sendero, y que en sentido estricto no es otra cosa que un camino. Por método se entiende una secuencia de pasos que proporciona cierta sistemática a la toma de decisiones. Algunos autores se han referido a él 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, que recuerdan el primer proceso trifásico: “propósito, organización y flexibilidad”:

- **Propósito:** dotar al profesional de una estructura para poder prestar atención e identificar las respuestas del sujeto.
- **Organización:** la estructura que tiene el proceso enfermero en la que se puede ver un orden y una secuenciación en etapas que, a su vez, muestran una organización interna en fases.
- **Flexibilidad:** para que el proceso pueda ser utilizado en cualquier situación de atención de enfermería, es decir, que permita ser empleado cuando el sujeto de los cuidados es una persona o si es una comunidad, y sea útil para la prestación de cuidados en todos los niveles de salud.

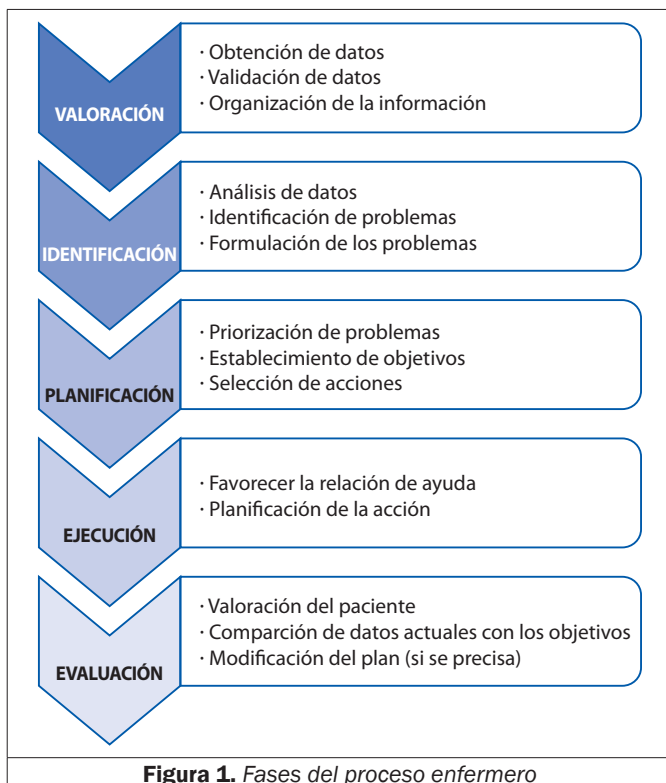
Esta idea del proceso enfermero no deja de ser una imprecisión, ya que el método científico tiene por misión

producir conocimiento científico dando explicación a problemas teóricos que surgen en el seno de una ciencia. Que haya similitudes en el proceso que siguen ambos métodos de análisis no los convierte en equivalentes, puesto que el proceso enfermero resuelve problemas prácticos de la actividad profesional.

La sistemática de este método consiste en una secuencia de etapas (Figura 1):

1. **Valoración** de los signos y síntomas del paciente,
2. **Identificación** de los problemas que son específicos de nuestra competencia (*diagnósticos*).
3. **Planificación** de las mejores estrategias para atender el problema planteado.
4. **Ejecución** experta de las técnicas precisas.
5. **Evaluación** de los resultados obtenidos tras la acción profesional.

Estas fases inicialmente se han denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Más adelante algunos autores prefirieron denominarlo Proceso de Enfermería por ser atención un término redundante, ya que atender al paciente es la función propia de la enfermería. En la actualidad se habla de Metodología Enfermera o Metodología de los cuidados, denominaciones que buscan evitar la imagen de un proceso mecánico que consista en la simple reproducción de unas rutinas de registro de actividades ya realizadas, incorporando herramientas de pensamiento crítico que pretendan hacer más amplio, profundo y fiable el análisis de la información y la emisión de juicios clínicos.



3.

ESTRATEGIAS DE PENSAMIENTO CRÍTICO APLICADAS A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Alfaro define el pensamiento crítico como “la habilidad para centrar el pensamiento en la obtención de los resultados necesarios”. Esta autora establece una distinción entre el pensamiento y el pensamiento crítico, y es el propósito y el control. *Pensar* se refiere a cualquier actividad mental, aunque sea inconsciente o rutinaria. *Pensamiento crítico* es controlado y con un objetivo, usando estrategias razonadas para obtener los resultados requeridos.

También el *Diccionario de la Real Academia* considera que “el pensamiento crítico se centra en metas en lugar de en procesos o tareas”. El pensador crítico identifica y desafía las suposiciones, considera lo que es importante en una situación, imagina y explora las alternativas, aplica la razón y la lógica y, de este modo, toma decisiones informadas.

Para Paul y Elder 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.

3.1. 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 necesario 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 las nuestras.
- **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.

3.2. Pensamiento crítico y juicio clínico enfermero

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. Un **juicio** es una opinión o un dictamen sobre algo. Un profesional ha de dictaminar basado en un conocimiento experto formal que le confiere autoridad en la materia. Actualmente también se habla de **juicio clínico enfermero** para designar los dictámenes que una enfermera 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 *juicio terapéutico*, cuya meta es proporcionar los cuidados necesarios para la resolución de los problemas. Alfaro 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 supone mayor probabilidad de que el juicio sea cierto.

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, es posible obtener una imagen más aproximada del conjunto.
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. Combinando esos dos conceptos se puede definir el **proceso enfermero** como “*la competencia de pensamiento crítico que emplea la enfermería para realizar juicios clínicos y promover acciones basadas en la razón*”.

4. 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*”. Va dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permiten conocer y analizar lo que realmente le sucede al individuo, familia o comunidad que se estudia con relación a la salud. Para cumplir su objetivo es necesario que este proceso incluya, no sólo la obtención de datos, sino también la validación y organización de los mismos.

4.1. Obtención de datos

La obtención de información exige un método para la recogida de datos que es el examen clínico. Los distintos tipos de datos imponen diferentes técnicas de obtención y análisis de la información.

- **Dato** se define como “*información específica que se obtiene de un usuario*”, y puede ser de dos tipos:
- **Objetivos:** se denominan **signos** y son medibles, obteniéndose mediante la objetivación a través de instrumentos de medida o la observación del profesional.
- **Subjetivos:** se conocen como **síntomas** y son provocados por apreciaciones del paciente y no pueden ser objetivados y, por tanto, medidos con escalas cuantitativas. La información procede de dos tipos de **fuentes:**
- **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.
- **Indirectas o secundarias:** los familiares del paciente, el equipo sanitario, el expediente, bibliotecas (libros), hemerotecas (revistas, documentos, artículos) y todos los datos previamente elaborados.

Examen clínico

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

- **Entrevista clínica** o anamnesis.
- **Exploración física** (vista-inspección; tacto-palpación; oído-auscultación; olfato-olfacción).
- **Exploraciones complementarias** (datos de laboratorio; diagnóstico por la imagen; electrocardiografía; etc.).

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 se puede realizar una valoración focalizada para profundizar en el conocimiento de aspectos específicos del paciente (dolor, sueño, respiración, etc.).

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. Se habla también de **anamnesis** 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:

- Permite a la enfermera adquirir información específica, necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- Facilita la relación enfermera-paciente creando una oportunidad de diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos.
- 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 es imprescindible atender a tres factores:

- **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.

- **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, lo que 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.

- **Técnicas de entrevista:** las técnicas más utilizadas por la enfermera son las verbales. Se debe comenzar con preguntas abiertas que permitan 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 mayor facilidad. Y así, mientras las palabras van en un sentido, la expresión puede transmitir desinterés, sentimiento de superioridad, desagrado, prisa, desconfianza, etc.

A. 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 el siguiente:

- **Inicio:** es la fase de presentación, para lo que 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 van 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; este hecho permite transmitir confianza en el paciente y comenzar a abordar los temas principales de la entrevista.

- **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 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...”.

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

- **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.

4.2. Validación de datos

La validación consiste en el acto de verificar los datos obtenidos. Las tareas que implica la validación son las siguientes:

- Garantizar que la información es *completa*.
- Certificar que los datos objetivos y subjetivos son *coherentes* entre sí.
- Obtener información adicional.
- Diferenciar entre un *dato* y una *inferencia* (interpretaciones o conclusiones basadas en los datos).
- Evitar conclusiones precipitadas.

Por tanto, la validación debe garantizar que los datos que se obtienen y se dan por válidos son completos y objetivos y no consisten en conjeturas y conclusiones fallidas basadas en datos parciales, para lo que es de gran ayuda las técnicas de pensamiento crítico.

4.3. Organización de los datos

Una vez verificado cada dato es necesaria su *organización*, que permitirá centrar los juicios en categorías específicas de la ciencia en la que se fundamenta el ejercicio profesional. Este proceso es definido por Alfaro como “*agrupar los datos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad*”. Tradicionalmente la enfermería ha organizado la información según un esquema que tiene a los órganos o sistemas morfofuncionales como categorías clasificatorias y que permite reconocer y explicar los síntomas del paciente como alteraciones de esas estructuras.

Los modelos teóricos de enfermería suelen proponer un **modelo de valoración** específico con el que analizar la situación clínica del paciente desde su perspectiva teórica, que comporta un esquema o patrón de organización de datos que facilita el análisis desde la perspectiva del modelo teórico de base.

Valoración de enfermería

En la actualidad los dos modelos de valoración más reconocidos y difundidos en nuestro entorno clínico son las necesidades humanas fundamentales de Virginia Henderson y los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Son dos esquemas que abarcan la totalidad del ser humano permitiendo su valoración y posterior análisis como un ser biopsicosocial.

A. Necesidades humanas fundamentales

Virginia Henderson define a la *persona* como un todo complejo compuesto de **14 necesidades** (Tabla 1). Pero valorar tomando como base este sistema teórico es más que agrupar los datos obtenidos en unas categorías peculiares que diferencian a los enfermeros de los médicos. Implica que un ser humano es *independiente* para cubrir estas 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 independiente, y surge así un estado de **dependencia** que justifica la intervención de enfermería.

Luis *et al.* proponen considerar las conductas que promueven y mantienen la integridad o totalidad de la persona y los denominan *manifestaciones de independencia*, y también aquéllas que son inapropiadas debidas a la falta de fuerza, conocimiento o voluntad, a las que denominan *manifestaciones de dependencia*. Cuando los datos no se ajustan a estas dos categorías acuñan una nueva que son los *datos que deben considerarse*, e incluye:

- Datos necesarios para la prescripción de intervenciones propias.
- Datos que señalan la presencia de un *problema de autonomía* (necesidad no adecuadamente satisfecha por incapacidad física o intelectual y carencia de un cuidador capacitado; en estos problemas sólo es posible la suplencia de las actividades requeridas).
- Datos susceptibles de ser tratados por otro profesional.

A los *problemas de autonomía*, Luis *et al.* los denominan *diagnósticos de autonomía* y con ellos no se debe de utilizar la nomenclatura NANDA para su formulación ya que no son respuestas humanas que la enfermera pueda modificar, como sí ocurre con los *problemas de dependencia* que denominan *diagnósticos de independencia* que coinciden

con la definición de diagnóstico enfermero de la NANDA y se formulan según su nomenclatura.

Estas necesidades, comunes a todos los seres que atiende la enfermera, presentan unos **factores modificadores**, *permanentes* unos como son: edad, cultura, situación social, temperamento y capacidad física e intelectual, y otros *ocasionales* dependientes de la enfermedad que aqueja al paciente; factores éstos que es preciso valorar para tener un conocimiento completo de la persona y que permiten verla como un todo único e irrepetible.

B. Patrones funcionales de salud

Marjory Gordon describió los patrones funcionales de salud por primera vez a mediados de la década de los años setenta y los definió como “*una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo*”.

Los patrones funcionales de salud son **once** y describen todas las áreas que comprende el ser humano (Tabla 2). Son la expresión de la integridad psicosocial de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua. 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:

- Los datos de referencia del **individuo**.
- Las normas estadísticas para su **grupo de edad**.
- 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 validar todos los datos, asumir que siempre están sometidos a cambios y no recoger datos superfluos.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Respirar normalmente 2. Comer y beber adecuadamente 3. Eliminar por todas las vías corporales 4. Moverse y mantener posturas adecuadas 5. Dormir y descansar 6. Escoger ropa adecuada 7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel 9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones 11. Rendir culto según sus propias creencias 12. Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal 13. Jugar y participar en actividades recreativas 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes
<p>Tabla 1. Necesidades humanas fundamentales (Virginia Henderson)</p>

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

Tabla 2. Patrones funcionales de salud (Marjory Gordon)

Valoración con patrones funcionales de salud1
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 disminuye 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 (10 minutos) recuperan el color normal de la piel todos los eritemas, excepto en el sacro
Patrón 2. Nutricional-metabólico
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-perceptual
Dolor en la región sacra que cede al aliviar la presión en la zona con los cambios posturales
<i>Nota: 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</i>

Tabla 3. Ejemplo de valoración con patrones funcionales de salud

Gordon 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”*.

El patrón disfuncional, por tanto, se expresa en forma de diagnósticos de enfermería (ejemplo de valoración en Tabla 3).

5. DIAGNÓSTICO

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.

Vera Fry, en 1953, fue la primera enfermera en mencionar el diagnóstico como un paso más en el proceso enfermero. Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, profesoras de la Escuela de Enfermería de San Louis, Missouri, EE.UU., 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 EE.UU. 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 trans-

formó 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 sólo han impulsado la creación de la clasificación de los diagnósticos, sino que se han desarrollado clasificaciones de los resultados y las intervenciones de enfermería, completando así el espectro competencial profesionales y favoreciendo la comunicación, la transmisión sistemática de información y la identificación de vacíos de conocimiento de la disciplina enfermera (Luis et al.).

La NANDA definió el **diagnóstico enfermero** en 1990, y con posterior modificación en 2009, como *“un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que es responsable la enfermera”*. De esta definición podemos concluir que el concepto diagnóstico se asienta 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 un problema de salud cuya **resolución completa** se consigue mediante intervenciones de enfermería.

La NANDA presentó ante la OMS su clasificación con la intención de obtener el reconocimiento de los diagnósticos enfermeros y que los incluyese en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se rechazó esta posibilidad argumentando que los diagnósticos enfermeros no son enfermedades, pero se instó a la enfermería a adaptar su clasificación a los criterios taxonómicos de la OMS para ser incluidos en una clasificación de otras situaciones relacionadas con la salud. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) asumió el reto y en 1991 inició el desarrollo de 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 que la NANDA, al incluir para cada fenómeno (diagnóstico de enfermería) unas acciones de enfermería pertinentes (intervenciones) y unos resultados esperados. En el mundo existen más clasificaciones de los diagnósticos enfermeros, como la clasificación de diagnósticos de enfermería comunitaria *Omaha Classification System* (OCS), o la *Home Health Care Classification* (HHCC) pero en este capítulo se analizará esta fase diagnóstica sobre la más implantada, tanto a nivel nacional como internacional, la NANDA.

5.1. Diferencias entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico

Las diferencias existentes entre un diagnóstico médico (DM) y uno de enfermería (DE) 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 (por ejemplo: dolor agudo/infarto agudo de miocardio). Las diferencias entre el DM y el DE se resumen en la Tabla 4.

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. Diferencias entre un diagnóstico médico y un diagnóstico enfermero

5.2. Clasificación de los diagnósticos NANDA

En la III Conferencia se constituye el “Grupo de Enfermeras Teóricas”, 14 en total, que dirigidas por Callista Roy elaboran la **Taxonomía I**. 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 XIII 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:

- **Estructura multiaxial** con siete ejes según los cuales será descrito un diagnóstico para su propuesta de adición o de modificación (Tabla 5).

Eje 1. Núcleo 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 (real, de riesgo, de promoción de la salud, etc.)

Tabla 5. Estructura multiaxial de la Taxonomía II de la NANDA

- **Trece dominios** basados en los patrones de salud, y cada uno subdividido en clases, que sustituyen a los patrones de respuesta humana (Tabla 6).

Dominio 1. Promoción de la salud
Dominio 2. Nutrición
Dominio 3. Eliminación e intercambio
Dominio 4. Actividad/reposo
Dominio 5. Percepción/cognición
Dominio 6. Autopercepción
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

Tabla 6. Dominios de la Taxonomía II de la NANDA

5.3. 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.

- **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.
- **Referencias bibliográficas:** se incluye bibliografía para los diagnósticos nuevos y revisados desde la edición 2012-2014.

5.4. Diagnósticos de enfermería y otros problemas de salud identificados por el profesional de enfermería

Las situaciones que dan lugar a identificar problemas de salud que la enfermería puede resolver de manera autónoma son variadas y tomándolas como base, la NANDA diferencia cuatro tipos de diagnósticos de enfermería. Precisamente esa variabilidad en las situaciones a las que se enfrenta la enfermera hace que su juicio clínico no se circunscriba a 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).

- **Diagnóstico real:** describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. A veces estos diagnós-

ticos son mencionados como diagnósticos “problema”. Incluyen en su propuesta: por 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 núcleo diagnóstico.

- **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. Debe incluir las características definitorias como requisito para la presentación de una propuesta.
- **Diagnóstico de salud (bienestar):** la NANDA-I, en el Comité de Expertos en 2009, ha eliminado este tipo de diagnóstico, ya que su campo de interés está en el diagnóstico enfermero de Promoción de la salud, y todos los diagnósticos de salud se han convertido en diagnósticos de Promoción de la salud.
- **Diagnóstico de riesgo (potencial):** juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en un individuo, familia, grupo o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Su propuesta debe incluir factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
- **Síndrome:** juicio clínico que describe un grupo específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se abordan mejor juntos mediante intervenciones parecidas. 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.
- **Problemas interdisciplinarios o de colaboración:** en 1984 Carpenito acuñó el término de problemas interdisciplinarios para referirse a *“ciertas complicaciones fisiopatológicas que las enfermeras controlan para detectar apariciones o cambios de estado. Las enfermeras manejan los problemas interdisciplinarios utilizando actuaciones prescritas por el médico y actuaciones prescritas por la enfermera para minimizar las complicaciones”*. En términos similares se expresan Luis et al. 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”*. En ambos casos la forma de identificarlos es anteponiendo la frase “complicación potencial”, o mejor su contracción “CP o PC”, seguido del problema fisiopatológico correspondiente.

5.5. 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 el acrónimo **“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

- **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 r/c Factores relacionados m/p Característica definitorias

- **Enunciado de dos partes:** se utiliza para designar los diagnósticos 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 r/c Factores de riesgo

- **Enunciado de una parte:** se enuncian exclusivamente con la etiqueta los diagnósticos de bienestar o de promoción de la salud y los síndromes.

Los diagnósticos de bienestar, o de promoción de la salud, deben enunciarse con una etiqueta propuesta en la clasificación (por ejemplo, disposición para mejorar la lactancia materna, disposición para mejorar el proceso de maternidad), precedido por la expresión “disposición para mejorar...”. El enunciado “potencial de mejora...” era utilizado con la Taxonomía I y quedó descartada al aprobarse la Taxonomía II.

Disposición para mejorar + Etiqueta

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:

- Identificar el factor etiológico del síndrome.
- Valorar todos los diagnósticos enfermeros descritos en el síndrome actualmente.
- Incluir todos los problemas en el desarrollo de un plan de cuidados.

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:

1. Se selecciona el diagnóstico cuya **etiqueta** mejor sugiera la alteración que aqueja al paciente.
2. Se comprueba que la **definición** describe perfectamente dicho estado.
3. Se elige un **factor relacionado** en caso de diagnóstico real, o **de riesgo** si es potencial. Es importante asegurar que las etiologías seleccionadas permitan la actuación independiente del profesional de enfermería para modi-

ficar su efecto. De no ser así se estaría ante un problema de colaboración.

4. 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.

En la Tabla 7 se recoge un decálogo con directrices generales, propuestas por Iyer, para evitar errores frecuentes en la formulación de los diagnósticos. En la Figura 2 se representa el árbol de decisiones que permite realizar el **juicio diagnóstico** basado en la organización de datos con sistemas morfofuncionales; la organización por patrones funcionales de salud o por necesidades fundamentales sigue el mismo esquema. Como ejemplo práctico, se resuelve en la Tabla 8 el juicio diagnóstico del caso práctico presentado en la Tabla 3.

<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Tabla 7. Recomendaciones para la correcta formulación de diagnósticos de enfermería</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
I) Análisis de datos
<ul style="list-style-type: none"> · <i>Patrón 1:</i> disfuncional por patología de base · <i>Patrón 2:</i> disfuncional por eritema inflamatorio en región sacra. Los eritemas en occipucio, región escapular y talones son reactivos a la presión, no inflamatorios · <i>Patrón 4:</i> disfuncional por inmovilidad · <i>Patrón 6:</i> disfuncional por dolor
II) Identificación de problemas
<ul style="list-style-type: none"> · <i>Patrón 1:</i> problema dependiente (ACVA) sometido a tratamiento médico y, en su caso, fisioterapia para la rehabilitación precoz · <i>Patrón 2:</i> problema enfermero (deterioro de la integridad cutánea); etiología (inmovilidad física); signo (alteración de la superficie de la piel) · <i>Patrón 4:</i> problema de colaboración (inmovilidad) · <i>Patrón 6:</i> problema enfermero (dolor); etiología (agente lesivo: hipoxia); síntoma (manifestación de la paciente)
III) Formulación de problemas¹
<ul style="list-style-type: none"> · Deterioro de la integridad cutánea r/c presión continua m/p eritema cutáneo · Dolor r/c presión continua m/p quejas del paciente
¹ Centrado exclusivamente en los diagnósticos enfermeros
Tabla 8. Ejemplo de juicio diagnóstico enfermero

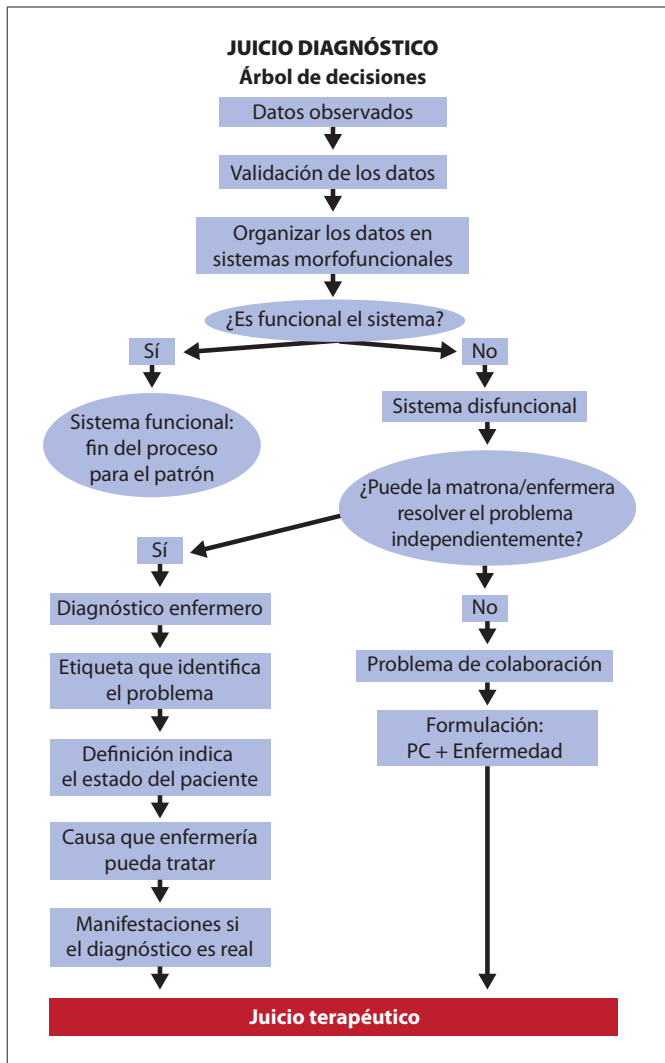


Figura 2. Árbol de decisiones para realizar un juicio diagnóstico

circunstancias, tiene poca precisión. Alfaro 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; 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.).

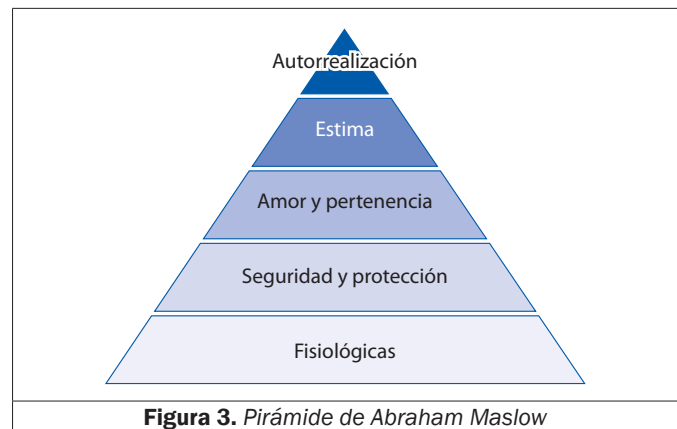


Figura 3. Pirámide de Abraham Maslow

6. PLANIFICACIÓN

Consiste en el desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el juicio diagnóstico. Prescribir los cuidados implica los tres pasos esenciales que se explican seguidamente.

6.1. 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 para ordenar las prioridades, pero es un sistema que, en determinadas

6.2. Objetivos

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.). Son la referencia que se establece para evaluar los resultados obtenidos tras la acción terapéutica.

Tipos de objetivos

Los objetivos pueden atender a distintas finalidades, y en función de ellas desarrollar su clasificación. 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 aconseja diferenciar dos tipos de objetivos:

- **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 define los **objetivos del paciente** como “*enunciados que describen una conducta mensurable del cliente, familia o grupo, que denota un estado favorable (modificado o mantenido) después de haberse puesto en práctica un cuidado de enfermería*”.

- **Objetivos de la enfermera** para los *problemas de colaboración*, centrándose en las acciones que ha de realizar ésta para mantener o controlar el problema de colaboración, pero una vez se produzca, 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 divide los objetivos en función de tres dominios relacionados con las competencias del paciente:

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

Benavent *et al.* elaboran varias clasificaciones atendiendo a distintos ejes:

- **Tipo de acción o cambio que expresa:**
 - **Restituto:** resolución de un problema real, restableciendo el nivel de salud y bienestar previo.
 - **Mantenimiento:** control de 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.
- **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.
- **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.* llaman *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 centra en la acción de la enfermera y expresa lo que ella debe hacer para conseguir el cambio en el problema que recoge el diagnóstico. No es necesario que estos objetivos se registren, ya que al ser acciones, y estas mismas figurar en la planificación, serían reiterativos.

- **Tipo de modificación del comportamiento del sujeto que se espera obtener:** corresponden exactamente a la clasificación de Alfaro: afectivos, cognitivos y psicomotores.

Formulación de objetivos

Para plantear adecuadamente un objetivo se han de cumplir los siguientes requisitos:

- Centrarse en el paciente.
- Ordenarse según prioridades de los problemas diagnosticados.
- Ser realistas y alcanzables.
- Formularse en términos de conducta observable (mensurables).

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

1. Descripción en **términos mensurables** del estado que se pretende alcanzar, lo que se logra iniciando la frase con verbos en infinitivo de acciones fácilmente medibles (manifestar, identificar, realizar, mostrar una disminución de..., administrar, etc.).
2. 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?”.
3. 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 (por ejemplo, recuperar la movilidad del paciente) o centrarse en resultados concretos (como caminar 200 m con una frecuencia cardíaca 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 éstos 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*).

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. La clasificación agrupa los resultados en siete dominios:

1. Salud funcional (describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida).
2. Salud fisiológica (determinan el funcionamiento orgánico).
3. Salud psicosocial (describen el funcionamiento psicológico y social).
4. Conocimiento y conducta en salud (detallan 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 (determinan 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).

Cada criterio de resultados incluye:

- Una **etiqueta** que identifica el resultado.
- Una **definición**, que describe con cierta amplitud la respuesta que se pretende alcanzar.
- 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”.
- Una **escala Likert** de cinco puntos en la que el 1 refleja la peor puntuación posible para el resultado y el 5 la más deseable.
- 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:

1. 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.
2. Se eligen los **indicadores** que describan las respuestas 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.
3. De cada indicador se escogen dos **puntuaciones** en la escala Likert:
 - La *primera* identifica el estado actual del paciente.
 - La *segunda* es el estado del paciente que la enfermera se propone alcanzar, es decir, el objetivo final.

6.3. Elaboración del plan de acción. Órdenes de enfermería

A continuación de los objetivos, se redacta el plan con las acciones a ejecutar. El orden en la redacción debe respetar las prioridades establecidas en la jerarquización. La acción se redactará siguiendo el patrón típico de las órdenes terapéuticas:

1. **Verbo** exacto de la acción.
2. **Contenido**.
3. **Tiempo** de duración de la prescripción.
4. **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”. Entre ellas 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 iniciado por el médico**, que supone la intervención comenzada por éste como medida 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.

La clasificación se agrupa en siete campos (o dominios como figura en Johnson) y 30 clases y 486 intervenciones. Los campos son:

- **Fisiológico básico** (cuidados que apoyan el funcionamiento físico).
- **Fisiológico complejo** (cuidados que apoyan la regulación homeostática).
- **Conductual** (cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida).
- **Seguridad** (cuidados que apoyan la protección contra peligros).
- **Familia** (cuidados que apoyan a la unidad familiar).
- **Sistema sanitario** (cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria).
- **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.*). Cada intervención consta de:

- **Etiqueta:** término o frase que identifica a la intervención.
- **Definición:** contenido de la intervención que está estandarizado.
- **Actividades:** acciones específicas que realiza el personal de 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.
- **Referencias bibliográficas.**

A. Manejo de la NIC

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

1. Seleccionando, en un **campo** de la clasificación NIC, la *intervención* cuya **definición** describa mejor el tipo de tratamiento que permitirá alcanzar los resultados esperados.
2. Se eligen las *actividades* que concreten la acción específica que se ejecutará para alcanzar el objetivo fijado. Es el elemento operativo de la intervención.

En la Tabla 9 se presenta un ejemplo práctico del juicio terapéutico del caso iniciado en la Tabla 3.

PLANIFICACIÓN
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)
<ul style="list-style-type: none"> • Criterio de resultados: integridad tisular: piel y membranas mucosa • Indicador: eritema (escala Likert: 2 a 5, en 7 días)¹
III) Selección de acciones (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> • Intervención: prevención de úlceras por presión • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Colchón de presión alternante - Cambios posturales cada 2 h - No aplicar masaje en la zona de lesión - Evitar la fricción en la piel - Eliminar la humedad excesiva en la piel
¹ 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)
Tabla 9. Ejemplo de juicio terapéutico enfermero

7.

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

7.1. Proceso de ejecución

Es la puesta en marcha del plan de cuidados mediante acciones tendentes a cubrir los objetivos. 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:

- **Actualizar los datos:** se repasarán y se añadirán datos relativos a la salud del enfermo.
 - **Revisar el plan:** debe de reajustarse el plan cuando varían las respuestas del paciente.
 - **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 41/2002 indica que *“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 indicar que *“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.
 - **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.
- La ANA ha publicado un *código ético* que obliga a las enfermeras a actuar:
- 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.
- **Valorar la respuesta del enfermo:** lo que requiere una recogida de datos sistemática y continua.
 - **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).

7.2. Delegación de actividades

Un profesional puede actuar directa o indirectamente. Cuando lo hace indirectamente se lleva a cabo mediante 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 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.):

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

7.3. Proceso de 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. Las discrepancias entre esos datos requieren la búsqueda del motivo de la misma, que se iniciará en un posible error en la ejecución de las acciones, para ir ascendien-

do 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, y proceder a la consecuente restauración del mismo

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 se está analizando, 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 hay que detenerse en la evaluación de las técnicas terapéuticas aplicadas, sino que se debe continuar, si esta primera reflexión da resultados positivos, cuestionando las técnicas prescritas y también los objetivos fijados; para concluir en el juicio diagnósticos 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 sólo se dará por concluido el proceso clínico cuando se hayan cumplido todos los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5.ª ed., Barcelona. Elsevier, 2007.
- Alfaro-Lefevre R. *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. 4.ª ed. Barcelona. Elsevier-Masson, 2009.
- Bajo JM, Melchor JC, Merce LT. *Fundamentos de obstetricia* (SEGO). Madrid. Gráficas Marte-Grupo ENE, 2007.
- Benavent Garcés MA, Ferre Ferrandis E, Francisco Rey C. *Fundamentos de enfermería*. 2.ª ed. Madrid. DAE, 2005.
- Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. 9.ª ed. Madrid. Pearson, 2012.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey JC. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 3.ª ed. Madrid. Elsevier, 2009.

- Carpenito LJ. *Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. 9.ª ed. Madrid. McGraw-Hill Interamericana, 2003.
- Consejo Internacional de Enfermería. *Principios Básicos de los cuidados de Enfermería*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1961. (Publicación científica, n.º 57).
- Elliot P. *Sociología de las profesiones*. Madrid. Tecnos, 1975.
- 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*. 3.ª ed. Madrid. Mosby-Doyma Libros, 1996.
- Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.ª ed. Barcelona. Elsevier, 2003.
- Herdman TH, editor. *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2013*. Madrid. Elsevier, 2013.
- Hernández-Conesa JM, Moral Calatrava P, Esteban-Albert M. *Fundamentos de enfermería. Teoría y método*. 2.ª ed. Madrid. McGraw-Hill, 2003.
- Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3.ª ed. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana, 1997.
- Jensen S. *Valoración de la salud en enfermería. Una guía para la práctica*. Madrid. WoltersKluwer/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*. 3.ª ed. Barcelona. Elsevier, 2012.
- Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. 4.ª ed. Madrid. McGraw-Hill/Interamericana, 1993.
- 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 n.º 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Luis Rodrigo MT. *Diagnóstico de enfermería: un instrumento para la práctica asistencial*. Barcelona. Doyma, 1999.
- 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*. 3.ª ed. Barcelona. Masson, 2005.
- Marriner-Tomey A y Allgood MR. *Modelos y teorías de enfermería*. 6.ª ed. Madrid. Elsevier Science, 2007.
- Martínez RM, García EV (coordinadores). *Enfermería de la mujer*. Madrid. Editorial Universitaria Ramón Areces, 2011.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 4.ª ed. Madrid. Elsevier, 2009.
- Paul R, Elder L. *La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas*. Fundación para el pensamiento crítico, 2003 [citado el 12 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>
- Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica*. 5.ª ed. Madrid. Harcourt, 2002.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española* [internet]. 22.ª ed. Madrid. Real Academia Española, 2001[citado el 22 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>
- Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. La entrevista clínica de valoración inicial. Principios de calidad. *Hygia* 2008; 68: 25-30.