



Diagnóstico de Enfermería

Categorías, Formulación e
Investigación

*Una obra útil para introducirse
en el uso y desarrollo del
diagnóstico enfermero. Una
obra básica que permite a los
lectores noveles iniciarse en el
diagnóstico enfermero y
profundizar, a los que ya
tienen conocimiento de los
mismos.*

Josep Adolf Guirao-Goris

Ramón Eusebio Camaño Puig

Andrés Cuesta Zambrana

Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e investigación

Diagnóstico de Enfermería.

Categorías, formulación e investigación.

Autores:

Josep Adolf Guirao-Goris

Ramón Eusebio Camaño Puig

Andrés Cuesta Zambrana

Autores

JOSEP ADOLF GUIRAO-GORIS

Licenciado en Enfermería por la Universitat d'Alacant.

RAMÓN EUSEBIO CAMAÑO PUIG

Doctor Europeo por Leeds Metropolitan University (UK)

Profesor Titular de Escuela Universitaria de Enfermería. Departament d'Infermeria de la Universitat de València

ANDRÉS CUESTA ZAMBRANA

Licenciado en Enfermería por la Universidad de São Paulo

Profesor Titular de Escuela Universitaria de Enfermería. Departament d'Infermeria de la Universitat de València

Corrección de estilo

ANDRÉS HERNÁNDEZ DE SÁ

Licenciado en Ciencias de la Información

Queremos dedicar este libro a nuestra querida compañera Amparo Benavent Garcés, quien a pesar de no figurar como autora está presente en todos y cada uno de los capítulos.

PRÓLOGO

El lenguaje en su expresión escrita es la herramienta gracias a la que los autores comunican su trabajo de descripción y análisis acerca del *diagnóstico enfermero*. Con el lenguaje en su expresión oral y escrita podemos plasmar nuestro conocimiento de las cosas, haciendo posible su análisis posterior. Este análisis cuidadoso y crítico facilita la transformación de ese conocimiento común en conocimiento científico. El mismo lenguaje nos permitirá la transmisión de ese conocimiento que poco a poco irá consolidándose como disciplina.

Y en definitiva, merced al lenguaje puedo comunicarme en estos momentos con el lector que se dispone a leer esta obra. Su contenido, el *diagnóstico enfermero*, es tratado por los autores como una herramienta de comunicación, como un código que hace posible el registro de las respuestas que damos las personas frente a todas aquellas circunstancias que afectan a nuestra salud y bienestar y que son susceptibles de recibir el cuidado profesional de la enfermera.

Tratados como *herramienta*, los diagnósticos enfermeros se sitúan en el lugar que les corresponde y así los autores afirman que *no son el fin del proceso de cuidar*, sino una parte más de dicho proceso que contribuye al mismo de modo similar al de otras herramientas como *la valoración, la planificación o la evaluación*.

Precisamente, su carácter de herramienta hace que al *diagnóstico enfermero* también se le atribuyan limitaciones de uso. Por eso, los autores nos proponen seguir trabajando en ellos como un modo eficaz de mejorarlos.

La mejoría en términos de *eficacia y eficiencia de uso de los diagnósticos* será posible si éstos se insertan en el *proceso de cuidar* llevados de la mano de un *modelo de cuidados*. Y si el lenguaje que utilizamos en su etiquetado está formado por códigos que reconocemos como parte de los códigos propios de la lengua, que hablamos las enfermeras que los utilizamos.

El contenido del libro nos permite conocer cómo se han desarrollado los *diagnósticos enfermeros*, cuál es su contenido y su utilización tomando como referente la Taxonomía Diagnóstica de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos – NANDA. Pero también abre una puerta desde la que los autores nos dejan ver la necesidad de utilizar unos códigos para enunciar el diagnóstico que podamos reconocer, interpretar y asignarles un valor teniendo en cuenta nuestra propia lengua y el

Guirao-Goris,JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A.

contexto social, cultural y económico en el que se desarrolla el *proceso de cuidar*, tratando de transmitirnos que la diversidad también es un camino válido para la construcción disciplinar.

M^a Amparo Benavent Garcés

PREFACIO

La presente obra introduce al lector en la nomenclatura enfermera. Este libro es heredero del anterior "Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español", que fue un trabajo de adaptación de la taxonomía I de diagnósticos de enfermería de la NANDA, en el que se estudió su validez aparente.

En diferentes apartados del libro se analiza el desarrollo del lenguaje enfermero y la aparición de sistemas de clasificación en enfermería, como: la taxonomía diagnóstica de NANDA estructurada por dominios; la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería CIPE que incluye diagnósticos, intervenciones y resultados; la clasificación de Omaha de problemas, intervenciones y resultados; la clasificación SABA de cuidados domiciliarios; la taxonomía diagnóstica de autocuidados cotidianos; la taxonomía de intervenciones de enfermería NIC; y la taxonomía de resultados de enfermería NOC.

A la investigación en nomenclatura enfermera se dedica un capítulo en el que se identifican los tipos de estudios y los métodos que se utilizan con mayor frecuencia en la actualidad.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) está desarrollando una Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (CIPE) que se encuentra en su versión beta y que en verá su primera edición en 2005. Ese hecho supondrá un hito para la profesión. El desarrollo de un lenguaje común entre las enfermeras pasa por utilizar una terminología comprensible, válida y breve. Ello permitirá una definición clara del fenómeno que reclama la atención de la enfermera y una comunicación eficaz. Este objetivo requerirá una nomenclatura fiable y válida.

El trabajo que está desarrollando la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE) ha permitido conectar a las enfermeras españolas con la realidad internacional. Una de las líneas de trabajo que desarrolla esta sociedad científica hará que en un futuro el consenso sobre el uso de la taxonomía de la NANDA sea una realidad. Con esta intención se ha utilizado para la traducción de la taxonomía de la NANDA la versión realizada por la AENTDE en mayo de 2001.

En el capítulo IV se presentan diferentes etiquetas diagnósticas agrupadas por patrones funcionales de salud de Gordon: etiquetas que conservan la misma denominación que en la

taxonomía NANDA pero en las que se ha introducido aclaraciones por parte de los autores, etiquetas desarrolladas por los autores (en negrita y cursiva), y etiquetas de la NANDA de uso desaconsejable en el ámbito español (en cursiva).

En definitiva, este libro está pensado para ayudar al profesional en la práctica asistencial y en la investigación. Y al estudiante le aporta claves para comprender cómo abordar el trabajo enfermero en la práctica profesional e integrar todo el conocimiento teórico de las distintas materias que se adquiere en la formación curricular.

Los autores.

ÍNDICE POR CAPÍTULOS

Introducción

El significado del lenguaje	23
--	-----------

Capítulo I

Nomenclatura enfermera	45
-------------------------------------	-----------

1. Sistemas de clasificación enfermero	47
---	-----------

1.1 La taxonomía I de la NANDA.....	48
--	-----------

1.2 La taxonomía II de la NANDA.....	52
---	-----------

1.3 La Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE).....	54
--	-----------

1.3.1 CIPE - Clasificación de Fenómenos Enfermeros	56
---	-----------

1.3.2 CIPE - Clasificación de Resultados Enfermeros	57
--	-----------

1.3.3 CIPE - Clasificación de Acciones Enfermeras.....	57
---	-----------

1.4 La taxonomía NIC	58
-----------------------------------	-----------

1.5 La taxonomía NOC	59
-----------------------------------	-----------

1.6 La Clasificación de Cuidados de Salud Domiciliaria.....	60
--	-----------

1.7 El Sistema Omaha	61
-----------------------------------	-----------

1.8 La taxonomía de autocuidados cotidianos	61
--	-----------

1.9 La introducción de los diagnósticos enfermeros en España	62
---	-----------

2. Análisis de la Taxonomía NANDA.....	66
---	-----------

Capítulo II

Diagnóstico de enfermería	75
1. Introducción	79
2. Definición de diagnóstico enfermero	80
3. Diferencia entre diagnóstico enfermero y médico	84
4. Ventajas del uso de los diagnósticos enfermeros	86
5. Problemas interdependientes	88
6. Componentes del diagnóstico enfermero	99
7. Tipos de diagnósticos enfermeros	100
7.1 Diagnósticos de salud	101
7.2 Diagnósticos reales.....	104
7.3 Diagnósticos de riesgo	108
7.4 Quasi-diagnósticos reales.....	109
8. Proceso diagnóstico enfermero	112
8.1 Consideraciones sobre el proceso enfermero	112
8.2 Error diagnóstico	113
8.3 Definición y etapas del proceso diagnóstico	116
8.3.1 – Fase de análisis	119
8.3.2 – Fase de síntesis	121
8.3.3 – Fase de comprobación	122
8.3.4 – Fase de registro	122

Capítulo III

Investigación en nomenclatura enfermera 127

1. Introducción 131

2. Líneas de investigación 133

2.1 Investigación básica 134

2.1.1 Estudios de identificación 134

2.1.1.1 Estudios de medición 139

2.1.1.1.1 Estudios de fiabilidad 140

2.1.1.1.2 Estudios de validez 144

2.1.1.1.2.1 Estudios de validez de contenido 145

2.1.1.1.2.2 Estudios de validez de criterio 155

2.1.1.1.2.3 Estudios de validez de constructo 156

2.2 Investigación aplicada 161

Capítulo IV

Etiquetas diagnósticas 163

E01 Patrón percepción / manejo de la salud

E011001 Retraso en el crecimiento y desarrollo..... 164

E011002 Riesgo de retraso del desarrollo 165

E011003 Riesgo de trastorno del crecimiento. 166

E011004 **Crecimiento y desarrollo fisiológico.** 167

E011005 Trastorno de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo..... 168

E011201 Retraso en la recuperación quirúrgica. 169

E012001 Mantenimiento ineficaz de la salud. 170

E013001 Comportamiento saludable (especificar). 171

E013002 Incumplimiento (especificar)..... 172

E013101 Manejo ineficaz del régimen terapéutico 173

E013102 Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar..... 174

E013103 Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad. 175

E013104 Manejo eficaz del régimen terapéutico. 176

E013201 **Automedicación.** 177

E014001 Protección ineficaz..... 178

E014101 Riesgo de lesión. 179

E014102 Riesgo de infección..... 180

E014103 Riesgo de asfixia..... 181

E014104 Riesgo de aspiración. 182

E014105 Riesgo de intoxicación..... 183

E014106	Riesgo de traumatismo.....	184
E014107	Riesgo de transmisión de infecciones	186
E02 Patrón nutricional / metabólico		
E021100	Desequilibrio de la nutrición: por defecto.....	187
E021101	Bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos)	189
E021102	Bajo aporte de líquidos	190
E021103	Delgadez	191
E021104	Riesgo de bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos	192
E021111	Náuseas	193
E021112	Deterioro de la deglución.....	194
E021200	Desequilibrio de la nutrición: por exceso	195
E021201	Aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos)	196
E021202	Aporte calórico excesivo	197
E021203	Obesidad exógena	198
E021204	Riesgo de aporte excesivo de (especificar nutrientes /alimentos)	199
E021205	Sobrepeso	200
E021301	Desequilibrio del patrón alimentario	201
E021302	Patrón alimentario saludable	203
E021501	Lactancia materna interrumpida.....	204
E021502	Lactancia materna eficaz.....	205
E021503	Lactancia materna ineficaz.....	206
E021504	Patrón alimentario ineficaz del lactante	207
E021601	Trastorno de la dentición	208
E022201	Déficit del volumen de líquidos	209
E022202	Riesgo de déficit del volumen de líquidos.....	210
E022301	Exceso de volumen de líquidos	211
E022302	Riesgo de retención de líquidos	212
E022303	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	213
E022400	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida	214
E023101	Deterioro de la mucosa oral	215
E023102	Riesgo de deterioro de la mucosa oral	217
E023103	Deterioro de la integridad cutánea	218
E023104	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	220
E023105	Deterioro de la integridad tisular	221
E023107	Respuesta alérgica al látex	222
E023108	Riesgo de respuesta alérgica al látex	223
E023201	Hipertermia.....	224
E023202	Hipotermia	225
E023203	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.....	226
E023206	Termorregulación ineficaz	227

E03 Patrón eliminación

E031000	Trastorno de la eliminación urinaria.	228
E031102	Incontinencia urinaria de esfuerzo.	229
E031103	Incontinencia urinaria de urgencia.	230
E031104	Incontinencia urinaria funcional.	231
E031105	Incontinencia urinaria refleja.	232
E031106	Incontinencia urinaria total.	233
E031107	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.	234
E031200	Retención urinaria.	235
E031201	Retención urinaria aguda.	236
E031202	Retención urinaria crónica	237
E032101	Diarrea.	238
E032102	Riesgo de diarrea	240
E032201	Estreñimiento.	241
E032202	Riesgo de estreñimiento.	243
E032203	Estreñimiento subjetivo.	244
E032301	Incontinencia fecal.	245
E032401	Flatulencia.	246

E04 Patrón actividad / ejercicio

E041102	<i>Perfusión tisular ineficaz (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).</i>	247
E041201	<i>Disminución del gasto cardíaco.</i>	249
E042101	Tabaquismo.	251
E042102	<i>Deterioro del intercambio gaseoso.</i>	252
E042103	<i>Limpieza ineficaz de vías aéreas (LIVA).</i>	253
E042104	<i>Patrón respiratorio ineficaz.</i>	254
E042105	<i>Dificultad para mantener la ventilación espontánea.</i>	256
E042106	Riesgo de limpieza ineficaz de vías aéreas	257
E042107	<i>Respuesta disfuncional al destete del respirador (RDDR).</i>	258
E043001	Riesgo de síndrome por desuso.	260
E043002	Fatiga.	261
E043003	Trastorno de la movilidad física.	263
E043004	Riesgo de trastorno de la movilidad física	265
E043005	Dificultad para caminar.	266
E043006	Dificultad para manejar la silla de ruedas.	267
E043007	Dificultad en la habilidad de traslado.	268
E043008	Dificultad para moverse en la cama.	269
E043009	Riesgo de caídas.	270
E043101	Intolerancia a la actividad.	272
E043102	Riesgo de intolerancia a la actividad.	274
E043204	Déficit de autocuidados (uso del orinal/váter).	275
E044010	Errante.	277
E044201	Déficit de actividades recreativas.	279

E044202	Déficit de autocuidados (alimentación).	280
E044203	Déficit de autocuidados (baño/higiene).	282
E044205	Déficit de autocuidados (vestido/arreglo personal).	284
E044206	Dificultad para el mantenimiento del hogar.	286
E044301	Síndrome de estrés por traslado.	287
E044302	Riesgo de síndrome de estrés por traslado.	288
E044401	Sedentarismo	289
E045001	<i>Perturbación del campo de energía.</i>	290

E05 Patrón sueño / descanso

E050001	Perturbación del patrón de sueño.	291
E050002	Privación de sueño.	293

E06 Patrón cognitivo / perceptual

E061001	Perturbación de los procesos de pensamiento.	295
E061002	Confusión aguda.	296
E061003	Confusión crónica.	297
E061004	Deterioro de la memoria.	298
E061005	Síndrome de interpretación alterada del entorno.	299
E061010	<i>Disreflexia autónoma.</i>	300
E061011	Riesgo de disreflexia autónoma.	301
E062001	Conflicto de decisiones (especificar).	303
E063001	Desconocimiento (especificar).	304
E064001	Perturbación visual.	305
E064002	Perturbación auditiva.	306
E064003	Perturbación cinestésica.	307
E064004	Perturbación gustativa.	308
E064005	Perturbación táctil.	309
E064006	Perturbación olfativa.	310
E065201	Desatención unilateral.	311
E065301	Riesgo de lesión perioperatoria.	312
E065302	Riesgo de disfunción neurovascular periférica.	313
E066001	Dolor agudo.	314
E066002	Dolor crónico.	315

E07 Patrón auto percepción / autoconcepto

E071101	Ansiedad.	316
E071102	Ansiedad ante la muerte.	318
E071103	Temor.	319
E072001	Desesperanza.	321
E072002	Impotencia.	322
E072003	Riesgo de Impotencia.	324

E072004	Aflicción crónica.....	325
E073101	Autoestima baja situacional.....	326
E073102	Autoestima baja crónica.....	327
E073103	Riesgo de autoestima baja situacional.....	329
E073201	Trastorno de la identidad personal.....	330
E073202	Trastorno de la imagen corporal.....	331
E073203	Riesgo de trastorno de la imagen corporal.....	332

E08 Patrón rol / relaciones

E081101	Aislamiento social.....	333
E081102	Deterioro de la interacción social.....	335
E081103	Riesgo de soledad.....	336
E081210	Deterioro de la comunicación verbal.....	337
E081301	Trastorno paternal.....	339
E081302	Riesgo de trastorno paternal.....	341
E081303	Riesgo de trastorno del apego paternal lactante/niño.....	342
E081310	Procesos familiares interrumpidos.....	343
E081311	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.....	344
E081401	Duelo disfuncional.....	346
E081402	Duelo anticipado.....	347
E082101	Desempeño ineficaz del rol.....	348
E082102	Conflicto del rol paternal.....	349
E082201	Sobresfuerzo en el rol de cuidador.....	350
E082202	Riesgo de sobresfuerzo en el rol de cuidador.....	352

E09 Patrón sexualidad / reproducción

E090001	Patrones de sexualidad ineficaces.....	354
E090002	Disfunción sexual.....	355
E090003	Riesgo de disfunción sexual.....	356

E10 Patrón afrontamiento / tolerancia al estrés

E101001	Afrontamiento familiar comprometido.....	357
E101002	Afrontamiento familiar incapacitante.....	359
E101003	Disposición para reforzar el afrontamiento familiar.....	360
E101004	Afrontamiento comunitario ineficaz.....	361
E101005	Disposición para reforzar el afrontamiento comunitario.....	362
E102110	Afrontamiento ineficaz.....	363
E102111	Afrontamiento defensivo.....	365
E102112	Negación ineficaz.....	367
E102113	Trastorno de la adaptación.....	368
E102201	Adaptación eficaz (especificar)	369
E102301	Conducta desorganizada del lactante.....	370
E102302	Riesgo de conducta desorganizada del lactante.....	372
E102303	Disposición para reforzar la conducta organizada del lactante.....	373

E103101	Riesgo de violencia hacia los demás.	374
E103110	Automutilación.....	375
E103111	Riesgo de violencia autodirigida.....	376
E103112	Riesgo de automutilación.....	378
E103113	Riesgo de suicidio.....	379
E103201	Síndrome postraumático.....	381
E103202	Riesgo de síndrome postraumático	382
E103211	Síndrome traumático de violación.....	383
E103212	Síndrome traumático de violación: reacción compuesta.....	384
E103213	Síndrome traumático de violación: reacción silente	385

E11 Patrón valores / creencias

E110001	<i>Dificultad en la práctica espiritual</i>	386
E110002	Sufrimiento espiritual	387
E110003	Riesgo de sufrimiento espiritual.....	388
E110004	Disponibilidad para reforzar del bienestar espiritual.....	389

Anexos

I. Taxonomía NANDA adaptada por Necesidades de Henderson	393
II. Clasificación Cuidados de salud domiciliaria de Virginia Saba (HHCC)	399
III. Documento de valoración por Patrones Funcionales de Salud	408

<u>Bibliografía</u>	417
----------------------------------	-----

<u>Índice temático</u>	435
-------------------------------------	-----

<u>Listado alfabético</u>	439
--	-----

INTRODUCCIÓN

El significado del lenguaje

Ramón Camaño Puig

Las ideologías pueden degenerar y convertirse en religiones dogmáticas. Este proceso de degeneración comienza en el instante mismo en que tienen éxito; se convierten en dogmas en cuanto la oposición queda anulada: su triunfo es a la vez el comienzo de la decadencia.¹

¹ Fayerabend, P. (1993. *¿Por qué no Platón?* Madrid: Tecnos.

El significado del lenguaje

La evolución del ser humano comienza con la aparición del lenguaje². Todos los animales tienen más o menos desarrollados sistemas de comunicación, pero suelen estar limitados y condicionados por la presencia de estímulos que provocan respuestas preestablecidas. Por otra parte, el lenguaje humano puede transmitir información real o imaginaria relacionada con el futuro o el pasado, etcétera, no necesitando de estímulos.

Podríamos decir que el lenguaje cumple dos funciones básicas. Por un lado, la cognitiva, como instrumento para pensar sobre la realidad de modo creativo y sistemático permitiéndonos vivir en un mundo con significado y no en un mundo de estímulos. Y por otra parte, la comunicativa, por la que la lengua permite la vida social a través de la comunicación.

Una característica esencial que tiene el lenguaje es la capacidad de creación de expresiones nuevas e inéditas para enfocar de manera nueva, viejos o nuevos temas conduciéndonos a una situación de cambio constante. A lo que hay que añadir la cualidad de modificar el significado de las palabras en función de conveniencias sociales, dando lugar a que los significantes dejen de tener relación con los significados.

La visión prevalente desde el momento de la revolución científica, y que actualmente es asumida por la mayoría de los lingüistas, es que el lenguaje es un conjunto de palabras, o signos, convencional y arbitrariamente acordados, conectados con un sistema de reglas gramaticales y sintácticas, constituido por silencios y sonidos, que no forman una estructura inerte, sino un conjunto en evolución.

Pero si algo representa el triunfo del lenguaje es que permite a los seres humanos ser conscientes de sí mismos: podemos hablar de nosotros mismos tanto como individuos o como grupos. Siendo asimismo capaz de transmitir convencionalismos, mitos, etc. que constituyen lo que Geertz (1993: 89)³ denomina cultura y que consiste en “un conjunto de signos que sirven para comunicar los conocimientos: un sistema de concepciones heredadas, expresadas en forma simbólica, por medio de las cuáles los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su

² Amat, Nuria (1990). *De la Información al Saber*. Madrid. Fundesco.

³ Geertz, C. (1993). *The interpretation of cultures*. Londres: Harper Collins.

conocimiento sobre la vida y las actitudes respecto a ella”, desarrollándose en el seno de algún lenguaje. Es asumido en términos generales que sólo se puede conocer una cultura en la medida en que se maneja su lengua, siendo más fácil de conocer cuando se comprende la lengua. En ciencia, y por extensión en enfermería, ocurre lo mismo.

Los signos utilizados en el lenguaje verbal mantienen una relación arbitraria con lo que significan: son símbolos previamente acordados entre los hablantes de un mismo idioma. Para comprender su significado arbitrario podemos recordar la génesis del vocablo *googol* que en los textos de matemáticas se refiere a diez elevado a cien. Este vocablo fue propuesto por el matemático Kesner, quien, tal como se dice, teniendo que referirse con demasiada frecuencia a la potencia centésima de diez le preguntó a su nieto qué nombre le podía poner y el niño le llamó *googol*, lo que fue dado por bueno por Kesner (Montaner y Moyano, 1989: 38)⁴. Para entender algunos fenómenos que ofrece la lengua (homonimias y polisemias), es necesario conocer que el signo lingüístico consta de significado y significante: este último es el componente material del signo, sucesión fónica de sonidos, gráficos o letras, que se produce cuando se percibe el signo a través del oído o de la vista. El significado es el concepto que evoca.

Cada intento de definir qué es el lenguaje se encuentra con la curiosa limitación de que sólo se puede definir a través de sí mismo. Por esta cuestión, somos incapaces de circunscribir la totalidad del lenguaje dentro de una definición (Abram, 1996: 73)⁵. Según Simon (1989), ningún signo es inteligible por sí mismo, en virtud de sus cualidades previas, siendo su comprensión fáctica la que hace de algo un signo: cada palabra pensada o emitida, cada gesto, nace de su momento y circunstancias particulares y es entendido como signo, o no lo es, individual e históricamente. Nada más hay otra significación de un signo: otro signo que podemos dar por bueno a la respuesta sobre el significado del primero. Es por ello, que el juego de las aclaraciones acerca del significado de los signos es un regreso sin fin y por lo que la fijación de algo como un concepto por medio de

⁴ Montaner, P. Moyano, R. (1989). *¿Cómo nos Comunicamos? Del gesto a la Telemática*. Madrid: Biblioteca de Recursos Didácticos Alambra.

⁵ Abram, D. (1996). *The Spell of the Sensuous*. New York: First Vintage.

una definición es el resultado de la decisión coyuntural que tomamos por razones prácticas: la de dejar de hacer preguntas.

Esta situación nos introduce en una nueva y nos induce a pensar que es fácil que un signo aceptado y que perdura significa algo. Un algo que ya no es signo nuevamente por más que a la pregunta sobre su significado no podamos ofrecer por respuesta, ahora y en el futuro, nada más que otro signo. De tal manera, que el significado que se presume objetivo no es sino opinión. Así, el “creer” acerca del significado de los signos cobra importancia como adopción ajena de signos dados. Esto es importante en la medida en que nos fiamos de la/s versión/es que se plantean para nuestra orientación en el mundo, algo que *stat pro aliquo*, o, lo que es lo mismo, algo que está por otra cosa, de modo que frente a eso otro puede modificarse e incluso intercambiarse (Simon, 1989: 164)⁶.

Volvamos nuevamente al concepto de cultura que puede ser parcial o totalmente aplicado al ámbito de la ciencia. En él se ha tratado de encontrar la solución al problema de la confusión de las lenguas con las que Dios castigó a los seres humanos por la soberbia de haber construido la Torre de Babel, tal como cuenta la Biblia. Para ello, tuvieron gran difusión en el siglo XVII diferentes proyectos de una lengua “universal” que fuese capaz de superar la confusión y ambigüedad de las correspondientes lenguas naturales. Esta lengua debía contener símbolos capaces de referirse directamente a las cosas, no a los sonidos de su denominación en la lengua correspondiente, de manera que la imagen del objeto remitiera directamente al objeto. Estas imágenes resultarían comprensibles independientemente de la lengua que se hablara, de manera que se construyera sobre estas bases una forma de escritura, y luego una auténtica lengua (Rossi, 1998)⁷.

Las tesis que se pueden desprender de los escritos de los defensores de la lengua universal tuvieron una gran importancia para el desarrollo de las clasificaciones en cualquier ámbito de la ciencia del siglo XVII y XVIII. Las cuales incluían las diferentes ideas entre las que podemos comentar, por ejemplo, las siguientes: que el sistema de signos debía tener reglas

⁶ Simon, J. (1998). *Filosofía del Signo*. Madrid: Gredos.

⁷ Rossi, P. (1998). *El Nacimiento de la Ciencia Moderna en Europa*. Barcelona: Crítica.

distintas y ser comprensible con independencia de la lengua natural; la creación de signos debía corresponderse con la imagen de las cosas; los signos debían mostrar las relaciones y la correspondencia que media entre las cosas; entre signos y cosas debía haber una relación unívoca. Todo ello implicaba la existencia de una compilación enciclopédica que enumerase las cosas de forma completa y ordenada atendiendo a una cuidadosa clasificación que exigiría que estuvieran contempladas todas las cosas y cuyo límite sería los propios límites de la lengua. La compilación enciclopédica debía asegurar una definición precisa de la cosa o noción, indicando un lugar exacto en el conjunto ordenado de las tablas que la enciclopedia refleja y reproduce; y cuyo objetivo principal es disponer de las cosas y las nociones en un orden tal que el lugar que se asigne a cada cosa contribuya a la descripción de su naturaleza y, por tanto, al aprender sus nombres conozcamos al mismo tiempo su naturaleza (Rossi, 1998)⁸.

Todas estas ideas dieron lugar a un movimiento de sobra conocido que se denominó enciclopedismo y que se colocó en el tránsito desde un proyecto de lengua universal al proyecto de clasificación de los objetos naturales. Pero hasta poco antes de que estas ideas tomaran cuerpo, todos aquellos que deseaban conocer sobre la naturaleza tenían que recurrir a los herbarios y bestiarios ilustrados, los cuales contenían recopilaciones de remedios caseros y de monstruos fantásticos.

Los herbarios supusieron la continuación del legado de Dioscórides, cirujano griego que había viajado por el Mediterráneo con los ejércitos de Nerón, recopilando distintos remedios que eran confeccionados a partir de las plantas en el libro *De Materia Médica* (c. 77). Estaba escrito en griego e incluía más de seiscientas plantas agrupadas bajo encabezamientos prácticos — por ejemplo: para eliminar el dolor de cabeza o quitar manchas en la piel— o en el sentido de prevenir el consumo de las que eran venenosas e incluyendo sus correspondientes antídotos. Dioscorides había estudiado a la naturaleza, pero sus seguidores dejaron de estudiarla para estudiar el Dioscorides. Fue uno de los libros más populares durante la Edad Media, pero sometido a la caprichosa imaginación de los copistas, que añadían sus comentarios o modificaban los dibujos. Todos estos añadidos, conforme pasaba el tiempo, se convirtieron en un contenido más del libro y formaron parte de sus convenciones.

⁸ Ibid.

Los herbarios significaron para la botánica lo mismo que los bestiarios para la zoología, los cuales se derivaban de materiales antiguos y eran embellecidos con la realización de copias a lo largo del tiempo. El primer bestiario probablemente fuera escrito antes de mediados del siglo II, recibiendo el nombre de su autor, un griego llamado Fisiólogo. Parece ser que su obra estuvo dividida en cuarenta y ocho capítulos en los que cada uno de ellos estaba relacionado con un pasaje de la Biblia.

Tanto en los bestiarios como en los herbarios, los autores e ilustradores podían ser personas distintas y a menudo podían separarles varios siglos. Tuvo que pasar mucho tiempo para que nuevas formas de mirar la naturaleza pudieran tomar cuerpo. Fue a finales del siglo XV y comienzos del XVI, con los trabajos de Leonardo da Vinci (1452-1519) y de Alberto Durero (1471-1528), que combinaron sus actividades como naturalistas con su talento como artistas, cuando se realizaron herbarios e ilustraciones casi fotográficas en contraste con los dibujos plasmados hasta ese momento. Ellos comenzaron a dibujar objetos transformándolos en especímenes —del latín *specere*, que significa mirar o ver—, cosas de las que no sólo se escribía, sino que también se mostraban. Se podría decir que la realidad comenzó a mostrarse lentamente a través del realismo de la pintura.

Había otra barrera que superar: los naturalistas. Hasta ese momento distribuían las plantas en orden alfabético y el orden de entradas dependía, por tanto, del idioma en que se escribía la obra, por lo que sus posteriores traducciones afectaban al orden establecido por su autor. Fue necesario que John Ray (1627?-1705) desarrollara el concepto de especie, entendiéndolo como un “conjunto de individuos morfológicamente semejantes que proceden de una semilla idéntica”. Su trabajo fue continuado por Carolus Linneo (1707-1778), con el establecimiento de un sistema de clasificación —el sistema binario— funcional y que respondía a las necesidades del momento. La nomenclatura binaria, tal como indica su nombre, contiene dos palabras: el nombre del género y un epíteto específico que distingue la especie entre todas aquellas de su mismo género.

Para Linneo, identificar la especie era no sólo distinguirla, sino reconocer sus afinidades con aquéllas que pertenecían al mismo género. Y así, a cada término, le atribuyó un determinado nivel jerárquico en el que los niveles más amplios comprenden un mayor número de propiedades y de

organismos afines, y en el que los niveles más restringidos limitan progresivamente las propiedades que debe poseer el ser vivo de que se trate. Linneo, en aras de evitar la confusión en las lenguas nacionales, realizó su clasificación en latín, cumpliendo así algunos de los puntos enumerados anteriormente en la búsqueda de una lengua universal.

Los comienzos de las clasificaciones ponen en relación una teoría de la naturaleza con una teoría del lenguaje coherente en ese momento, llegándose a complicar enormemente cuando se cruzaron con la teoría de la evolución en el siglo XIX. Hasta ese momento, las especies se consideraban fijas, y su permanencia había sido inmutable desde el momento en que habían sido creadas por Dios, tal como estaba descrito en la Biblia. Las clasificaciones no sólo pretendían la organización del conocimiento, sino también facilitar su asimilación mediante la memorización. Pretendiendo en última instancia atribuirle una función diagnóstica en el sentido en que es necesario que sea capaz de captar aquello que es esencial, olvidándose de aquello que resulte superfluo o accesorio.

Los sistemas clasificatorios se extendieron a todos los ámbitos de la ciencia, dando lugar a agrupaciones o clasificaciones sistemáticas que pretendían articular las distintas categorías de un modo lógico y exhaustivo: es decir, una disposición de los fenómenos en grupos basándose en la relación entre ellos. Y nomenclaturas que surgieron para establecer un criterio uniforme que facilitara la comunicación científica y la recuperación de la información almacenada. Las nomenclaturas son en esencia listas o catálogos de términos aprobados por una comunidad científica siguiendo ciertas reglas. O, lo que es lo mismo, una taxonomía, que es el estudio teórico de la clasificación sistemática que incluyen en sus bases, reglas y principios. Es de destacar la notable relación que pueden tener nomenclaturas y clasificaciones en las que lo ideal sería que los términos de las clasificaciones terminaran coincidiendo con los términos de las nomenclaturas.

En la actualidad, se encuentran establecidas nomenclaturas en varios campos científicos. En la química los orígenes se encuentran en el libro *Méthode de Nomenclature Chimique* publicado por Laurent Lavoisier (1743-1794) en colaboración con Bernard de Morveau (1737-1816), Claude Berthollet (1748-1822) y Antoine Fourcroy (1755-1808), en 1787; actualmente, la nomenclatura depende de la *International Union of Pure and Applied Chemistry*. En biología y zoología, los códigos internacionales de nomenclaturas son fijados en los congresos mundiales de las respectivas disciplinas. El código internacional de nomenclatura bacteriológica se constituyó en

Copenhague en 1974, y la *Nomina Anatomica* o nomenclatura de anatomía, se aprobó en Basilea en 1895, sufriendo diferentes cambios en 1955 y en 1970. Se redactó originalmente en latín, exigiéndose el empleo de los términos latinos en todas las comunicaciones científicas.

Nomenclaturas y disciplinas de salud

Las nomenclaturas clínicas en el ámbito de la medicina comenzaron con la obra de Thomas Sydenham (1624-1689), quien propuso describir las enfermedades según los síntomas empíricamente observables. En la actualidad se sigue la Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE), que comenzó a elaborarse en 1979 y cuyo principal objetivo fue ofrecer un sólo término recomendado para cada entidad nosológica. Esta nomenclatura es el resultado de una elección, ya que no es posible que exista una única y definitiva clasificación de las enfermedades, y será constantemente susceptible de revisión (Sánchez, 1998)⁹.

El origen de la mayor parte de la terminología utilizada en la actualidad por los profesionales de salud en el ámbito occidental es griego, y procede en su mayor parte del contenido del denominado *Corpus Hipocraticum*. En él se puede encontrar parte importante de los términos actuales, incluso en muchos casos a pesar de haber cambiado de significado. A partir del siglo III se impuso el latín, conservando una parte muy importante de la terminología griega. Durante la Alta Edad Media, los árabes incorporaron muchas palabras de su propio idioma, a raíz de las muchas traducciones que realizaron y que contribuyeron a preservar los documentos de la antigüedad clásica.

En la Baja Edad Media, tuvo lugar la asimilación de la ciencia árabe por parte de la Europa latina. La traducción del árabe al latín y las aportaciones de los científicos árabes explican que, aún en la actualidad, incluso a pesar del afán purista de los traductores por recuperar las versiones originales de Hipócrates y otros autores, perviva un número importante de arabismos. Durante el Renacimiento y la Edad Moderna se consolidó el latín como lengua científica para desaparecer más tarde y ser utilizado sólo para la construcción de nuevas palabras. A partir del siglo XIX fue sustituido por otras lenguas modernas: el francés y el alemán tuvieron un cierto

⁹ Sánchez González, M. A. (1998). *Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción la Pensamiento Médico*. Barcelona: Masson.

período de esplendor hasta que fueron desplazados por el inglés, que es en la actualidad el mayor suministrador de términos científicos.

En enfermería, el desarrollo de las nomenclaturas comenzó más tarde que en otros ámbitos de la ciencia. Algo explicable por los problemas de tipo sociopolítico que han afectado a la profesión de enfermería y que no son objeto de este libro. Pero a pesar de los retrasos, es alentador comparar las fechas de aparición de la nomenclatura de diagnósticos de enfermería —que expondremos más adelante— y las de nomenclaturas en otras ciencias más o menos afines.

En la actualidad, uno de los cambios más importantes con los que se enfrenta un estudiante de enfermería es la necesidad de utilizar una terminología específica para comunicarse con los profesores y compañeros, y expresar de forma económica y eficaz las ideas relacionadas con los problemas de salud.

La enfermería, como cualquier otra rama de las ciencias de la salud, necesita de una terminología específica que permita expresar de manera unívoca, con la mayor precisión y concisión posible, los conceptos propios de su campo de actividad. En otras palabras, y tal como hemos dicho al comienzo de este apartado, precisa disponer de significantes específicos para los significados propios de los conocimientos y práctica de la enfermería. Pero, ¿por qué son necesarios?

La utilización del lenguaje coloquial conlleva una falta de concisión y precisión en el lenguaje, lo que nos obliga a renunciar a él para expresar los conceptos profesionales. Si no lo hiciéramos así, en el momento de expresar un concepto tendríamos que enumerar todo lo referente al mismo realizando una descripción exhaustiva, con lo que renunciaríamos a la precisión y concisión y perderíamos mucho tiempo. Por otra parte, muchos de los términos se pueden utilizar de manera indiferenciada en diferentes lenguas: es decir, que una parte de ese lenguaje tiene una utilización universal.

Por último, una terminología específica conlleva una cierta neutralidad en los términos, ya que se considera que éstos carecen de las connotaciones valorativas o afectivas que habitualmente posee el lenguaje coloquial. Aunque hay que reconocer que también se transmiten

valores que han sido inculcados en la formación teórico-práctica, acerca de necesidades, metas y prioridades (Hendrickson, 1993:68)¹⁰.

Nomenclatura de la disciplina de enfermería

En 1859, Florence Nightingale (1990; XXV)¹¹ identificó enfermería como un arte y una ciencia, con especial énfasis en la importancia de la interrelación entre el individuo y el medio ambiente, siendo pionera en esta concepción holística. Intentó darle una estructura al proceso de cuidar: “La lección práctica más importante que se puede dar al personal de enfermería es enseñarle a observar, lo que tiene que observar, cómo observar, que síntomas indican mejoría, que síntomas indican empeoramiento, cuáles son de importancia, cómo se manifiesta una negligencia, qué tipo de negligencia” (1990; 104)¹². Nightingale aconsejaba a las enfermeras desarrollar el hábito de registrar las observaciones de manera sistemática y usar la estadística para exponer claramente sus hallazgos. Contribuyó al nacimiento del conocimiento propio enfermero, reforzando la importancia de la educación de enfermería, ya que sólo a través de la educación se puede desarrollar la práctica de la observación significativa.

La enfermería incorporó la tendencia empírica como paradigma a la hora de desarrollar su propio conocimiento, tal como Sydenham había propuesto tiempo antes para la medicina, describiendo los síntomas empíricamente observables. Aunque posiblemente también se hubiera podido evolucionar independientemente de esta emulación, ya que es la forma en la que se han desarrollado de manera lógica todas las disciplinas anteriormente comentadas. Todo estaba enfocado hacia la búsqueda de ciertos niveles de objetividad, que pudieran proporcionar a la enfermería la validez y fiabilidad necesarias para convertirse en ciencia. Esto, junto con la utilización de determinados instrumentos, hizo que los objetos de investigación se dividieran en partes cuanto más pequeñas mejor, para su análisis, a semejanza de como se hacía en otros ámbitos de la ciencia.

¹⁰ Hendrickson, M.F. (1988). The nurse engineer: a way to better nursing information systems. *Computers in Nursing*, 11(2):67-71.

¹¹ Nightingale, F. (1863). *Notes on hospitals*. 3rd.ed. London.

De esta forma, se empezó contemplar la metodología científica como un elemento indispensable para el desarrollo de la enfermería y su posterior asentamiento como ciencia dentro del bloque de las ciencias de la salud. Con ello, se estableció como instrumento de trabajo para las/os enfermeras/os el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o aplicación del método científico en la detección de problemas de salud del individuo y/o comunidad y el establecimiento de los cuidados de enfermería.

Con todo este proceso, la enfermería consiguió convalidar sus métodos de trabajo con aquéllos practicados desde mucho tiempo antes en otros campos de la ciencia. Desarrolló así una metodología que se integraba perfectamente en la tradición científica y que era capaz de generar una evolución sin rupturas, resolviendo los problemas planteados en ese momento y produciendo teorías y formas de actuación e investigación que guiarían a partir de entonces el campo de enfermería. Por tanto, podemos afirmar, como dice Laudan (1981: 45)¹³, que el “objetivo de la ciencia es obtener teorías con una alta efectividad en la solución de problemas. Desde esta perspectiva, la ciencia sólo progresa en el caso de que las teorías sucesivas resuelvan más problemas que sus sucesoras“. Ésto ha sido así en el campo de la enfermería.

Una de las primeras enfermeras en actuar desde este enfoque fue Deborah Mac Lug Jensen quien en su libro *Students Handbook on Nursing*¹⁴, editado en 1929 por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale (Estados Unidos), expuso un sistema para resolver problemas a partir de los datos obtenidos en la descripción de casos de pacientes. Principalmente sirvió para preparar estudiantes en la disciplina de Salud Pública. El estudio incluyó una serie de análisis tales como: ¿por qué el paciente fue al hospital?; ¿qué haría después de su hospitalización?; ¿cómo el profesional de enfermería podría ayudarle en estas cuestiones?. Estas preguntas preceden a tres de los componentes actuales del proceso de enfermería: recogida de datos, planificación e intervención, fases que implícitamente indican la necesidad de un análisis de los servicios que se prestan, y, por tanto, de la calidad de los cuidados. Dado que hasta ese

¹² Ibid

¹³ Laudan, L. A. (1981). Problem-solving approach to scientific progress. En: Hacking, I. (Ed.). *Scientific Revolutions*. Oxford: Oxford University Press.

¹⁴ MacLug Jensen, D. (1929). *Students Handbook on Nursing*. New Heaven: Yale University.

momento se carecía de medios de análisis y medida de dicha calidad, fue el comienzo de los métodos de control de calidad: un nuevo paso en el avance de la enfermería.

En 1953 se publicó el primer modelo de enfermería por Hildegarde Peplau¹⁵. La enfermería como profesión comenzaba entonces a formalizar y sistematizar los parámetros de un cuerpo propio de conocimientos. Posteriormente ha habido muchos más modelos, tal como conocemos. Al principio, los componentes teóricos eran desarrollados a partir de la experiencia clínica de sus autoras y sus conocimientos filosóficos y personales. Por eso, los modelos tenían aspectos que dificultaban la construcción de hipótesis, lo que indujo a realizar una aproximación cada vez mayor hacia el empirismo que dimanaba del modelo médico y que terminó por reflejarse en el trabajo de enfermería. La utilización de esta tendencia empírica también ha hecho que aquellos aspectos de la enfermería que eran difíciles de cuantificar (aspectos cualitativos) hayan sido descuidados en este proceso.

En 1955, Lydia Hall describió formalmente la enfermería como un Proceso. Con esta declaración, la enfermería recibió un nuevo empuje y la Metodología de Atención de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), adquirió una nueva imagen al ser estructurado en etapas. En 1956, después de que Gertrude Horneq utilizara el término diagnóstico de enfermería, autoras como Faye Abdellah, Dorothy Johnson o Wilde Chambers se unieron a esta propuesta (Carlson, Craft y Macguire, 1982)¹⁶. Aunque la división en etapas del PAE resultó artificial, fue útil en el análisis de dicho proceso.

Los años sesenta se vieron influenciados de todo este movimiento, y se establecieron prioridades sobre lo que se debía investigar. Destacaron entre ellas las que trataban de mejorar la calidad de los cuidados y las relacionadas con la educación de los profesionales.

Hasta aquí se había pasado por una etapa de asimilación del conocimiento médico y la utilización de teorías de otras ciencias. A partir de entonces se comenzó a desarrollar la perspectiva del conocimiento propio de enfermería, el cual, conceptualmente, parte de la idea de

¹⁵ Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York. Putnam's sons.

¹⁶ (Carlson, Craft y Macguire, 1982).

contemplar a la persona como un todo, en relación constante con el medio, e integrando completamente la perspectiva holística. Es en estos años cuando la perspectiva empírica se mostró completamente insuficiente y se comenzó a buscar otros modelos alternativos de desarrollo del conocimiento de enfermería.

Dorothy Johnson en 1959, Ida Orlando en 1961 y Ernestine Wiedenbach en 1963 fueron algunas de las autoras que idearon métodos para estudiar e identificar las etapas del PAE. A finales de los años sesenta se hicieron grandes esfuerzos por definir y desarrollar el proceso con una terminología específica, dándole un enfoque científico. Un ejemplo fue la propuesta de Lois Knowles (1967) para describir el PAE utilizando una serie de fases que identificó como *five d's* (las cinco d): Descubrimiento (*Discover*), Búsqueda (*Delver*), Decisión (*Decide*), Acción (*Do*), Evaluación (*Discriminate*). Pese a ser un método interesante y válido, no fue utilizado masivamente por los profesionales de enfermería.

Paralelamente, la WICHE (*Western Integrate Commission on Higher Education*) determinó el marco de conocimientos de la enfermera. Durante sus deliberaciones definió el PAE como "aquello que ocurre entre el paciente y el enfermero/a en un determinado medio; por tanto incorpora los comportamientos entre el paciente, el profesional de enfermería y la interacción resultante", considerando cinco etapas dentro del proceso: Percepción, Comunicación, Interpretación, Intervención y Evaluación.

También en ese mismo año (1967), un grupo de profesores de enfermería de la School of Nursing at Catholic University of America, identificó cuatro etapas para el PAE que fueron descritas en el libro *The Nursing Process* de las autoras Helen Yura y Mary Walsh (1967)¹⁷. En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali dirigieron su trabajo sobre un PAE de cuatro etapas. Ambos grupos coincidieron en nombrar a las distintas etapas de forma similar, destacándose la denominación de la primera, que para todos ellos queda como la Observación o Recolección de Datos de Salud y Declaración o Designación de problemas. La mayoría de los educadores de enfermería continuó viendo la identificación de problemas como primera etapa del PAE y definía cada uno de ellos

¹⁷ Yura, H. y Walsh, M. (1982). *Proceso de enfermería. Valoración, Planificación y Evaluación*. Madrid: Alhambra.

como diagnóstico de enfermería.

En esta evolución podemos encontrar determinados elementos que pudieron, de una manera u otra, precipitar el desarrollo de las nomenclaturas diagnósticas de enfermería. Entre ellos destaca la necesidad que tuvieron las enfermeras americanas de dar respuesta a los retos que provenían del sistema sanitario, como: el pago prospectivo (por ej. los Grupos de Diagnóstico Relacionados o popularmente conocidos como GDR); el alta anticipada de los centros de alto nivel de especialización y con alto costo; el traslado de los pacientes a centros en la comunidad, lo que incluía residencias asistidas, centros de convalecencia y servicios de rehabilitación, la ayuda domiciliaria, etcétera. Todo ello dio lugar a que fueran necesarias nuevas formas de comunicación y de ahí procede el desarrollo de estructuras de comunicación comunes entre centros y profesionales en aras de facilitar la continuidad de los cuidados proporcionados a los pacientes.

Estas nuevas estructuras de comunicación exigieron el desarrollo de documentaciones adecuadas que permitieran la evaluación continuada de las actividades llevadas a cabo. La *American Nursing Association* (ANA) dio respuesta a esta necesidad a través de los documentos *Standars for Nursing Practice* (1973)¹⁸, que incluían los siguientes puntos: “Los diagnósticos derivan de los datos del estado de salud” y “el plan de cuidados incluye objetivos derivados del diagnóstico de enfermería”. Esos textos y el *Social Police Statement* (1983)¹⁹, instaron a las enfermeras a utilizar los diagnósticos de enfermería en su práctica. En el último de estos documentos se realizó la definición de enfermería como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del individuo a problemas actuales y potenciales de salud”.

En 1973 tuvo lugar el primer intento de desarrollo de una nomenclatura de diagnósticos de enfermería. En la ciudad de St. Louis (Missouri, EE UU) se celebró la primera conferencia nacional para la clasificación de diagnósticos. Su objetivo fue identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros. Se creó un grupo denominado *National Group for the Classification of*

¹⁸ American Nurses' Association (1973). *Standards of Nursing Practice*. Kansas City: American Nurses' Association.

¹⁹ American Nurses' Association (1980). *A Social Policy Statement*. Kansas City: American Nurses' Association.

Nursing Diagnoses, que se reunió nuevamente en 1975 y en 1978: a partir de entonces, la reunión convocó cada dos años. Este grupo se convirtió, en 1982, en la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, integrada por enfermeras docentes, administradoras y asistenciales, pudiéndose encontrar entre ellas a conocidas teóricas. La metodología que se siguió fue crear grupos de trabajo que debían identificar diagnósticos relacionados con un sistema funcional específico, basándose en el recuerdo de situaciones clínicas para determinar los signos y síntomas. Sólo se aceptaban si recibían el visto bueno de la mayoría.

A partir de dicha conferencia, se identificaron cuatro pasos para el desarrollo de un sistema de clasificación, los cuales siguen siendo útiles en la actualidad (Gebbie y Lavin: 1974)²⁰:

- Establecer todo aquello que las enfermeras identifican y diagnostican en los pacientes.
- Alcanzar un acuerdo coherente sobre la nomenclatura que pueda usarse para describir el campo de competencia de la enfermería tal como se ha identificado en el paso anterior.
- Agrupar los diagnósticos identificados (nomenclatura sobre la que se ha llegado a un acuerdo coherente) en clases y subclases, de modo que puedan establecerse relaciones y patrones entre ellos.
- Establecer un sistema de codificación que permita manejar más fácilmente todos los datos relacionados con ellos, ya sea manual o informáticamente.

Los asistentes a la primera reunión, después de muchas discusiones, al no ponerse de acuerdo sobre la forma de clasificar los diagnósticos, decidieron poner los aprobados por orden alfabético. La lista fue aumentando con los años y fue en la conferencia de 1986 cuando se aprobó la taxonomía I de la NANDA para su prueba y desarrollo. Esta taxonomía surgió de los trabajos llevados a cabo bajo la presidencia de Callista Roy durante la tercera y cuarta conferencias en las que se pidió a un grupo de enfermeras teóricas que desarrollaran un marco conceptual para la clasificación de los diagnósticos de enfermería. El trabajo final fue aprobado durante la quinta conferencia y proponía los nueve *patrones del hombre unitario* como marco conceptual. Más tarde, el grupo presidido por Phyllis Kritek clasificó los diagnósticos de enfermería en cuatro niveles de

²⁰ Gebbie, K. Lavin, M.A. (1974). Clasifying Nursing Diagnosis. *American Journal of Nursing*, 74: 250-253.

abstracción. A continuación, el término patrones del hombre unitario fue sustituido por el término actualmente más familiar de *patrones de respuesta humana*.

No obstante, la polémica acerca de los nombres de las etapas e incluso del diagnóstico no estaba zanjada. Prueba de ello fue el artículo de Doris Bloch en 1974, quien hizo ver el número de términos que había para referirse a las fases del PAE y la necesidad de aclararlos. Denunció que los términos 'determinación de problemas' o 'diagnóstico' no eran, ni mucho menos, unas definiciones claras ni consistentes y que llevaban a los profesionales a equivocaciones en los propios conceptos, por tanto definió ambos términos o etapas como "colección de datos" y "definición de problemas" respectivamente.

Sin embargo, otros autores de textos de enfermería como Roy en 1975, Mundinger y Jauron en 1975, Aspinall en 1976 y Sundeen y compañeros en 1976 apoyaron el término de Diagnóstico de enfermería y utilizaron el PAE de cinco etapas. Hoy, el PAE de cinco etapas ha sido aceptado y utilizado por muchos profesionales de enfermería así como también por educadores e investigadores que han hecho de él su método de trabajo.

Aunque existen diferentes definiciones de diagnóstico, la NANDA ha aceptado la siguiente definición de trabajo: "Se trata de un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales y potenciales de salud/procesos de vida. Tales diagnósticos proporcionan la base de selección de las actividades de enfermería, a fin de conseguir los objetivos que le son propios".

La primera conferencia sobre diagnósticos de enfermería celebrada fuera de Estados Unidos tuvo lugar en Toronto (Canadá) en 1977, lo que supuso el reconocimiento del trabajo realizado hasta entonces. Desde ese momento, numerosas asociaciones se han creado con el mismo objetivo en otros países, donde también se han realizado conferencias nacionales. Actualmente la NANDA persigue su internacionalización y la extensión del uso de las taxonomías diagnósticas en todo el mundo y posee un Comité internacional. Desde 2000, la revista *Nursing Diagnosis* —publicación científica oficial de la NANDA— ha adquirido carácter de revista internacional del lenguaje y clasificación de enfermería.²¹

²¹ El Correo AENTDE (2001). Marzo. 1(4):1-3

Hablar de clasificaciones supone básicamente hablar de datos. Normalmente, el término dato sugiere algo crudo, en bruto y sin refinar. Pero es necesario ir un paso más allá y obtener información a partir de la utilización de los datos, de manera relacionada y para conseguir una propuesta específica, satisfacer una necesidad concreta, en una situación particular y en un momento dado (por ejemplo, las cifras obtenidas en una toma de tensión arterial). Para convertirse en información, el dato tiene que estar relacionado con un individuo en concreto y con una serie de problemas de salud particulares.

La información es la base de cada actividad, relacionada con cada uno, cada día. Todo el personal debe comprender sus propios requerimientos de información: los datos deben ser lo más apropiados posibles y estar disponibles. Los usuarios finales deben ser capaces de analizar, interpretar y usar la información efectivamente. En el ámbito de la salud, especialmente en enfermería, estamos mejorando los procesos de recogida de datos, pero padecemos una falta de práctica en transformarlos en información y articularla y comunicarla como conocimiento. La aplicación de las nomenclaturas diagnósticas es un elemento determinante para la organización de las informaciones. Y, por ende, ayuda a la elección de intervenciones, hace los objetivos evidentes y las actuaciones para obtenerlos claras, proporcionando una guía de evaluación, ayudando a definir la aportación de enfermería.

Todo ello, el dato, la información, nos conduce a la obtención de determinado conocimiento. Pero, ¿qué es conocimiento? No existe una definición precisa y todavía en la actualidad es necesario formular definiciones para trabajar con este concepto en determinados ámbitos. Sell (1985)²² introdujo una definición que es útil para nuestros propósitos: "En orden a evitar las dificultades filosóficas acerca de lo que es conocimiento, los practicantes de una determinada disciplina tratan como conocimiento reglas, hechos, verdades, razones obtenidas en pasadas experiencias a través del ensayo-error (heurística) por los expertos, como útiles en el ámbito de la solución de problemas". La aplicación de los diagnósticos de enfermería proporciona un primer paso para construir un cuerpo de conocimientos. De esta forma se facilita una estructura y principios

²² Sell, P.S. (1985). *Expert Systems-A Practical Introduction*. Basingstone: MacMillan.

organizados para la formación, práctica e investigación, en donde las enfermeras que necesitan utilizar los diagnósticos diariamente se familiarizan con sus parámetros e identifican los puntos fuertes y débiles. El empleo de diagnósticos proporciona un esquema ágil para la utilización del PAE.

En este sentido, todo tipo de actuación en términos de tratamiento de información supone un salto cualitativo en el desarrollo de conocimiento. El desarrollo y utilización de una nomenclatura de enfermería supone un ejercicio de síntesis y facilitación del trabajo que puede significar para la enfermería un punto de inflexión en su consideración como disciplina científica.

En todo este análisis es necesario considerar un elemento que es importante, tal como King (1981)²³ establece: "Toda conducta es comunicación. Comunicación es el componente informativo de las interacciones humanas." La comunicación produce significado en otras personas. Por lo tanto, podemos asumir que los individuos con los que comunicamos poseen la misma cantidad de información que nosotros y, de esta manera, se supone que estamos preparados para una acción común. Todo dato, por tanto, se obtiene a través de un proceso de comunicación que le da significado.

Una comunicación efectiva requiere de un lenguaje común que sirva para identificar las respuestas del paciente, mejorando la comunicación entre las enfermeras, entre los turnos de trabajo, entre las diferentes unidades, y con los diferentes campos alternativos de la salud. Un lenguaje común proporciona una base para que los clínicos, educadores e investigadores documenten, validen y/o modifiquen el proceso. Asimismo, hace que la comunicación sea más rápida y eficaz consolidando gran cantidad de datos en afirmaciones concisas que incluyen parámetros de valoración, ya que una vez conocido el diagnóstico se conocen los signos y síntomas del paciente.

No es posible obviar los valores, ya que también afectan a la comunicación. Cada comunicador habla en referencia a los valores que le han sido inculcados en la formación teórico-

²³ King, I. M. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concept, Process*. New York: John Wiley.

práctica, lo que hace necesario para realizar una comunicación efectiva que los valores acerca de necesidades, metas y prioridades sean reconocidos (Hendrickson, 1993:68)²⁴.

Los diagnósticos de enfermería permiten una clara definición de los datos y los parámetros relativos a los cuidados de los pacientes, constituyendo descriptores apropiados que facilitan el cuidado y permiten su desarrollo de forma eficaz. Grier (1984)²⁵ reconocía que un elemento crítico para la obtención de sistemas de información era la necesidad de un acuerdo sobre las definiciones de los descriptores apropiados sobre el cuidado de los pacientes. Los diagnósticos de enfermería solucionan este aspecto. En este sentido muchos de los problemas más evidentes en el ámbito de la práctica de cuidados de salud, son atribuibles a problemas de comunicación y fácilmente superables con la implantación de taxonomías diagnósticas.

²⁴ Hendrickson, M.F. (1988). The nurse engineer: a way to better nursing information systems. *Computers in Nursing*, 11(2):67-71.

²⁵ Grier, M.R. (1984). Information processing in nursing practice, en: Werley, H. H.; Fitzpatrick, J. J. (eds.). *Annual Review of Nursing Research*, 2: 265-287.

CAPÍTULO I

Nomenclatura enfermera.

Josep Adolf Guirao-Goris

Andrés Cuesta Zambrana

1. Sistemas de clasificación enfermeros

El método taxonómico, que pretende analizar y clasificar las regularidades de los fenómenos, es practicado por diferentes disciplinas¹. Las clasificaciones tienen fundamentalmente un poder predictivo, en tanto que están realizadas de acuerdo con las semejanzas de los elementos que la componen. De este modo, tienen capacidad de generar conocimiento teórico.

El interés por desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros surgió en la década los años setenta del siglo XX de la preocupación ante el hecho de que las enfermeras no podían designar los problemas de los pacientes de los que se ocupaban. No se podían nombrar los problemas que atendían, ni identificar la contribución que hacían a la resolución y alivio de dichos problemas. En palabras de Norma Lang y June Clark², "si no estamos en condiciones de describir y denominar los cuidados de enfermería, no podremos jamás controlarlos, ni financiarlos ni llevar a cabo investigaciones en este campo, ni actuar de forma que sean tenidos en cuenta en la elaboración de las políticas sanitarias. Se corre el riesgo de que la aportación enfermera pase inadvertida, resulte infravalorada y desaparezca sin dejar huellas".

La aparición de la informática como instrumento de gestión y ayuda para el cuidado ha acentuado el interés por las clasificaciones. Gebbie y Lavin reconocen que "los diagnósticos enfermeros surgen como taxonomía como consecuencia de los irritantes sistemas de información que no recogían lo que las enfermeras identificaban en los pacientes"³.

La I Conferencia nacional de clasificación de los diagnósticos enfermeros se celebra en San Luis en 1973, en un momento de informatización de las instituciones sanitarias que registraban la información generada por las enfermeras como textos narrativos.

¹ Para conocer en mayor profundidad como ha sido utilizado el método taxonómico puede consultarse la obra de Hernández Conesa, J; Esteban Albert, M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Madrid. Ed McGraw-Hill Interamericana. 1999 pág 62 y ss.

² López Ruiz, J.(2000) Propuestas para el desarrollo profesional (II). Enferm Clínica. 10(4):157-162

³ Gebbie, KM; Lavin MA; Carterr, JH; Becker, A. Our beginning and challenges: the first and second national conferences on the classification of Nursing Diagnoses, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. 1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:27-39

A la Conferencia organizada por Gebbie y Lavin asistieron mediante invitación "95 enfermeras de las que el 50% eran asistenciales, el 25 % docentes y el resto investigadoras. Durante cinco días, las enfermeras, divididas en comités de trabajo desarrollaron las situaciones identificadas por las enfermeras que requieren su intervención partiendo desde perspectivas fisiológicas, de desarrollo, ambientales, psicológicas o sociológicas"⁴. Surgió una lista de entre 29 y 300 diagnósticos. El número depende de si se cuentan los modificadores de las etiquetas diagnósticas. Dicha lista fue ordenada alfabéticamente.

Con posterioridad a esta Conferencia se creó la National Task Force, organización que durante nueve años desarrolló vías para promover un sistema de clasificación y estableció un observatorio de información de los diagnósticos enfermeros en la Universidad de San Luis. Este grupo fue convocando bianualmente las conferencias de diagnósticos de enfermería.⁵

En 1982, nace formalmente la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) con el fin de desarrollar, depurar y promover una taxonomía de diagnósticos de enfermería de uso general para las enfermeras profesionales.⁶ Sin duda, el trabajo desarrollado por la NANDA fue básico para que en 1989 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se plantease el desarrollo de las Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera.

1.1 La Taxonomía I de la NANDA

La taxonomía I de la NANDA comenzó a elaborarse en las primeras conferencias. En ellas se crearon comités de trabajo a los que se pedía que identificaran diagnósticos de enfermería relacionados con un sistema corporal específico. Para determinar las características definitorias se

⁴ Gebbie, KM; Lavin MA; Carterr, JH; Becker, A. Our beginning and challenges: the first and second national conferences on the classification of Nursing Diagnoses, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:27-39

⁵ Gordon , M. Pearl: The fifth NANDA Conference, En : Rantz MJ, LeMone P. Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:40-43.

⁶ Gordon , M. Pearl: The fifth NANDA Conference, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:40-43.

basaban en el recuerdo de las situaciones vividas con sus pacientes y su inclusión en la taxonomía se realizaba mediante votación de las enfermeras asistentes a la conferencia.

En 1984, la NANDA se planteó la necesidad de establecer un mecanismo formal para la revisión y aprobación de los nuevos diagnósticos enfermeros. En la séptima conferencia, celebrada en 1986, el Comité de Revisión Diagnóstica estableció una guía para la propuesta de nuevos diagnósticos enfermeros y su ciclo de revisión. Allí nació formalmente la taxonomía NANDA I con el marco de los patrones de respuesta humana desarrollado por el grupo teorizador⁷.

La base estructural de la taxonomía parte del trabajo realizado por un grupo de teorizadoras⁸ de enfermería desde 1978 a 1984 (Figura 1-1) presididas por Callista Roy. Se pidió a este grupo que desarrollara un marco conceptual para la clasificación de los diagnósticos enfermeros. Para ello, empleó un método inductivo, estudió la lista alfabética de diagnósticos y generó varios patrones amplios que agrupaban los diagnósticos. En la fase final del trabajo se proponían los nueve patrones del hombre unitario como marco conceptual para el sistema de clasificación diagnóstica.⁹

⁷ Mills, WC.(1999) Three Conferences, three pearls: the janus view, the gateway to scientific practice, clinical judgement and decision making: the future with nursing diagnosis, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:44-48

⁸ Metateorizadoras: Andrea Bircher, Margaret Hardy, Rosemary Ellis, Rose McKay, Marge Gordon, Gertrude Torres. Grandes teorizadoras: Imogene King, Dorothea Orem, Callista Roy. Teoristas Rogerianas: Martha Rogers, Joyce Fitzpatrick, Margaret Newman, Rosemarie Parse, Mary Jane Smith.

⁹ Roy, C.(1999) NANDA and the nurse theorists: the truth of theory, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:59-67

Figura 1-1 **Marco conceptual para la identificación y clasificación de los diagnósticos enfermeros.**

Informe del Grupo de enfermeras teorizadoras, 10 abril de 1980¹⁰

I.- Esquema conceptual

A. Fenómenos del hombre unitario como sistema abierto

B. Características del hombre unitario como sistema abierto

1. Proceso de desarrollo

a) Crecimiento

b) Evolución

c) Negentrópico¹¹

2. Campo tetradimensional

a) Patrón

b) Organización

c) Unidad

d) Transacción

e) Límites arbitrarios

3. Patrón de energía

a) Ritmo

b) Orden

c) Interacción mutua simultanea

4. Búsqueda de metas

C. Metas de Enfermería — para promover la salud

D. Salud — patrón rítmico de intercambio de energía que es mutuamente enriquecedor y expresa el completo potencial de vida.

E. Provisión de servicios de enfermería — participación en esta meta mediante el uso de los recursos personales propios y el conocimiento enfermero.

II.- Características del hombre unitario

A. Factor I: Interacción.

Intercambio, Comunicación y Relación

B. Factor II: Acción

Valores, Elección y Movimiento

C. Factor III: Conciencia

Sueño, Sensaciones y Conocimiento

¹⁰ Roy, C. NANDA and the nurse theorists: the truth of theory, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. 1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:63

¹¹ Negentrópico es un término empleado por Rogers que indica el incremento del orden y la complejidad en los sistemas, en contraposición al anterior concepto de entropía. La idea es que los sistemas complejos, incluido el universo tienden a " disminuir y perder su organización compleja como una especie de cubo de hielo que se derrite". Su formulación procede de la década de los 50 cuando Von Berthalanffy introdujo la teoría general de sistemas que presentó una ciencia general

En 1984, Phylis Kritek y el Comité Taxonómico revisaron el trabajo realizado hasta la fecha y, basándose en los patrones del hombre unitario, crearon una primera clasificación taxonómica. Las etiquetas se clasificaron según cuatro niveles de abstracción. El nivel I incluía los niveles II, III y IV; el nivel II incluía el nivel III y IV, y el III incluía el IV. Los nueve patrones de respuesta humana constituyen conceptos del nivel I, son los más abstractos y proporcionan un marco organizativo a la taxonomía I. El nivel IV es el más concreto y son los más útiles para la práctica de enfermería.

Las reglas de clasificación y directrices empleadas por el comité taxonómico¹² fueron:

— No existe un orden inherente; es decir, ningún patrón se considera mejor que otro en la numeración de los nueve patrones. Al primer patrón desarrollado en la taxonomía se le adjudicó el número uno. Este resultó ser el de Intercambio, pero podría haber sido cualquier otro.

— El nivel de abstracción (de general a específico, de abstracto a concreto) determina el nivel de situación dentro de la taxonomía. La literatura de apoyo utilizada por quien aporta el diagnóstico, la opción de los expertos y la literatura de enfermería ayudan a determinar la ubicación de cada diagnóstico.

— Los diagnósticos se clasifican en función de la definición de cada patrón y la definición del diagnóstico. Ambos han de ser compatibles.

— El emplazamiento del diagnóstico es conceptualmente compatible en relación con las características teóricas actuales dentro de la enfermería.

— El sistema de numeración se ideó para facilitar la informatización de la taxonomía.

Hernández Conesa¹³ evidencia la dificultad de clasificación que presenta la taxonomía I de la NANDA. En 1990, el comité taxonómico de la NANDA presentó una propuesta en la novena conferencia, en respuesta a un socio que requirió la necesidad de reconsiderar la relevancia de los patrones de respuesta humana como marco organizador de la taxonomía. El comité recomendó

de totalidad. Puede consultarse en Rogers, ME (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: FA Davis

¹² Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificaciones 1997-1998. (1997)Madrid: Harcourt- Brace.

¹³ Hernández Conesa. Op. Cit

que la taxonomía II tuviese un carácter multiaxial para incrementar la flexibilidad en la expresión de los conceptos diagnósticos.¹⁴

1.2 La taxonomía II de la NANDA

Una de las dificultades con que el Comité Taxonómico de la NANDA se encontró fue que el creciente número de diagnósticos aprobados para su inclusión en la taxonomía I requería niveles mayores que el nivel IV. Por ello se pensó en elaborar una nueva estructura taxonómica. A esta dificultad debe sumarse la que encontraron para incorporar en el marco taxonómico los nuevos diagnósticos aprobados. En palabras del comité, "era muy duro clasificarlos usando los nueve patrones porque los nuevos diagnósticos podían encajar en más de uno".¹⁵ El comité taxonómico decidió utilizar la metodología Q¹⁶ para poner a prueba varios marcos teóricos como posibles opciones. Estos marcos fueron¹⁷:

- Uno de carácter naturalista.
- El marco propuesto por Jenny¹⁸.
- El marco de la clasificación de resultados de enfermería NOC.
- Los Patrones Funcionales de Salud de Gordon.

¹⁴ Warren, J. Create the vision: the ninth NANDA Conference, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. 1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:49-52

¹⁵ Report of the Taxonomy Committee. (1997) En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the twelfth Conference NANDA. . Glendale: Cinhal Information Systems:472-3

¹⁶ La metodología Q es un término que utilizó William Stephenson (1975) para referirse a un conjunto de conceptos sustantivos, estadísticos y psicométricos relacionados con el estudio de casos individuales. Utiliza un procedimiento que se conoce como la Ordenación Q, que entraña la clasificación de un grupo de tarjetas de acuerdo con criterios específicos. Para conocer esta metodología puede consultarse: Polit-Hungler(1997) 5º Ed. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México:McGraw-Hill Interamericana Editores

¹⁷ Taxonomy Committee Report (1999) En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:659-63

Ninguno de los cuatro fue enteramente satisfactorio. Sin embargo, los patrones funcionales de Gordon eran más útiles que los otros tres marcos propuestos. Con el permiso de Gordon, el comité taxonómico modificó la estructura de los patrones funcionales de salud para utilizarlos como marco de la taxonomía II, que está compuesta por Dominios que se subdividen en clases.

En la décimotercera conferencia¹⁹ de la NANDA, el comité taxonómico presentó una propuesta que contaba con doce dominios²⁰ subdivididos a su vez en al menos dos clases. En dicha conferencia se invitó a los asistentes a clasificar los diagnósticos de acuerdo con los dominios propuestos. Se obtuvieron 40 grupos de datos que analizó el comité taxonómico, de modo que después del análisis se añadió otro dominio denominado crecimiento y desarrollo. La estructura taxonómica final se asemeja menos a la de Gordon, pero, según el comité taxonómico de la NANDA, se han eliminado casi totalmente los errores de clasificación y las redundancias.²¹ La taxonomía II se diseñó para tener una forma multiaxial porque es fácilmente incorporable en las bases de datos informáticas y porque es mucho más flexible y amigable que la taxonomía I. Sin embargo, hay algunas cuestiones²² que surgen del modelo multiaxial.

La primera es que al situar los descriptores en un eje suceden dos cosas. Por una parte, las etiquetas de la taxonomía I se convierten en conceptos que requieren la adición de otra palabra

¹⁸ Jenny, J (1995) Advancing the science of nursing. En : Rantz MJ, LeMone P (Ed.) .Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the eleventh Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1995:73-81

¹⁹ Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999

²⁰ Percepción y manejo de la salud, nutrición - metabolismo, eliminación, matenimiento de la energía, cognición - percepción, autopercepción - autoconcepto, rol -relaciones, sexualidad - reproducción, afrontamiento - tolerancia al estrés, valores y creencias, seguridad y protección, comodidad.

²¹ NANDA(2001). Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2001-2002. Madrid: Hacourt

²² Taxonomy Committee Report (1999) En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:659-63

(descriptor) para ser comprensibles. Y, por otra parte, al eliminar el descriptor que originalmente tiene asignado una etiqueta diagnóstica se corre el riesgo de alterar el sentido original de la misma.

Una segunda cuestión, relacionada con la anterior, es que introducir el descriptor como un eje en la taxonomía permite a una enfermera elegir entre múltiples descriptores para los conceptos diagnósticos. Lo bueno de esta situación es que aumenta la flexibilidad de los diagnósticos considerablemente. Por el contrario, surgen múltiples diagnósticos que carecen de características definitorias y factores relacionados. La NANDA recomienda utilizar las etiquetas descritas que tienen características definitorias pero también reconoce que la forma multiaxial de la taxonomía II permitirá ver a las enfermeras los huecos que faltan por rellenar y contribuirá al desarrollo de nuevas etiquetas.

La taxonomía II cuenta con siete ejes:

Eje 1: El concepto diagnóstico

Eje 2: Tiempo (de agudo a crónico, de larga duración, de corta duración)

Eje 3: Unidad de cuidados (individuo, familia, comunidad o grupo)

Eje 4: Etapa de desarrollo (de feto a anciano)

Eje 5: Potencialidad (real, riesgo, oportunidad o potencial de crecimiento/ mejora)

Eje 6: Descriptor (limita o especifica el significado del concepto diagnóstico)

Eje 7: Topología (partes o regiones corporales)

La NANDA ha asumido de forma oficial la taxonomía II en su décimocuarta conferencia, celebrada en 2000. Muchos de los nombres han cambiado y modificadores como "alteración" han sido suprimidos. Para la conversión de la taxonomía I en la taxonomía II se ha publicado una tabla²³.

1.3 La Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE)

En 1989, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) autorizó el desarrollo de una Nomenclatura internacional de enfermería. En 1991, un equipo de trabajo realizó una búsqueda bibliográfica y envió un cuestionario a los miembros del CIE para determinar qué sistemas se utilizaban en sus países. Con esta información elaboró los documentos preliminares de trabajo para desarrollar una

²³ NANDA news.(2000). Nursing Diagnosis.11(4):186-189.

primera versión de la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE).²⁴. Estos documentos se expusieron en el Congreso del CIE de 1993 en Madrid.

El CIE se propuso trabajar sobre una estructura taxonómica que permitiera ordenar en un sistema lógico, según los principios aplicables a las clasificaciones en cualquier disciplina, los términos ya recogidos y los nuevos que pudiesen surgir en el futuro en las clasificaciones que se están desarrollando en diferentes países. La CIPE se diferencia de otras clasificaciones de enfermería en que todos los conceptos se definen y sitúan sistemáticamente en un marco de relaciones jerárquicas.

En 1996, el CIE ²⁵ presentó la versión Alfa de la CIPE, que fue enviada a todas las Asociaciones Nacionales de Enfermería e incluía un formulario en el que cualquier enfermera podía enviar sus opiniones. Desde la publicación de la versión Alfa se ha recibido respuesta de las asociaciones nacionales de diecinueve países²⁶, un grupo de enfermería de la Medical Informatics Association, un grupo de enfermeras de la Unión Europea, un taller de trabajo sobre la CIPE en el que participaron catorce países de Asia y el Pacífico, así como diferentes grupos de trabajo como el auspiciado por la Fundación Kellogg en Latinoamérica o el proyecto Telenurse en Europa.

La información recibida mostraba la incomodidad que suscitaba el término fenómeno, la insuficiencia de términos comunitarios y de bienestar, la inconsistencia y calidad de las definiciones, y los principios de división. Con todas estas apreciaciones, el CIE ha elaborado una versión Beta^{27, 28} que se dio a conocer en el congreso de su centenario en 1999²⁹. El CIE tiene prevista la versión 1 para el año 2005.

²⁴ La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería: un marco unificador. La versión Alfa. Conejo Internacional de Enfermeras. Ginebra .1996

²⁵ Si se desea conseguir un ejemplar de la CIPE se puede solicitar al CIE en :CIE. 3, place Jean Marteau, CH1201 Ginebra (Suiza)

²⁶ Australia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Finlandia, Francia, Alemania, Guyana, Korea, Holanda, Noruega, Samoa, Eslovenia, Suecia, Taiwan, Trinidad y Tobago, Reino Unido, y EE.UU.

²⁷ Wake, M; Coenen, A.(1999) The Intenational Classification For Nursing Practice: Toward de Beta Version. En: Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:405-409

²⁸ López, C; López, J. ¿Fenómenos de enfermería? Correo AENTDE 1998;2(2):6-7

La CIPE proporciona una terminología estructurada y definida, una clasificación para la práctica de enfermería. Se considera un marco unificador en el cual pueden cruzarse otros vocabularios de enfermería existentes para poder comparar los datos reunidos mediante otros vocabularios y clasificaciones reconocidos.

La CIPE nombra, ordena y vincula los fenómenos que describen la práctica de enfermería: lo que las enfermeras hacen en relación con determinadas necesidades humanas para producir determinados resultados.

En la versión Alfa de la CIPE, el CIE optó por utilizar los términos fenómeno de enfermería (porque muchas de las entradas de la clasificación son más amplias y más generales que los diagnósticos) e intervenciones de enfermería.

1.3.1 CIPE - Clasificación de Fenómenos Enfermeros³⁰

La Clasificación de Fenómenos Enfermeros se organiza en un formato multiaxial cuyos ejes son los siguientes:

- A.- Foco de la práctica enfermera (por ejemplo: dolor, autoestima)
- B.- Juicio (por ejemplo: mejora, deterioro, trastorno)
- C.- Frecuencia (por ejemplo: intermitente, frecuente)
- D.- Duración (por ejemplo: agudo, crónico)
- E.- Topología (por ejemplo: derecha, izquierda, parcial)
- F.- Lugar corporal (por ejemplo: ojo, dedo)
- G.- Probabilidad (por ejemplo: real, riesgo, oportunidad)
- H.- Portador (por ejemplo: familia, comunidad).

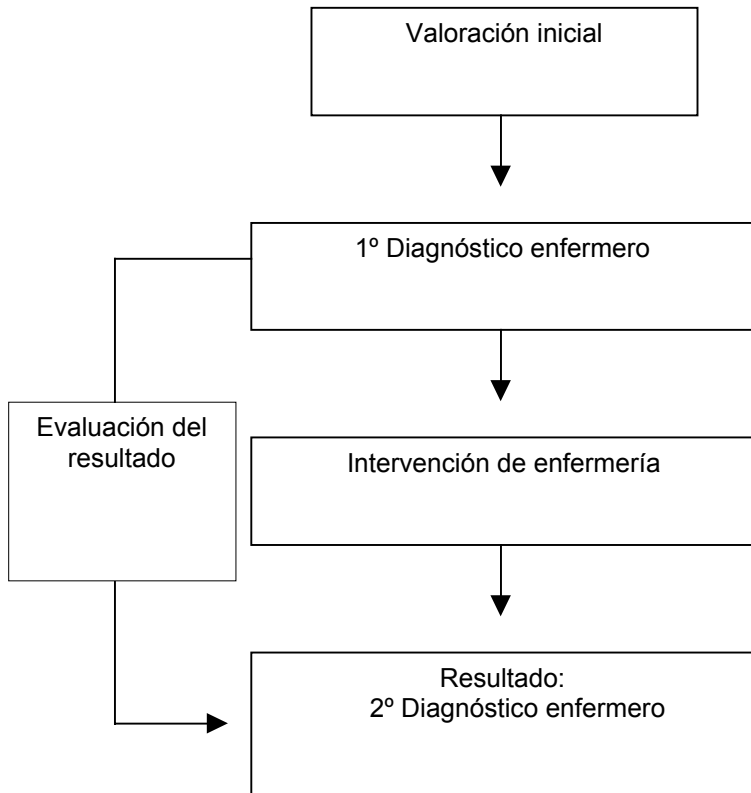
Para componer un diagnóstico enfermero es necesario que contenga un término del eje A y B. El resto de ejes son opcionales y no se puede usar más de un término de cada uno de ellos.

²⁹ International Classification of Nursing Practice(1999). <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>

³⁰ International Classification of Nursing Practice(1999). <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>

1.3.2 CIPE - Clasificación de Resultados Enfermeros³¹

El CIE clasifica los resultados como los cambios que se producen en los diagnósticos enfermeros tras una intervención de enfermería.



1.3.3 CIPE - Clasificación de Acciones Enfermeras³²

La Clasificación de Acciones Enfermeras se organiza en un formato multiaxial cuyos ejes son los siguientes:

³¹ International Classification of Nursing Practice(1999). <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>

³² International Classification of Nursing Practice(1999). <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>

- A.- Tipo de acción: acto desarrollado en una acción enfermera (por ejemplo: enseñar, insertar, monitorizar)
- B.- Objeto: la entidad que resulta afectada por la acción enfermera o provee el contenido de la misma (por ejemplo: dolor, niño, servicios domiciliarios)
- C.- Enfoque: la entidad usada para la ejecución de una acción enfermera. Incluye tanto los instrumentos o herramientas utilizadas para dicha acción como los servicios o planes específicos utilizados (por ejemplo: vendajes, técnicas de entrenamiento de la vejiga, procedimiento de alta)
- D.- Tiempo: orientación temporal de una acción enfermera. Incluye tanto momentos temporales (sucesos o momentos definidos en el tiempo) como intervalos temporales, definidos como la duración entre dos sucesos (por ejemplo: al alta, intraoperatorio, prenatal)
- E.- Topología (por ejemplo: derecha, izquierda, parcial, total)
- F.- Localización (por ejemplo: cabeza, brazo, casa, lugar de trabajo)
- G.- Vía (por ejemplo: oral, subcutánea)
- H.- Beneficiario (por ejemplo: individuo, grupo, familia, comunidad).

Para componer una intervención enfermera es necesario que contenga un término del eje

A. El resto de ejes son opcionales para ampliar o reducir la intervención y no se puede usar más de un término de cada eje para una sola intervención.

1.4 La taxonomía NIC

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería —Nursing Interventions Classification (NIC)— es una clasificación que describe en lenguaje estandarizado los tratamientos que las enfermeras llevan a cabo. Es controlada por el Centro para la Clasificación de Enfermería del Nursing College de la Universidad de Iowa en un proyecto dirigido por McCloskey y Bulechek³³.

La taxonomía NIC³⁴ incluye tanto intervenciones de carácter fisiológico (manejo del desequilibrio ácido-base) como intervenciones de carácter psicológico (reducción de la ansiedad). Existen intervenciones para el tratamiento de enfermedades (manejo de la hiperglucemia),

³³ Iowa Intervention Project-McCloskey, J.C. and Bulechek, G.B., Eds. (2000). Nursing Interventions Classification (NIC) (3rd ed.) St. Louis: Mosby-Year Book.

³⁴ McCloskey, J.C.; Bulechek, G.B.(1999) Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Síntesis. Madrid.

prevención de problemas de salud (prevención de caídas) y de promoción de la salud (promoción de ejercicio).

Cada intervención NIC tiene un único número que facilita su informatización, y se encuentran enlazadas con los diagnósticos de la NANDA, los diagnósticos de la clasificación Omaha y con la clasificación NOC. La NIC cuenta con 486 intervenciones con sus correspondientes definiciones y un conjunto detallado de actividades que describen lo que la enfermera realiza para implementar la intervención. Las intervenciones están organizadas en 30 clases y 7 dominios.

1.5 La taxonomía NOC

La Clasificación de Resultados de Enfermería —Nursing Outcomes Classification (NOC)— es una clasificación de los objetivos de resultado estándares que consiguen los pacientes, desarrollada para evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras. Los objetivos de resultados estándares son necesarios para la informatización, para los sistemas de información de enfermería y para el desarrollo del conocimiento enfermero y la formación de enfermeras profesionales. Un objetivo de resultado es definido como una variable conceptual que identifica condiciones mensurables de los individuos, familias o de la comunidad a lo largo del tiempo y que es consecuencia de una intervención enfermera.

La NOC cuenta con 260 objetivos de resultados y se encuentran clasificados por orden alfabético. Están agrupados en veintinueve clases y siete dominios: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimientos y conductas de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria. Cada objetivo de resultado cuenta con una definición, una lista de indicadores que pueden ser usados para evaluar el estado del paciente en relación al objetivo de resultado, una escala Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente y una pequeña lista de referencias utilizada para desarrollar dicho objetivo de resultado.

La NOC está actualmente en proceso de investigación y desarrollo.

1.6 La Clasificación de Cuidados de Salud Domiciliaria

Esta clasificación es un proyecto dirigido por Virginia Saba en la Escuela de Enfermería de la Universidad Georgetown. Ha sido desarrollada para valorar y clasificar a los pacientes y determinar cuáles eran los factores que determinaban la provisión de los servicios sanitarios de atención domiciliaria y cómo influían éstos en los resultados de los cuidados.

La Clasificación de Cuidados de Salud Domiciliaria (HHCC^{35,36}) de Diagnósticos e Intervenciones Enfermeras es un esquema de clasificación que se ha desarrollado empíricamente, basándose en el estudio de los cuidados de salud domiciliaria. La HHCC utiliza un marco con 20 componentes³⁷ que sirven para clasificar y codificar los diagnósticos y las intervenciones enfermeras.

A diferencia de otras clasificaciones, el sistema Saba incluye los resultados como un modificador que se añade a los diagnósticos y codifica el resultado.

Los diagnósticos enfermeros se codifican de acuerdo a una estructura de cinco dígitos alfanuméricos. El primer dígito de carácter alfabético se refiere al componente de la clasificación; el segundo y tercer dígito, a la categoría diagnóstica; el cuarto dígito, a la subcategoría diagnóstica; y el quinto, al modificador que codifica el resultado esperado.

Las intervenciones enfermeras se codifican de acuerdo a una estructura de cinco dígitos alfanuméricos. El primero se refiere al componente de la clasificación; el segundo y tercer dígito, a la categoría de intervención; el cuarto dígito, a la subcategoría de intervención; y el quinto, al modificador que codifica el tipo de intervención que puede ser de cuatro tipos:

- de valoración
- el cuidado directo
- de enseñanza
- la dirección de los servicios enfermeros.

³⁵ Home Health Care Classification.

³⁶ Saba, V.K. (1992). A Classification of Home Health Care Nursing Diagnoses and Interventions. *Caring*, 11(3), pp.50-57.

³⁷ Saba, V.K. (1994). Home Health Care Classification of Nursing Diagnosis and interventions. Revised. Georgetown:Georgetown University. School of Nursing,.

1.7 El Sistema Omaha

El Sistema Omaha³⁸ fue desarrollado en un período de veinte años por la Asociación de Enfermeras Visitadoras de Omaha (Nebraska, EE UU). Se compone de un Esquema de clasificación de Problemas, un Esquema de intervenciones y una Clasificación de resultados.

El Esquema de clasificación de problemas comprende cuatro dominios en los que se distribuyen todos los problemas:

- dominio fisiológico
- dominio de las conductas relacionadas con la salud.
- dominio sicosocial
- dominio ambiental.

En la clasificación de problemas existen cuarenta diagnósticos enfermeros. Cada uno puede ser modificado por un identificador como puede ser: promoción de la salud, riesgo, déficit, deterioro o actual. Además, se puede referir a si es un diagnóstico individual o familiar.

El Esquema de intervenciones se compone de las categorías:

- vigilancia
- educación sanitaria
- orientación y consejo
- tratamientos y procedimientos
- manejo de casos.

La Clasificación de resultados consiste en una escala tipo likert desde (menor) 1 a (mayor) 5 en tres áreas: conocimientos, comportamientos y estado de salud. Esta escala se realiza antes y después para poder realizar la evaluación tras la intervención.

1.8 La Taxonomía de Autocuidados Cotidianos

En 1984, en Andalucía se inicia la transformación del sistema sanitario siguiendo las recomendaciones de la conferencia de Alma-Ata de 1978. En un intento de definir el campo de

³⁸ Martin, K.S. & Scheet, N.J. (1992). The Omaha system: Applications for community health nursing. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company

actuación de la nueva enfermera comunitaria, se desarrolla una taxonomía de diagnósticos de enfermería denominada Taxonomía de Autocuidados Cotidianos (Del Pino³⁹, 2000).

Esta Taxonomía surge utilizando metodología inductiva y se basa en la teoría de Orem (1993) y en la adaptación de los trabajos de Campbell (1987) y Carpenito⁴⁰(1986). Dicha taxonomía⁴¹ recoge etiquetas diagnósticas agrupadas en tres tipos de categorías: déficit de autocuidado (cuando la persona no es capaz de realizar cuidados por sí misma), déficit de bienestar (cuando aparecen molestias de tipo físico o psíquico) y déficit de seguridad (cuando corre riesgo la salud).⁴²

1.9 La introducción de los diagnósticos enfermeros en España

Los diagnósticos enfermeros llegaron a España en la década de los ochenta a través de un artículo publicado en la edición española de la revista Nursing. Muy pronto se convirtieron en motivo de debate, apareciendo detractores y defensores del diagnóstico enfermero. En la actualidad es un debate superado, aunque existen ocasionales rebrotes⁴³. La implantación del diagnóstico de enfermería en la atención primaria española se inicia en 1989 y cabría destacar la aparición de dos polos.

³⁹ Del Pino Casado, R.(2000). Metodología de trabajo en Enfermería Comunitaria: 172. En Frías Osuna, A.(2000) Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson

⁴⁰ Carpenito, L(1986) Diagnóstico de enfermería.Madrid: Interamericana

⁴¹ Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González,F; Cantón Ponce, D; pulido Soto, A; Sánchez Jurado, L; Calleja Herrera, A; Rodríguez Cobo, D; Romero Aranda, AM. (1993) 3(3):102-108

⁴² Si se desea conocer el Modelo de Autocuidados Cotidianos puede consultarse:

- Frías Osuna, A.(2000) Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson

- Romero Aranda, AM. Consulta de Enfermería. y Germán Bes C. El modelo profesional de enfermería comunitaria. Capítulos En: SÁNCHEZ MORENO, A. et al. Enfermería Comunitaria 3. Ed McGraw-Hill. Madrid. 2000

⁴³ Ugalde, M; Álvarez, C. Diagnóstico enfermero. El Correo AENTDE. 1998. Vol II. Nº 3:6-7.

Por una parte, en las III Jornadas de la Asociación de Enfermería Andaluza (ADEA)⁴⁴ se produce una eclosión de trabajos sobre el diagnóstico enfermero donde aproximadamente la mitad de las intervenciones estaba relacionada con el uso del diagnóstico enfermero en atención primaria.

Paralelamente, a finales de 1989 la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en sus X sesiones de trabajo, configuró el grupo de trabajo “Seminario permanente en diagnósticos de enfermería”⁴⁵. Junto con la posterior traducción al castellano coordinada por Lynda Carpenito, fue responsable de la introducción de la taxonomía de la NANDA en España.

Entre las clasificaciones más usadas⁴⁶ en la atención primaria se encuentran la taxonomía de la NANDA^{47, 48, 49, 50} y la clasificación de diagnósticos de autocuidado cotidiano^{51, 52, 53, 54}. Después existen versiones propias desarrolladas⁵⁵ en el seno de diferentes áreas de salud^{56, 57, 58}.

44. El diagnóstico de enfermería. III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza.(1989) ADEA: Jaén.

45 Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. (1995). Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona:Masson.

46 Raña Lama, CD (1999) Diagnósticos de enfermería: líneas de investigación en atención primaria de salud. *Enferm Científ* 208-209:28-30

⁴⁷ Guirao Goris,JA (1993) Diagnóstico de enfermería en una consulta de enfermería de atención primaria. Estudio descriptivo” *Enferm Integral*. 26: 27-31

⁴⁸ Gallego Casado, P;Carra, B; Morente, M; Calvo, C; Sanz, C. (1995) Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. *Rev ROL Enferm*. 202:14-18

⁴⁹ Rivas Campos, A;Toral López, I; Luna del Castillo, JD. (1995) Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en una unidad de atención primaria. *Enferm Clínica*. 5(6):231-237

⁵⁰ Rosell E; Navarro J, Roca R, Balcells A, Viladot A, Giró M (1995) Estudio del perfil de los diagnósticos enfermeros en un área básica de salud. *Index Enferm* IV(12-13):93-94

⁵¹ Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González, F; Cantón ponte, D; Pulido soto, L et al,(1993) Validación de una taxonomía diagnóstica de los problemas

La metodología de cuidados y los diagnósticos enfermeros se han utilizado en la atención al niño sano^{59, 60, 61}, en la atención domiciliaria^{62, 63, 64,65}, en situaciones de riesgo psicosocial⁶⁶, en la mujer en sus diferentes etapas del ciclo vital⁶⁷, en el anciano⁶⁸, y en pacientes crónicos^{69,70, 71}.

diagnosticados con mayor frecuencia por los enfermeros en clientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Enferm clin* 3(3):231-237

⁵² Álvarez Vicent, A; Ruiz Villaespesa, R. (1989) El diagnóstico de enfermería en atención primaria. Análisis de las ventajas y problemas en su utilización. pg 25 -32 En : III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza. El diagnóstico de enfermería. ADEA: Jaén.

⁵³ Pulido Soto, A; García Orta, C; Frías Osuna, A; Quiles Espinosa, A (1989) Diagnóstico enfermero en el niño sano. pg 153-163 En : III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza. El diagnóstico de enfermería. ADEA: Jaén.

⁵⁴ Del Pino Casado, R; Cantón Ponce, D; Alarcón Jiménez, A; Fuentes Martínez, A; Navas Anguis, V; Rincón Montilla, MC; MC; Ruiz Cejudo, R. (2001). Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 11(1):3-8

⁵⁵ Izquierdo Carrasco, JM; Pérez Badía, B; Ramírez Rodríguez, FJ; Conde Lara, G; Torres Montero, L; Pérez Merino, I. (2000). Implantación del proceso enfermero en atención primaria. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 31

⁵⁶ Martínez Marcos, M; Custey Malé, MA; Francisco Casado, MA; Ferrer Arnedo, C; Flores Boixader, E; Arcalá García, MJ et al. (1996) Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. *Enferm Clínica*. 6(1):1-10

⁵⁷ Flores Boixader, E. (1996) Diagnósticos de enfermería en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enferm Clin* 6(6):242-248

⁵⁸ Martín Robledo, E; García López, F; Asenjo Esteve, A. (1997) Diagnósticos de Enfermería. Estrategias de implantación. *Rev ROL Enferm*. XX(225):57-63

⁵⁹ Pulido Soto, A et. Al Op. cit

- ⁶⁰ Bertomeu i Marigo, M. (2000) Experiencia de aplicación del proceso de enfermería en la consulta de pediatría. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 78
- ⁶¹ Montesinos Afonso, N; Pérez Díaz, G; Duarte Climents, G. (1998) Diagnósticos enfermeros en niños de 2 a 5 años incluidos en el programa del niño sano. II Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Valladolid. pg 16
- ⁶² Gallego Casado, P; Carra, B; Morente, M; Calvo, C; Sanz, C. (1995) Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. Rev ROL Enferm. 202:14-18
- ⁶³ Pujol Puyané T; Martí Sotus M (1999) Evaluación de la implantación de la hoja de seguimiento de enfermería en el enfermo domiciliario. Enferm Científ 204-205:60-64
- ⁶⁴ Clavería Señas M. (1997) Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliaria socio-sanitaria. Enferm Científ 204-205:60-64
- ⁶⁵ Villacañas Novillo, E; Cantero García, MP; Domingo Martín, R; Sánchez Pérez, C; Díez Gómez, J; Casado Lollano, A. (2000) Coste de las intervenciones enfermeras en los usuarios de atención domiciliaria de atención primaria, según el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 34
- ⁶⁶ Font Oliver, MA. et al(2000) Enfermería y familias en situación de riesgo sicosocial: una experiencia compartida. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 56
- ⁶⁷ Jiménez de Luque, P. Serrano Monzó, I. (2000) Atención individualizada a la mujer climatérica en las consultas de enfermería. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 47
- ⁶⁸ Flores Boixader, E. (1996) Op. Cit.

El interés por el diagnóstico enfermero en España se cristalizó en mayo de 1996 en el nacimiento de la sociedad científica AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería). La AENTDE forma parte en la actualidad del Comité Internacional de la NANDA y trabaja en España por el desarrollo y difusión del diagnóstico y la nomenclatura enfermera.⁷²

2. Análisis de la taxonomía NANDA

Cuesta⁷³ et al realizaron un análisis de la taxonomía I NANDA (Conferencia 1990). Dicho estudio puede ser considerado de validez aparente. Establecieron unos criterios de análisis de las etiquetas para con posterioridad adaptarlas al contexto español. Los criterios fueron los siguientes:

1. ¿Es posible la independencia de actuación de la enfermera para resolver/paliar las causas que originan el problema? Este criterio es condición indispensable para que exista diagnóstico de enfermería.
2. ¿Es posible la actuación sistemática? Al igual que el anterior criterio, es condición indispensable para que exista diagnóstico de enfermería.
3. ¿Condiciona a realizar consideraciones ideológicas sobre el problema del sujeto? El profesional de Enfermería debe entender al individuo y su situación objetivamente, evitando juzgar las situaciones con su propia ideología.

⁶⁹ Duarte Climents, G; Montesinos Afonso, N (1998) Diagnósticos enfermeros en diabéticos controlados en atención primaria. II Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Valladolid. pg 14

⁷⁰ Piqué Prado,E. (1999) Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. *Enferm Científ* 210-211: 22-24

⁷¹ Del Pino Casado, R; Frías Osuna, A; Cantón Ponce, D; Calleja Herrera, A; Alguacil González, F. (1995) Una propuesta de herramientas de trabajo: Guía de valoración y guía de atención de enfermería a pacientes hipertensos. *Index Enferm* IV(12-13):90-91

⁷² <http://www.ub.es/aentde>

4. ¿Define una situación concreta sobre el estado de salud del sujeto? Para que el profesional de Enfermería pueda actuar sistemáticamente es necesaria la concreción en la definición del problema.
5. ¿Refleja la etiqueta el contenido de la definición? La etiqueta es la síntesis de la definición del problema. Por tanto, debe ajustar su significante al significado.
6. ¿La etiqueta es coherente en lengua española? La etiqueta debe ser comprensible para poder ser utilizada.
7. ¿Es breve en lengua española? La etiqueta debe sintetizar en el menor número de palabras la situación de salud definida.

Del análisis global de la taxonomía I de NANDA (9ª Conferencia) se observó que en su conjunto presupone una determinada escala de valores éticos, morales y religiosos. Esta afirmación es problemática, pues se podría argumentar que todo acto humano está basado de un modo u otro en alguna moral. Sin embargo, identificaron seis principios en los que se fundamenta:

- La familia como pilar básico;
- La experiencia religiosa considerada como un bien necesario;
- La actividad como deseable, incluso durante el ocio, frente a la inactividad;
- La autoridad como modelo incuestionable;
- El paternalismo;
- La ausencia de análisis de las causas macrosociales (léase las producidas por el sistema social) que producen dolencias individuales dentro de los factores etiológicos de cada diagnóstico.

Forma parte del pensamiento dominante en el mundo occidental la suposición de que toda persona ha de tener necesariamente unos valores o creencias. Esta idea no afecta a Oriente del mismo modo que a Occidente, y este mismo hecho la pone en cuestión.

Las diferencias interculturales en la alimentación, los hábitos, los sistemas políticos, los medios de producción, etcétera, causan a su vez diferencias interculturales en la sintomatología

⁷³ Cuesta A., Guirao J.A., Benavent A. Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos.1994

que indica la falta de salud. Tampoco hay que olvidar que determinadas conductas son indeseables para unas culturas —y, por tanto, consideradas patológicas—, pero deseables para otras. No tomar en cuenta el hecho pluricultural supone la consideración de la propia cultura como única y universal a los efectos prácticos de una taxonomía de diagnósticos. Muchos de ellos son válidos sólo para Occidente, e incluso en el seno de esta cultura se tiende a considerar motivos de cuidados de Enfermería cualquier forma de pensamiento o conducta que genere una "incapacidad para aceptar valores de la cultura dominante" o "comportamiento o valores sociales inaceptables" (la disyuntiva sugiere que no es deseable la existencia de pensamientos "ilícitos", aunque no se manifiesten en un comportamiento). Este contrasentido ideológico es, probablemente, la causa de que no se considere necesario dar una definición para la mayor parte de los términos que se manejan (según la bibliografía consultada), tales como función de paternidad, comunicación, intercambio social, responsabilidades, adaptación, etcétera (con la consecuencia inmediata de gran número de imprecisiones y vaguedades). En ocasiones, la explicación de los términos resulta alarmantemente simplista. Así, por ejemplo, los adjetivos "poco adecuado", "inadecuado" o similares son los que con mayor frecuencia dan la característica fundamental del diagnóstico. De esta forma, nos encontramos a menudo:

- "incapacidad para interpretar el significado de las palabras de modo adecuado",
- "funcionamiento sexual inadecuado" ,
- "afectos inapropiados o comportamiento social inconveniente",

y un largo etcétera.

En una investigación sobre validación de diagnósticos de enfermería en atención primaria, el equipo investigador dirigido por Martínez Marcos⁷⁴ apuntaba que sentimientos y sensaciones (sentimiento de soledad, infravaloración, impotencia, malestar, angustia, celos) son difíciles de agrupar bajo las características definitorias recogidas por la NANDA. Las autoras de dicho trabajo argumentan dos razones. De un lado, la dificultad de las enfermeras para analizar y discriminar

entre los diferentes tipos de afrontamiento incluidos en el concepto de adaptación o discriminar entre los componentes de la percepción de sí mismo (identidad, autoestima, imagen corporal y desempeño del rol). Y otra razón argumentada fue la diferencia del lenguaje entre ambas culturas, tanto por parte del profesional como del cliente.

Cuesta et al.(1994), tras el análisis de la taxonomía, realizan algunas reflexiones:

1) Algunas de las definiciones apuntadas en las traducciones y en los documentos originales de la NANDA son sumamente imprecisas, ya que no aclaran el significado de la etiqueta a que se refieren, e incluso en determinadas ocasiones son auténticas tautologías. Un análisis exhaustivo de etiquetas y definiciones —teniendo en cuenta el lugar que ocupan en la taxonomía y las relaciones entre los distintos diagnósticos, es decir, considerando toda la taxonomía en su estructura— revela la falta de algunos diagnósticos complementarios a los descritos y la presencia innecesaria de algunos otros. Un diagnóstico como "Nutrición alterada: mayor ingesta que los requerimientos corporales" encuentra un diagnóstico de riesgo homólogo; sin embargo, el diagnóstico "Nutrición alterada: menor ingesta que los requerimientos corporales" no aparece reflejado en la taxonomía en su aspecto de riesgo. Así, por ejemplo, se contempla la alteración en la función sexual, pero no se contempla la alteración en el objeto de deseo sexual. Sin duda, la explicación a este hecho es que la taxonomía se encuentra en fase de desarrollo.

2) En otras ocasiones, las etiquetas diagnósticas responden a causas que permiten la actuación de Enfermería en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, tales como médicos, psicólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Un gran número de los factores etiológicos apuntados en los manuales diagnósticos consultados no permiten la actuación independiente de la enfermera, sino únicamente en un papel de colaboración. Etiquetas que apuntan causas de este tipo serían: "Disreflexia", "Alteración de la perfusión tisular: renal, cardiopulmonar, gastrointestinal", "Exceso en el volumen de líquidos", "Deterioro en el intercambio gaseoso", "Sufrimiento espiritual". La explicación es que en todos ellos se aprecia la necesidad de participación de un profesional especializado junto a la enfermera para la resolución del problema. Es necesario plantear si estas situaciones se definen como diagnósticos de enfermería o no.

⁷⁴ Martínez Marcos M. Custey Malé M^a A. De Francisco Casado M^a A. et al. "Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria" *Enferm. Clínica* 1996 ene-feb

Gordon (1996) considera que las manifestaciones fisiopatológicas de un órgano o sistema enfermo, como "*deterioro del intercambio gaseoso*", no son diagnósticos enfermeros. Si planteamos que los diagnósticos de enfermería son aquellas situaciones resolubles de forma independiente por parte de las enfermeras nos encontraremos ante el dilema de aceptarlos o rechazarlos como diagnósticos de enfermería. Quizá la solución⁷⁵ a esta cuestión ya la dio Claire Campbell⁷⁶(1987) al definir los diagnósticos duales y al considerar la derivación a otro profesional como una actividad enfermera.

3) En el curso del análisis se observan etiquetas que describen estados difícilmente objetivables o no verificables. Ello entronca de lleno con el principal problema de las ciencias sociales, del que también participa la Enfermería: el sujeto investigador coincide con el objeto investigado: en ambos casos el ser humano. Éste es un inconveniente de gran importancia que, llevado al extremo, puede descubrir incluso la imposibilidad de que el hombre haga ciencia del propio hombre. La incipiente ciencia de la Enfermería adolece de una falta de comprensión sobre este hecho capital, que se traduce en la inclusión de un gran número de diagnósticos sólo detectables por la subjetividad de la enfermera y no mediante procedimientos objetivos. Etiquetas diagnósticas incluidas en este apartado serían: "Afrontamiento individual ineficaz", "Alteración de la identidad personal" o "Alteración de la autoestima". Ninguna de ellas aporta datos objetivos de valoración para su identificación. La solución a este problema pasaría por el desarrollo de instrumentos y pruebas diagnósticas objetivables.

4) Por otra parte, observamos etiquetas diagnósticas imprecisas y amplias al definir el problema, de manera que es difícil la identificación del diagnóstico. Etiquetas diagnósticas incluidas en este apartado serían: "Alteración del patrón de eliminación urinaria", "Déficit de conocimientos" o "Alteración en el mantenimiento de la salud". En palabras de Martínez Marcos(1996), en ocasiones constituyen un "cajón de sastre" que no discrimina entre las condiciones de los clientes .

6(1):1-10

⁷⁵ Guirao-Goris, J.A., Cuesta Zambrana, A.; Benavent Garcés, A. Diagnóstico de Enfermería . Claves para su desarrollo. Rev ROL Enf 1999;22(7-8):554-558.

⁷⁶ Campbell C. Tratado de enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona : Doyma . 1987

5) Por último, encontramos que algunas de las traducciones en lengua española son incoherentes y de difícil comprensión. Dada la riqueza léxica de la lengua española, es posible su adaptación en forma más breve. Etiquetas de este tipo serían: "Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido", "Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo", "Nutrición alterada: mayor que los requerimientos corporales", "Nutrición alterada: menor que los requerimientos corporales", "Deterioro de la interacción social", "Afrontamiento individual ineficaz", "Alteración en el mantenimiento de la salud", "Alteración de los procesos familiares" o "Alteración en el mantenimiento del hogar".

Hernández Conesa (1999)⁷⁷ encuentra objeciones en la precisión de la taxonomía NANDA fundamentalmente porque los criterios clasificatorios utilizados permiten la yuxtaposición de entidades concretas, además de incluirse en la taxonomía fenómenos que dudosamente pueden ser considerados enfermeros.

Uno de los "problemas" fundamentales que tiene la taxonomía NANDA es, como apunta Fehring⁷⁸, que "muchas enfermeras usan las etiquetas diagnósticas como si hubiesen sido originadas en rigurosas investigaciones". Como Parker y Lunney⁷⁹ argumentan, es necesario iniciarse en la validación de contenido, continuar con estudios de validación clínica y desarrollar estudios de validez de criterio.

En este momento, el desarrollo de cualquier taxonomía diagnóstica pasa por la investigación y la validación de las etiquetas diagnósticas. Para Griffith Whitley⁸⁰, los métodos y procesos de investigación en diagnóstico enfermero deberán incluir el análisis conceptual, la validación por

⁷⁷ Hernández Conesa, J. Op. Cit.

⁷⁸ Fehring, R.J. Validating diagnostic labels: standardized methodology en Hurley M.E. (Ed). Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis. 1986. Mosby Company.

⁷⁹ Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis.. 4(9):144-150.

⁸⁰ Whitley, G.G. (1999) Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis 1(10):5-13

expertos, la validación clínica y el desarrollo de instrumentos. Es necesario hacer confluir esfuerzos en el desarrollo de grandes estudios y usar análisis estadísticos con mayor poder.

La validación de las etiquetas existentes, así como la de las de nuevo desarrollo, tiene que ir acompañada de las pruebas diagnósticas, que en nuestro caso son entrevistas estandarizadas de valoración, que determinan la presencia de un diagnóstico⁸¹.

Cuando vamos a medir un fenómeno es necesario un instrumento de medida común para todos. Si medimos la longitud, utilizamos todos un metro, consensuado e igual para todos los observadores, porque si no las medidas serán diferentes. No es lo mismo y no tienen el mismo significado un kilómetro que una milla. Si a este hecho le sumamos las posibilidades tecnológicas que permiten la comunicación en cuestión de minutos entre Valencia y Melbourne, se impone consensuar sistemas de medida comunes.

Si esto lo llevamos a la práctica enfermera, nos encontramos con que una enfermera de atención primaria cuando habla de "Autoestima baja crónica" no habla de la misma situación a la que se refiere una enfermera de salud mental. Si desarrollamos un instrumento diagnóstico podremos hablar de diferentes grados de "Autoestima baja crónica" hasta ahora no descritos y que son los que ambas enfermeras están detectando. Es decir, es necesario conocer la fiabilidad diagnóstica.

O'Connell⁸², en una investigación llevada a cabo en Australia, estudió la fiabilidad diagnóstica. Una de las preguntas de investigación era si el formato de valoración utilizado (Valoración por sistemas biológicos- Patrones funcionales de Gordon) influían en el número y tipos de diagnósticos detectados. Cuando respondió a esta pregunta observó que existía cierta disparidad a la hora de identificar diagnósticos, de manera que el mismo problema de una persona variaba: si se utilizaba la Valoración por sistemas biológicos, era catalogado como "Patrón respiratorio ineficaz"; y si se utilizaban los Patrones funcionales de Gordon, se detectaba "Intolerancia a la actividad". Una de las explicaciones de la disparidad fue que la orientación del primer sistema tenía una orientación

⁸¹ Chang, B; hirsch, M; Brazal Villanova, MA; Ray Ivenson, DW. Self-care deficit with etiologies: reliability of measurement. *Nursing Diagnosis*. 1990. 1(1).31-36.

⁸² O'Connell B. MSc, RN. Diagnostic reability: a study of the process. *Nursing Diagnosis*. jul - sep 1995 6(3):99

más fisiológica y el segundo tipo tenía un carácter más funcional. Se encontraron evidencias de que el tipo de preguntas o pistas de la valoración influye en el tipo de información que se recoge y en la forma en que los problemas son analizados y sintetizados. La autora encuentra que el tipo de problemas detectados tiene una orientación fisiológica. En nuestra opinión⁸³, este estudio refuerza más la idea de que cada etiqueta diagnóstica habría de contar con una prueba que nos hiciese identificar su presencia y de la que conociésemos su fiabilidad⁸⁴. Griffith Whitley⁸⁵ también identifica la necesidad de estudiar la fiabilidad de instrumentos diagnósticos antes de iniciar el proceso de validación de contenido diagnóstico.

Por ello, aspectos que no se deben olvidar al validar una etiqueta diagnóstica y su prueba diagnóstica es estudiar la fiabilidad entre observadores o su grado de consistencia.

El tipo de problemas detectados por O'Connell en su estudio no sustenta la idea de que las enfermeras den una orientación holística a los cuidados de sus pacientes. La argumentación de la autora es que, a pesar de que las enfermeras orientan su atención a los problemas psicosociales y de mantenimiento de la salud, no se refleja en la aparición de etiquetas diagnósticas. El desarrollo de este tipo de instrumentos facilitará la detección de diagnósticos del área psicoafectiva y permitirá paliar algunas carencias detectadas en algunos estudios de investigación⁸⁶.

Otro aspecto importante que es necesario desarrollar son las manifestaciones críticas⁸⁷ ya descritas en algunos diagnósticos formulados por la NANDA. El desarrollo de dichas manifestaciones hará mucho más fácil el uso de los diagnósticos de enfermería. En el caso de las "Alteraciones de los procesos familiares", la manifestación crítica sería "cambio en el funcionamiento familiar que tiene como resultado una disfunción" que sí aparece apuntada en la definición de la etiqueta. A la hora de desarrollar la taxonomía, un aspecto filosófico que nos

⁸³ Guirao Op. Cit.

⁸⁴ Maggs, C; Abedi HA. Identifying the health needs of ederly peope using the Omaha Classification Scheme. Journal of Advanced Nursing. 1997. 26(4):698-703

⁸⁵ Whitley, GG. Op cit.

⁸⁶ Grau Santana P. Ferrero López I. Martínez Llorens A. et al. Estudio descriptivo de los diagnósticos de enfermería más utilizados en el enfermo terminal, oncológico y con sida. Enferm. Clínica . 1993 nov-dic 3(6): 222-227

⁸⁷ Fehring,R.J. Op. Cit.

debería orientar en el desarrollo de nuevas etiquetas diagnósticas es el que se encuentra en el campo de lo afectivo: las emociones y los sentimientos como elementos que influyen en la salud, la enfermedad, la recuperación y la muerte de las personas. Como Germán Bes⁸⁸ dice, estos elementos pueden y deben ser tomados como variables de investigación y si no lo hacemos, otros profesionales lo harán porque es una necesidad social. "Elevar a la categoría de ciencia lo que hasta ahora está en el mundo de lo doméstico" es un importante reto para los profesionales de enfermería.

⁸⁸ Germán Bés C.La aplicación práctica a través del autocuidado. Index Enferm.1995; IV(12-13):17-19

CAPÍTULO II

El diagnóstico enfermero.

Josep Adolf Guirao-Goris

El peligro de los diagnósticos enfermeros es que pueden llegar a tecnificar el cuidado privándolo de una perspectiva única, integrada y holística.

1. Introducción

El diagnóstico enfermero surge de la necesidad de etiquetar las respuestas que las enfermeras identifican y tratan. Durante la valoración se recogen datos sobre el estado de salud de la persona que serán analizados y nos permitirán identificar los problemas y comenzar a aplicar los cuidados enfermeros adecuados para cada problema. Si intentásemos comenzar a aplicar los cuidados enfermeros sin haber realizado un proceso de síntesis, nos encontraríamos con una situación ante la cual difícilmente podríamos actuar, ya que no conocemos la esencia del problema que requiere nuestra atención y origina la intervención.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico a la práctica diaria. Según Hernández Conesa (1999), “el proceso enfermero es un método de intervención que permite, tras el análisis de un caso —paciente— concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado”. Si comparamos el PAE con el método científico, vemos que el diagnóstico enfermero se corresponde con la fase de formulación de hipótesis. Así pues, podemos decir que el diagnóstico es una aproximación al problema del sujeto, un supuesto basado en la información obtenida por la enfermera, en la valoración, en los conocimientos derivados de su formación y en su experiencia.

Hablar de diagnóstico enfermero fue conflictivo en los inicios. El término diagnóstico ha sido usado históricamente como el resultado de la valoración que hace el médico, pero hoy día tiene un uso más general. Tan sólo hay que pararse frente a la puerta de un taller mecánico y leer los servicios que ofrecen a sus clientes para comprobar el uso de las palabras: allí podremos ver, entre otras, "diagnosis del motor".

Esta diversidad de uso nos obliga a ser estrictos en la definición y ámbito de cada uno de los diagnósticos. En mayor medida aún dentro del campo sanitario, donde la coexistencia de diagnósticos formulados por los diferentes profesionales de los equipos puede, en ocasiones, plantear problemas de competencias.

La consideración del diagnóstico enfermero como una etapa del proceso enfermero no es reconocida de forma unitaria, ya que son muchos los autores que todavía consideran el diagnóstico como la fase final de la etapa de valoración y resultado de la evolución de la fase denominada de identificación del problema. Sin embargo, hay otros que consideran que, como es una parte muy

importante del proceso enfermero, ha de ser considerada y tratada como una de sus fases. En este sentido hablan, por ejemplo, Mundiger y Jauron (1975), y Callista Roy (1975). En esta obra consideramos el diagnóstico como una etapa autónoma dentro del proceso enfermero, por la importancia que tiene.

2. Definición del concepto de diagnóstico

Si atendemos a una definición etimológica, diagnóstico es una palabra que proviene del griego *Díagignoskein*, es decir, “distinguir” (día, que significa a parte, y *gignoskein*, que significa conocer). En 1974, Webster hace una definición que es aplicable en el ámbito de la enfermería:

Investigación o análisis del desarrollo o esencia de un estado, situación o problema, una afirmación o conclusión a propósito de la esencia de algún fenómeno (1985)

Ya dentro del campo de conocimientos de la enfermería, Campbell (1987) realiza una recopilación sobre cómo se desarrolla el diagnóstico enfermero⁸⁹.

2.1 Análisis de las definiciones

A continuación, analizaremos algunas de las diferentes definiciones que se han hecho del concepto “diagnóstico enfermero”⁹⁰

Komorita, 1963⁹¹: “Determinación de la naturaleza y extensión de los problemas enfermeros presentados por los individuos o familias que reciben cuidados enfermeros”.

Esta definición pone un énfasis especial en el diagnóstico como hipótesis, y plantea el diagnóstico tanto en el aspecto individual como familiar.

⁸⁹ Véase el capítulo primero y segundo sobre como surgen el diagnóstico y los sistemas de clasificación enfermeros.

⁹⁰ Mills WC (1991). Nursing Diagnosis: The importance of a definition. *Nursing Diagnosis*. 2(1):3-8

⁹¹ Komorita, NI. (1963) Nursing Diagnosis. What is a nursing diagnosis? How is it arrived at? What does it accomplish?. *AJN*. December 63: 83-86

Gebbie y Lavin, 1975⁹²: “La identificación de los problemas o preocupaciones del paciente realizada con más frecuencia por la enfermera, problemas que generalmente ella identifica antes que sean reconocidos por otros profesionales de la salud, y que actualmente se pueden solucionar dentro del campo potencial de la práctica enfermera”. “Juicio o conclusión que sucede como resultado de una valoración enfermera”.

Gebbie y Lavin hablan de “preocupaciones”, que es un planteamiento previo al concepto que tenemos hoy del diagnóstico como respuesta humana. Otro aspecto digno de mención es que consideran el diagnóstico como un juicio resultante de la valoración.

Mundinger y Jauron, 1975⁹³: “Es esencialmente una inferencia sobre el estado de salud de tipo negativo... Como enfermeras, somos responsables de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud”.

Mundinger y Jauron ya hablan de respuesta humana, aunque todavía la limitan a los problemas de salud y el estado de salud negativo.

American Nurses Asociation, 1976: “El diagnóstico enfermero describe problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras están capacitadas y autorizadas para tratar”.

De esta definición ya se extrae qué tipo de diagnóstico puede existir, y cómo la elaboración del diagnóstico es una función propia de las enfermeras para la cual están capacitadas.

Alfaro, 1986: “Problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de manera legal y independiente, iniciando las actividades enfermeras necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo”.

⁹² Gebbie, K; Lavin, M.(1975) Classification of Nursing diagnoses: proceedings of the first national conference. St Louis: Mosby

⁹³ Mundinger, M.O; Jauron DG. (1975). Developing a nursing diagnosis. Nursing Outlook. 23 (2): 94--98.

Alfaro apunta qué tipo de cuidados de enfermería serán posibles —de prevención, resolución y reducción—, pero deja sin definir la situación en la cual la persona tiene un buen estado de salud y los cuidados de promoción y fomento que se derivarían de esa situación.

NANDA, 1990⁹⁴: “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o de la comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones en enfermería destinadas a lograr objetivos de los que los profesionales de enfermería son responsables”.

CIE, 1996⁹⁵: "Descripción o designación dada por las enfermeras a los fenómenos que son foco de la intervención de enfermería".

AENTDE, 2001⁹⁶: "Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente".

Los aspectos más resaltables de las diversas propuestas de definición son los siguientes:

- Respuesta humana a los problemas de salud.
- Problema o juicio enfermero que procede de la valoración.
- Problema de salud referido a un individuo, familia o grupo.
- La enfermera es considerada responsable y capacitada para realizar el diagnóstico.
- Descripción de problemas reales o potenciales.

⁹⁴ NANDA. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definición y Clasificación 1997-1998. Hacourt Brace de España. Madrid.1997

⁹⁵ La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería: un marco unificador. La versión Alfa. Conejo Internacional de Enfermeras. Ginebra .1996

⁹⁶ <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>

Cuesta (1994) da una definición adaptada a nuestra realidad cultural y habla del estado de salud en vez de problema, ya que de esta manera se abordan los aspectos positivos en el cuidado de la salud, lo cual permite el desarrollo de diagnósticos de carácter positivo y, por tanto, las intervenciones de fomento y promoción de la salud.

Igualmente, prefiere hablar de persona o individuo en vez de paciente, porque una de las connotaciones que comporta el término paciente es que la persona tiene un papel pasivo en la situación

Cuesta - Guirao y Benavent, 1994: "Síntesis de la valoración del nivel de salud (posesión, carencia o posible pérdida) que describe una respuesta del individuo, familia o comunidad y sobre la cual la enfermera puede actuar con la finalidad de mantenerla y potenciarla cuando la salud es óptima o tratarla o reducirla cuando se encuentra deteriorada o en riesgo de deteriorarse".

En líneas generales, los diagnósticos enfermeros se definen como descripciones de la respuesta humana, del individuo, grupo o comunidad, a su estado de salud o cualquier circunstancia vital. La respuesta es única y depende de cada persona. Desde un punto de vista biólogo, podemos llegar a la conclusión de que la salud de la persona es excelente si sus parámetros biológicos son normales. Alfaro (1988) piensa que "la utilización del diagnóstico enfermero exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente". Ello comporta ver a la persona como un ser integral, teniendo en cuenta aspectos físicos, psíquicos, socioculturales y de desarrollo. Pone Alfaro un ejemplo muy significativo de cómo ve un médico o una enfermera a una misma persona y cómo presentan la misma información:

Médico: "Hemos hecho todos los análisis de laboratorio, y tengo la satisfacción de decirle que su salud es excelente".

Enfermera: "Se han hecho todos los análisis de laboratorio, y tengo la satisfacción de decirle que su salud física parece excelente... ¿Se siente usted sano? ¿Cómo le van las cosas?".

3.- Diferencia entre el diagnóstico médico y diagnóstico enfermero

En 1973, en la primera conferencia de la NANDA, Kristine Gebbie (1974) afirmó: "Sabemos lo que hacemos, pero no podemos expresarlo con palabras. Hay que establecer de forma clara las razones por las cuales algunas personas reciben cuidados de dos profesionales (las enfermeras y los médicos)".

Los diagnósticos enfermeros no son un nuevo nombre para los diagnósticos médicos. Estos últimos definen unas entidades que los médicos diagnostican y tratan, mientras que los primeros definen ciertas respuestas que las enfermeras identifican y tratan.

Así, dos individuos pueden tener la misma enfermedad y dar respuestas muy diferentes. Consideremos, por ejemplo, los casos del señor Martín y del señor Albaladejo:

Caso clínico I

El señor Martín fue diagnosticado hace cinco años de diabetes mellitus. En la actualidad es un experto en su enfermedad, y puede autoinyectarse insulina, modificar las dosis y autocontrolarse su enfermedad.

Caso clínico II

El señor Albaladejo ha sido diagnosticado de diabetes mellitus hace unos días. Nos comenta que se siente deprimido porque odia estar enfermo y tiene miedo a tener que autoinyectarse insulina.

Ambas personas presentan el mismo diagnóstico médico, pero las reacciones son muy diferentes y, por tanto, los diagnósticos enfermeros estarán claramente diferenciados. El señor Martín presenta una *Adaptación eficaz a la enfermedad* mientras que el señor Sanchis presentará *Miedo relacionado con la autoadministración de insulina*.

He aquí, resumidas, las diferencias entre los diagnósticos enfermeros y los diagnósticos médicos apuntados por diferentes autores (Alfaro, 1986; Iyer, 1990)

Diagnóstico médico	Diagnóstico enfermero
Describe una enfermedad	Describe la respuesta individual a un proceso patológico, circunstancia o situación
Permanece invariable durante el proceso de la enfermedad	Puede variar diariamente en función de los cambios en las reacciones humanas
Guía la práctica médica. Algunas de sus técnicas las realiza la enfermera	Guía los cuidados enfermeros
Únicamente es aplicable en situaciones de enfermedad de las personas	Puede aplicarse a cualquier cambio o alteración que experimenten las personas consideradas individualmente o como grupo
Es complementario al diagnóstico enfermero	Es complementario al diagnóstico médico
Se refiere a alteraciones fisiopatológicas de la persona	Se refiere a la percepción que tiene la persona del estado de su salud

A continuación, algunos ejemplos en que se comparan los diagnósticos médico y enfermero.

Diagnóstico médico	Diagnóstico enfermero
Hepatitis	Incapacidad individual de adaptación al aislamiento prolongado
Diabetes Mellitus	Desconocimiento del cuidado de los pies
Cáncer	Alteración de la mucosa oral relacionado con efectos secundarios de quimioterapia
Hemorragia cerebral	Riesgo de lesión relacionado con déficit motor del lado derecho

4. Ventajas del uso de los diagnósticos enfermeros

Según Lynda Carpenito (1987), el uso del diagnóstico enfermero proporciona a las enfermeras un marco de referencia. Históricamente, las enfermeras han sido educadas para conocer el diagnóstico médico y actuar en el control y seguimiento de la enfermedad. La terminología médica no es útil para describir las diferentes respuestas que tienen las personas ante una situación. Esto justifica la necesidad de la existencia de una terminología coherente enfermera que haga más fácil y eficaz la comunicación oral y escrita.

En una investigación de principios de los años setenta, dos enfermeras colaboraron en un proyecto de investigación sobre las ventajas del trabajo en equipo a la hora de prestar cuidados de salud. Las enfermeras no pudieron cumplir con los dos requisitos necesarios para aquella investigación: que los datos obtenidos de la persona pudieran ser codificados en el ordenador y que los miembros de cada disciplina tenían que proporcionar cuidados de salud que no fueran ya ofertados por otros miembros del equipo. De haber existido los diagnósticos enfermeros, su participación habría estado garantizada.

La utilización de los diagnósticos enfermeros comporta una serie de ventajas:

- 1.- Es el eje del proceso enfermero y ayuda a decidir los objetivos y actuaciones enfermeras. Al ser una conclusión y una hipótesis sobre aquello que le pasa a la persona, facilita el planteamiento de aquello que ha de conseguirse y cómo deberá hacerse. Sin el diagnóstico, cada enfermera inicia una actuación a modo de prueba. El diagnóstico focaliza la evaluación en todo el proceso desde su comienzo y permite estar alerta ante la posibilidad de error, o del hecho de que sea incorrecto, antes que centrar la evaluación únicamente en los cuidados enfermeros.
- 2.- Proporciona el primer paso para construir un cuerpo de conocimientos propios: los diagnósticos enfermeros describen la ciencia única de la enfermería que ha estimulado las enfermeras a adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Pensemos que el diagnóstico posibilita el registro estructurado de la información enfermera. Este registro es una base para poder investigar cuáles son las respuestas que más tratan las enfermeras y cómo las tratan.
- 3.- Su utilización aclara las funciones propias de la profesión. El esclarecimiento de aquello que es enfermería para los profesionales de la salud y para los usuarios en general sirve para reforzar y enriquecer la profesión.
- 4.- La comunicación profesional se facilita con el uso del diagnóstico enfermero. Dentro de un equipo profesional, la comunicación entre las enfermeras resulta más fácil. Sin los diagnósticos, una enfermera tiene que contar a otra todos los factores de valoración con el fin de transmitir la información necesaria. Pero donde realmente se ven las ventajas es en la comunicación entre distintos niveles de atención, cuando una enfermera del hospital hace el informe al alta para una enfermera de atención primaria o viceversa.
- 5.- Su uso facilita unos principios organizados y una estructura para la formación práctica e investigación. Con una terminología propia, la enseñanza del conocimiento enfermero resulta más fácil, al tiempo que permite investigar.

6.- El proceso de recogida de datos que conduce al diagnóstico transmite interés por el paciente, lo que hace que aumente su sensación de seguridad.

5. Problemas interdependientes

5.1. Introducción

En la bibliografía actual sobre el proceso enfermero se encuentra reiteradamente el concepto de problemas interdependientes. Planteado por numerosos autores, se utiliza para definir dos situaciones de cuidados que aparecen en el desarrollo de la función de “cuidar”. El tratamiento que recibe este concepto ha hecho que consideremos que merece un análisis detallado.

En el análisis, haremos una descripción del tratamiento de este concepto por diversos autores, y explicaremos cuál es nuestra precaución sobre el mismo. Tomamos como punto de referencia una idea básica sobre la consideración de la enfermera profesional: todas las situaciones que se producen alrededor de una persona, en relación a su salud, y en el que la enfermera participa de una manera o otra, se considerará que es un problema de enfermería y, por tanto, responsabilidad de la enfermera. Esta afirmación puede estar modulada por las diversas formas en que la enfermera participa en esas situaciones de salud del sujeto.

El análisis mostrará las definiciones que diversos autores dan del concepto y su justificación, así como la propuesta de formulación que damos para diferenciarlo de aquellos problemas que consideramos como diagnósticos. A continuación, expondremos nuestras consideraciones sobre este tipo de problema y formularemos una propuesta de tratamiento diferenciador más ajustada a esa idea básica que señalábamos con anterioridad.

5.2. Definiciones de problema interdependiente

El término “problema interdependiente” fue sugerido por Carpenito (1987) y es consecuencia del modelo bifocal. Este modelo considera que en la actuación de enfermería hay dos dimensiones: una dimensión independiente en que la enfermera es responsable del plan de cuidados de un sujeto. Este plan de cuidados está formulado con la finalidad de resolver los problemas identificados por la enfermera, que tienen una etiología que la enfermera puede resolver.

Hay una dimensión dependiente que Carpenito define como aquellas situaciones en que la enfermera realiza cuidados para resolver un problema que ella no ha identificado y sobre el cual no podrá actuar autónomamente, y donde su única labor es la de administrar el tratamiento prescrito. Carpenito sitúa esta dimensión en relación a los profesionales médicos.

Esta dimensión interdependiente se refiere a aquellos problemas clínicos en los que en la prescripción y en el tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud, generalmente médicos. De esta situación surge el problema clínico enfermero. Las situaciones incluidas en la dimensión interdependiente y dependiente originan los problemas clínicos o interdependientes.

Para Alfaro, un problema interdependiente es: "Un problema real o potencial que aparece como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración enfermera".

Cuesta et al.(1994) mantienen el problema interdependiente, pero consideran que el ser humano es holístico y utilizan este término para identificar aquellas situaciones que la enfermera trata en colaboración con otros profesionales: no sólo médicos, sino también psicólogos, trabajadores sociales, etcétera. Definen el problema interdependiente como: "Problema real o posible de salud, cuya responsabilidad de tratamiento recae sobre otro profesional, pero que puede ser detectado por la enfermera y que ésta ayuda a resolver mediante actividades — propias o de colaboración— de tratamiento".

Diferencian dos tipos de problemas interdependientes: real y potencial. El real identifica un problema presente que requiere tratamiento por parte de un profesional de la salud diferente a la enfermera y que ella no está capacitada legalmente para tratar. Cuesta (1994) señala que en este tipo de problema la actuación de la enfermera se orienta a la aplicación del tratamiento prescrito y la búsqueda de signos y síntomas que indican un agravamiento del problema.

Ejemplo:

El señor Ruiz está ingresado en una unidad de observación de urgencias por una contusión tras un accidente de tráfico; el diagnóstico médico es conmoción cerebral. A las dos horas de ser

ingresado, se produce un cuadro de vómitos, agitación, TA:170/60 mm Hg, Pulso: 65p/m. En esta situación, la enfermera ha detectado un “posible aumento de la presión intracraneal” que requiere tratamiento por el médico. La actuación de la enfermera será la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y la búsqueda de signos y síntomas que indican un agravamiento del problema. El cambio de situación del individuo plantea una mayor dependencia y origina diagnósticos enfermeros, tales como déficit de autocuidados, déficit en la autoprotección, o diagnósticos de riesgo.

El problema interdependiente potencial describe una posible complicación que se puede producir en la evolución del estado de salud del individuo y que la enfermera no está capacitada legalmente para tratar. La actuación en este caso estará dirigida a la búsqueda de signos y síntomas que identifican la aparición del problema. Cuesta argumenta que este tipo de problemas interdependientes tienen poca utilidad en la práctica, si bien son útiles para la docencia, ya que permiten una integración de los conocimientos que se adquieren durante la formación.

Ejemplo:

El señor Gil es un usuario diabético controlado habitualmente con antidiabéticos orales. Es ingresado en una unidad de hospitalización y en el proceso de su enfermedad el médico prescribe una dosis de insulina rápida. En esta situación, la enfermera detectará el problema interdependiente potencial “hipoglucemia”, de manera que en la evolución del paciente se buscarán signos de este problema (sudoración fría, taquicardia, mareo, desorientación) que lo identifican.

En un esfuerzo por diferenciar los problemas interdependientes de los diagnósticos enfermeros, Alfaro advierte que saber distinguirlos es de gran importancia, porque es necesario conocer qué problemas pueden ser tratados mediante actividades independientes enfermeras y cuáles requieren la colaboración de otros profesionales de la salud. Los diagnósticos enfermeros designan situaciones de salud que se pueden tratar de forma independiente por la enfermera. Su utilización estimulará a las enfermeras a utilizar actividades independientes e investigar las

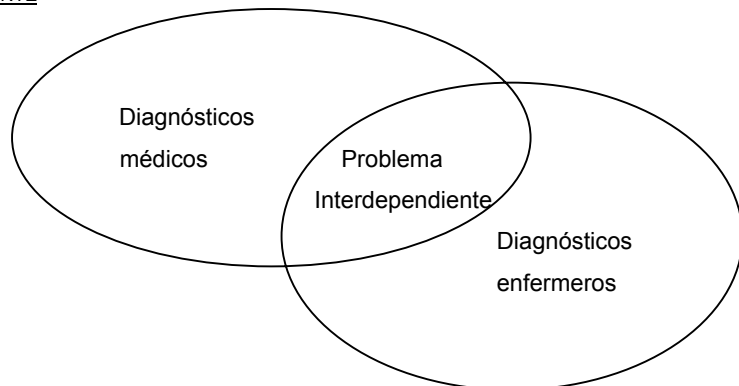
intervenciones que se generan ante cada diagnóstico específico, lo que, al mismo tiempo, hará que la enfermería consiga un mayor desarrollo científico.

Por otra parte, la utilización del concepto problema interdependiente ayudará a los profesionales a centrarse en las actividades interdependientes y en la colaboración con otros profesionales.

Alfaro (1986) añade que la utilización de la terminología diagnóstica y los problemas interdependientes en el plan de cuidados enfermero permite abarcar todos los aspectos de los cuidados enfermeros, lo que evita limitarse exclusivamente al papel independiente o al de colaboración. El método que propone para diferenciar diagnóstico enfermero de problema interdependiente es plantearse la siguiente cuestión: ¿pueden administrar de forma independiente los cuidados necesarios para prevenir, resolver o reducir el problema? Si la respuesta es afirmativa, se trata de un diagnóstico enfermero. Si la respuesta es negativa, estamos ante un problema interdependiente, y por tanto, se tendrá que buscar la colaboración del profesional de salud adecuado.

Otro factor que establece la diferencia entre el diagnóstico enfermero y el problema interdependiente es la etiología del problema. Si la etiología cae fuera del ámbito de competencia de la enfermera o la resolución del problema ha de ser conjunta con otro profesional, este problema será considerado como problema interdependiente. Si, por contra, la etiología puede ser tratada y resuelta por la enfermera de manera independiente, el problema sería catalogado como diagnóstico enfermero.

FIGURA 1.- REPRESENTACIÓN DE LOS CONCEPTOS DIAGNÓSTICO MÉDICO, DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y PROBLEMA INTERDEPENDIENTE



Sin embargo, este razonamiento de Alfaro presenta una contradicción, ya que una misma situación con idénticas manifestaciones puede ser considerada diagnóstico enfermero o problema interdependiente, según la etiología. Por ejemplo: problema interdependiente: deshidratación; o diagnóstico enfermero: déficit del volumen de líquidos.

5.3. Análisis de la definición de problema interdependiente

Para hacer el análisis, hay que recordar la premisa de partida apuntada en la introducción. Toda acción, toda participación que tenga una enfermera ante la respuesta de un sujeto, ha de tener el mismo tratamiento por parte de la enfermera; es decir, la enfermera tendrá que asumir la responsabilidad de la acción que realice y tendrá que actuar con criterio profesional. Esto hará que la enfermera actúe de manera autónoma y que se establezca una relación de tipo profesional con el.

Si bien hay acciones de la enfermera que tienen como finalidad ejecutar el plan terapéutico establecido por otro profesional, en ningún caso la enfermera puede entrar en una relación de dependencia respecto a otro profesional sanitario. En realidad, los problemas interdependientes son un disfraz, la mayoría de veces, del plan terapéutico médico. Así pues, hacer una diferenciación como la que hacen estos autores entre problema interdependiente y diagnóstico enfermero puede resultar un riesgo. Plantea en el trabajo enfermero y en la propia enfermera una situación un tanto esquizofrénica, ya que hablamos de enfermero profesional al mismo tiempo que mantenemos una figura que podríamos denominar como "oficial concededor de técnicas" que aplicará a petición otros profesionales sanitarios.

Este análisis nos conduce a desestimar el uso del término problema interdependiente, aunque con prudencia. Si bien es cierto que la enfermera en todo caso es autónoma e independiente, también es cierto que para poder prestar una atención globalizada e integral ha de realizar acciones derivadas de otros planes terapéuticos que ella no ha establecido y que, mientras el sujeto no pueda hacer por sí mismo, serán responsabilidad de la enfermera.

Establezcamos la siguiente idea básica: desde el momento en que la enfermera tiene algo que decir acerca de un problema, éste es de enfermería, y con ello se evita el calificativo equívoco de interdependiente.

Pero aún más. Hay que eliminar de nuestro léxico conceptos como "órdenes del médico" o similares, para poder afirmar una completa independencia y así poder decir que los problemas de los pacientes son problemas de enfermería y problemas que son tratados de forma independiente y autónoma en una relación profesional entre el paciente y la enfermera. Porque cualquier paciente, en una relación terapéutica con su médico, sigue las "órdenes del médico". Sólo en aquellas situaciones en las que el paciente —porque desconoce la técnica o no puede administrárselo por sí mismo, por ejemplo— necesita de la participación de una enfermera, que provee por él, se cumple lo que V. Henderson define como función propia: "La función propia de la Enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios⁹⁷". Por tanto una enfermera no cumple las "órdenes del médico", sino que son los pacientes los que las cumplen o las cumplirían en caso de poder hacerlo por sí mismos o tener los conocimientos necesarios.

Las enfermeras son las asesoras de los pacientes y en algunos casos el apoyo o sustitución. Ilustrémoslo con un ejemplo: un paciente diabético que comienza con insulina subcutánea. Mientras ha estado controlado con dieta o antidiabéticos orales, ha sido el propio paciente quien ha cubierto "sus órdenes del médico", pues es a él y solo a él a quien le interesa realmente cumplir el plan terapéutico. Cuando comienza con insulina desconoce la técnica, lugares de elección, precauciones, recomendaciones... Es, por lo tanto, una enfermera quien, en el primer momento, lo hará por él. Pero obsérvese que aunque la enfermera realiza la técnica, es en todo caso el paciente quien cumple el plan terapéutico, y la enfermera es un recurso del paciente. (El paciente puede seguir o rechazar el tratamiento, es su derecho, y total responsabilidad)

⁹⁷ DeMeester, DB; Lauer, T; Neal, S. (1989) Virginia Henderson. Definición de Enfermería. En Marriner, A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones ROL.

La enfermera, con su valoración profesional, establecerá un plan para lograr que el paciente pueda continuar en su máximo nivel de independencia y comenzará a enseñarle todo aquello que sea necesario y conveniente conocer respecto a su nueva situación. El paciente volverá, a corto plazo, a cumplir por sí mismo las "órdenes del médico".

La misma situación se produce en los casos en que el paciente se encuentra en un nivel de dependencia total de enfermería. La enfermera es el profesional que garantiza que los pacientes pueden cumplir sus planes terapéuticos, además de otras muchas cosas.

A la vista de todo esto, cabe reiterar que no hay problemas interdependientes, hay problemas de los pacientes, que son problemas de enfermería, ya en el momento en que la enfermera tiene algo que decir respecto del problema de un paciente, éste es un problema de enfermería. No obstante, hay que tener presente el riesgo que este tipo de acciones tiene para la enfermera. Porque aunque son acciones que realiza asumiendo la responsabilidad que de ello deriva, no puede asumir legalmente la responsabilidad del efecto que estas acciones puedan tener sobre el sujeto, ya que no es ella la responsable del plan terapéutico en que se enmarca la acción.

Tendríamos que establecer un sistema que diferencie las situaciones que la enfermera detecta, juzga, etiqueta y puede resolver sin la participación de otro profesional sanitario, de aquéllas en las que aplica un plan terapéutico de otro profesional y en las cuales asume la responsabilidad de la prescripción de la acción que realiza. En este sentido, nuestra opinión coincide con la propuesta que hace Claire Campbell (1987) para abordar la relación entre la profesión médica y enfermera identificando dos tipos de diagnósticos: predominantes y duales.

Los **diagnósticos predominantes** son los problemas del usuario resueltos o tratados con mayor frecuencia por una determinada profesión. Los **diagnósticos duales** son problemas del usuario resueltos o tratados de manera habitual por más de una disciplina de la salud. Enfermería y medicina incluyen ambos tipos de diagnósticos.

Diagnósticos predominantemente enfermeros:

Problemas de:

Déficit de bienestar.

Déficit de comunicación de las necesidades.

Déficit de higiene.

Déficit de automovilidad.
Déficit de autonutrición.
Déficit de autoprotección.
Déficit de autorehabilitación.
Déficit de autocuidado.
Adaptación psicosocial.

Diagnósticos predominantemente médicos:

Problemas de:

Entidades nosológicas o patológicas.
Traumatismo.

Diagnósticos duales:

Cuadros de urgencia.
Enfermedades menores.
Problemas de dolor.
Problemas de mantenimiento de la salud.
Problemas de sospecha de enfermedad.
Problemas de fármacos.
Problemas de nutrición.
Falta de adaptación psicosocial.
Problemas de rehabilitación.
Problemas espirituales.
Bienestar.
Problemas de recursos de salud.

Campbell argumenta que “habitualmente los diagnósticos enfermeros se limitan a los problemas que las enfermeras tratan independientemente. En la práctica real, la ampliación de papeles de las enfermeras hace que también realicen diagnósticos médicos”. Trabajando bajo un protocolo médico, la enfermera identifica el problema médico e inicia el tratamiento de acuerdo con

la dirección médica. Con esta responsabilidad adicional, las enfermeras están poniendo en práctica diagnósticos tanto enfermeros como médicos. El hecho de que las enfermeras, aun utilizando un protocolo, realicen diagnósticos médicos, no hace que se conviertan en diagnósticos enfermeros. Si en el futuro se proporciona licencia legal a las enfermeras para tratar algunos problemas médicos independientemente, se convertirán en diagnósticos duales, con lo que entrarán a formar parte del campo de la enfermería.

El hecho de utilizar un único término para diferenciar estas dos situaciones de cuidados está más de acuerdo con nuestros planteamientos. Pero algunas cuestiones necesitan una cierta matización. La manera en que Campbell trata los protocolos médicos y describe cuál será la participación de la enfermera en ellos, podría considerarse como la aceptación de una relación de dependencia de la enfermera respecto al médico. Si los protocolos a que se refiere son los que se elaboran dentro de un equipo sanitario, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención, la enfermera, como miembro del equipo y actuando autónomamente, realizará aquellas acciones del protocolo que dentro se haya decidido asignarle con su aceptación desde del punto de vista del criterio profesional.

Esta responsabilidad puede estar referida, no sólo a la acción terapéutica, sino, incluso, a la acción diagnóstica y la ejecución del plan. En la actualidad, muchas enfermeras comunitarias formulan diagnósticos de hipertensión e inician las pruebas para la detección de sus complicaciones, siguiendo un protocolo de actuación. Pero esta participación en los protocolos de atención sanitaria tiene un inconveniente: en el momento en que la enfermera realiza este tipo de acción que han de ejecutar otros profesionales, deja de realizar las acciones para las que sólo la enfermera está capacitada y responsabilizada.

En esta línea, se ha de eliminar del léxico enfermero el concepto de interdependencia o dualidad. Las acciones derivadas del plan terapéutico médico han de ser consideradas como tales (aplicar una medicación o tratamiento médico) y los problemas enfermeros han de ser tratados y registrados con autonomía profesional.

Cuando identificamos un diagnóstico enfermero, las actuaciones enfermeras podrán ser cuidados de resolución, de reducción, de prevención, de vigilancia o de derivación al médico u otro profesional sanitario.

Puede ser útil la diferenciación de modelos diagnósticos que establece Campbell. Según esta enfermera, un modelo diagnóstico consiste en un conjunto de criterios esenciales, una definición y una etiqueta que describe las características básicas de una respuesta humana y que puede aplicarse a más de una expresión diagnóstica enfermera. Un modelo diagnóstico es aplicable a diferentes situaciones y es más general que los diagnósticos que propone la NANDA. Por ejemplo:

Modelo diagnóstico: *Inestabilidad de...*

La persona presenta signos fisiológicos inestables que indican un desequilibrio fisiológico y amenazan la integridad del sistema corporal específico.

Datos subjetivos:

- La persona puede expresar los síntomas o no.

Datos objetivos:

Nivel 1

- La persona presenta signos intermitentemente inestables y estables.
- Los signos pueden indicar o no un desequilibrio que amenace la vida.
- Los signos de inestabilidad son: (indicarlos)

Nivel 2

- La persona presenta signos consistentemente inestables.
- Los signos indican un desequilibrio peligroso para su vida.
- Los signos de inestabilidad son:... (indicarlos)

La inestabilidad se considera un desequilibrio. Esta consideración no se basa en un diagnóstico médico, sino en un elemento de cambio continuo respecto a aquello que se considera

normal. Por ejemplo, una persona con un infarto de miocardio puede padecer hipertensión y disritmias, como características de inestabilidad. Estas manifestaciones son los signos de inestabilidad. En estos casos, los diagnósticos serían *Inestabilidad de la presión arterial* e *Inestabilidad del ritmo cardíaco*. La actuación enfermera en estos dos casos sería derivar el problema al médico.

Modelo Diagnóstico: *Indicios de detección positiva de ...*

La persona presenta signos clínicos anormales significativos durante una prueba breve.

Datos subjetivos

- La persona puede contar con síntomas significativos o no.

Datos objetivos

- Durante el reconocimiento presenta signos clínicos que no se encuentran dentro de la normalidad estándar.

El modelo diagnóstico **Indicios de detección positiva de...** significa que la persona presenta signos que hacen muy probable una enfermedad o proceso. Mediante el uso del diagnóstico *Indicios de detección positiva de diabetes mellitus*, la enfermera expresa que el paciente presenta signos y síntomas asociados comúnmente con la diabetes mellitus. Además, comunica que el juicio establecido se basa en la detección y que la expresión no constituye un diagnóstico médico. La actividad primaria de este modelo es remitir el enfermo al médico.

6. Componentes del diagnóstico enfermero

Hay diferentes maneras de presentar un diagnóstico enfermero. De entre los diversos sistemas, el más utilizado en la actualidad es el de conferencias nacionales⁹⁸. El Sistema de Conferencias Nacionales parte del modelo PES. Gordon, M (1976) sugirió el uso del formato PES para la descripción de los diagnósticos enfermeros iniciales que se refieren al problema real o potencial del paciente (P), a la etiología o factores que producen el problema (E) y a los signos y síntomas identificados durante la fase de valoración (S).

El enunciado (P) es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre una respuesta que arriesga su salud. El enunciado (E) es todo el conjunto de valores ideológicos, socioculturales, psicológicos o fisiológicos que pueden tener relación con el problema de salud de la persona y que contribuyen a su aparición. Y el enunciado (S) representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración. Son los datos que constituyen las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica.

Normalmente, el diagnóstico enfermero se formula como un juicio con dos partes: por una el problema y por otra, la etiología. Ambas están unidas por las palabras “relacionado con” (R/C), que implican la conexión entre el problema y los factores relacionados.

A la hora de usar el diagnóstico, hemos de distinguir una serie de conceptos que han de estar claros.

Categoría diagnóstica: Consta de tres componentes: epígrafe, características definitorias y factores relacionados.

1.- Epígrafe, título o etiqueta es la expresión que ofrece una descripción concisa del problema de salud.

2.- Características definitorias son el grupo de datos que suelen asociarse con este diagnóstico en particular. Son las manifestaciones que identifican la presencia de una etiqueta

⁹⁸ Este sistema aparece en la primera conferencia nacional de los EEUU en 1973. El 1982 cambia de nombre y se constituye la NANDA.

diagnóstica: si no existen manifestaciones, no existe un problema presente y actual de salud. Según el punto de vista del observador se pueden clasificar:

Signos: son los datos objetivos que determinan un problema de salud.

En un sentido estricto, son datos que se pueden medir. Son signos de este tipo: el peso, la temperatura, la presión arterial, la fóvea.

Síntomas: son las datos subjetivos que ayudan a determinar un problema de salud. Normalmente son datos que refiere la persona y que no podemos contrastar. Son síntomas: la sed, la disfagia, la astenia.

3.- Factores etiológicos, relacionados o de riesgo son los factores coyunturales, fisiopatológicos o de desarrollo que pueden contribuir a la aparición del problema.

La forma de registrar el diagnóstico enfermero en formato PES tiene la gran ventaja de aclarar la etiología y orientar la actuación enfermera cuando los cuidados enfermeros son resolutivos. Sin embargo, su mayor inconveniente es que es muy largo para usarlo y registrarlo, lo que dificulta enormemente su utilización.

Desde un punto de vista pragmático, el registro que utilizan muchas enfermeras es el registro sin las manifestaciones, es decir, en formato P+E. La tendencia ha de ser llegar a utilizar en el futuro únicamente la etiqueta diagnóstica. Y muy posiblemente, la etiología o no se enuncie o llegue a formar parte de la propia etiqueta diagnóstica. Así, el estreñimiento r/c falta de ingesta de líquidos podría en un futuro denominarse **estreñimiento por falta de líquidos**.

En la actualidad, nos encontramos a medio camino de esta forma de registro. Algunas etiquetas se podrían utilizar ya sin la etiología, como "Limpieza ineficaz de vías aéreas". Por contra, existen etiquetas que necesitan de la etiología para clarificar su significado, como "Mantenimiento ineficaz de la salud", que por sí misma es muy amplia y necesita de la etiología para adquirir sentido: "Mantenimiento ineficaz de la salud r/c no seguimiento del calendario de vacunación" puntualiza claramente la situación.

7. Tipo de diagnósticos enfermeros

Alfaro (1986) establece tres tipos de diagnósticos enfermeros: los diagnósticos reales, los diagnósticos potenciales y los diagnósticos posibles.

Los diagnósticos reales corresponden a problemas presentes, y se registran con el formato PES porque de esta manera se confirma, con los signos y síntomas, la presencia del problema.

Los diagnósticos potenciales se identifican en el momento que se ha encontrado un factor de riesgo para la aparición de un diagnóstico enfermero real.

En los diagnósticos posibles existen señales que parecen sugerir un posible problema. Es decir, es la percepción por parte de la enfermera de un problema real a partir de unas manifestaciones que no son claras.

FIGURA 3.- CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y TIPO DE CUIDADOS ENFERMEROS. (ALFARO, 1986)

Tipo de diagnóstico	Identificación	Registro	Actividad
Real	Están presentes signos y síntomas	P + E + S	Aplicaremos cuidados de reducción y resolución
Potencial	Hay factores de alto riesgo	P +E	Aplicaremos cuidados de prevención
Posible	Hay manifestaciones ligeras o insuficientes	Posible + P + E + S	Buscaremos la confirmación del diagnóstico

Esta clasificación, sin embargo, tiene dos objeciones. En primer lugar, limita las actividades enfermeras a los cuidados de prevención, resolución o reducción y deja las actividades de fomento y de promoción de la salud fuera del campo de actuación de la enfermera, de la misma

manera que olvida los diagnósticos enfermeros de salud. En segundo lugar, cuando Alfaro define los diagnósticos posibles, identifica la etiqueta diagnóstica, la etiología y las manifestaciones, pero los únicos datos que hay identificados son manifestaciones ligeras de un problema, con lo que es muy arriesgado aventurar un diagnóstico (sin manifestaciones claras) y una etiología (de un problema que no se sabe si existe). Por tanto, hemos de rechazar este concepto si, además añadimos que, en castellano, posible y potencial pueden ser utilizados como sinónimos.

7.1. Diagnóstico de salud

Los diagnósticos enfermeros que identifican situaciones de salud generan cierta controversia en cuanto a su utilidad. Gordon (1994) considera que los estados de salud, bienestar o funcionamiento óptimo no son diagnósticos enfermeros per se. Estima que realizar diagnósticos funcionales de salud y cobrar o facturar por ello no es ético. Sin embargo, tiene en cuenta las capacidades de crecimiento de la salud y el fomento de la salud.

En este sentido, la NANDA ha comenzado a aceptar diagnósticos de bienestar en la medida que son diagnósticos que pueden ser considerados como diagnósticos de riesgo de pérdida de salud. Los define como las respuestas humanas a los niveles de salud de un individuo, familia o comunidad que presentan el potencial de avance a un nivel más elevado de salud. Desde 1981, existe dentro de la asociación un grupo activo de enfermeras que están trabajando en estos diagnósticos⁹⁹. En la conferencia de 2000, y con el desarrollo de la taxonomía II, se ha creado como modificador de los diagnósticos de salud el término "Disponibilidad para mejorar/reforzar"¹⁰⁰.

Campbell (1978), identifica toda una serie de diagnósticos de salud aunque no da una definición de diagnóstico de salud.

Cuesta (1994) identifica este tipo de diagnóstico como el que analiza y sintetiza los aspectos positivos que ha conseguido el sujeto en el cuidado de su salud. En muchas ocasiones, cuando se valoran los hábitos de vida de un sujeto, buscamos los aspectos negativos que pueden influir en su salud. Pero también es muy importante conocer los hábitos saludables, ya que el

⁹⁹ Gleit CJ, Tatro S. Nursing Diagnosis for healthy individuals. Nurs Health Care. 1981, 2:456.

¹⁰⁰ NANDA (2001). Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2001-2002. Madrid: Hacourt

desconocimiento del beneficio que estos hábitos producen en la salud puede hacer que, ante presiones ambientales como la publicidad u otras fuentes de información, se pierdan.

La argumentación de Cuesta incide en identificar por ello diagnósticos de salud. En la práctica, son argumentos que se suman a los de la NANDA. Aunque la controversia sobre si son necesarios se origina cuando nos cuestionamos preguntas como las que Gordon (1994) realiza: ¿Deben describir los diagnósticos enfermeros todo lo que hacen las enfermeras? ¿O deben los diagnósticos enfermeros describir sólo aquellas condiciones resueltas por los cuidados enfermeros y para las cuales las enfermeras asumen las responsabilidad de los resultados?

Los diagnósticos enfermeros de salud son un recurso y un instrumento más que debemos utilizar, porque conceptualmente la promoción y el fomento de la salud son dos funciones básicas de las enfermeras, y al existir los diagnósticos de salud se justifican dichas funciones. Los diagnósticos de salud adquieren utilidad en tanto que son diagnósticos de riesgo de pérdida de la salud. Por ello, en el plan de cuidados se encuentran por detrás de los diagnósticos de riesgo y los diagnósticos reales.

Ejemplo:

Marisa Fernández es una madre de familia que hasta a la fecha de hoy ha dado de merendar a sus hijos un bocadillo y una pieza de fruta. Durante todo este tiempo, en televisión se realiza una campaña de publicidad que estimula el consumo en la merienda de unos bollos rellenos de cacao. En la última visita de revisión de salud, la enfermera detectó este hábito de alimentación saludable para sus hijos. Si la enfermera no hubiese detectado el diagnóstico Patrón alimentario saludable y hubiese advertido de los beneficios que reportaba este hábito para la salud de sus hijos, podría haberse cambiado el hábito y en el futuro producirse un riesgo para la salud.

Una característica importante de los diagnósticos enfermeros de salud es que los factores relacionados son multicausales y, por tanto, de difícil manejo. Cada persona tiene un comportamiento de salud completamente diferente, ya que depende de los valores individuales, de los mecanismos de respuesta aprendidos ante las situaciones vitales y de los apoyos de tipo social. Por ello, todos estos diagnósticos tienen los diversos factores relacionados de difícil identificación y no es necesaria su formulación escrita.

Ejemplos de estos diagnósticos son las siguientes etiquetas:

- Adaptación eficaz (especificar).
- Lactancia materna eficaz.
- Disponibilidad para reforzar el afrontamiento familiar.
- Patrón alimentario saludable.
- Comportamiento saludable (especificar).
- Crecimiento y desarrollo fisiológico.
- Manejo eficaz del régimen terapéutico.

Ejemplo:

Vicente Saorin es un diabético que acude a una revisión trimestral con su enfermera. Vicente dice encontrarse muy bien, cumplir la dieta, realizar diariamente ejercicio físico. No ha tenido síntomas de descompensación ni hipoglucémias, tiene gran destreza en la técnica de inyección de insulina y las cifras glucémicas de su cartilla de autocontrol están compensadas. La exploración física muestra buena sensibilidad, pulsos periféricos normales y sin lesiones cutáneas aparentes. Su presión arterial es de 124/76 mm. de Hg., glucemia digital 116 mg/dl y tiene un índice de masa corporal de 23. La enfermera, después de esta valoración, diagnosticó: Manejo eficaz del régimen terapéutico.

Los cuidados enfermeros que origina este tipo de diagnóstico son cuidados de fomento y promoción de la salud.

Registro del diagnóstico de salud

Etiqueta diagnóstica

7.2. Diagnóstico enfermero real

Este tipo de etiqueta diagnóstica enfermera designa un problema de salud actual y presente del sujeto. Indica claramente una respuesta que constituye un detrimento para la salud y determina

cuáles son las necesidades de cambio de la persona. Alfaro recomienda, al enunciar un diagnóstico real enfermero, seguir el formato PES para registrarlo. Afirma que hay que utilizar las expresiones “con relación a” o “relacionado con” para unir el problema con su etiología y añadir la frase “manifestado por” para describir los signos y síntomas o características definitorias que se hayan detectado. Añade que cuando se identifica un diagnóstico real enfermero hay que asegurarse de indicar las tres partes al registrarlo y así, el diagnóstico podrá ser confirmado por los signos y síntomas presentes en un sujeto.

A pesar de todo, esta manera de formular un diagnóstico enfermero hace farragosa su utilización. Aunque, inicialmente, facilita el aprendizaje del proceso diagnóstico porque nos obliga a identificar manifestaciones. Una vez se tiene destreza en el proceso diagnóstico dentro de la práctica clínica, utilizar esta formulación es una redundancia, ya que las manifestaciones del diagnóstico están registradas en la valoración enfermera.

Registro del diagnóstico real

Etiqueta diagnóstica
+
relacionado con (r/c)
+
Etiología

Ejemplo:

Jordana Carrión es una diabética de 55 años que acude a una cita con su enfermera al centro de salud. Sus constantes son 146/78 mm. de Hg. de tensión arterial y 117 mg/dl de glucemia. Dice cumplir el régimen dietético, aunque desde hace dos semanas, con la llegada del invierno, no le apetecen las ensaladas. Bebe diariamente 500 cc. de agua. Afirma acudir al baño con menor frecuencia y realizar deposiciones más duras. Desde la última visita no ha tenido ninguna hipoglucemia ni síntomas de descompensación. Manifiesta no hacer los paseos diarios que solía realizar. El diagnóstico enfermero será: Estreñimiento R/C baja ingesta de fibra, líquidos y actividad física baja.

Cuando detectamos un diagnóstico enfermero real, la etiología normalmente nos orienta sobre qué tipo de cuidados hay que aplicar. En el caso anterior, los cuidados enfermeros serían cuidados enfermeros resolutivos y vendrían orientados por la etiología, de manera que los objetivos que pactaremos con la enferma se orientarán a aumentar la ingesta de fibra y líquidos y la realización de ejercicio físico.

Pero hay ocasiones en que la etiología no nos indica las pautas de actuación ante un problema.

Ejemplo:

Juan Molió es un enfermo con un carcinoma cerebral y está recibiendo radioterapia. Como consecuencia, encontramos aftas y lesiones en su mucosa oral. El diagnóstico de enfermería será: Deterioro de la mucosa oral r/c efectos secundarios de la quimioterapia

En este caso, la etiología no nos orienta sobre los cuidados enfermeros. Aquí, los cuidados de enfermería no serían cuidados resolutivos, sino cuidados que pretenden una reducción del problema o una mejora del bienestar de la persona.

En otros ocasiones, después de un proceso de valoración, la posible etiología que origina el problema se desconoce. Entonces, registraremos: Problema + “relacionado con” + etiología desconocida.

Ejemplo:

María Corts tiene 63 años y acude a una consulta enfermera de forma habitual. Después de unas cuantas veces de acudir a la consulta, María le comenta que ella no vale nada, y que tiene este sentimiento desde hace tres años, además de estar muy triste. Le dice que cada vez puede hacer menos cosas en casa: ya no hace la comida, no hace las tareas domésticas e incluso no sale de casa porque ya no tiene confianza en sí misma como para poder utilizar el dinero y pagar las compras. Su enfermera detecta que continuamente hace valoraciones negativas de sí misma y no valora de ninguna manera los aspectos positivos de su personalidad. También detecta que ante

esta situación, la familia le potencia este sentimiento y no la dejan ir sola a la calle. Después de esta valoración la enfermera diagnosticó: Autoestima baja crónica r/c etiología desconocida.

En esta caso, nuestra actuación puede ir encaminada a detectar la etiología que origina el problema, pero también actuaremos ante el problema aunque nuestra intervención será menos eficaz que si supiésemos la etiología. Nuestros cuidados buscarían una reflexión conjunta con María y su familia, para que ella reconociera los aspectos positivos que no valora y así conseguir aumentar su autoestima.

Ejemplo (cont.)

En consultas posteriores, la enfermera descubrió que María Corts se encontraba así desde que le practicaron una histerectomía radical: como ya no podía tener hijos, ya no se sentía una mujer. Y por tanto, en correspondencia con esta idea, no realizaba ninguna de las funciones que ella pensaba que una mujer tiene que hacer. En aquel momento el diagnóstico pasó a ser: Autoestima baja crónica R/C concepto erróneo del rol de mujer. Después de confirmar el diagnóstico con María, la atención enfermera fue más eficaz al conocer ya la etiología y pactar unos cuidados que hicieron aumentar la autoestima y la recuperación por parte de María de su autonomía.

Hay casos en que la etiología puede ser confusa. Entonces, registraremos: Problema + "posiblemente relacionado con"(pr/c) + Etiología.

Ejemplo:

Al hacer la valoración de la cavidad bucal de J. D., la enfermera detectó aftas en la zona de ajuste de la prótesis dental. «¿Cómo realiza su higiene bucal?». «Suelo limpiarla frecuentemente, aunque no regularmente. Unas veces la pongo en remojo con lejía, otras la cepillo y otras veces no me la quito para cepillármela». Al preguntarle sobre la alimentación, se detectó una posible carencia vitamínica. No había visitado al dentista desde hacía cuatro años. La enfermera diagnosticó: Deterioro de la mucosa oral pr/c déficit vitamínico, déficit higiénico-bucal y ajuste de prótesis dental.

FIGURA 4.- RESUMEN DEL REGISTRO DE LOS DIAGNÓSTICOS REALES

Problema	Causa	Registro	Actividad
real	conocida	etiqueta + relacionado con + etiología	aplicación de cuidados de reducción y resolución
real	dudosa	etiqueta + posiblemente relacionado con + etiología	aplicación de cuidados de reducción y resolución
real	desconocida	etiqueta + relacionado con + etiología desconocida	búsqueda de la etiología

7.3. Diagnóstico de riesgo

El diagnóstico de riesgo es un problema posible no presente en la actualidad que puede aparecer como consecuencia de la presencia de factores de alto riesgo.

El diagnóstico enfermero de riesgo permite que, antes que se produzca un problema, se puedan tomar medidas para prevenirlo. La detección de un diagnóstico de riesgo se produce cuando al valorar al usuario no aparecen manifestaciones de ningún problema pero se observan circunstancias, comportamientos, hábitos, etcétera de alto riesgo para la persona y que en un plazo breve de tiempo podrían hacer que apareciera un problema. Este hecho determina la identificación de un diagnóstico de riesgo.

El enunciado de un diagnóstico de riesgo consta de dos partes: el problema posible y los factores de riesgo unidos mediante el nexo “relacionado con” (r/c), dado que no existen signos ni síntomas que se puedan describir.

Registro del diagnóstico de riesgo

Riesgo de Etiqueta diagnóstica
+
relacionado con (r/c)
+
Etiología

Ejemplo:

Concepción Puente es una mujer de 34 años que ingresa para una intervención de histerectomía. La enfermera realiza el siguiente diagnóstico: Riesgo de disfunción sexual r/c histerectomía. Para realizar este diagnóstico de riesgo, la enfermera se basa en la afirmación según la cual “el 75% de las mujeres histerectomizadas rechazan las relaciones sexuales por asociarlas a la fecundidad”.

En el diagnóstico enfermero de riesgo, la etiología puede no ser tratable por la enfermera (por ejemplo: vejez), pero es un factor de alto riesgo que nos hace estar alerta para aplicar cuidados que prevengan la aparición del problema. A mayor número de factores de riesgo, mayor grado de riesgo.

7.4. Quasi-diagnósticos reales

En ocasiones, durante la fase de determinación de datos identificativos, la enfermera encuentra información que considera anormal y le sugiere un diagnóstico enfermero. Esta información, sin embargo, no se puede considerar suficiente para delimitar el problema. Ante esta situación, como ya hemos visto, Alfaro identificaba un diagnóstico posible que hemos rechazado. Pero como estos datos han de ser registrados, lo haremos como un quasi-diagnóstico real.

Registro del quasi-diagnóstico real

Signos y síntomas
+
compatible con (c/c)
+
Etiqueta diagnóstica

El quasi-diagnóstico real es un diagnóstico dudoso del que sólo tenemos ligeras manifestaciones y dudamos sobre su presencia como problema real. Por tanto, es lógico que la enfermera registre primero, y como más importante, los signos y síntomas, y después la etiqueta diagnóstica que mediante la intuición, basada en la observación significativa y el conocimiento en la acción, ella considera compatible.

FIGURA 5.- TIPO Y REGISTRO DE LOS DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y CUIDADOS QUE ORIGINAN
(CUADRO GENERAL)

Tipo	Identificación	Registro	Actividad
Salud	Hay manifestaciones: signos y síntomas de carácter positivo	Etiqueta diagnóstica	Aplicación de cuidados de fomento y promoción
Real	Hay manifestaciones: signos y síntomas	etiqueta + relacionado con + etiología	Aplicación de cuidados de reducción y resolución
Riesgo	Se identifican factores de riesgo	riesgo de + etiqueta + relacionado con + etiología	Cuidados de prevención
Quasi- diagnóstico real	Hay manifestaciones: signos y síntomas ligeros o insuficientes	signos y síntomas + compatible con + etiqueta	Buscar la confirmación del diagnóstico

8. Proceso diagnóstico enfermero

El proceso diagnóstico enfermero es el método de pensamiento lógico y razonado que persigue llegar a conclusiones sobre el estado de salud y respuestas de una persona a su situación vital, para iniciar con posterioridad una intervención que pretende modificar dicho estado.

8.1. Consideraciones sobre el proceso diagnóstico

Una característica que identifica al diagnóstico enfermero es que es un juicio sobre la salud del usuario que atendemos. Dependiendo de su situación en el continuo salud-enfermedad, el tipo de diagnóstico que surge es diferente. En una situación en que la persona se encuentra más cerca de la enfermedad que de la salud, el proceso de identificación de diagnósticos enfermeros se orientará hacia la detección de problemas de salud. Por tanto, es lógico pensar que la primera fuente de identificación de problemas sea la misma persona. El primer paso será, pues, preguntar al individuo o a la familia sobre la existencia de cualquier problema que pueda afectar a su salud.

También es cierto que en ocasiones la enfermera actúa en programas preventivos de promoción de la salud y el usuario no es quien solicita atención —se encuentra más cerca de la salud que de la enfermedad—. En este caso, la enfermera busca hábitos de vida en la persona que influyan en el patrón epidemiológico de la comunidad.

El proceso diagnóstico se orientará a la detección de un tipo u otro de diagnósticos enfermeros. En atención primaria se dirigirá fundamentalmente a detectar diagnósticos enfermeros de salud y de riesgo: la pregunta que orienta el proceso diagnóstico pretende determinar, aparte de un problema de salud, hábitos nocivos que a largo término constituyan un riesgo para la salud, además de la percepción que el usuario tiene de los hábitos de vida saludables. En atención especializada, en la que la enfermera trata con personas que se encuentran más cerca de la enfermedad que de la salud, el proceso diagnóstico se orienta a la detección de problemas de salud y de cómo los percibe el usuario.

El proceso diagnóstico enfermero es dinámico y complejo y depende de la destreza, conocimientos y experiencia clínica de la enfermera. Ésta ha de ser consciente tanto de su capacidad como de sus limitaciones. A continuación enumeramos las destrezas que consideramos que la enfermera debe desarrollar:

- Ha de conocer las respuestas del ser humano para poder determinar cuáles son anómalas.

- Ha de conocer los elementos que componen el diagnóstico enfermero, pudiendo distinguir una característica definitoria (signos y síntomas) de factores relacionados o de riesgo.

- Ha de conocer el listado diagnóstico (definiciones, características definitorias y factores relacionados) para poder utilizarlo.

- Ha de poder reconocer los datos identificativos que definen un problema de salud. Esta habilidad se adquiere mediante la documentación, la experiencia clínica y la intuición basada en la observación significativa.

- Ha de conocer y contar con la posibilidad del error diagnóstico.

8.2. Error diagnóstico

El error en el proceso diagnóstico detrae la atención de los problemas de salud importantes del usuario. Al realizar un diagnóstico erróneo se inician actividades que, por acción u omisión, agravan el problema de salud del paciente y comportan una pérdida de tiempo que puede ser muy valiosa en la detección de problemas más importantes. Iyer (1988) estudia el error diagnóstico y establece tres fuentes:

1.- Recogida de datos incompleta o incorrecta:

a) **Barreras lingüísticas:** Tanto el usuario como la enfermera pueden presentar este tipo de barreras, no tan sólo cuando hablan idiomas diferentes, sino también incluso hablando un mismo idioma. La utilización de un argot por parte del usuario o un vocabulario con demasiados tecnicismos por parte de la enfermera puede determinar que la comunicación sea defectuosa, lo que conduce a una recogida de datos incompleta o errónea. Estos problemas de comunicación disminuyen si tanto la enfermera como el usuario se esfuerzan en hablar con palabras de fácil comprensión. Los malentendidos se descubren observando la expresión facial del usuario cuando la enfermera repite la información que ha captado. Es la retroalimentación la que nos permite observar si el mensaje que se ha enviado y el que se ha captado son correctos.

b) **Preguntas intencionadas:** Las preguntas intencionadas —como, por ejemplo, “Usted no toma drogas, verdad?”— suelen intimidar a la persona, con lo que se altera la comunicación.

Cuando los usuarios contestan lo que creen que han de contestar las datos obtenidos suelen ser incorrectos. Por tanto, las preguntas intencionadas han de evitarse. Tenemos que pensar que el profesional está en una posición dominante y hemos de facilitar la obtención de datos correctos mediante una comunicación fluida y que no distorsione la información que nos interesa. Es importante realizar preguntas abiertas que nos ofrecen información.

c) Los pacientes pueden **no facilitar toda la información** por diferentes motivos, como la ansiedad, la vergüenza, la falta de confianza o por pensar que algunas cosas preguntadas no son importantes. Así pues, la enfermera tendría que proporcionar un ambiente relajado y ausente de tensión, explicar en cada momento porqué se plantean las preguntas y para qué nos sirve la información, y recordar al paciente que todo lo que diga es confidencial y no saldrá de su historial.

d) Otra fuente importante de errores en la recogida de datos es **la distracción**. En muchas ocasiones, las interrupciones, un medio ambiente ruidoso o la falta de intimidad, o cargas excesivas de trabajo o preocupaciones personales de la enfermera pueden influir en la distracción.

2.- Interpretación incorrecta de las datos:

a) **Interpretación prematura de los datos:** Un error muy común es elaborar un diagnóstico antes de hacer un recogida cuidadosa de los datos y basarse en una sola observación.

Ejemplo.

Remedios Piqué es una enfermera comunitaria que acude al domicilio de Manuel Peris, intervenido en una operación abdominal. Manuel le comenta que tiene disuria, y ella ve que la orina está concentrada. Pensando que puede ser una infección urinaria, deriva el caso al médico de cabecera. Éste prescribe antibióticos. Sin embargo, si Remedios hubiera hecho una valoración más cuidadosa, habría visto que la ingesta de líquidos no llegaba a 500 ml, y que el resultado de una tira reactiva diagnóstica de orina no indicaba ningún tipo de infección. Con lo que habiendo aumentado la ingesta de líquidos, Manuel se habría ahorrado una ingesta de antibióticos innecesaria.

En otras ocasiones, la enfermera llega a una conclusión basándose sólo en un dato significativo, sin hacer un análisis posterior.

Ejemplo:

Concha Peligre es una enferma recientemente dada de alta en el hospital tras una intervención de colon. Cuando la enfermera comunitaria acude a su casa para visitarla, la paciente le comenta que su problema en ese momento son las siete deposiciones que hizo el día anterior. La enfermera piensa rápidamente que se trataba de una diarrea, pero al plantear el plan de cuidados y comenzar a pactarlo obtiene más información. Hasta hace dos días, Concha defecaba con una frecuencia de una vez a la semana cuando previamente al ingreso en el hospital era una vez al día. Por eso, decidió tomar un laxante que el médico le recetó hace un año. Si la enfermera hubiera pactado un plan de cuidados para la diarrea, posiblemente habría retrasado la solución del problema de Concha.

b) **Prejuicios personales:** Los prejuicios personales y la falta de percepción de los valores culturales pueden influir en la interpretación de los problemas de la persona. A veces, el comportamiento y las formas de comunicación de la persona o la familia pueden ser molestos para la enfermera, lo que puede hacer que la enfermera no valore datos importantes del estado de salud del usuario. Pensemos que, en ocasiones, los usuarios están sometidos a mucha tensión, hecho que hace que, en algunos momentos, se comuniquen de forma agresiva.

Ejemplo:

María Muñoz Moreno es una mujer de etnia gitana que utiliza para cualquier problema de salud los servicios sanitarios de urgencia. Un día se presentó con mucha ansiedad y de forma agresiva pidiendo atención urgente porque le dolía la barriga. La enfermera, que ya la conocía de otras ocasiones, pensó: "Seguro que es otra de sus urgencias a las cuales nos tiene acostumbrados". La enfermera, sin embargo, se equivocó en esta ocasión, porque María tuvo que ser intervenida por urgencia de una peritonitis.

Por otra parte, las rutinas o una carga excesiva de trabajo pueden hacer que se interpreten apresuradamente los datos.

Ejemplo:

Pedro Flamas es el único enfermero que trabaja en un centro de salud con turno de tarde. Habitualmente hace una atención programada en la consulta de enfermería con interrupciones ocasionales para atender urgencias que normalmente son de carácter banal. Aquel día, cinco interrupciones de la consulta programada hacían que fuese retrasado en la atención de la consulta. Sin embargo, tuvo una sexta interrupción. El enfermero Flamas supuso que sería otra urgencia banal y decidió acabar la consulta que estaba haciendo antes de atenderla. Afortunadamente acabó pronto y atendió la urgencia, porque el enfermo presentaba un corte en la pierna derecha que seccionaba una arteria. Fue atendido urgentemente y derivado al hospital.

3.- Falta de experiencia o conocimientos clínicos:

La falta de experiencia y conocimientos clínicos puede afectar tanto la recogida de datos como su interpretación. Puede existir mucha información no recogida y quedar datos identificativos del problema sin valorar.

8.3. Definición y etapas del proceso diagnóstico

El conocimiento profesional que ha dominado en la disciplina enfermera ha estado inspirado en la doctrina racionalista procedente de la filosofía positivista: aquélla que defiende que la razón es la primera fuente de conocimientos y que es independiente de la experiencia (...), que la teoría se encuentra en un nivel superior frente a la práctica. Y que el conocimiento práctico no es útil si no está basado en el conocimiento teórico. En definitiva, la racionalidad técnica define la acción profesional como la aplicación desde el exterior de una serie de reglas ajenas a la realidad en la que se desenvuelve el profesional.

Por el contrario, Medina¹⁰¹ cita a Carper¹⁰² y Benner¹⁰³ como autoras que han defendido que las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina enfermera. Desde un enfoque holístico e integral, el profesional forma parte de la realidad en la que interviene y para entenderla es necesario comprender la forma en que se relaciona con ella¹⁰⁴.

Cuando realizamos un diagnóstico enfermero, no se trata de detectar los signos y síntomas que aparecen en el manual de diagnósticos. Nos aproximamos a los problemas que resolvemos como si fuesen un caso único.

En la medida en que un caso nuevo presenta incompatibilidades con casos similares anteriores, es necesario que el profesional actúe de una nueva manera, dado que el conocimiento tácito no será suficiente para catalogarlo y actuar. En esos momentos, se activa la reflexión en la acción, que es una conversación reflexiva con la situación, la estructura del conocimiento tácito y los resultados de las acciones que se están llevando a cabo¹⁰⁵. Después de la reflexión en la acción, el profesional “puede reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica. El análisis se centrará en las características del problema, se cuestionará los procedimientos llevados a cabo para formular el problema y determinar su naturaleza, la formulación de objetivos, la selección de los cursos de acción realizada y las teorías implícitas, las comprensiones y los modos de presentar la realidad que se llevaron a cabo durante la acción”.

El análisis de la práctica reflexiva, la reflexión sobre la reflexión en la acción, nos va a permitir desarrollar el juicio clínico experto. Según Benner, el juicio clínico experto deriva más de una comprensión global que analítica de la situación, y se basa en una valoración cualitativa y

¹⁰¹ Medina, J.L. 1999. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.. Barcelona: Ed Laertes-Psicopedagogía

¹⁰² Carper, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. En Nicoll, L.(ed). Perspectives on nursing theories. 1978. Philadelphia.: Lippincott pg 216-225.

¹⁰³ Benner, P, From novice to expert: power and excellence in nursing practice. 1984. Palo Alto, Ca: Addison-Wesley

⁴⁷ Medina, J.L. Op. Cit. pg 207 y ss

¹⁰⁵ Medina, J.L. Op. Cit. pg 207 y ss

holística. Diferencia entre el “saber que” y el “saber cómo”. El primero es un conocimiento acontextual, instrumental y teórico y es el que está presente en el curriculum de formación de las enfermeras. El segundo es un conocimiento tácito y dependiente de la experiencia, y es el que hace a una enfermera experta al dotarla de dos características fundamentales:

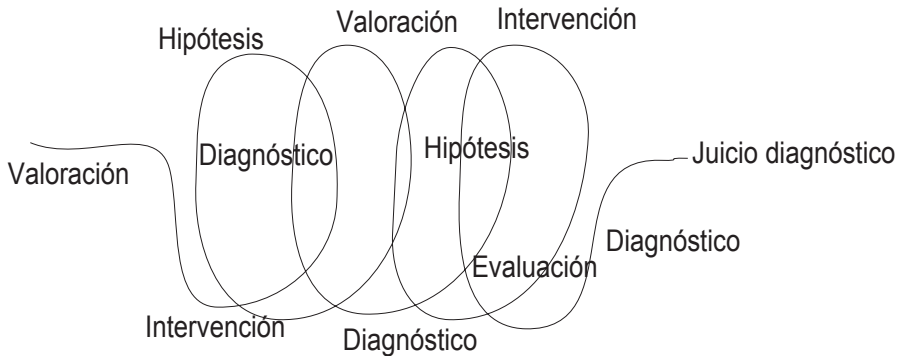
—*esquemas de reconocimiento*: habilidad perceptual que permite a una enfermera reconocer configuraciones y relaciones sin una especificación analítica de los componentes de un modelo o patrón;

—*sentido de saliencia*: capacidad para distinguir aquellos datos relevantes de los que no lo son. El proceso diagnóstico enfermero es un método de pensamiento lógico y razonado que persigue conseguir conclusiones sobre las respuestas del individuo su estado de salud.

El proceso de razonamiento diagnóstico se puede explicar desde una perspectiva racionalista como un proceso dividido en fases. Pero en la realidad asistencial, cuando una enfermera elabora un juicio diagnóstico enfermero no **lo realiza** por etapas cronológicas y ordenadas racionalmente, sino que lo hace relacionándose e interactuando con la realidad práctica. El proceso de intervención enfermero no es un proceso estático en el que valoramos, diagnosticamos e intervenimos, sino que es un proceso dinámico. El proceso de emisión de un juicio diagnóstico se inicia con la valoración, la búsqueda de diagnósticos hipotéticos que se asemejen a situaciones reales vividas por el profesional. Se realizan hipótesis diagnósticas y se busca información sobre si ya se han ejecutado acciones para intentar resolver el problema. Cuando se detecta que existe un problema con una etiología y descubrimos que no se han llevado a cabo todas las acciones e intervenciones necesarias para resolver el problema, es cuando finalizamos el razonamiento y emitimos un juicio.

El proceso diagnóstico es, así, un proceso dinámico en el que se interactúa con la realidad interrogándola sobre cuál es el problema, cómo se delimita, si existen datos relevantes que identifiquen la situación (sentido de saliencia), qué acciones se han llevado a la práctica para resolverlo y en qué modo la hipótesis diagnóstica puede ser una explicación de la realidad. Es como una espiral en la que intervienen todas las fases del proceso enfermero.

FIGURA 6.- ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DIAGNÓSTICO



Desde una perspectiva de aprendizaje racional del proceso enfermero, en la fase diagnóstica se podrían distinguir¹⁰⁶:

- una fase de análisis, que consiste en la clasificación y agrupamiento de las datos y la determinación de las datos identificativos y complementarios;
- una fase de síntesis, que comprende la elección de la etiqueta diagnóstica y la etiología;
- una fase de comprobación del diagnóstico;
- una fase de registro.

8.3.1.- Fase de análisis.

a).- Clasificación y agrupamiento de datos

Cuando la enfermera realiza la valoración del individuo, analiza los datos recogidos y su procedencia e identifica datos objetivos y subjetivos y de qué fuentes provienen, es decir, si son de fuente primaria o secundaria. Muchas veces, tanta cantidad de datos es de difícil utilización y por

¹⁰⁶ Este proceso es una aproximación didáctica para aprender al proceso diagnóstico enfermero por parte de una enfermera novel en la metodología de cuidados. Como hemos comentado cuando una enfermera es experta desarrolla un proceso de aproximación a la realidad práctica basándose en la propia experiencia acumulada, el conocimiento tácito que se adquiere con la misma y las reflexiones que se hacen sobre el proceso de aproximación a la realidad.

eso se requiere clasificarla. El proceso de agrupación nos lleva a establecer categorías en la información. Ésta se puede agrupar en categorías como los sistemas corporales, las necesidades básicas de Maslow, los patrones de respuesta humana que establece la NANDA o los patrones funcionales de Gordon. Otra puede incluir una categoría de historia o antecedentes personales. Todas son válidas y según la teoría enfermera que fundamenta el documento de recogida y clasificación de los datos.

Ejemplo:

<u>Datos</u>	<u>Clasificación</u>
<i>Muerte del padre por cáncer.</i>	<i>Antecedentes familiares.</i>
<i>Ocho horas de sueño.</i>	<i>Patrón de reposo/sueño.</i>
<i>Temperatura 39° C.</i>	<i>Patrón nutricional.</i>
<i>Sudoración profusa.</i>	<i>Patrón de eliminación.</i>
<i>Desde hace dos días, heces duras.</i>	<i>Patrón de eliminación.</i>
<i>Tabaquismo.</i>	<i>Patrón de percepción / práctica de salud.</i>

b).- Determinación de datos identificativos

En un segundo paso reconocemos cuáles son los datos identificativos que determinan la existencia de un problema. Estos datos surgen de la comparación de la información obtenida en la valoración con el patrón normal o habitual del individuo. Los datos identificativos nos orientan en la recogida de datos complementarios de valoración. En el ejemplo anterior, la temperatura de 39° C es comparada con el patrón normal y relacionado con la sudoración profusa, y se determina que es un dato identificativo. En este punto, buscaremos datos complementarios como sequedad de boca, sed, piel eritematosa, somnolencia, hipotensión, obnubilación, alucinaciones, oliguria u orina concentrada, que ayudan a delimitar el problema.

Es importante no actuar según esquemas rígidos, y pensar en la globalidad de la persona. Uno de los peligros del uso de los diagnósticos enfermeros es llegar a tecnificar los cuidados. Si

perdemos la perspectiva global, ¿dónde se queda entonces la atención integral? ¿No estaríamos aplicando cuidados como una técnica? Aunque hayamos clasificado los datos por sistemas corporales o patrones de respuesta humana, sabemos que el ser humano es global y que la existencia de un problema influye en todo el organismo. Por ejemplo, la elevación de la temperatura corporal puede motivar un cambio en el humor de la persona, y no por eso identificaremos un problema prioritario de ansiedad, relación o adaptación, ya que consideramos esta reacción incluida en el primer diagnóstico. Sólo se tendrá en cuenta el problema de ansiedad, relación o adaptación cuando sea relevante, aunque dentro de nuestra actuación siempre intentaremos proceder de manera que este problema no llegue a manifestarse.

Una buena determinación de los datos identificativos y complementarios comporta una disminución del riesgo de error diagnóstico. A menudo, el reconocimiento de un dato identificativo provoca el inicio del proceso diagnóstico. Si no se tienen datos complementarios o el dato identificativo no se presenta de manera clara, comienza una recogida selectiva de información para localizar de forma precisa los datos identificativos y complementarios. Cuando haya suficientes datos, se pasa a la fase de síntesis del proceso diagnóstico.

8.3.2.- Fase de síntesis.

a).- Elección de la etiqueta diagnóstica

Una vez analizados los datos, el paso siguiente es la elección de la etiqueta diagnóstica. Inicialmente, una enfermera novel elegirá la etiqueta diagnóstica en función del conocimiento que tenga del listado diagnóstico, las definiciones y características definitorias de las categorías. Por eso, se recomienda que, en caso de no conocerlas bien, se utilice un listado hasta conseguir destreza en su utilización. La formulación del diagnóstico surge del agrupamiento de los datos identificativos y complementarios y la aplicación del razonamiento deductivo o inductivo, que lleva a una síntesis que tiene como resultado la formulación del "problema". En este momento se compara con el listado (etiqueta, definiciones y características definitorias) y se elige la etiqueta diagnóstica que se adapta al problema identificado, cuando es posible. En caso de no encontrar una etiqueta acorde con el problema identificado, se formulará el diagnóstico en formato PES.

b).- Búsqueda de la etiología o factores relacionados

Una vez identificada la etiqueta diagnóstica, se intenta determinar cuál es el factor etiológico, que en ocasiones es evidente, y otras veces no es claro o incluso es desconocido. En cualquiera de los tres casos es aconsejable registrarlos, porque la actuación va encaminada a corregir, prevenir o disminuir los efectos de los factores contribuyentes o a identificar y verificar la etiología cuando se desconoce o no es clara.

8.3.3.- Fase de comprobación.

El penúltimo paso del proceso diagnóstico es la comprobación. En este punto, la enfermera trata de validar la precisión de la interpretación que ha hecho de los datos. Se consigue mediante la revisión de todas las etapas que le han llevado al diagnóstico: la interacción con el usuario o su familia, consultando a otros profesionales o utilizando otras fuentes, como revistas o documentación bibliográfica.

Ejemplo:

María Simple es una mujer de 22 años primípara que piensa dar de mamar a su hijo. La enfermera observa en los momentos previos de la primera vez de dar el pecho que María se muestra nerviosa e intranquila. La enfermera, en una valoración rápida, diagnóstica: Ansiedad r/c la carencia de destreza en el proceso de amamantamiento. Sin embargo, al comprobar el diagnóstico y preguntar a María por qué estaba nerviosa, contestó que su marido se había dejado las llaves de la tienda cuando la visitó y cuando llegara al trabajo tendría que volver para recogerlas. La enfermera pudo comprobar después que María tenía destreza en el proceso de amamantamiento.

8.3.4.- Fase de registro.

En esta fase se procede al registro del diagnóstico enfermero, de la manera que ya hemos visto, dependiendo del tipo de diagnóstico que sea. A manera de resumen, podemos ver todo el proceso diagnóstico en la figura 7. En cada fase del proceso diagnóstico se puede iniciar un proceso de evaluación o retroalimentación.

RECOMENDACIONES PARA ESCRIBIR UN DIAGNÓSTICO

Para finalizar este tema, indicaremos unas recomendaciones para registrar correctamente un diagnóstico enfermero:

1.- Escribir el diagnóstico con palabras que se refieran más a las respuestas del sujeto que a las necesidades de actuación enfermera:

Incorrecto: Necesita nutrición adecuada.

Correcto: Riesgo de sobrepeso r/c disminución de la actividad.

2.- Utilizar “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. Recordemos que cuando definimos el diagnóstico lo considerábamos como hipótesis y, por tanto, no podemos hacer afirmaciones categóricas:

Incorrecto: Riesgo de lesión debido a confusión mental.

Correcto: Riesgo de lesión r/c confusión mental.

3.- Escribir el diagnóstico con expresiones convenientes o aconsejables desde el punto de vista legal:

Incorrecto: Riesgo de alteración de la integridad cutánea r/c cambios de postura poco frecuentes.

Correcto: Riesgo de alteración de la integridad cutánea r/c movilidad disminuida.

4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor:

Incorrecto: Disfunción sexual r/c prácticas sexuales desviadas.

Correcto: Disfunción sexual r/c cambios en la imagen corporal.

5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica:

Incorrecto: Estrés emocional r/c alteración del patrón del sueño.

Correcto: Alteración del patrón del son r/c estrés emocional.

6.- Evitar reformular los diagnósticos médicos como diagnósticos enfermeros:

Incorrecto: Mastectomía r/c cáncer.

Correcto: Riesgo de alteración de la imagen corporal r/c mastectomía.

7.- Evitar formular dos problemas al mismo tiempo:

Incorrecto: Temor y dolor r/c proceso diagnóstico médico.

Correcto: Temor r/c desconocimiento del proceso diagnóstico médico. Dolor r/c proceso diagnóstico médico.

8.- Hay que expresar el problema o etiología utilizando conceptos que estén dentro del campo de actuación de la enfermera:

Incorrecto: Patrón respiratorio ineficaz r/c neumotórax.

Correcto: Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor torácico.

CAPÍTULO III

Investigación en nomenclatura enfermera

Josep Adolf Guirao-Goris

*El conocimiento científico se logra mediante un complejo esfuerzo social
y proviene del trabajo de muchos artesanos en su especial
interacción con el mundo de la naturaleza¹*

¹ Ravetz, JR. (1971) . Scientific knowledge and its social problems. Oxford: Oxford University Press.

1. Introducción

La investigación científica es un proceso sistemático que permite examinar los fenómenos con el propósito de obtener respuestas a preguntas precisas². El objetivo de la ciencia es la búsqueda de la verdad^{3,4}, responder a preguntas y generar explicaciones de la realidad.

Lakatos propone la metodología de los programas de investigación⁵ como el mejor medio para aproximarnos a la verdad científica. Estos programas de investigación se contraponen y poseen criterios rivales, de modo que su contrastación es la que hace progresar la refutación de las teorías y el desarrollo del conocimiento teórico.

El esfuerzo por identificar y clasificar los diagnósticos enfermeros se ha descrito como desarrollo de teoría. El proceso de identificación y etiquetado formal es el primer paso en el desarrollo de una teoría en ciencia⁶. El fenómeno de interés se aísla, se categoriza y posteriormente se nombra. El proceso de categorización es un método que se utiliza para poder enfrentarse a una realidad abrumadora y compleja que, de otro modo, sería inabordable. Gordon⁷ habla de cómo en la práctica enfermera se ha categorizado en términos de necesidad de enfermería (necesidad de alimentar, necesidad de apoyo emocional)⁸. Esta orientación es errónea porque la enfermería se describe mediante las acciones llevadas a cabo respecto a los fenómenos de interés. Éstos permanecen invisibles y se pierde la finalidad teórica que califica al conocimiento como científico.

Las categorías formales de una ciencia se establecen de una forma completamente diferente y se especifican mediante las características intrínsecas de los fenómenos. Según

² Fortin, MF (1999). El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. Interamericana.

³ Hernández Conesa, J; Esteban Albert, M.(1999) Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Madrid. Ed McGraw-Hill Interamericana

⁴ Chalmers, AF((1982). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

⁵ Lakatos, I (1984). Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales. Madrid: Tecnos.

⁶ Gordon, M. (1996) Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid.

⁷ Gordon. Op. Cit.

Gordon, las características intrínsecas serían los grupos de signos y síntomas que identifican un diagnóstico mientras que las categorías formales serían los diagnósticos enfermeros. Los conceptos diagnósticos serían los bloques básicos de construcción de las teorías de la práctica de enfermería.

Hernández Conesa⁹, siguiendo las aportaciones realizadas por Khun en la explicación de la evolución lineal de las ciencias, considera que la enfermería se encuentra en una situación de precencia inmadura, ya que "el constante desacuerdo en lo fundamental y su debate imposibilita el abordaje de los fenómenos observacionales propios"¹⁰. Diferentes autores^{11, 12, 13, 14, 15, 16} han realizado críticas por la inclusión en la taxonomía NANDA de problemas que no se consideran enfermeros. Sin duda, la inclusión de fenómenos no enfermeros se debe una especie de traducción simultánea de las acciones que realizan las enfermeras en los fenómenos que son objeto de la disciplina. No todo lo que las enfermeras hacen es enfermería. Hernández Conesa¹⁷ argumenta

⁸ De hecho las enfermeras se identifican profesionalmente con lo que hacen y practican genéricamente: el cuidado.

⁹ Hernández Conesa, J Op. Cit., pg 36

¹⁰ El continuo debate en lo fundamental es una de las preocupaciones de la literatura enfermera actual que se expresa en la relación entre teoría y práctica. Mills(1991) argumenta que las diferencias filosóficas es una de las características que influyen en que enfermeras asistenciales y enfermeras teorizadoras no coincidan al nombrar los fenómenos. Puede consultarse el trabajo de Medina (1999) en el que se analiza en profundidad esta cuestión.

¹¹ Iyer, P. Taptich, BJ, Bernocchi-Losey D. (1990) Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana Mc-Graw - Hill.

¹² Lunney, M (1982). Nursing diagnoses: refining System. American Journal of Nursing 82(3):456-459

¹³ Martínez Marcos M. Custey Malé M^a A. De Francisco Casado M^a A. et al. (1996). "Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria" Enferm. Clínica 6(1):1-10

¹⁴ Ugalde Apalategui, M; Rigol Cuadra, A.(1995). Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson.

¹⁵ Cuesta, A. Guirao, JA. Benavent, A. (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al Contexto español. Díaz de Santos. Madrid.

¹⁶ Gordon Op. Cit. pg 22

¹⁷ Hernández Conesa Op. Cit. Pg 66

que "la ausencia de definición del objeto de estudio enfermero es la causa de la identificación de etiquetas diagnósticas que responden a un criterio de naturaleza delegada."

El desarrollo del conocimiento científico se ha estructurado en el desarrollo de teorías. Las teorías se han clasificado con arreglo al nivel de complejidad¹⁸ en teorías del factor aislado o de primer nivel, teorías descriptivas o de segundo nivel, teorías predictivas o de tercer nivel y teorías prescriptivas o de cuarto nivel.

La identificación y denominación de las condiciones de salud descritas por los diagnósticos enfermeros es el primer nivel de desarrollo de la teoría¹⁹. Sobre estos niveles se pueden construir otros más complejos mediante el aislamiento de los factores que influyen en la aparición o modificación de los fenómenos. Pero investigando cómo se relacionan los conceptos diagnósticos entre sí y utilizando las grandes teorías disponibles en enfermería se superarían las controversias sobre el objeto de estudio enfermero.²⁰

2. Líneas de investigación

El comienzo de la investigación en diagnósticos enfermeros se inicia en la década de los setenta²¹.^{22, 23}. Una de las primeras referencias básicas es la aportación de Gordon²⁴, quien clasifica los estudios de investigación en seis tipos:

¹⁸ Dickoff J, James P, Wiedenbach E.(1968) Theory in practice discipline I. Practice oriented theory. Nursing Research. 17: 415 citado en Gordon Op. Cit.

¹⁹ Gordon Op. Cit. Pg 296

²⁰ Bakker, RH; Kastermans MC; Dansen, TWN. (1995) An analysis of the nursing diagnosis Ineffective Management of Therapeutic Regimen compared to Noncompliance and Orem's Self-care Deficit Theory of nursing. Nursing Diagnosis. 6(4):161-166

²¹ Dougherty, CM; Jankin, J; Lunney, MR; Whitley GC (1993). Conceptual an research-based validation of nursing diagnoses:1950 to 1993. Nursing Diagnosis4(4):156-155

²² Burgess, A; Homstrom L. (1974) Rape trauma syndrome.American Journal of Psychiatry. 131: 981-6

²³ Guzzetta, C; Forsyth, G. (1979). Nursing diagnostic pilot study: Psychophysiosociological stress. Advances in nursing Science 2(1):27-44

²⁴ Gordon Op. cit. Pg 325

- Estudios de identificación.
- Estudios de depuración.
- Estudios epidemiológicos
- Estudios del proceso diagnóstico
- Estudios de diagnósticos de procesos y resultados
- Estudios de la ética de diagnóstico y tratamiento.

La investigación en diagnósticos enfermeros ha sido también clasificada por Del Pino y Ugalde(1999)²⁵ en investigación básica (con el fin de generar conocimiento) y en investigación aplicada (solucionar problemas). Al cruzarse con la de Gordon, esta clasificación identifica a los dos primeros tipos como estudios de investigación básica y el resto como estudios de investigación aplicada²⁶.

2.1 Investigación básica

2.1.1.- Estudios de identificación

Los estudios de identificación tienen como objetivo identificar nuevas etiquetas diagnósticas. Gordon y Sweeney (1979)²⁷ describen que para elaborar una nueva etiqueta diagnóstica y proceder a su validación es necesario que previamente se identifique la agrupación de una serie de características definitorias en la práctica clínica en un suficiente número de casos. La enfermera asistencial identifica de forma repetida un fenómeno no etiquetado mediante una categoría diagnóstica y a partir de aquí es necesario realizar un análisis conceptual del fenómeno.

²⁵ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. 9(3):115-120

²⁶ Del Pino Casado, R. (2000). Líneas de investigación sobre diagnósticos enfermeros a nivel nacional e internacional. En: *Diagnósticos enfermeros en atención primaria: aplicación práctica*. Libro de ponencias de II Jornadas Nacionales de Invierno de la AEC. Ponferrada: Universidad de León - Asociación de Enfermería Comunitaria: 126-134

²⁷ Gordon, M; Sweeney, M. (1979). Methodological problemas and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. *ANS*. 2(1):1-16

Estudios de análisis conceptual

El análisis conceptual²⁸ pretende identificar en la literatura existente el conocimiento previo sobre el fenómeno,²⁹ realizar la definición de la etiqueta diagnóstica,³⁰ identificar las características definitorias posibles y establecer sus definiciones operativas³¹. Este tipo de estudio ha de encuadrarse en un marco teórico que aportará la perspectiva para el análisis conceptual. Si se carece de un marco teórico, o el marco teórico carece de una perspectiva enfermera, existe el peligro de identificar fenómenos objeto de otras disciplinas científicas.

Gordon(1990)³² asegura que "las categorías diagnósticas más útiles para el proceso de juicio clínico son aquellas que tienen una sólida base conceptual". Diferentes autores identifican el análisis conceptual y las definiciones operativas de las características definitorias como un paso previo al estudio de la validez de contenido y de constructo^{33,34}. Creason³⁵ (1987) y Grant y Kinney³⁶(1991), detectan que es un paso que no se encuentra, como sería deseable, plasmado en una gran parte de los informes de investigación. Carlson-Catalano y Lunney³⁷ (1995) establecen que es necesaria una definición y descripción conceptual del diagnóstico porque: o existe más de una aproximación teórica del concepto, o no se ha desarrollado todavía una definición.

²⁸ Whitley, GG.(1999) Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis 1(10):5-13

²⁹ Hoskins,LM (1997). How to do a validation study. En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the twelfth Conference NANDA. . Glendale: Cinhal Information Systems:79-86

³⁰ Carlson-Catalano, J; Lunney, M. (1995) Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. Clinical Nurse Specialist. 9(6):306-311

³¹ Whitley, GG. (1995). Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. Nursing Diagnosis. 6(2):91-92

³² Gordon, M. (1990). Toward theory-based diagnostic categories. Nursing Diagnosis. 1(1):5-11

³³ Avant, K. (1990). The art and science in nursing diagnosis development. Nursing Diagnosis 1(2):51-55

³⁴ Grant, J; Kinney, M; Guzzetta, c. (1990) A methodology for validating nursing diagnosis. ANS 12(3):65-74

³⁵ Creason,NS. (1987) How do we define our diagnosis. American journal of Nursing. 87:230-1

³⁶ Grant,JS; Kinney, MR. (1991). The need for operational definitions for defining characteristics Nursing Diagnosis. 2(4):181-185

El análisis conceptual es necesario para describir y explicar las relaciones existentes entre el fenómeno y las características definitorias propuestas. Según Kerlinger³⁸ (1986), el desarrollo de las definiciones operativas de las variables es un componente esencial del proceso de investigación. La definición operativa asigna significado a un concepto mediante la especificación de las actividades y procedimientos necesarios para su medición.

Grant y Kinney³⁹ (1991) califican la definición operativa como un componente esencial en la investigación de los diagnósticos enfermeros porque son como el puente que une el escalón entre la observación y la pregunta científica. Para estas autoras, las definiciones operativas incrementan la fiabilidad y validez de los datos, facilitan la replicación de la investigación, aumentan la capacidad del investigador para relacionar los nuevos hallazgos con los resultados de estudios previos e indican criterios para evaluar la consecución de los objetivos de resultado en los clientes tras aplicar las intervenciones enfermeras.

Avant⁴⁰ (1991) describe tres cualidades que debe tener el método de análisis conceptual: claridad conceptual, claridad sobre el fenómeno de estudio y claridad en la definición del fenómeno.

Creason⁴¹ (1994) propone otro método para el desarrollo de las características definitorias y sus definiciones. Utilizando un grupo reducido de expertos y el método Delphi se identifican las características definitorias, sus definiciones operativas y los factores etiológicos. Partiendo de la

³⁷ Carlson-Catalano, J; Lunney, M. (1995) Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. *Clinical Nurse Specialist*. 9(6):306-311

³⁸ Kerlinger, F (1986) *Foundations of behavioral research* (3rd Ed) New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. Citado en Grant,JS; Kinney, MR. (1991). The need for operational definitions for defining characteristics *Nursing Diagnosis*. 2(4):181-185

³⁹ Grant,JS; Kinney, MR. (1991). Op. cit.

⁴⁰ Avant, KC. (1991) Paths to concept development in nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*. 2(3):105-110

⁴¹ Creason, NS (1994). Operational and conceptual definition tool development in nursing diagnosis validation research. En Carroll-Jhonson & Paquette. *Symposium on validation models. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company: 47-55

definición del fenómeno, Guirao, Moreno y Martínez⁴² (2001) identifican mediante técnica Delphi, tanto la denominación de la etiqueta diagnóstica como de las características definitorias.

La operativización⁴³ se define como el proceso de delimitación sobre cómo medir un concepto: operativizar un concepto es especificar los indicadores empíricos que serán medidos. El proceso de operativización supone un modo de pensamiento que lleva de lo abstracto (concepto) a lo concreto (medida). Un ejemplo de operativización es el realizado por Ryan y Falco⁴⁴ (1985), quienes dieron como definición conceptual de incumplimiento "decisión de una persona informada de no adherirse a una recomendación terapéutica"; y como definición operativa, "puntuación obtenida en un instrumento de 66 ítems que enumera las creencias y comportamientos de las personas que no se adhieren a las recomendaciones".

Waltz⁴⁵ (1991) establece un proceso acumulativo de etapas en la operativización de los conceptos:

- Desarrollo de la definición teórica:
 - Desarrollo de una definición preliminar.
 - Revisión bibliográfica.
 - Desarrollo e identificación de casos (casos extremos, opuestos o límites).
 - Diseño de un mapa de los significados del concepto.
 - Establecer una definición teórica.
- Especificar las variables derivadas de la definición teórica.
- Identificar indicadores observables.
- Desarrollar medios para medir los indicadores.
- Evaluar la adecuación de la definición operativa resultante. En este punto establece una serie de criterios que deberían analizarse: claridad, precisión, fiabilidad, consistencia, factibilidad, significación adecuada, utilidad, validez y consenso.

⁴² Guirao-Goris, JA; Moreno Pina, P; Martínez-Del Campo, P. (2001). Validación de Contenido Diagnóstico de la Etiqueta Diagnóstica Enfermera Sedentarismo. Enfermería Clínica . En prensa.

⁴³ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Measurement in nursing research (2º Ed).

Philadelphia: F.A. Davis

⁴⁴ Ryan, P; Falco, SM. (1985). A pilot study to validate the etiologies and defining characteristics of the nursing diagnosis of noncompliance. Nursing Clinics of North America 20(4): 685-695.

Estudios de desarrollo de instrumentos diagnósticos

Davis⁴⁶ (1994) propone desarrollar instrumentos para obtener una información válida y fiable con la que realizar diagnósticos consistentes, que permitan con posterioridad una intervención adecuada y una evaluación de los resultados. Guirao⁴⁷ (1999), de acuerdo con dicha propuesta, considera prioritario el desarrollo de pruebas diagnósticas para aumentar la fiabilidad y validez de las etiquetas diagnósticas. Ejemplos de instrumentos de valoración son los desarrollados por Tanaka⁴⁸ (1988), Chang⁴⁹ (1990), Talbot⁵⁰ (1994) Maggs⁵¹ (1997) o Jones⁵² (1997, 1999).

Davis propone el desarrollo de dos tipos de instrumentos: las escalas y los índices.

Una *escala* es un grupo de ítems que pretende medir el nivel de una variable teórica que no es observable por medios directos. Un *índice* se compone de ítems que determinan el nivel de un concepto.

La escala mide un concepto latente esencial: la puntuación obtenida para un individuo o grupo es significativa, permite la comparación entre individuos o grupos, permite medir cómo varía

⁴⁵ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit. 37-56

⁴⁶ Davis, GC (1994). Measurement and clinical decision making. Focus on instrument development. Nursing Diagnosis. 5(3):121-126

⁴⁷ Guirao-Goris, J.A., Cuesta Zambrana, A.; Benavent Garcés, A. (1999) Diagnóstico de Enfermería . Claves para su desarrollo. Rev ROL Enf;22(7-8):554-558

⁴⁸ Tanaka, K (1988). Development of a tool for assesing posttrauma response. Archives of Psychiatric nursing. 2(6):350-356

⁴⁹ Chang , B; Hirsch,M; Brazal-Villanueva,MA; Iverson DWY (1990). Self-Care deficit with etiologies: reliability of measurement. Nursing Diagnosis. 1(1):31-36

⁵⁰ Talbot, LA.(1994) Coping with urinary incontinence: development and testing of a scale. Nursing Diagnosis 5(3):127-132

⁵¹ Maggs, C; Abedi HA.(1997) Identifying the health needs of ederly people using the Omaha Classification Scheme. Journal of Advanced Nursing.. 26(4):698-703

⁵² Jones, DA; Barret, F. (1997) Development and testing of a funtional health pattern assesment screening tool En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the twelfth Conference NANDA. . Glendale: Cinhal Information Systems.228-235

Jones, DA; Barret, F.(1999) Further development and testing of a funtional health pattern assesment screening tool, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems:471-477

la variable a lo largo del tiempo y los ítems poseen consistencia interna entre sí. El índice mide el nivel de un concepto: la puntuación obtenida en un individuo no es significativa, mide el cambio sin estimar la magnitud del mismo, y los ítems no poseen necesariamente consistencia interna.

Davis propone cuatro fases en el desarrollo de los instrumentos de medida:

- a) Definición del concepto que desea ser medido.
- b) Identificación de sus características.
- c) Determinación del tipo de instrumento más adecuado (índice o escala).
- d) Estimación de la fiabilidad y validez del instrumento.

En la medida que los instrumentos se desarrollan como pruebas diagnósticas, las fases a y b tendrían que ir en consonancia con lo apuntado anteriormente en los estudios de análisis conceptual. La determinación del tipo de instrumento más adecuado se realiza en función de las características que tiene cada uno *per se*. Davis advierte que es posible utilizar una o varias escalas o índices para valorar un diagnóstico enfermero.

Para la estimación de la fiabilidad y validez, la autora recomienda la utilización de los diferentes métodos descritos en la bibliografía.⁵³

2.1.2.- Estudios de medición

Gordon (1996) identifica un segundo tipo de estudios, denominados de depuración, cuyo objetivo es depurar los diagnósticos enfermeros.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser considerados como instrumentos de medida de las situaciones específicas de salud que requieren la intervención de una enfermera. En tanto que instrumentos de medida, se puede aplicar la teoría de la medición para su estudio, situación que hará que los denominemos estudios de medición. La teoría clásica de la medición⁵⁴ establece que cuando se realizan diferentes medidas de un fenómeno existe un cierto grado de variación. Estas variaciones se deben habitualmente a la propia variación del fenómeno y al error que se produce al medirla. El error en la medición puede ser de dos tipos⁵⁵:

⁵³ Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2ed). New York: McGraw Hill

⁵⁴ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) *Op. cit.*: pg 89-98

⁵⁵ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) *Op. cit.*: pg 85-86

- Error aleatorio: los valores obtenidos se sitúan en torno al valor real. Este tipo de error se relaciona inicialmente con la fiabilidad y secundariamente con la validez, porque para que una medida sea válida tiene que ser previamente fiable. Cuanto menos error aleatorio hay, la medida es más fiable.
- Error sistemático: distorsiona el valor real de la medición infravalorando o sobrevalorando la misma. Este tipo de error se relaciona con la validez. Cuanto menos error sistemático tiene una medida, más válida es.

La fiabilidad y la validez son características esenciales que determinan la calidad de todo instrumento de medida⁵⁶. La fiabilidad es una condición previa a la validez, lo que significa que si un instrumento de medida no da puntuaciones o valores constantes de una a otra vez, no será útil para el fin propuesto. Sin embargo, un instrumento fiable no es suficiente para establecer la validez, dado que un instrumento puede dar medidas consistentes y no ser válido⁵⁷. Una baja fiabilidad, por el contrario, sí representa una evidencia de baja validez.⁵⁸

2.1.2.1 Estudio de la fiabilidad.

Fortin⁵⁹ (1999) define la fiabilidad como la propiedad esencial de los instrumentos de medida ,que designa la precisión y constancia de los resultados que ellos proporcionan.

Maas⁶⁰ (1990) indica que los métodos para medir la fiabilidad en los diagnósticos enfermeros no se distinguen claramente de las medidas de validez en muchos estudios de investigación sobre diagnósticos enfermeros.

El interés del estudio de la fiabilidad reside en que su conocimiento es previo al estudio de la validez (específicamente la de constructo)⁶¹, es necesario para el desarrollo de las pruebas

⁵⁶ Fortin, MF (1999) Op cit.: pg 179

⁵⁷ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit

⁵⁸ Polit-Hungler(1997) 5º Ed. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill Interamericana Editores

⁵⁹ Fortin, MF (1999) Op cit.: pg 180

⁶⁰ Maas,M; Hardy, MA; Craft, M.(1990) Some methodologic considerations in nursing diagnosis research. Nursing Diagnosis.1(1):24-30

diagnósticas⁶² y en el estudio del proceso de razonamiento diagnóstico⁶³. La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios⁶⁴: la estabilidad, la consistencia interna, la equivalencia y la armonía interjueces.

La estabilidad

La estabilidad del instrumento de medida (prueba diagnóstica, característica definitoria, etiqueta diagnóstica...) viene determinada por la constancia de los resultados obtenidos al realizar la medición de forma repetida. La técnica que se utiliza es la del test/retest y asume que el fenómeno que se mide es estable y no varía. Esta premisa supone en la práctica que la medición se debe realizar en un intervalo corto de tiempo para asegurarse que el fenómeno no ha variado. La amenaza a la validez interna del estudio es que los sujetos puedan verse influidos por la primera administración del instrumento y la segunda medición se vea afectada. En estos casos, se recomienda estudiar la fiabilidad por equivalencia.

Waltz⁶⁵ (1991) recomienda, para estimar la fiabilidad test/retest, los siguientes pasos:

- Administrar el instrumento de medida a los sujetos en las mismas condiciones estándar.
- Readministrar el instrumento de medida en las mismas condiciones estándar y a los mismos sujetos.
- Determinar en qué modo se correlacionan las dos medidas utilizando el Coeficiente de Pearson (r_{xy}) cuando la variable es continua. Y las pruebas no paramétricas de medida de asociación como el chi cuadrado o el coeficiente de correlación de Spearman según sea la variable.

El coeficiente obtenido tiene una puntuación entre 0 y 1. Cuando más próximo a 1 está el coeficiente, más estable es la medida.

⁶¹ Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 4(9):144-150.

⁶² Chang, B; Hirsch, M; Brazal-Villanueva, MA; Iverson DWY (1990). Self-Care deficit with etiologies: reliability of measurement. *Nursing Diagnosis*. 1(1):31-36

⁶³ O'Connell B. MSc, RN. Diagnostic reliability: a study of the process. *Nursing Diagnosis*. jul - sep 1995 6(3):99

⁶⁴ Fortin, MF (1999) Op cit.

⁶⁵ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit: 164

La consistencia interna

La consistencia interna corresponde a la homogeneidad de los enunciados de un instrumento de medida⁶⁶. La consistencia interna es el grado en que los diferentes ítems del instrumento covarían estadísticamente y nos indica cómo se relacionan entre sí. La consistencia interna de una etiqueta diagnóstica es el grado en que covarían las características definitorias de la etiqueta.

Para medir la consistencia interna se utilizan varios métodos. Destacan:

— *El alfa de Cronbach*. Es la técnica que se utiliza para estimar la consistencia interna de un instrumento de medida cuando los ítems tienen varias opciones de respuesta (por ejemplo: escala de likert). Según Waltz⁶⁷, el coeficiente alfa es el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y es igual a la media de la distribución de todas las posibles divisiones por mitades que se pueden realizar del instrumento. El rango de alfa varía entre 0 y 1. Los valores próximos a la unidad indican un alto grado de consistencia interna.

— *La técnica de Kuder-Richardson (KR20 y KR21)* es una variante del coeficiente alfa cuando la variable es dicotómica (tiene dos posibles respuestas). Del mismo modo que el coeficiente alfa, el valor oscila entre 0 y 1, y tiene la misma interpretación.

La equivalencia

La equivalencia se refiere al grado de correlación entre dos formas de medir el fenómeno o formas paralelas. Si, por ejemplo, se utilizan dos pruebas diagnósticas para medir una misma categoría diagnóstica se podrá medir la equivalencia. Waltz estima que para que dos procedimientos puedan ser considerados formas paralelas deben tener las siguientes características:

- Se han construido siguiendo los mismos objetivos y procedimientos.
- Tienen una medias similares.
- Tienen correlación con una tercera variable.
- Tienen desviaciones estándar iguales.

⁶⁶ Fortin, MF (1999) Op cit.

⁶⁷ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.

Para estimar la equivalencia se administran las dos formas paralelas de medir el fenómeno y después se halla el coeficiente de correlación apropiado (paramétrico o no paramétrico) como un estimador de la fiabilidad. Valores por encima de 0,8 consideran a ambos procedimientos como equivalentes.

La armonía interjueces o fiabilidad interobservador

La fiabilidad interobservador "se refiere al grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores independientes utilizando los mismos instrumentos de medida en unos sujetos en dos ocasiones".⁶⁸ El procedimiento estadístico es el índice de kappa, que indica el grado de acuerdo de los observadores. Los valores oscilan entre 0 y 1. Una k entre 0.61 y 0.80 se considera un grado de concordancia bueno, y por encima de 0,80 muy bueno. Delaney⁶⁹ (2000) ha estudiado la fiabilidad diagnóstica interobservador del "Trastorno de la movilidad física" utilizando un sistema de información enfermero informatizado y para ello utilizó el índice de kappa.

Una variante específica aplicada a los diagnósticos enfermeros es el modelo de **Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)** propuesto por Fehring⁷⁰(1986) Este modelo persigue la cuantificación de la evidencia clínica mediante observación u obtención de información directa de pacientes. Los pasos que propone son:

- 1.- Dos enfermeras clínicas expertas observan y valoran un determinado número de pacientes en los que previamente se ha identificado un diagnóstico enfermero.
- 2.- Comprueban en los pacientes la frecuencia de aparición de las características definitorias del diagnóstico previamente identificado.
- 3.- Se calcula el **coeficiente ponderado de fiabilidad interobservador (R)** mediante la siguiente fórmula:

⁶⁸ Fortin, MF (1999) Op cit.

⁶⁹ Delaney, C; Herr, K; Maas, M; Specht, J (2000) Reliability of Nursing Diagnoses Documented in a Computerized Nursing Information System. Nursing Diagnosis. 11(3):121-134

⁷⁰ Fehring, R.J. (1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology en Hurley M.E. (Ed). Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\left(\frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N}\right)}{2}$$

Donde A es el número de acuerdos, D el de desacuerdos, F_1 la frecuencia de la característica observada por el primer observador, F_2 la frecuencia observada por el segundo observador, N el número de sujetos observados y R el coeficiente ponderado de fiabilidad interobservador.

4.- Se descartan las características con un valor del coeficiente inferior a 0,50.

5.- Las características con un valor del coeficiente superior a 0,75 se consideran críticas.

6.- Se obtiene la puntuación de la VDC hallando la media de las puntuaciones obtenidas para cada característica definitoria.

Una de las premisas del modelo de VDC es que el diagnóstico enfermero haya sido bien identificado previamente.

Una aproximación modificada de este modelo es la denominada Validez Diagnóstica Clínica centrada en el paciente. Utiliza la obtención directa de información clínica a partir del paciente, sin que sean necesarios dos expertos, solicitando al paciente que defina en qué grado cada característica definitoria es indicativa de sus sentimientos o comportamientos.⁷¹ Van Dyke Hayes⁷² (1999), en un estudio de revisión, encontró noventa estudios de investigación que han utilizado este método.

2.1.2.2 Estudios de validez

La validez de un instrumento de medida demuestra hasta qué punto un instrumento mide lo que en realidad pretende medir^{73,74}. La validez puede ser de diversos tipos. Uno de ellos es la *validez*

⁷¹ Del Pino Casado, R(1998) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros(II). Correo AENTDE. 2(3):4-5

⁷² Van Dyke Hayes, K (1999) Patient involvement in nursing diagnosis research. En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems:315-326

⁷³ Fortin MF (1999) Op. cit.

*aparente*⁷⁵, que designa si el instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual. Clásicamente⁷⁶, las facetas que se consideran que tienen mayor importancia son: la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo. En 1993, el comité taxonómico⁷⁷ de la NANDA sugiere el estudio de estos tres tipos de validez en la taxonomía.

2.1.2.2.1 ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO

La validez de contenido se refiere a la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Previamente a la validación de contenido se debe realizar un estudio del análisis conceptual. La validez de contenido sólo indica lo que un grupo de expertos piensa; no se tiene la seguridad de que sus juicios coincidan con el fenómeno que se da en el mundo real.⁷⁸

En España, el primer estudio de validez de contenido es el de Frías Osuna et al⁷⁹ (1993) que realizan un estudio previo de análisis conceptual y validan la taxonomía de autocuidados cotidianos en una población de pacientes crónicos.

Para el estudio de la validez de contenido existen descritos varios métodos que en la práctica se pueden combinar entre si: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi y el modelo de estimación de la magnitud.

⁷⁴ Ugalde Apalategui, M; Rigol Cuadra, A.(1995). Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson.

⁷⁵ Polit-Hungler(1997) Op. cit.

⁷⁶ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.

⁷⁷ Kerr,M; Hoskins, LM; Fitzpatrick, JJ; Warren, JJ; Avant, KC; Hurley, M; Lunney, M; Mills, WC; Rottkamp, C (1993) Taxonomic validation: an overview. Nursing Diagnosis 4(1):6-14

⁷⁸ Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis.. 4(9):144-150.

⁷⁹ Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González, F; Cantón Ponce, D; Pulido Soto, A; Sánchez Jurado, L; Calleja Herrera, A; Rodríguez Cobo, D; Romero Aranda, A. (1993) Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. Enferm Clínica 3(3):102-108

El modelo Fehring (1986)⁸⁰

El modelo de Validez de Contenido Diagnóstico VCD de Fehring utiliza una metodología similar a la empleada en la validación de contenido de los instrumentos de medida en los que se halla un Índice de Validez de Contenido. Con este método se consulta a enfermeras expertas siguiendo las siguientes etapas:

- 1) Una muestra de enfermeras expertas puntúa en una escala de 1 a 5 las características definitorias de un diagnóstico determinado. Las puntuaciones indican cómo es de representativa cada característica de una etiqueta diagnóstica dada. La puntuación entre uno y cinco se interpreta del siguiente modo: 1, nada característico; 2, poco característico; 3, algo característico; 4, bastante característico; y 5, muy característico.
- 2) Se usa la técnica Delphi para mejorar el consenso entre los expertos. Aunque si se dispone de pocos recursos, se puede eliminar esta fase.
- 3) Se calcula el coeficiente ponderado para cada característica. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.
- 4) Se descartan las características con un coeficiente menor a 0,5.
- 5) Las características con coeficientes mayores de 0,75 se etiquetarán como críticas.
- 6) La puntuación del índice de VCD se obtiene hallando el promedio de la puntuación obtenida del coeficiente de cada característica.

Una limitación del modelo de VCD y, en general, en los estudios de validez de contenido, se encuentra en la definición de los expertos. Fehring⁸¹ (1994) propone una modificación al modelo sugiriendo siete criterios para identificar en qué medida los expertos realmente lo son. A estos criterios se les asigna un peso y se establece un mínimo de 5 para ser considerado experto.

⁸⁰ Fehring,R.J.(1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology En Hurley M.E. (Ed). Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.

⁸¹ Fehring, R (1994). The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company: 55-57

Sistema de puntuación de expertos para el modelo de validación de Fehring	
Criterio	Puntuación
Doctorado en enfermería	4
Doctorado en enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo	2
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores	2
Disertación doctoral en diagnósticos	2
Práctica clínica actual mínima de un año en un área relevante para el diagnóstico de interés	1
Certificación en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés	2

Sin embargo, estos criterios son de difícil aplicación en otras realidades culturales como Japón (Sato, 1998), donde hay pocas enfermeras doctoradas, o en España donde todavía no existen. Sato⁸² identificó como enfermeras expertas a enfermeras con diferente formación educativa. Levin⁸³ (2001) recomienda, por otra parte, ser flexible en la determinación del experto para ser sensible a otras realidades culturales.

⁸² Sato, S (1998) Influence of patients' medical status and age on content validation of anxiety, pain and sleep pattern disturbance: a study in Japan. En: Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems: 510-521

⁸³ Levin, R. (2001). Who are the experts? A commentary on Nursing Diagnosis Validation studies. Nursing Diagnosis. 12(1):29-32

Otra modificación del modelo es la realizada por Sparks y Lien-Gieschen⁸⁴ (1994) para que sea más potente:

1. Descartar las características definitorias con una puntuación menor a 0,6.
2. Las características definitorias con una puntuación entre 0,8 y 1 se catalogan como mayores.
3. Las características menores serán aquellas con una puntuación entre 0,6 y 0,79.
4. Para aquellos diagnósticos con más de siete características definitorias se sugiere que la puntuación del índice de VCD se calcule del siguiente modo para no disminuirlo de forma artificial:
 - a) Contar la puntuación de las características mayores dos veces.
 - b) Contar la puntuación de las características menores una vez.
 - c) Determinar la media de todas las puntuaciones.

El modelo de Fehring ha sido ampliamente utilizado⁸⁵ en la validación de contenido. En España, Giménez⁸⁶(1997) lo ha utilizado para validar la *Respuesta disfuncional al destete del respirador*. Guirao, Moreno y Martínez-Del⁸⁷(2001) lo han utilizado para validar una nueva etiqueta diagnóstica.

La metodología Q

Lackey⁸⁸(1986) propone la técnica Q para identificar y ayudar a validar las características definitorias de los diagnósticos enfermeros. Fue descrita en 1935 por Thomson y Stephenson pero no es hasta la década de los cincuenta cuando se hace popular. Permite al investigador desarrollar y entender las dimensiones de un fenómeno desde una perspectiva intrínseca individual.

⁸⁴ Sparks, S; Lien-Gieschen, T (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis*. 5(1):31-5

⁸⁵ Fehring, R (1994). Op. cit.

⁸⁶ Giménez, AM; Fernández-Reyes, I; Marín Fernández, B; Álvarez, MD; Andorra, M; Duque, FJ; Mazo, S; Rodríguez, M; Siches, C; Tomás, A.(1997) Validación en España de la respuesta ventilatoria disfuncional al destete (RVDD). *Enferm Intensiva*. 8(3):121-128

⁸⁷ Guirao-Goris, JA; Moreno Pina, P; Martínez-Del Campo, P. (2001). Op. cit.

⁸⁸ Lackey, NR (1986) .Use of the Q methodology in validating defining characteristics of specified nursing diagnoses. En Hurley M.E. (Ed). *Classification of nursing diagnoses*. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.191-196

Esta metodología utiliza un procedimiento que se denomina la *ordenación Q* y que consta de los siguientes pasos:

- 1) Se presentan a un número determinado de expertos un conjunto de cartas (entre 25 y 75 según Waltz). El contenido de las cartas se elabora por diferentes vías, como por ejemplo, inventarios personales de los pacientes, revisión bibliográfica, mediante técnicas como el grupo nominal o la tormenta de ideas, derivación de las implicaciones teóricas de un marco conceptual, o un estudio de análisis conceptual.
- 2) A cada experto se le pide que apile las cartas en un número determinado de montones de 9 a 11, ordenando los montones de mayor a menor relevancia.
- 3) Se realiza un estudio estadístico descriptivo (moda, mediana, media, rango...) de cada carta. Y mediante análisis factorial se investiga la similitud de las cartas intentando determinar las dimensiones del fenómeno.

La metodología Q ha sido utilizada en el desarrollo de la estructura de la taxonomía II de la NANDA y la validación del Aislamiento Social Lien-Gieschen⁸⁹ (1993)

El método Delphi

La técnica Delphi es un método para obtener las opiniones de un panel de expertos. En esta técnica se interroga de forma individual a los expertos y se hace circular entre los integrantes del panel un resumen de sus opiniones. Este proceso se repite las veces que sean necesarias para lograr un determinado consenso.

Se inicia enviando a los expertos una serie de cuestiones. La encuesta se remite de forma anónima a todos los integrantes del panel de modo que se evita el encuentro entre ellos. Esta precaución permite que las respuestas de unos no influyan en las de otros. Después de esta primera ronda, se agrupan las respuestas y se vuelve a enviar la información al panel de expertos. El número de rondas varía según el nivel de consenso deseado por el investigador, el grado de concreción de los ítems y del número de ítems surgidos.

⁸⁹ Lien-Gieschen, T (1993). Validation of social isolation related to maturational age. Ederly. Nursing Diagnosis. 4(1):37-44

Grant y Kinney⁹⁰ (1992) proponen el uso de esta técnica para la validación de contenido de los diagnósticos enfermeros mediante cuatro rondas:

— **Ronda I:** Propuesta de características definitorias y definiciones operativas para el diagnóstico - En la primera ronda se selecciona un grupo numeroso de expertos, lo suficientemente amplio para compensar el sesgo por atrición en rondas posteriores. Cuando el diagnóstico es de nueva creación o sus características definitorias no son claras en la primera ronda, se solicita a los expertos que enumeren las características definitorias y aporten definiciones operativas de las mismas. Es interesante que en la documentación que se aporte a los expertos se incluya información sobre qué es un diagnóstico enfermero, la definición del diagnóstico, qué es una característica definitoria, qué es una definición operativa y cuál es el objetivo de la investigación. Para controlar el perfil de los expertos, Grant y Kinney (1992) proponen conocer información sobre el nivel de formación del experto (grado académico), la edad, los años de experiencia profesional, la especialización, los años de ejercicio profesional en el área de especialidad, el puesto profesional desempeñado, la utilización de los diagnósticos en la práctica asistencial, el tiempo (años, meses) de utilización de los diagnósticos en la práctica asistencial, la formación en metodología de cuidados y medio de formación.

Con la información recopilada se genera una lista de características definitorias y de sus definiciones operativas para iniciar la ronda II.

— **Ronda II:** Características definitorias y definiciones operativas propuestas - En la ronda II se envía una encuesta en la que se interroga sobre la conveniencia (es apropiada o no) y la claridad de las características definitorias y las definiciones operativas y si desean realizar alguna observación respecto a las mismas. Con las respuestas, se averigua el porcentaje de acuerdo respecto a la conveniencia y la claridad. Con esta información se elabora una nueva encuesta para la tercera ronda en la que se aporta el porcentaje de acuerdo para cada característica definitoria y cada definición operativa. De momento no se eliminará ningún enunciado hasta la ronda IV.

— **Ronda III:** Características definitorias y definiciones operativas propuestas con porcentaje de acuerdo - Se envía nuevamente una encuesta en la que se pregunta sobre la conveniencia y

⁹⁰ Grant,JS; Kinney, MR. (1992). Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 3(1):12-22

claridad de las características definitorias y las definiciones operativas. Además, se aportan los porcentajes de acuerdo para cada ítem y los comentarios realizados para que puedan ser compartidos por el resto de expertos. Del mismo modo, nuevamente los expertos pueden realizar observaciones si lo consideran adecuado. Con las respuestas obtenidas se determina el porcentaje de acuerdo para cada característica definitoria y definición operativa.

— **Ronda IV:** Informe final - En la ronda IV se envía un informe final con el resultado del consenso. En esta fase se recomienda que para aceptar las características definitorias y sus definiciones operativas se haya logrado un porcentaje de acuerdo del 70% respecto a su conveniencia y su claridad.

Modelo de estimación de la magnitud

Grant, Kinney y Guzzeta⁹¹ (1990) proponen como método para estudiar la validación de las características definitorias críticas el Modelo de Estimación de la Magnitud (MEM), que determina la intensidad percibida de un estímulo físico o social. Es un proceso en que se asigna un valor a estímulos en función de la envergadura de una respuesta subjetiva individual. Los sujetos asignan números a estímulos para comparar las respuestas con un estímulo estándar: el número representa la intensidad percibida en proporción al estándar⁹².

En la propuesta de Grant, Kinney y Guzzeta (1990), los estímulos son las características definitorias de un diagnóstico enfermero específico. Uno de los requisitos previos para aplicar este método es el desarrollo de las definiciones operativas.

Guzzeta, Kinney y Grant⁹³ (1994) establecen dos fases en el modelo de estimación de la magnitud:

⁹¹ Grant,JS; Kinney, MR; Guzzeta, CE (1990). Using Magnitude Estimation Scaling to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 1(2):64-69

⁹² Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit

⁹³ Guzzeta, CE; Kinney, MR; Grant,JS (1994) Validating nursing diagnosis using magnitude estimation. En: Carroll-Johnson Paquette: *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: JB Lippincott Company:42-46

— **Fase I:** Desarrollo de características definitorias, definiciones operativas y dimensiones del concepto - Implica la identificación de un grupo de estímulos (características definitorias) para el diagnóstico enfermero a validar. Los estímulos se recopilan de las propias características definitorias (las propuestas por la NANDA), de las observaciones clínicas y de la literatura. A partir de aquí se sigue el proceso que se describe en los estudios de análisis conceptual para establecer las definiciones operativas. La identificación de las dimensiones del concepto consiste en agrupar las características definitorias de acuerdo a tres dimensiones: *importancia* de las características para llegar al diagnóstico; *frecuencia* de presentación de la característica cuando el diagnóstico está presente; y *competencia* de la enfermera para identificar cada característica. Por ejemplo, si las características definitorias se ordenan respecto a la *frecuencia*, el investigador deberá aportar características definitorias con diferente frecuencia de presentación.

Otro aspecto importante es desarrollar definiciones operativas para las dimensiones del concepto. Grant⁹⁴ (1990) aporta la definición operativa de *importancia*:

"Cuando valora a un paciente con (especificar el diagnóstico enfermero), algunos signos y síntomas tienen mayor importancia que otros. Por ejemplo, hay signos y síntomas que deben estar presentes y tienen un peso mayor para identificar el diagnóstico (especificar)"

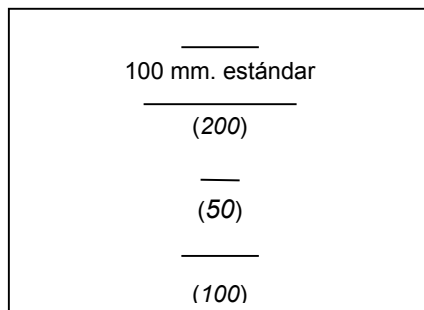
— **Fase II:** Determinación de las características definitorias mayores mediante la Estimación de la Magnitud - En esta fase se utiliza la técnica de la estimación de la magnitud para validar las características definitorias mayores. El número óptimo de sujetos necesarios para usar este método se sitúa entre veinte y treinta. Las enfermeras que compondrá el grupo debe tener una formación de carácter homogéneo en diagnósticos enfermeros. Para aplicar la técnica es necesario entrenar a las enfermeras en el procedimiento. Para ello, se administra un cuadernillo que contiene líneas de diferente longitud, una línea estándar con un número y las instrucciones para proceder al entrenamiento en la técnica.

Previamente a aplicar la técnica de estimación de la magnitud en las características definitorias se realiza un entrenamiento en la técnica que consta de dos ejercicios. El primero es denominado de

⁹⁴ Grant,JS; Kinney, MR; Guzzeta, CE (1990). Op. cit.

estimación numérica y se le da al grupo de enfermeras un cuadernillo en el que constan las siguientes instrucciones:

A continuación practique asignando un valor numérico a cada una de las siguientes líneas. La primera línea es la de referencia y se le ha asignado un valor de 100. Por favor, observe que alguna de las líneas son más largas o más cortas que la primera. Su objetivo es valorar cuánto más corta o larga es cada línea en comparación con la de referencia, asignado a cada una un número proporcional a 100. Por ejemplo, si una línea es el doble de larga que la primera, asígnele el número 200. Por el contrario, si aparenta ser la mitad asígnele el número 50. Si la línea parece tener la misma longitud que la línea de referencia déle el número 100. (Lodge, 1981)



El segundo ejercicio será el de *producción lineal*. A cada enfermera se le proporcionará la misma información estándar que en el caso anterior: una línea con un valor 100. El ejercicio, a la inversa del primero, consistirá en trazar una línea a partir de un valor numérico predeterminado tomando como referencia el estándar 100.

Después del entrenamiento, que puede durar entre 20 y 30 minutos, se procederá a aplicar la técnica en las características definitorias del diagnóstico. Las enfermeras deberán asignar un valor a cada característica definitoria en las dimensiones de *concepto (importancia, frecuencia, competencia)*.

Antes de proceder a asignar el valor a cada característica definitoria en cada dimensión, cada una seleccionará un estándar que tendrá una importancia media y al que se asignará un valor de 100.

Con posterioridad procederán a asignar valor al resto de tarjetas. No existe límite de tiempo para realizar este proceso. Grant, Kinney y Guzzeta (1990) estiman que se requiere una hora para asignar el valor numérico a 40 características definitorias.

Para el análisis de los datos, las puntuaciones en bruto de las características definitorias se transforman en logaritmos de base 10, se obtiene la media aritmética de los logaritmos obtenidos, y el antilogaritmo de la media de los logaritmos para obtener la media geométrica. Se calcula el coeficiente de correlación de Pearson entre las medias geométricas de las características definitorias para cada dimensión del concepto. Del mismo modo, se calcula el coeficiente de Pearson entre las dimensiones de concepto. Las dimensiones estarán altamente correlacionadas en las características definitorias mayores.

Las medias geométricas de las características definitorias se ordenan de acuerdo a las dimensiones de concepto para determinar las características definitorias críticas. Se calculan los percentiles 50 y 80. Las características definitorias situadas entre el percentil 50 y el percentil 80 se considerarán menores; las situadas por encima del percentil 81 serán críticas.

2.1.2.2.2 ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE CRITERIO

La validez de criterio⁹⁵ se refiere al grado de correlación entre un instrumento de medida y cualquier otra medida independiente que sirva de criterio para medir el mismo fenómeno. La segunda medida es la que denominamos criterio.

En la investigación en nomenclatura enfermera, Kerr et al⁹⁶ (1993) consideran que la aplicación de la validez de criterio a la taxonomía diagnóstica es el examen de la taxonomía respecto a un segundo criterio o concepto (por ejemplo la edad).

Recientemente se ha estudiado la validez de criterio del diagnóstico *Riesgo de aspiración*. Wooldridge⁹⁷ (1998), utilizando la metodología de casos y control analizó de forma retrospectiva cuales eran los factores de riesgo que producían la aspiración. El criterio o "gold estándar" considerado fue la "aspiración".

La validez de criterio cuando se trata de variables dicotómicas y cualitativas se denomina análisis de la sensibilidad y la especificidad. Magnan⁹⁸ (1995) ha utilizado la teoría de la probabilidad bayesiana para validar los diagnósticos de enfermería y calcula la sensibilidad, la especificidad partiendo de la siguiente tabla 2 X 2 .

	Característica definitoria, signo o síntoma presente	Característica definitoria, signo o síntoma ausente
Diagnóstico presente	Verdadero positivo	Falso negativo
Diagnóstico ausente	Verdadero negativo	Falso positivo

En dicha tabla, las características definitorias son el criterio, y el diagnóstico enfermero el predictor.

⁹⁵ Fortin, MF (1999). Op. cit

⁹⁶ Kerr M; Hoskins, LM; Fitzpatrick, JJ; Warren, JJ; Avant, KC; Hurley, M; Lunney, M; Mills, WC; Rottkamp, C (1993) Taxonomic validation: an overview. *Nursing Diagnosis* 4(1):6-14

⁹⁷ Wooldridge, J, Herman, JA; Garrison, C; Haddock, S; Massey, J; Tavakoli A (1998) A validation study using the case-control method of the nursing diagnosis High risk for aspiration. *Nursing Diagnosis* 9(1):5-13.

⁹⁸ Magnan, MA (1995) A bayesian methodological approach to validation a of nursing diagnosis: activity intolerance. En : Rantz MJ, LeMone P (Ed.) .*Classification of Nursing Diagnoses*. Proceedings of the eleventh Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems: 97-111

Aplicando la teoría de la probabilidad bayesiana se puede conocer la sensibilidad y especificidad de las características definitorias de un diagnóstico enfermero, qué características definitorias tienen mayor poder discriminante, y cuál es el valor predictivo positivo para cada característica definitoria.

Este método de validación ha sido aplicado para validar la *Intolerancia a la actividad*.

2.1.2.2.2 ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO

La validez de constructo o de concepto examina hasta qué punto el indicador y la definición operativa miden adecuadamente el concepto. El significado de la validez de constructo radica en determinar la relación del instrumento de medida con la teoría y la conceptualización teórica.⁹⁹ Implica el desarrollo de conocimiento teórico, el desarrollo de hipótesis rivales y su comprobación en estudios empíricos¹⁰⁰.

Existen varios métodos para investigar la validez de constructo¹⁰¹: técnica de los grupos conocidos, técnica del contraste de hipótesis, técnica de las matrices multi-rasgo multimétodo, y análisis factorial.

Técnica de los grupos conocidos

Dado un determinado diagnóstico con sus características definitorias y definiciones operativas, y basándose en una relación teórica establecida, se podrían identificar grupos extremos en los que el diagnóstico se presenta de forma diferente. Por ejemplo se podría medir el *Manejo eficaz del régimen terapéutico* en situaciones extremas (en pacientes con una patología crónica diagnosticada hace varios años y en pacientes con múltiple patología crónica de diagnóstico reciente). En términos generales, si dispusiésemos de una prueba diagnóstica fiable y válida se podría medir la puntuación del diagnóstico enfermero en cada grupo y determinar si existe diferencia significativa como teóricamente sería previsible.

⁹⁹ Polit-Hungler (1997) Op. cit.

¹⁰⁰ Parker, L; Lunney, M. (1998). Op. cit.

Técnica del contraste de hipótesis

Una variante muy cercana a la técnica de los grupos conocidos consiste en examinar las predicciones que establece una teoría. Si se estudiase el *Manejo de régimen terapéutico (eficaz e ineficaz)* y se enmarcase teóricamente en la Teoría General del Autocuidado de Orem¹⁰² (1993) las puntuaciones que se obtuviesen de la agencia de autocuidados¹⁰³ tendrían que correlacionarse de forma inversa con el manejo ineficaz o de forma directa en los casos en que fuese eficaz.

Polit-Hungler¹⁰⁴ (1997) considera que este tipo de análisis no es prueba de validez de constructo pero arroja importante evidencia.

Técnica de las matrices multi-rasgo multimétodo¹⁰⁵

Esta técnica fue desarrollada por Campbell y Fiske¹⁰⁶ (1959). Es el método de validación de constructo más sofisticado. El procedimiento aplica los conceptos de validez convergente y validez discriminante.

La validez convergente implica que diferentes medidas del mismo constructo se correlacionan entre sí. La validez discriminante implica que las medidas de diferentes constructos tendrían que tener una correlación baja entre sí.

El proceso consiste en ir calculando diferentes coeficientes que deben ser significativos para poder pasar al cálculo del siguiente. Supongamos que tenemos dos diagnósticos enfermeros

¹⁰¹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit

¹⁰² Orem, DE.(1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería.

¹⁰³ Orem (1993) define la agencia de autocuidado como la "compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) , y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo."

¹⁰⁴ Polit-Hungler (1997) Op. cit.

¹⁰⁵ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit

como la impotencia y el duelo disfuncional, que son constructos diferentes. Y disponemos de dos métodos para medir cada uno: una escala de grado de impotencia, un inventario de impotencia, una escala de duelo disfuncional, y un inventario de duelo disfuncional.

La escala mide la impotencia y el duelo disfuncional mediante las características definitorias de cada diagnóstico mediante una escala de likert de cinco puntos. El inventario es una lista de características definitorias que recoge todas las posibles manifestaciones de cada constructo. Dadas estas condiciones, decidimos proceder a la validación de constructo aplicando los diferentes métodos en una muestra de población. A partir de aquí, se estima la fiabilidad de cada instrumento (alfa de Cronbach/ KR 20) y la correlación (r_{xy}) entre cada par de instrumentos. La fiabilidad estimada se introduce en la matriz como la *fiabilidad diagonal* del siguiente modo:

		Método 1: Escala		Método 2: Inventario	
		Impotencia	Duelo	Impotencia	Duelo
Escala	Impotencia	0,88			
	Duelo	0,81			
Inventario	Impotencia			0,82	
	Duelo			0,90	

Si los valores estimados de fiabilidad son suficientemente altos, el proceso continúa. Si no, el proceso termina porque la fiabilidad es un requisito previo para continuar con el proceso.

La validez convergente se introduce en la celda inferior izquierda de la matriz mediante la correlación que existe entre los distintos métodos de medir el mismo diagnóstico. Con ello se determina la *validez diagonal*.

¹⁰⁶ Campbell, DT; Fiske, DW (1959) Convergent and discriminant validationa by the multitrait-multimethod matrix. *Psychology Bulletin*, 56:81. Obra citada en Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.

		Método 1: Escala		Método 2: Inventario	
		Impotencia	Duelo	Impotencia	Duelo
Escala	Impotencia	0,88			
	Duelo	0,81			
Inventario	Impotencia	0,75		0,82	
	Duelo	0,71		0,90	

Los valores introducidos en el ejemplo muestran evidencia de validez convergente.

La correlación entre la medida de impotencia y duelo disfuncional empleando las escalas se introduce en la celda superior izquierda. Y la correlación entre las medidas utilizando el inventario se introducen en la celda inferior derecha. Estos coeficientes *multirrasgo monométodo* indican la relación entre medir diferentes constructos con un mismo método.

		Método 1: Escala		Método 2: Inventario	
		Impotencia	Duelo	Impotencia	Duelo
Escala	Impotencia	0,88			
	Duelo	0,41	0,81		
Inventario	Impotencia	0,75		0,82	
	Duelo	0,71		0,32	0,90

Los valores de estos coeficientes deberán ser inferiores a los de la validez diagonal. Con los valores apuntados en la matriz anterior existe evidencia de validez de constructo.

Las correlaciones restantes entre las medidas de diferentes constructos mediante diferentes métodos se introducen en la celda inferior izquierda. Los valores obtenidos por estos coeficientes *multirrasgo multimétodo* nos indicarán la validez discriminante.

		Método 1: Escala		Método 2: Inventario	
		Impotencia	Duelo	Impotencia	Duelo
Escala	Impotencia	0,88			
	Duelo	0,41	0,81		
Inventario	Impotencia	0,75	0,15	0,82	
	Duelo	0,2	0,71	0,32	0,90

Con los datos introducidos en la matriz del ejemplo existiría evidencia de fiabilidad, validez convergente, validez de constructo y validez discriminante.

Análisis factorial

El análisis factorial es una denominación genérica que engloba diferentes procedimientos centrados en el análisis de variación total que una variable comparte con otras variables. El objetivo es resumir la información contenida en un conjunto de variables interrelacionadas, en un número de variables comunes latentes o factores.

Schroeder¹⁰⁷ (1989) sugiere el uso del análisis estadístico multivariado como estrategia adicional para investigar la validez de los diagnósticos enfermeros. Propuso el uso del análisis discriminante, el análisis por conglomerados y el análisis factorial.

La validez factorial de un diagnóstico enfermero intenta discernir en qué grado las características definitorias del mismo lo reflejan, son parte de él o lo constituyen. Si tenemos un conjunto de características definitorias que suponemos miden un diagnóstico, mediante el análisis factorial se examina la estructura interna de la etiqueta diagnóstica. Si estas características tuviesen algo en común, ese aspecto o factor será lo que pretendemos determinar de forma estadística.

El análisis factorial¹⁰⁸ puede ser exploratorio cuando no se conoce previamente cuáles son los factores (características definitorias). Y puede ser confirmatorio si se parte de factores

¹⁰⁷ Schroeder, M (1989). Tool development: Validity related to nursing diagnosis. En Monograph of the invitational conference on research methods for validating nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference. Philadelphia: Lippincot: 192-200

confirmados *a priori* y se trata de corroborar la adecuación de los mismos al constructo teórico (etiqueta diagnóstica).

Este tipo de métodos se ha introducido de forma reciente en la investigación de diagnósticos enfermeros por Chang¹⁰⁹ (1995), Whitley¹¹⁰ (1996), y Fu¹¹¹ (2001). En España, el análisis factorial ha sido utilizado por Giménez et al¹¹² (1997) para reducir el número de características definitorias sugeridas por enfermeras en un estudio de validez de contenido.

2.2 Investigación aplicada

Dentro de los estudios de investigación aplicada incluimos¹¹³ los que Gordon (1996) identifica como estudios epidemiológicos, los estudios del proceso diagnóstico, los estudios de proceso y resultado y los estudios de la ética de diagnóstico y tratamiento.

Estudios epidemiológicos

Del Pino y Ugalde¹¹⁴ (1999) denominan a los estudios epidemiológicos, estudios de caracterización. Según estos autores, este tipo de estudios tiene una doble finalidad:

- Determinar la frecuencia de aparición de los diagnósticos en la población (estudio descriptivo)
- _ Relacionar los diagnósticos con diferentes condiciones de los sujetos (estudio analítico).

¹⁰⁸ Hernández Conesa, J; Esteban Albert, M.(1999) Op. cit: 125-6

¹⁰⁹ Chang,BL (1995). Nursing diagnosis and construct of pain, self-care deficit and impaired mobility. *International Journal of Nursing Studies*. 32(6): 556-567

¹¹⁰ Whitley, GG (1996). A multivariate approach for the validation of anxiety and fear. *Nursing Diagnosis*. 7(3):116-124

¹¹¹ Fu, M; LeMone, P; McDaniel, RW; Bauser, C. (2001) A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. *Nursing Diagnosis* 12(1):15-27.

¹¹² Giménez, AM; Fernández-Reyes, I; Marín Fernández, B; Álvarez, MD; Andorra, M; Duque, FJ; Mazo, S; Rodríguez, M; Siches, C; Tomás, A(1997). Metodología para la validación del contenido diagnóstico de la Respuesta Ventilatoria Disfuncional al Destete (RVDD). *Enferm Clínica* ; 7(6):255-262

¹¹³ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. 9(3):115-120

¹¹⁴ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Op. cit

Estudios de proceso diagnóstico

Este tipo de estudios tiene como objetivo conocer los aspectos del proceso y de razonamiento diagnóstico: cómo se agrupan los datos, cómo se llega al diagnóstico, el error en el juicio. Trabajos como los realizados por Benner¹¹⁵ (1984), o la aproximación que realiza Lunney¹¹⁶ (1990) al estudio de la precisión en el juicio diagnóstico son ejemplos de este tipo de estudios.

Estudios de proceso y resultado

Estos estudios están en creciente desarrollo con el desarrollo de la taxonomía de intervenciones NIC y la taxonomía de resultados NOC. Su objetivo es conocer cómo se miden los resultados, qué intervenciones son más eficaces, efectivas y eficientes, o cómo se interrelacionan los diagnósticos, intervenciones y resultados.

Estudios de la ética del diagnóstico

Este tipo se enmarca en la perspectiva ética profesional. Y se plantea preguntas de investigación como: ¿qué intervenciones son éticamente correctas?, ¿cómo influyen los valores morales y éticos de las enfermeras en los juicios que elaboran, las intervenciones que dispensan y en los resultados que obtienen?, ¿cómo se compaginan los principios éticos profesionales con un sistema sanitario que tiende al libre mercado?

¹¹⁵ Benner, P,(1984) From novice to expert: powerand excellence in nursing practice..Palo Alto, Ca:Adison-Wesley

¹¹⁶ Lunney, M(1990). Accuracy of nursing diagnosis. Concept development. Nursing Diagnosis, 1(1):12-17

CAPÍTULO IV

Etiquetas diagnósticas

Andrés Cuesta Zambrana

Josep Adolf Guirao Goris

E011001 Retraso en el crecimiento y desarrollo.

Estado en el cual un individuo se desvía de los valores somatométricos, motrices y sociales o pautas de normalidad en relación con el grupo de edad a que pertenece.

Características definitorias

Antropometría no acorde con la edad.

- Incapacidad de llevar a cabo actividades de autocuidados o autocontrol propios de su edad.
- Respuestas motriz gruesa, motriz fina, sociales o expresivas, disminuidas en relación a la edad.
- Test del desarrollo de Denver : fallo para realizar una prueba que supera el 90% de los niños de la misma edad o están totalmente a la izquierda de la línea de edad.*
- Falta de afectividad. Falta de interés.
- Olvido de las habilidades previamente aprendidas.
- Ansiedad. Sentimientos de soledad, rechazo, temor. Decaimiento.

Factores relacionados

Efectos de la incapacidad física (minusvalía).

- Deficiencias en la estimulación y el medio ambiente.
- Cuidados inadecuados (descuido físico, emocional, maltrato).
- Indiferencia por cuidadores múltiples. Separación de personas significativas o seres queridos. Falta de medios personales o materiales para el autocuidado.

**Frakenburg W y Coons, C. (1986) Home Screening Questionnaire: its validity in assesing home enviroment. J Pediatr 108(4):624-626*

E011002 Riesgo de retraso del desarrollo.

Riesgo de retraso del 25% o más en una o más áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas.

Factores de riesgo

Prenatales:

Edad materna menor de 15 años o mayor de 35 años. Abuso de sustancias. Alteraciones genéticas o endocrinas. Embarazo no deseado o no planificado. Falta de cuidados prenatales o de mala calidad. Malnutrición. Analfabetismo. Pobreza.

Individuales:

Prematuro. Crisis convulsivas. Trastornos genéticos o congénitos. Lesiones cerebrales. Prueba de cribado de drogas positiva. Deterioro de la visión. Deterioro de la audición, otitis medias frecuentes. Enfermedad crónica. Dependencia de aparataje. Nutrición inadecuada. Niño acogido o adoptado. Hospitalización prolongada. Quimioterapia, radioterapia. Trastornos de la conducta. Abuso de sustancias.

Ambientales:

Pobreza. Violencia. Desastre natural. Envenenamiento por plomo.

Del Cuidador: Malos tratos. Enfermedad mental. Retraso mental o incapacidad severa de aprendizaje.

E011003 Riesgo de trastorno del crecimiento.

Riesgo de crecer por encima del percentil 97º o por debajo del percentil 3º para la edad, cruzando dos canales de percentiles; crecimiento desproporcionado.

Factores de riesgo

Prenatales:

Uso y abuso de sustancias. Alteraciones genéticas o endocrinas. Exposición a teratógenos. Gestación múltiple. Malnutrición materna. Analfabetismo. Pobreza. disfunciones glandulares, endocrinas , tumorales.

Individuales:

Prematuro. Crisis convulsivas. Trastornos genéticos o congénitos. Lesiones cerebrales. Nutrición inadecuada. Anorexia. Bulimia. Niño acogido o adoptado. Enfermedades crónicas. Infecciones. Trastornos de la conducta. Abuso de sustancias. Uso de anabolizantes.

Ambientales:

Privación. Teratógenos. Envenenamiento por plomo. Pobreza. Violencia. Desastres naturales. Del Cuidador: Malos tratos. Enfermedad mental. Retraso mental o incapacidad severa de aprendizaje.

E011004 Crecimiento y desarrollo fisiológico.

Estado en el cual un individuo presenta un desarrollo somatométrico, motriz y de relación, conforme al grupo de edad a que pertenece.

Características definitorias

Antropometría acorde con la edad.

- Respuestas motrices, sociales o expresivas, adecuadas en relación a la edad.
- Afectividad manifiesta.
- Lleva a cabo actividades de autocuidados o autocontrol propios de su edad.
- Muestra interés.
- Demuestra habilidades previamente aprendidas.

Este diagnóstico ha sido propuesto por Cuesta et.al. proponemos se utilice cuando se sospeche que puede cambiar la actitud de la madre.

E011005 Trastorno de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo

Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva; notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.

Características definitorias

- Anorexia. Pérdida de peso (5% en un mes o 10% en seis meses).
- Deterioro físico observable (fatiga, deshidratación, incontinencias).
- Frecuentes reagudizaciones de problemas crónicos.
- Deterioro cognitivo (razonar, tomar decisiones, emitir juicios, memoria, concentración).
- Disminución de la percepción.
- Disminución de la comunicación.
- Disminución en la participación en las actividades de autocuidado.
- Déficit de autocuidados.
- Apatía. Alteración del humor.
- Perdida de interés en cosas placenteras, comer, sexo, trabajo, amigos, familia, pasatiempos, etc.
- Deseos de morir.

Factores relacionados

- Depresión.
- Apatía.
- Fatiga.
- Enfermedades graves.
- Envejecimiento.

E011201 Retraso en la recuperación quirúrgica.

Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar en su propio beneficio actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Características definitorias

- Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica.
- Falta de apetito.
- Náuseas.
- Dificultad para moverse en el entorno.
- Necesidad de ayuda para completar el autocuidado.
- Fatiga.
- Dolor, malestar.
- Retraso en la reanudación del trabajo o actividades laborales.
- Percepción de que se requiere más tiempo para recuperarse.

Factores relacionados

- Bajo aporte de proteínas.
- Falta de alimentos ricos en vitaminas A, E, C.
- Miedo por desconocimiento.
- Miedo a la movilización precoz.

E012001 Mantenimiento ineficaz de la salud.

Estado en el que un individuo experimenta un trastorno en el estado actual de salud debido a la carencia de medidas de prevención o estilo de vida insano.

Características definitorias

- Manifestaciones de enfermedades que son prevenibles.
- Dificultad para cumplir o realizar medidas de autocuidado de la enfermedad crónica.

Factores relacionados

- Desconocimiento.
- Falta de cumplimiento del tratamiento.
- Dificultad de aprendizaje.
- Falta de motivación.
- Abuso de sustancias.
- Valores religiosos o culturales.
- Falta de sistemas de apoyo.
- Inaccesibilidad a los servicios de salud.
- Falta de recursos económicos.

*Este diagnóstico es de carácter muy general, lo cual dificulta su uso en la práctica asistencial. Se recomienda utilizar etiquetas diagnósticas más específicas como: **Manejo ineficaz del régimen terapéutico, Desconocimiento, Retraso en el crecimiento y desarrollo, Incumplimiento, Negación ineficaz, Trastorno de la adaptación.***

E013001 Comportamiento saludable (especificar).

Estado en que el individuo sano muestra actitudes, destrezas y deseos de modificar los hábitos de salud personales y el entorno, o ambos, con el fin de conseguir un estado de salud óptimo.

Características definitorias

- Deseo expresado u observado de buscar un nivel más alto de bienestar o salud.
- Desconocimiento de los medios de apoyo comunitarios para mejorar la salud.

*Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con el **Manejo ineficaz del régimen terapéutico**.
Se recomienda utilizar esta etiqueta para individuos si patología crónica.*

E013002 Incumplimiento (especificar).

Estado en el cual una persona informada toma la decisión de no seguir las recomendaciones terapéuticas.

Características definitorias

- Expresión de rechazo al tratamiento.
- Comportamiento que muestra la falta de seguimiento del tratamiento a través de la observación directa o afirmaciones del paciente o sus allegados.
- Parámetros analíticos descompensados.
- Evidencia de desarrollo de complicaciones.
- No acude a las citas.
- Incapacidad de fijar o alcanzar los objetivos mutuos.
- Rechazo a la inclusión en programas de salud.

Factores relacionados

- Sistema de valores del paciente.
- Creencias sobre la salud.
- Influencias culturales.
- Valores espirituales.
- Falta de redes de apoyo.
- Dificultad para cambiar de conducta en las adicciones.
- Complejidad y coste del cambio.

*El incumplimiento es un derecho del usuario que la enfermera debe respetar. En este caso la enfermera debe asegurarse de que el usuario conoce los riesgos que corre al no seguir el plan terapéutico. En ningún caso se debe prejuzgar los valores y actitudes del usuario. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con **Manejo ineficaz del régimen terapéutico, Negación ineficaz, Mantenimiento ineficaz de la salud***

E013101 Manejo ineficaz del régimen terapéutico

Patrón insatisfactorio de regulación en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que no permite alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias

- Decisiones en la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa preventivo.
- Aparición de síntomas inesperados.
- Deseo de cumplir el tratamiento y prevenir secuelas.
- Manifiesta dificultad para cumplir el tratamiento y prevenir secuelas
- Manifiesta incumplimiento parcial (sin rechazo) del tratamiento.
- Manifiesta incumplimiento parcial (sin rechazo) en prevenir secuelas.

Factores relacionados

- Complejidad del régimen terapéutico y de cuidados de salud.
- Conflicto de decisiones o con los valores personales.
- Dificultades económicas.
- Conflicto familiar.
- Déficit de conocimientos. Conocimientos erróneos con arraigo cultural.
- Falta de confianza en el régimen terapéutico o en el terapeuta.
- Percepción subjetiva de gravedad, de susceptibilidad o de barreras.
- Impotencia.
- Déficit de soporte social.

*Se debe realizar un diagnóstico diferencial con **Incumplimiento. Negación ineficaz, Mantenimiento ineficaz de la salud, Trastorno de la adaptación.***

E013102 Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar.

Patrón insatisfactorio de regulación en los procesos familiares de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que no permite alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias

- Decisiones en la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos familiares de un tratamiento o programa preventivo.
- Aparición de síntomas inesperados, en algún miembro.
- Deseo familiar de cumplir el tratamiento y prevenir secuelas.
- Manifiestan dificultades para cumplir el tratamiento y prevenir secuelas.
- Manifiestan incumplimiento parcial del tratamiento.
- Manifiestan incumplimiento parcial en prevención de secuelas.

Factores relacionados

- Complejidad del régimen terapéutico y de cuidados de salud.
- Conflicto de decisiones o con los valores personales.
- Dificultades económicas.
- Conflicto familiar. Red de apoyo insuficiente o ineficaz.
- Déficit de conocimientos. Conocimientos erróneos con arraigo cultural.
- Falta de confianza en el régimen terapéutico o en el terapeuta.
- Percepción subjetiva de gravedad, de susceptibilidad o de barreras.
- Impotencia.
- Déficit de soporte social.

E013103 Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad.

Patrón insatisfactorio de regulación en los procesos de la comunidad de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que no permite alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias

- Dificultades en las personas responsables y/o programas de cuidado de la salud de los grupos.
- Falta de actividades comunitarias para la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Aumento epidemiológicamente anormal de síntomas, respuestas humanas, o enfermedades por encima de lo esperado para las características de la población.
- Falta de líderes comunitarios.
- Recursos de salud comunitaria insuficientes.

Factores relacionados

- Falta de seguridad ciudadana.
- Baja participación comunitaria.
- Falta de recursos educativos y de la salud.
- Falta de coordinación de las administraciones públicas (municipales, educativas, sanitarias ...)

E013104 Manejo eficaz del régimen terapéutico.

Patrón satisfactorio de regulación e integración en la vida diaria de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta efectivo para alcanzar los objetivos de salud pactados.

Características definitorias

- Decisiones en la vida diaria eficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa preventivo.
- Consecución de los objetivos pactados.
- Deseo de cumplir el tratamiento y prevenir secuelas.
- Manifiesta habilidad para cumplir el tratamiento y prevenir secuelas.
- Manifiesta deseo de reducir los factores de riesgo, tanto de la enfermedad como de las secuelas.

*Se debe realizar un diagnóstico diferencial con el **Comportamiento saludable**. Se recomienda utilizar esta etiqueta en personas con enfermedad crónica. Mientras que el **comportamiento saludable** se debería utilizar en personas sin patología crónica y con interés en mejorar la salud. La etiqueta **Adaptación eficaz** se utilizaría de forma general en los cambios de maduración y desarrollo.*

E013201 Automedicación.

Estado en el cual un individuo toma medicamentos indiscriminadamente sin conocer su indicación, efectos, interacciones y contraindicaciones, pudiendo con ello alterar su salud.

Características definitorias

- Refiere el uso inapropiado de medicamentos (indicación, dosis, duración...)
- Almacenamiento de fármacos en el domicilio.
- Efectos secundarios del abuso de medicación.

Factores relacionados

- Pautas aprendidas de respuesta hacia la enfermedad.
- Autosuficiencia.
- Falta de conocimientos.
- Debilidad de carácter.
- Concepciones erróneas.

E014001 Protección ineficaz.

Estado en el cual un individuo experimenta una disminución en su capacidad de autoresguardarse de las amenazas tanto internas como externas, tales como enfermedad o lesión.

Características definitorias

- Las características definitorias de diagnósticos tales como:
 - . Deterioro de la integridad tisular.
 - . Deterioro de la integridad cutánea.
 - . Reflejos alterados.
 - . Alteración de la mucosa oral.
 - . Déficit de autocuidado.
 - . Los diagnósticos de riesgo y los que implican disminución de la seguridad.

Factores relacionados

- Nutrición inadecuada.
- Abuso de alcohol.
- Terapias farmacológicas (antineoplásicos, corticoides, inmunosupresores, anticoagulantes, trombolíticos).
- Enfermedades (cáncer, trastornos inmunológicos, etc.).
- Y todos los factores relacionados de los diagnósticos citados anteriormente.

Este diagnóstico pretende proporcionar una combinación de múltiples diagnósticos bajo un único título para planificar el cuidado más fácilmente cuando existan diversas variables.

E014101 Riesgo de lesión.

Estado en el cual el individuo corre un riesgo de daño corporal asociado a la existencia de factores ambientales.

Factores de riesgo

— Condiciones interactivas entre el individuo y el entorno que suponen un riesgo para los recursos de defensa y de adaptación del individuo.

*Este diagnóstico es de un nivel más general que los de : **Riesgo de Asfixia, Riesgo de intoxicación, Riesgo de traumatismo o Riesgo de aspiración.** Cuando la lesión que se puede producir es genérica se debe utilizar esta etiqueta, en caso de conocerse se debe utilizar la etiqueta específica.*

E014102 Riesgo de infección.

Estado en el cual el individuo es susceptible de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo

— Defensas primarias inadecuadas:

- Rotura de la piel.
- Tejido traumatizado.
- Disminución de la actividad ciliar.
- Estasis de los líquidos corporales.
- Cambio en el pH de las secreciones.
- Peristaltismo alterado.

— Defensas secundarias inadecuadas e inmunodepresión: Disminución de la hemoglobina. Leucopenia. Depresión de la respuesta inflamatoria.

—Inmunidad adquirida inadecuada: destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

— Enfermedad crónica: malnutrición, traumatismo. Actos médicos y terapéuticos invasivos.

Agentes farmacológicos. Rotura de la membrana amniótica. Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a gérmenes patógenos.

E014103 Riesgo de asfixia.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar una interferencia en la ventilación normal como resultado de una obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias.

Factores de riesgo

INTERNOS:

- Reducción del olfato, vista, oído y tacto.
- Disminución de la capacidad motora.
- Falta de educación respecto a la seguridad y precauciones.
- Dificultades cognitivas o emocionales.
- Alteraciones de la conciencia.
- Falta de respiraciones profundas.

EXTERNOS:

- Almohadas o botellas colocadas en las cunas de los niños.
- Chupete colgando alrededor del cuello del niño.
- Niños jugando con bolsas de plástico, no vigilados en piscinas o bañeras.
- Niños jugando en muebles con puertas herméticas.
- Fugas de gas doméstico (estufas, cocinas). Pintura a pistola en lugar cerrado.
- Comer deprisa y a grandes bocados.
- Lactante que toma el biberón apoyado dentro de la cuna.
- Fumar en la cama o leer el periódico en la cama.
- Escape de motor de explosión en lugar cerrado.
- Braseros. Estufas de leña y carbón. Calefacción a fuel, queroseno.
- Ropa de cama deshilachada.
- Alérgicos (almohada de plumas, animales domésticos, polvo, ácaros, medicamentos, etc.).

E014104 Riesgo de aspiración.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de aspirar secreciones gástricas y/u orofaríngeas, sólidas o líquidas, hacia los conductos tráqueobronquiales.

Factores de riesgo

- Vómito*
- Convulsiones*
- Incapacidad para cambiar de posición*
- Estado de conciencia disminuido*.
- Fármacos que aumenta el vaciado gástrico. Metoclopramida*
- Reflejos disminuidos de tos y vómito.
- Presencia de traqueotomía o sonda endotraqueal.
- Sonda gastrointestinal.
- Aumento de la presión intragástrica.
- Alimentación por sonda.
- Situaciones que impidan la posición de Fowler.
- Deterioro de la deglución.
- Masticar chicle.
- Dentadura postiza.
- Cuerpos extraños en la boca (niños).

** Wooldrige(1998) ha identificado estos factores como de alto riesgo en un estudio de casos y control.*

Wooldrige J, Herman J, Garrison C, Haddock S, Massey J, Tavakoli A.(1998). A validation study using the case control method of the nursing diagnosis high risk for aspiration. Nursing Diagnosis 1(9):5-11.

E014105 Riesgo de intoxicación.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de exposición o ingestión accidental de drogas o productos peligrosos en dosis suficientes para causar algún tipo de envenenamiento.

Factores de riesgo

INTERNOS:

- Disminución de la visión, gusto y tacto.
- Dificultades cognitivas o emocionales.
- Falta de medidas de seguridad o educación farmacológica* .

EXTERNOS:

- Almacenamiento de medicamentos en el hogar.
- Sustancias tóxicas (medicamentos, productos de limpieza, etc.) al alcance de los niños y personas confusas.
- Rascar pintura o yeso en presencia de niños pequeños.
- Falta de higiene en la manipulación de alimentos.
- Falta de seguridad e higiene en el trabajo.
- Presencia de contaminantes en la atmósfera.
- Plantas venenosas.
- Contacto sin protección con metales pesados o elementos químicos.
- Disposición de drogas ilegales con posibilidad de contaminación por aditivos tóxicos.
- Guardar venenos en recipientes para alimentos.

**combinar medicamentos con alcohol, consumo de medicamentos caducados, Automedicación.*

E014106 Riesgo de traumatismo.

Estado en el cual un individuo corre alto riesgo de lesión tisular accidental asociada con factores internos o externos.

Factores de riesgo

INTERNOS:

- Debilidad.
- Dificultades para el equilibrio.
- Reducción de la temperatura y/o sensación táctil.
- Reducción de la coordinación muscular, manos - ojos. Mala visión.
- Falta de educación sobre seguridad.
- Dificultades cognitivas. — Historia previa de traumatismo.
- Abuso de sustancias.
- Barrera del lenguaje.
- Dolor.
- Hipotensión (ortostática, postural).

EXTERNOS:

- Suelos resbaladizos. Nieve o hielo acumulado en el suelo.
- Alfombras. Sillas o escaleras poco estables. Ausencia de barandillas en escalera.
- Bañeras sin asideros ni superficie antideslizante.
- Habitaciones y pasillos mal iluminados.
- Cables eléctricos sueltos.
- Camas altas. Ausencia de luz en la mesilla. Falta de timbres de llamada en cabecera de cama.
- Ventanas y balcones sin protección.
- Asas fuera de la superficie de la cocina (sartenes, cacerolas, cazos, asadores...). Uso de vajillas con desportilladuras.
- Baños en agua muy caliente. Estufas sin protección.
- Delantales y ropa flotante cerca de una llama.
- Cerillas y velas al alcance de los niños.

- Enchufes eléctricos defectuosos o sin protección.
- Jugar o permanecer cerca de fuegos artificiales.
- Contacto con frío intenso. Exposición prolongada al sol.
- Inseguridad ciudadana.
- Conducir: con vehículo inseguro, ingesta de bebidas alcohólicas, velocidad excesiva, falta de visibilidad, sin casco en moto. Mala señalización en cruces y carreteras.

E014107 Riesgo de transmisión de infecciones.

Estado en el cual un individuo sabedor de que padece una enfermedad infecciosa, no toma las medidas necesarias para prevenir su expansión.

Factores de riesgo

— Falta de conocimientos y / o principios éticos, padeciendo enfermedades tales como:

Tuberculosis, conjuntivitis, otitis, infecciones urinarias, venéreas, SIDA, meningitis, dermatitis por hongos, etc..

E021100 Desequilibrio de la nutrición: por defecto

Estado en que una persona experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

Características definitorias

Peso corporal inferior en un 20% o más al ideal.

Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Palidez de las conjuntivas y mucosas.

Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución.

Inflamación o ulceración de la cavidad bucal.

Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos.

Informe o evidencia de falta de alimentos.

Informe de alteración del sentido del gusto.

Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.

Conceptos erróneos.

Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.

Aversión a comer.

Dolor abdominal con o sin patología.

Dolores cólicos abdominales.

Mal tono muscular.

Falta de interés en los alimentos.

Fragilidad capilar.

Diarrea o esteatorrea. Caída excesiva de pelo. Ruidos abdominales hiperactivos.

Falta de información o información errónea

Factores relacionados

Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

*Este diagnóstico que propone NANDA es poco concreto al definir el problema. Los autores consideran que debe ser subdividido en otros mas concretos como : **Bajo aporte de nutrientes, Delgadez, Riesgo de bajo aporte de nutrientes.***

E021101 *Bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos).*

Estado en el cual un individuo experimenta una ingesta calórica adecuada en relación a las necesidades corporales con aporte deficitario de algún nutriente.

Características definitorias

- Baja ingesta de alimentos de un grupo alimentario.
- Patrones analíticos de laboratorio no muestran evidencias de cuadros carenciales.
- Aporte deficitario de algún tipo de nutrientes (glúcidos, prótidos, lípidos, sales minerales, agua o vitaminas).

Factores relacionados

- Aspectos sociales y/o geográficos, culturales como: falta interés por los alimentos, no disponibilidad de alimentos, falta de adaptación a horarios de trabajo, falta de adaptación a clima cálido, costumbre, imagen social (potenciación de la imagen leptosómica en medios de comunicación), aversiones alimentarias, creencias religiosas, valor simbólico atribuido a los alimentos.
- Alteración en el sentido del gusto o de la cavidad bucal.
- Disminución del apetito.
- Desconocimiento.

*Este diagnóstico determina la situación actual en relación al aporte de nutrientes, su perseverancia produciría desnutrición y por tanto nos encontraríamos con alteraciones en los datos analíticos de laboratorio. Como especificaciones de la etiqueta. Podríamos identificar Bajo aporte de líquidos, de lácteos, de proteínas, de glúcidos.... Es necesario realizar diagnóstico diferencial con el **Trastorno de la imagen corporal***

E021102 *Bajo aporte de líquidos*

Estado en el cual un individuo experimenta una ingesta de líquidos inferior a las necesidades corporales.

Características definitorias

- Ingesta menor de líquidos a las necesidades corporales, de desarrollo y ambientales.
- Patrones analíticos de laboratorio no muestran evidencias de deshidratación.
- Sequedad de piel y mucosas.
- Signo de pliegue positivo.
- Saliva densa
- Sed
- Orina concentrada

Factores relacionados

- Edades extremas (falta de percepción de la sed).
- Fiebre. Adormecimiento. Obnubilación
- Disminución de la conciencia
- Falta de hábito. Desconocimiento.

La cronicidad de este diagnóstico puede originar una deshidratación.

E021103 Delgadez.

Estado en el cual el individuo experimenta una disminución de peso corporal inferior al ideal en relación a la estatura, constitución, edad, sexo y actividad física (IMC<20) originado por una disminución en la grasa corporal.

Características definitorias

- Peso corporal 20% menor a lo ideal para estatura y constitución.
- *IMC < 20.
- Perímetro brazo y pliegues cutáneos inferior al normal.
- Alcanza la saciedad con poco alimento ingerido.

Factores relacionados

- Disminución de la ingesta calórica.
- Alteración en la dieta cualitativa y cuantitativamente.
- Alteración en el sentido del gusto , del olfato o de la salivación.
- Alteraciones en la cavidad bucal. Disfagia. Disnea.
- Aspectos sociales y/o geográficos, culturales como: falta interés por los alimentos, no disponibilidad de alimentos, falta de adaptación a horarios de trabajo, falta de adaptación a clima cálido, costumbre, imagen social (potenciación de la imagen leptosómica en medios de comunicación), aversiones alimentarias, creencias religiosas, valor simbólico atribuido a los alimentos.

$$*IMC = \frac{Peso(kg)}{Talla(m)^2}$$

E021104 Riesgo de bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos).

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar una ingesta de nutrientes inferior a las necesidades metabólicas.

Factores de riesgo

- Falta de interés por algún grupo alimentario.
- Falta de apetito.
- Efectos de la cirugía máxilofacial (especificar).
- Efectos de la cirugía del aparato digestivo (especificar).
- Aspectos sociales y/o geográficos, culturales como: falta interés por los alimentos, no disponibilidad de alimentos, falta de adaptación a horarios de trabajo, falta de adaptación a clima cálido, costumbre, imagen social (potenciación de la imagen leptosómica en medios de comunicación), aversiones alimentarias, creencias religiosas, valor simbólico atribuido a los alimentos.

Es necesario especificar el nutriente/ alimento.

E021111 Náuseas

Sensación desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede o no conducir al vómito.

Características definitorias

- Normalmente precede al vómito, pero puede ser experimentado tras este o en su ausencia.
- Se acompaña de palidez, piel fría, sudorosa, sialorrea, taquicardia, estasis gástrica y diarrea.
- Se acompaña de movimientos de deglución de los músculos esqueléticos.
- Percepción de náuseas o mareo de estómago.

Factores relacionados

- Quimioterapia. Radioterapia
- Anestesia post quirúrgica.
- Irritación del sistema gastrointestinal.
- Estimulación de los mecanismos neurofarmacológicos.

E021112 Deterioro de la deglución.

Estado en el cual un individuo experimenta dificultades en la capacidad del paso voluntario de líquidos o sólidos de la boca al estómago.

Características definitorias

- Se observa dificultad para la deglución.
- Estasis de comida en la boca.
- Regurgitación.
- Atragantamiento.
- Tos.

Factores relacionados

- Disminución de la fuerza de los músculos maseteros y geniogloso.
- Parálisis facial.
- Disminución de la sensibilidad en la cavidad bucal.
- Obstrucción mecánica (edema, cánula traqueal, tumor).
- Asialia.
- Fatiga. Respiración agitada.
- Limitación de la conciencia.
- Deterioro de la mucosa oral.
- Dolor o inflamación bucofaringeo.

*Si se mantiene el deterioro de la deglución aparecerían diagnósticos tales como **Bajo aporte de nutrientes o Bajo aporte de líquidos.***

E021200 Desequilibrio de la nutrición: por exceso.

Estado en el que una persona experimenta un aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas.

Características definitorias

Peso superior en un 10% o más al ideal según la talla, sexo, edad y constitución corporal.

Pliegue cutáneo en tríceps superior al normal y hasta: 15 mm. en hombres; 25 mm. en mujeres.

Sedentarismo.

Patrones alimentarios inadecuados.

Comer en respuesta a claves externas como la hora.

Comer en respuesta a claves internas(como la ansiedad) distintas al hambre.

Emparejar la comida con otras actividades.

Concentrar la toma de alimentos al final del día.

Factores relacionados

Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Este diagnóstico que propone NANDA es poco concreto al definir el problema. Los autores consideran que debe ser subdividido en otros más concretos como : Aporte excesivo de nutrientes, Aporte calórico excesivo, Sobrepeso, Obesidad, Desequilibrio del patrón alimentario.

E021201 Aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos).

Estado en el cual un individuo experimenta una ingesta de nutrientes que excede a las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Abuso de algún tipo de nutrientes (glúcidos, prótidos, lípidos, sales minerales).
- Abuso de alimentos restringidos en una patología crónica.
- Observación de patrones disfuncionales de alimentación. (horario inestable de comidas, comer en respuesta al estrés).

Factores relacionados

- Desequilibrio entre el grado de actividades y la ingesta calórica.
- Alimentación en respuesta a estrés o traumas emocionales.
- Alimentación como medida reconfortante y gratificación sustitutiva.
- Comportamientos alimentarios aprendidos.
- El embarazo, por sobrevalorar recomendaciones.
- Efectos del tratamiento con medicamentos.
- Falta de conocimientos respecto a las necesidades nutricionales.
- Valores étnicos y culturales. Falta de apoyo social para dieta saludable.
- Percepción de falta de control.

Se ha de especificar el nutriente / alimento. Es necesario realizar una valoración focalizada de la autoestima para detectar posibles alteraciones.

E021202 Aporte calórico excesivo.

Estado en el cual un individuo experimenta una ingesta calórica que excede a las necesidades energéticas.

Características definitorias

- Aporte calórico mayor que las necesidades energéticas.
- IMC \approx 25
- Abuso de glúcidos o lípidos.

Factores relacionados

- Disminución de la actividad con mantenimiento de la ingesta calórica.
- Creencia erróneas. Falta de conocimientos respecto a las necesidades nutricionales.
- Comportamientos alimentarios aprendidos. Excesiva ingesta energética en la última fase de la gestación, durante la primera infancia, en la adolescencia. Alimentos sólidos antes de los 5 meses de edad.
- Falta de ejercicio físico. Disminución de la actividad. Disminución de las necesidades energéticas
- Alimentación en respuesta a estrés o traumas emocionales o como medida reconfortante y gratificación sustitutiva. Sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, aburrimiento, frustración.
- Efectos del tratamiento con medicamentos.
- Valores étnicos y culturales. Falta de apoyo social para la realización de una dieta saludable. Percepción de falta de control.

El aporte excesivo calórico mantenido en el tiempo lleva al sobrepeso. Es necesario realizar una valoración focalizada de la autoestima para detectar posibles alteraciones.

E021203 Obesidad exógena

Estado en el cual el individuo experimenta un exceso de grasa corporal acumulada, que se manifiesta con aumento de peso superior al ideal, en relación a la estatura, constitución, edad y sexo (IMC>30).

Características definitorias

- Peso superior al 10-20% del peso ideal para la altura y constitución.
- Pliegue cutáneo tríceps: >15 mm. hombres; >25 mm. mujeres.
- Grasa total: >18-20% mujeres; >10-12% hombres.
- Índice de masa corporal (IMC)* superior a 30.

Factores relacionados

- Disminución de la actividad con mantenimiento de la ingesta calórica.
- Creencia erróneas. Falta de conocimientos respecto a las necesidades nutricionales.
- Comportamientos alimentarios aprendidos. Excesiva ingesta energética en la última fase de la gestación, durante la primera infancia, en la adolescencia. Alimentos sólidos antes de los 5 meses de edad.
- Falta de ejercicio físico. Disminución de la actividad. Disminución de las necesidades energéticas
- Alimentación en respuesta a estrés o traumas emocionales o como medida reconfortante y gratificación sustitutiva. Sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, aburrimiento, frustración.
- Efectos del tratamiento con medicamentos.
- Valores étnicos y culturales. Falta de apoyo social para la realización de una dieta saludable. Percepción de falta de control.

$$*IMC = \frac{Peso(kg)}{Talla(m)^2}$$

Es necesario realizar una valoración focalizada de la autoestima para detectar posibles alteraciones.

E021204 Riesgo de aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos).

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar una ingesta de nutrientes que excede a las necesidades metabólicas.

Factores de riesgo

- Predisposición hereditaria.
- Uso de alimentos sólidos como principal fuente de alimentación antes de los 5 meses de edad.
- Alimentación en respuesta a estrés o traumas emocionales.
- Alimentación como medida reconfortante y gratificación sustitutiva.
- Comportamientos alimentarios aprendidos.
- El embarazo, por sobrevalorar recomendaciones.
- Efectos del tratamiento con medicamentos.
- Falta de conocimientos respecto a las necesidades nutricionales.
- Valores étnicos y culturales.
- Falta de apoyo para seguir una dieta saludable.
- Percepción de falta de control.
- Disminución de la autoestima.
- Sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, aburrimiento, frustración.
- Desequilibrio metabólico y endocrino.
- Disminución de la actividad y mantenimiento de la ingesta calórica.
- Disminución de la actividad y mantenimiento de la ingesta calórica

Es necesario especificar el nutriente o alimento. Realizar una valoración focalizada de la autoestima para detectar posibles alteraciones.

E021205 Sobrepeso.

Estado en el cual el individuo experimenta un exceso de grasa corporal acumulada que se manifiesta por un aumento de peso superior al ideal en relación a la estatura, constitución, edad y sexo {IMC =(25-30)}.

Características definitorias

- Peso superior al ideal para la altura y constitución, hasta 10-20%.
- Pliegue cutáneo en tríceps superior al normal y hasta: 15 mm. en hombres; 25 mm. en mujeres.
- Grasa total superior a la normal y hasta :18 -20% en mujeres; 10-12% en hombres.
- $25 < \text{IMC}^* \leq 30$

Factores relacionados

- Disminución de la actividad con mantenimiento de la ingesta calórica.
- Creencia erróneas. Falta de conocimientos respecto a las necesidades nutricionales.
- Comportamientos alimentarios aprendidos. Excesiva ingesta energética en la última fase de la gestación, durante la primera infancia, en la adolescencia. Alimentos sólidos antes de los 5 meses de edad.
- Falta de ejercicio físico. Disminución de la actividad. Disminución de las necesidades energéticas
- Alimentación en respuesta a estrés o traumas emocionales o como medida reconfortante y gratificación sustitutiva. Sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, aburrimiento, frustración.
- Efectos del tratamiento con medicamentos.
- Valores étnicos y culturales. Falta de apoyo social para la realización de una dieta saludable. Percepción de falta de control.

$$*IMC = \frac{Peso(kg)}{Talla(m)^2}$$

Es necesario realizar una valoración focalizada de la autoestima para detectar posibles alteraciones.

E021301 Desequilibrio del patrón alimentario.

Estado en el que un individuo experimenta una ingesta de nutrientes desequilibrada que puede suponer un riesgo para su salud.

Características definitorias

- Se caracteriza por un desequilibrio de nutrientes de manera que existe aporte deficitario de algunos nutrientes y exceso en otros.
- No ingiere alimentos de todos los grupos alimentarios de la rueda de alimentos.

Factores relacionados

- Adaptación a horarios de trabajo continuado.
- Adaptación a trabajo a turnos.
- Come fuera de casa (falta de adaptación).
- Come en respuesta al estrés.
- Influencia educacional.
- Estrés o traumas emocionales.
- Alimentación como medida reconfortante y gratificación sustitutiva.
- Comportamientos alimentarios aprendidos.
- Falta de conocimientos respecto a las necesidades nutricionales.
- Valores étnicos y culturales.
- Percepción de falta de control.
- Sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, aburrimiento, frustración.
- Etapas de desarrollo (falta de adaptación).

*Esta etiqueta agrupa las situaciones en que se presentan a la vez **Bajo aporte de nutrientes/alimentos** y **Aporte excesivo de nutrientes/alimentos**.*

E021302 Patrón alimentario saludable.

Hábito de ingesta de un individuo que se caracteriza por aportar una dieta equilibrada en nutrientes, que genera salud.

Características definitorias

- Ingiere al menos dos alimentos de cada grupo alimentario de la rueda de alimentos.
- Consume diariamente frutas y verduras (fibra).
- Consume una proporción al 50% de proteínas de origen vegetal y animal.
- Realiza consumo moderado de grasas saturadas (carnes, aceites de palma o de coco) < 10% del VCT
- No hay abuso de carbohidratos simples (azúcar refinada, dulces, pastelería) <5% del VCT
- Horario de comidas regular.
- Come en un ambiente tranquilo.
- No come en respuesta al estrés.
- Parámetros hemato-bioquímicos normales.

VCT: Valor Calórico Total.

E021501 Lactancia materna interrumpida

Discontinuidad en el proceso de la lactancia materna a consecuencia de la incapacidad del niño para mamar o la inconveniencia de que lo haga.

Características definitorias

- El niño no mama en una o más tomas.
- Deseo materno de mantener la lactancia y proporcionar su leche para alimentar a su hijo.
- Separación madre - hijo.
- Falta de conocimientos sobre la obtención y almacenaje de la leche materna.
- Percepción materna de producción insuficiente de leche o de baja calidad.

Factores relacionados

- Enfermedad de la madre o del niño.
- Prematuridad.
- Madre trabajadora.
- Contraindicaciones de la lactancia materna.
- Necesidad de destetar bruscamente al niño.
- Lactancia mixta.

E021502 Lactancia materna eficaz

Estado en el cual el par madre - niño exhiben una capacidad y satisfacción adecuadas con respecto al proceso de la lactancia materna.

Características definitorias

- Conocimiento básico de la lactancia.
- Manifestación materna de satisfacción respecto al proceso de lactancia.
- Madre capaz de colocarse al niño en el pecho para promover una respuesta de unión.
- Succión del pecho regular y mantenida.
- Aumento del peso del niño dentro de los percentiles de normalidad.
- Confianza materna.
- El niño está contento después de las tomas.

E021503 Lactancia materna ineficaz

Estado en el cual una madre, bebé o niño experimenta insatisfacción o dificultad con respecto al proceso de lactancia materna.

Características definitorias

- Insatisfacción en el acto de amamantar (madre o hijo).
- Falta de leche real o percibida. Incapacidad del niño para agarrarse al pezón.
- Vaciado insuficiente de los pechos en cada tetada.
- Interrupción del amamantamiento.
- Pérdida de peso inapropiada en el niño.
- Signos en el niño, de inquietud, llanto, en la primera hora después de mamar.
- Niño arqueándose y llorando en el pecho; se resiste a acoplarse.
- Grietas en los pezones.
- Utilización excesiva del biberón.

Factores relacionados

- Desconocimiento de la técnica de amamantar.
- Falta de madurez materna.
- Anomalías del lactante y del seno materno.
- Mal reflejo de succión.
- Antecedentes de fallo en la lactancia.
- Falta de apoyo de la pareja, o personas significativas.
- Pezones dolorosos.
- Congestión mamaria.

E021504 Patrón alimentario ineficaz del lactante

Estado en el que un lactante presenta un deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución.

Características definitorias

Incapacidad para iniciar o mantener una succión efectiva.

— Incapacidad para coordinar la succión, deglución y respiración.

Factores relacionados

— Prematuridad.

— Deterioro o retraso neurológico.

— Hipersensibilidad oral.

— Dieta absoluta prolongada.

– Anomalías anatómicas.

E021601 Trastorno de la dentición.

Trastorno en los patrones de erupción / desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura de un individuo.

Características definitorias

- Exceso de placa.
- Caries en la corona o en las raíces.
- Halitosis.
- Decoloración del esmalte dental.
- Dolor dental.
- Dientes que se mueven.
- Cálculos excesivos.
- Erupción incompleta para la edad.
- Mala alineación dental o mala oclusión.
- Pérdida prematura de los dientes de leche.
- Dientes desgastados.
- Fracturas dentales.
- Falta total o parcial de dientes.
- Erosión del esmalte.
- Expresión facial asimétrica.

Factores relacionados

Higiene oral ineficaz. Sensibilidad al calor o al frío.

Barreras para el autocuidado. Barreras para el cuidado profesional.

Déficit nutricional. Hábitos dietéticos. Prescripción de ciertos medicamentos.

Pérdida prematura de la dentadura de leche. Aporte excesivo de sustancias fluoradas.

Vómitos crónicos. Uso persistente de café, té, tabaco o vino tinto.

Desconocimiento de la salud dental.

Uso de agentes excesivamente abrasivos.

Bruxismo

E022201 *Déficit del volumen de líquidos.*

Disminución del nivel de líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua sin cambio en el nivel de sodio

Características definitorias

- Debilidad
- Sed
- Disminución de la turgencia de la piel y la lengua
- Disminución de diuresis. Orina concentrada
- Disminución del llenado venoso. Hipotensión
- Sequedad de piel y mucosas
- Taquicardia
- Poliuria, polaquiuria
- Pulso filiforme, pulso blando
- Aumento de la temperatura corporal
- Pérdida súbito de peso.
- Cambios en el estado mental

Factores relacionados

- Pérdida activa del volumen de líquidos.
- Fallo de los mecanismos reguladores.

*Este diagnóstico identifica una situación de deshidratación. Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención en la mayoría de las ocasiones viene condicionada por otro profesional. Desde un punto de vista preventivo se aconseja valorar la existencia de la etiqueta **Bajo aporte de líquidos***

E022202 Riesgo de déficit del volumen de líquidos.

Riesgo de sufrir una disminución de líquidos intravascular, intersticial o intracelular.

Factores de riesgo

- Factores que influyen en las necesidades de líquidos (p. ej. estados hipermetabólicos)
- Extremos ponderales.
- Situaciones que afectan al acceso a los líquidos, a su ingesta o absorción (p. ej.: inmovilidad física)
- Edades extremas
- Déficit de conocimientos
- Quemaduras.
- Diaforesis.
- Diarrea. Vómitos. Náuseas.
- Disfagia.
- Drenaje abundante a través de ostomías y catéteres.
- Calor extremo.
- Terapéutica diurética.
- Abuso de enemas y laxantes.

E022301 *Exceso de volumen de líquidos.*

Estado en el que un individuo experimenta un aumento de la retención de líquidos isotónicos

Características definitorias

- Edema. Derrame
- Anasarca. Aumento de peso. Dificultad respiratoria. Distensión venosa yugular. Disminución de hemoglobina y hematocrito.
- Estertores (crepitantes).
- Cambios en la presión arterial.
- Cambios en la PVC.
- Ortopnea. Tercer ruido cardíaco S3.
- Oliguria tendente a anuria.
- Azoemia. Desequilibrio electrolítico.
- Reflejo hepatoyugular positivo.

Factores relacionados

- Ingestión excesiva de líquidos.
- Ingestión excesiva de sodio.
- Compromiso de los mecanismos reguladores.

Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención en la mayoría de las ocasiones viene condicionada por otro profesional.

E022302 Riesgo de retención de líquidos.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar un exceso de los líquidos corporales.

Factores de riesgo

- Exceso de ingesta de sodio.
- Ingesta baja en proteínas.
- Medicamentos (clorpropamida, tolbutamida, vincristina, triptilina, carbamacepina).
- Sobrecarga mecánica del embarazo.
- Disminución de proteínas plasmáticas (fistulas, quemaduras, malnutrición).

E022303 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Riesgo de disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares. Se refiere a la pérdida o exceso tanto de los líquidos corporales como de los líquidos de reposición.

Factores de riesgo

— Programación para procedimientos invasivos mayores

E022400 *Capacidad adaptativa intracraneal disminuida*

Estado clínico en el que está afectada la dinámica de los mecanismos que normalmente compensan un aumento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC) de referencia en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no.

Características definitorias

- Repetidos aumentos del PIC de mas de 10 mm Hg en 5 minutos tras estímulos externos variados.
- Aumento desproporcionado de la PIC después de un único estímulo ambiental o maniobra de cuidados.
- Curva P2 de la PIC elevada.
- Variación de la prueba de respuesta volumen / presión (proporción volumen / presión², índice presión - volumen menor que 10)
- Línea base de la PIC mayor o igual 10 mm Hg.
- Ensanchamiento de la curva de la PIC.

Factores relacionados

- Lesiones cerebrales.
- Aumento sostenido de la PIC mayor o igual a 10 - 15 mm Hg.
- Descenso de la presión de perfusión cerebral menor o igual a 50 - 60 mm Hg.
- Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal.

Este diagnóstico es un problema interdependiente, ya que está definiendo una respuesta patológica difícil de tratar sin la colaboración de un médico especialista.

E023101 Deterioro de la mucosa oral.

Estado en el cual un individuo experimenta una alteración en la integridad de los labios y de la cavidad oral.

Características definitorias

- Atrofia de encías.
- Lengua saburral.
- Boca seca.
- Edema de mucosa.
- Halitosis.
- Gingivitis hemorrágica.
- Hiperemia.
- Asialia.
- Disminución de la salivación.
- Caries.
- Úlceras.
- Aftas.
- Edema.
- Placa oral.
- Estomatitis.
- Leucoplasia.
- Vesículas. Descamación.
- Sequedad / laceración labial

Factores relacionados

- Deshidratación.
- Bajo aporte de nutrientes.
- Higiene oral insuficiente.
- Respiración bucal.
- Traumatismo mecánico.

- Ortodoncia.
- Sondas nasotraqueales, nasogástricas, endotraqueales.
- Ayuno de más de 24 horas.
- Abuso de antibióticos (automedicación).

E023102 Riesgo de deterioro de la mucosa oral.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar una alteración en la integridad de los labios y de la cavidad oral.

Factores de riesgo

- Deshidratación.
- Estado de obnubilación, incoscienza y coma.
- Bajo aporte de nutrientes.
- Higiene oral insuficiente.
- Respiración bucal.
- Traumatismo mecánico.
- Ortodoncia.
- Sondas nasotraqueales, nasogástricas, endotraqueales.
- Ayuno de más de 24 horas.
- Abuso de antibióticos (automedicación).

E023103 Deterioro de la integridad cutánea.

Estado en el cual un individuo experimenta una alteración o desgarro de la piel.

Características definitorias

- Flictenas.
- Equimosis.
- Callosidad.
- Excoriaciones.
- Cianosis.
- Denudación cutánea.
- Resequedad.
- Eritema.
- Induración.
- Lesiones.
- Maceraciones.
- Necrosis.
- Palidez.
- Prurito.
- Tumefacción.

Factores relacionados

EXTERNOS:

- Hipertermia - H ipotermia (ambiental).
- Efecto de sustancia química.
- Efectos de la radiación.
- Exposición solar.
- Inmovilidad física.
- Factores mecánicos: fuerzas de rozamiento, de corte, presión, sujeciones.
- Excreciones, secreciones.
- Efectos de la cirugía.

— Parásitos.

INTERNOS:

— Alteración del estado nutricional, de la circulación, etc.

— Prominencia de los huesos.

— Excreciones, secreciones. Edemas.

*Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con el **Deterioro de la integridad tisular** .*

E023104 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar una alteración o desgarro de la piel.

Factores de riesgo

EXTERNOS:

- Hipertermia- Hipotermia (ambiental).
- Efecto de sustancia química.
- Efectos de la radiación.
- Exposición solar.
- Inmovilidad física.
- Factores mecánicos: fuerzas de rozamiento, de corte, presión, sujeciones.
- Excreciones, secreciones.
- Efectos de la cirugía.
- Parásitos.

INTERNOS:

- Alteración del estado nutricional, de la circulación, etc.
- Prominencia de los huesos.
- Excreciones, secreciones.
- Edemas

E023105 Deterioro de la integridad tisular.

Estado en el cual un individuo experimenta daño en las membranas mucosas y en los tejidos corneales, tegumentarios o subcutáneos.

Características definitorias

- Tejidos destruidos o con daño: córnea, mucosa, dermis, tejido celular subcutáneo.
- Infiltración.
- Eritema.
- Inflamación.
- Edema.

Factores relacionados

- Irritantes mecánicos (presión, erosión, fricción).
- Alteración de la circulación.
- Exceso o deficiencia nutricional y de líquidos.
- Desconocimiento.
- Movilidad limitada.
- Irritantes químicos (secreciones y excreciones corporales, medicamentos).
- Radiación
- Temperaturas extremas.

E023107 *Respuesta alérgica al látex.*

Respuesta alérgica a los productos de goma de látex natural.

Características definitorias

Reacciones tipo I .

Inmediatas: menor a una hora(puede poner en peligro la vida):

Urticaria de contacto que progresa hacia la generalización. Edema de labios, lengua, úvula o garganta. Falta de aliento, tirantez torácica, sibilancias, broncoespasmo conducente al paro respiratorio. Hipotensión, síncope, fallo cardíaco. También puede incluir características orofaciales: edema de escleróticas o parpebral, eritema o picor ocular, lagrimeo, congestión, picor o eritema nasal, rinorrea y eritema facial, picor oral. Características gastrointestinales:

dolor abdominal y náuseas.

Características generalizadas:

sofocación, malestar general, edema generalizado, aumento de calor en todo el cuerpo, agitación.

Reacciones tipo IV: retraso del inicio (horas):

Eccema, irritación, reacción a los aditivos que causan malestar (tioureas, carbamatos), enrojecimiento.

Reacciones irritativas: eritema, piel agrietada o ulcerada, flictenas.

Factores relacionados

— Falta de respuesta de los mecanismos inmunitarios.

Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención en la mayoría de las ocasiones viene condicionada por otro profesional.

E023108 Riesgo de respuesta alérgica al látex.

Riesgo de respuesta alérgica a los productos de goma látex natural.

Factores de riesgo

- Múltiples procedimientos quirúrgicos, especialmente durante la infancia (espina bífida).
- Alergia a los plátanos, aguacates, frutos tropicales, kiwis, castañas o planta ponsetia (flor de Pascua o Navidad)
- Profesiones que requieren un contacto diario con látex (médicos, enfermeros, dentistas)
- Situaciones que necesitan cateterizaciones continuas o intermitentes.
- Antecedentes de reacciones al látex (balones, condones, guantes)
- Alergia a la planta ponsetia.
- Historia de alergias y asma.

E023201 Hipertermia.

Estado en el cual la temperatura corporal de un individuo se sitúa por encima del nivel normal.

Características definitorias

- Tª superior a la normalidad.
- Caliente al tacto. Piel ruborizada.
- Taquipnea. Taquicardia.
- Convulsiones.
- Escalofríos. Debilidad. Desmayos.
- Sudación.
- Presión arterial inestable.
- Rigideces fasciculares musculares.
- Confusión.

Factores relacionados

- Ambiente caluroso.
- Hiperactividad.
- Ropa inadecuada.
- Disminución de la sudación.
- Falta de regulación de la temperatura ambiental.

A partir de los 42° C comienzan a existir lesiones del parénquima y células. 46° C incompatible con la vida.

Si la etiología de este diagnóstico es una enfermedad infecciosa, será tratado como problema interdependiente

E023202 Hipotermia

Estado en el cual la temperatura corporal de un individuo se sitúa por debajo del nivel normal.

Características definitorias

- Reducción de la temperatura corporal por debajo de la normalidad.
- Escalofrío (leve).
- Piel fría.
- Piloerección.
- Palidez moderada.
- Llenado capilar lento.
- Taquicardia.
- Cianosis en lechos ungulares.

Factores relacionados

- Ambiente frío.
- Malnutrición.
- Ropa inadecuada.
- Consumo de alcohol.
- Evaporación cutánea en ambiente frío.
- Inactividad.

Tª 35° = disminución del pulso, taquipnea, mal juicio, pérdida de memoria.

Tª 34,4-32° = disminución de constantes vitales, arritmias, rigidez muscular, embotado.

Tª 29,5° = muerte.

Si esta etiqueta se relaciona con fallos orgánicos patológicos sería un problema interdependiente.

E023203 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Estado en que la persona está en riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Factores de riesgo

- Traumatismo o enfermedad (Edema cerebral, AVE, cirugía intracraneal o lesión cerebral)
- Falta de adaptación en edades extremas.
- Temperatura ambiental fluctuante.
- Cambios en los niveles: tiroxina, catecolamina.
- Inactividad o actividad vigorosa.
- Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
- Alteración de la tasa metabólica.
- Medicamentos que provocan vasodilatación o vasoconstricción.

E023206 *Termorregulación ineficaz.*

Estado en el cual la temperatura del individuo fluctúa entre la hipotermia y la hipertermia.

Características definitorias

- Fluctuaciones en la temperatura corporal por debajo o por encima de los valores normales.
- Piel ruborizada. Piel fría. Palidez moderada.
- Caliente al tacto. Aqueja calor.
- Sudación. Piloerección.
- Taquipnea. Taquicardia.
- Convulsiones.
- Escalofríos.
- Debilidad.
- Desmayos.
- Presión arterial inestable. Hipertensión.
- Rigideces fasciculares musculares.
- Confusión.
- Crisis convulsivas en hipertermia.
- Llenado capilar lento.
- Cianosis en lechos ungulares.

Factores relacionados

- Traumatismo o enfermedad :
(Edema cerebral, AVE, cirugía intracraneal o lesión cerebral)
- Falta de adaptación en edades extremas.
- Temperatura ambiental fluctuante.
- Cambios en los niveles: tiroxina, catecolamina.

Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención en la mayoría de las ocasiones viene condicionada por otro profesional.

E031000 Trastorno de la eliminación urinaria.

Estado en cual un individuo experimenta un trastorno de la micción, tanto por defecto como por exceso.

Características definitorias

- Disuria, polaquiuria, incontinencia, nicturia, retención, urgencia, funcional.

Factores relacionados

Multicausalidad, obstrucción anatómica, deterioro sensitivo y motor, infección del tracto urinario.

*Etiqueta diagnóstica de significado muy amplio. Se aconseja utilizar las más específicas como las de **Incontinencia urinaria** y **retención urinaria**.*

E031102 Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Estado en el cual un individuo experimenta una emisión parcial e involuntaria de orina (menos de 50 ml) acompañada por un aumento de la presión abdominal.

Características definitorias

- Emisión de orina al aumentar la presión abdominal.
- Urgencia urinaria.
- Pérdida de orina en posición erecta.
- Goteo relacionado con aumento de la presión abdominal o ejercicio.
- Frecuencia de la micción inferior a dos horas.

Factores relacionados

- Alteración en el control de esfínteres.
- Cambios degenerativos en la musculatura pélvica y en los soportes estructurales asociados al aumento de la edad.
- Presión intrabdominal alta (útero gravídico, obesidad, tos, estornudo, risa).
- Incompetencia en el vaciado vesical.
- Sobredistensión entre las micciones.
- Debilidad de los músculos pélvicos y las estructuras de sujeción.

En este diagnóstico se podría omitir la formulación de los factores etiológicos, ya que la intervención surge de la propia etiqueta diagnóstica.

E031103 Incontinencia urinaria de urgencia.

Estado en el cual un individuo experimenta una emisión involuntaria de orina, que ocurre poco después de una fuerte sensación urgente de orinar.

Características definitorias

- Urgencia urinaria.
- Incapacidad de llegar al baño a tiempo.
- Micciones a intervalos menores de 2 horas.
- Nicturia superior a 2 veces en la noche.
- Micción en poca cantidad (menos de 100 ml.) o en gran cantidad (más de 550 ml.).

Factores relacionados

- Infección o irritación de vejiga.
- Capacidad vesical disminuida:
 - Historia de enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Cirugía abdominal.
 - Sondaje vesical permanente.
- Sobredistensión vesical.
- Tratamiento con diuréticos.
- Ingestión de: alcohol, cafeína.
- Aumento situacional de la ingesta de líquidos.

En este diagnóstico se podría omitir la formulación de los factores etiológicos, ya que la intervención surge de la propia etiqueta diagnóstica.

E031104 Incontinencia urinaria funcional.

Estado en el cual un individuo, que normalmente es continente, experimenta una eliminación involuntaria e impredecible de orina.

Características definitorias

- Incontinencia que puede presentarse solo por la mañana.
- Capacidad funcional para vaciar completamente la vejiga.
- Percepción de la necesidad de micción.
- El tiempo requerido para llegar al baño excede del tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.
- Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

Factores relacionados

- Factores psicológicos, deterioro de la visión
- Limitaciones neuromusculares.
- Deficiencias cognoscitivas, sensoriales, motoras.
- Alteración del entorno: poca iluminación, incapacidad para localizar el baño, temperatura ambiental baja, falta de intimidad.
- Renuncia a utilizar el timbre de llamada, la cuña, orinal o botella.
- Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.

E031105 Incontinencia urinaria refleja.

Estado en el cual un individuo experimenta una pérdida involuntaria de orina —a intervalos un tanto predecibles— cuando se alcanza un volumen específico o determinado en la vejiga.

Características definitorias

— Falta de:

- conciencia de ser incontinente.
- conciencia de que la vejiga está llena.

— Contracciones no inhibidas de la vejiga o espasmos a intervalos regulares.

— Micción de cantidad abundante.

— Patrón previsible de micción.

— Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical.

Factores relacionados

— Daño neurológico.

— Lesión cerebral que anula el control voluntario.

— Lesión de la médula espinal que se interfiere en la conducción de los mensajes cerebrales por encima del nivel del arco reflejo.

— Edades extremas.

— Inhibición de la micción ante el reflejo urinario.

— Lesión tisular por cistitis, por radiación, estados vesicales inflamatorios o cirugía pélvica radical.

E031106 Incontinencia urinaria total.

Estado en el cual un individuo experimenta una pérdida de orina continua e impredecible.

Características definitorias

- Flujo continuo de orina que ocurre en cualquier momento sin distensión vesical.
- Incontinencia refractaria al tratamiento.
- Nicturia.
- Falta de conciencia del llenado vesical o incontinencia.
- Falta de inhibición de contracciones o espasmos vesicales.

Factores relacionados

- Neuropatía que interfiere la transmisión del reflejo indicador de plenitud vesical.
- Traumatismo o enfermedad que afecta médula espinal o raíces nerviosas.
- Lesión cerebral que desencadena la micción en momentos impredecibles.
- Fístulas.
- Contracción independiente del reflejo detrusor debido a cirugía.
- Traumatismo o enfermedad que afecta a la médula espinal.

E031107 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.

Riesgo de pérdida de orina involuntaria asociada con una sensación súbita e intensa o urgencia urinaria.

Factores de riesgo

- Efectos de medicamentos, cafeína, alcohol.
- Hiperreflexia del detrusor por cistitis, uretritis, tumores, cálculos renales.
- Trastornos del SNC por encima del arco reflejo de la micción.
- Inestabilidad del músculo detrusor con deterioro de la contractilidad,
- Relajación esfinteriana involuntaria.
- Hábitos de micción ineficaces.
- Poca capacidad vesical.

E031200 Retención urinaria

Estado en que una persona experimenta un vaciado incompleto de la vejiga.

Características definitorias

- Micciones escasas y frecuentes.
- Distensión de la vejiga.
- Sensación de plenitud vesical.
- Disminución en la fuerza del chorro de orina.
- Goteo.
- Orina residual.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Globo vesical.
- Dificultad o imposibilidad para orinar.
- Disuria.

Factores relacionados

- Detrusor ausente.
- Inhibición del arco reflejo.
- Tono elevado del esfínter.
- Obstrucción.
- Impacto fecal.
- Edema postparto
- Hipertrofia de próstata.
- Inflamación postquirúrgica.
- Efecto de medicamentos (anestésicos, antihistamínicos, psicotrópicos, opiáceos, atropina, belladona). Retirada de sonda uretral. Ansiedad, dolor postoperatorio.

*Etiqueta diagnóstica que debe ser utilizada cuando no se sabe si la **Retención urinaria** es **crónica** o **aguda**.*

E031201 Retención urinaria aguda.

Estado en el cual un individuo experimenta una imposibilidad puntual de orinar.

Características definitorias

- Imposibilidad de orinar.
- Globo vesical.
- Distensión de la vejiga.
- Sensación de plenitud vesical.

Factores relacionados

- Detrusor ausente.
- Inhibición del arco reflejo.
- Tono elevado del esfínter.
- Obstrucción.
- Impacto fecal.
- Edema postparto
- Hipertrofia de próstata.
- Inflamación postquirúrgica.
- Efecto de medicamentos (anestésicos, antihistamínicos, psicotrópicos, opiáceos, atropina, belladona).
- Retirada de sonda uretral.
- Ansiedad, dolor postoperatorio.

Situación de urgencia que suele tratarse como Diagnóstico de enfermería o Problema interdependiente, según los casos.

E031202 Retención urinaria crónica.

Estado en el cual un individuo experimenta un vaciamiento incompleto de la vejiga de forma habitual

Características definitorias

- Micciones escasas y frecuentes.
- Distensión de la vejiga.
- Sensación de plenitud vesical.
- Disminución en la fuerza del chorro de orina.
- Goteo.
- Orina residual.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Globo vesical.
- Dificultad para orinar.
- Disuria.
- Episodios frecuentes de retención urinaria aguda.

Factores relacionados

- Detrusor ausente.
- Inhibición del arco reflejo.
- Tono elevado del esfínter.
- Obstrucción.
- Impacto fecal.
- Edema postparto
- Hipertrofia de próstata.
- Inflamación postquirúrgica.
- Efecto de medicamentos (anestésicos, antihistamínicos, psicotrópicos, opiáceos, atropina, belladona).
- Retirada de sonda uretral. Ansiedad, dolor postoperatorio.

E032101 Diarrea.

Estado en el cual un individuo experimenta un cambio en las deposiciones, dando como resultado la eliminación de heces frecuentes, blandas o líquidas.

Características definitorias

- Aumento de la frecuencia de deposición (más de tres al día).
- Aumento de la frecuencia de los sonidos intestinales.
- Sensación urgente de evacuación.
- Dolor abdominal, retortijones.
- Heces líquidas y no compactas.
- Cambio en el color y olor de las heces.
- Escalofríos, calambres, fatiga, fiebre, irritación anal, malestar general.
- Mucosidades en las heces.

Factores relacionados

Alergia. Trastornos nutricionales.

- Ansiedad. Estrés.
- Intolerancia alimentaria.
- Alimentos con alto contenido de celulosa.
- Ingesta abundante de cafeína. Condimentos irritantes colónicos.
- Alimentación hiperosmolar por sonda.
- Tabaquismo.
- Abuso de laxantes.
- Ingestión de agua o alimentos contaminados.
- Cambios en el tipo de agua ingerida.
- Desconocimiento de hábitos higiénicos (personal, de los alimentos, etc.)
- Viajes.
- Malabsorción.
- Inflamación.
- Infecciones.

— Irritación, presencia de parásitos.

Este problema, dependiendo de la etiología puede ser considerado como un problema interdependiente.

E032102 Riesgo de diarrea.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar, un cambio en las deposiciones, dando como resultado la eliminación de heces frecuentes, blandas o líquidas.

Factores de riesgo

- Alergia. Trastornos nutricionales.
- Ansiedad. Estrés.
- Intolerancia alimentaria. Alimentos con alto contenido de celulosa.
- Ingesta abundante de cafeína. Condimentos irritantes colónicos.
- Alimentación hiperosmolar por sonda.
- Tabaquismo.
- Abuso de laxantes. Ingestión de agua o alimentos contaminados. Cambios en el tipo de agua ingerida. Desconocimiento de hábitos higiénicos (personal, de los alimentos, etc.) Viajes.
- Malabsorción, inflamación, infecciones, irritación, presencia de parásitos.

E032201 Estreñimiento.

Estado en el cual un individuo experimenta una disminución en la evacuación intestinal —en relación a su patrón normal de defecación— caracterizada por la eliminación de heces duras y secas o la imposibilidad de evacuación de las mismas.

Características definitorias

Heces duras. Fecalomas.

- Menor frecuencia de evacuación de lo habitual.
- Cantidad de heces menor de lo habitual.
- Disminución de los ruidos intestinales.
- Distensión abdominal.
- Masas palpables.
- Sensación de plenitud rectal.
- Esfuerzo en la defecación.
- Dolor abdominal.
- Gases y flatulencias.
- Alteración del apetito.
- Dolor de cabeza.
- Náuseas.
- Irritabilidad.

Factores relacionados

- Ingesta menor en volumen de lo adecuado.
- Baja ingesta de fibra y líquidos.
- Irregularidad en los horarios de comidas.
- Falta de ejercicio físico.
- Estrés.
- Ingesta rápida.
- Consecutivo a procedimientos diagnósticos.
- Sobrecarga mecánica del embarazo.

- Debilidad de la musculatura abdominal.
- Falta de intimidad.
- Inmovilidad.
- Uso prolongado de laxantes y enemas.
- Hábitos personales.
- Ignorar el impulso para defecar.
- Temor a dolor rectal o cardíaco.

E032202 Riesgo de estreñimiento.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar una disminución en la evacuación intestinal —en relación a su patrón normal de defecación— caracterizado por la eliminación de heces duras y secas o la imposibilidad de evacuación de las mismas.

Factores de riesgo

- Ingesta menor en volumen de lo adecuado.
- Baja ingesta de fibra y líquidos.
- Irregularidad en los horarios de comidas.
- Falta de ejercicio físico.
- Estrés.
- Ingesta rápida.
- Consecutivo a procedimientos diagnósticos.
- Sobrecarga mecánica del embarazo.
- Debilidad de la musculatura abdominal.
- Falta de intimidad.
- Inmovilidad.
- Uso prolongado de laxantes y enemas.
- Hábitos personales.
- Ignorar el impulso para defecar.
- Temor a dolor rectal o cardíaco.

E032203 Estreñimiento subjetivo.

Estado en el cual un individuo se autodiagnostica estreñimiento y se asegura una deposición diaria mediante el uso de laxantes, enemas o supositorios.

Características definitorias

- Manifestación subjetiva de estreñimiento.
- Idea fija sobre el horario estricto para la defecación.
- Abuso de laxantes, enemas o supositorios.

Factores relacionados

- Creencias sanitarias, familiares o culturales.
- Desconocimiento sobre el proceso de eliminación intestinal.
- Deterioro cognitivo.

E032301 Incontinencia fecal .

Estado en el cual un individuo experimenta una eliminación involuntaria e impredecible de heces.

Características definitorias

- Pérdida de heces involuntaria.
- Olor fecal.
- Incapacidad para retrasar la defecación. Urgencia.
- Manchas fecales/ heces en ropa interior o ropa de cama
- Ritmo de evacuación impredecible.
- Señales no reconocidas de que el recto está lleno.
- Reconocimiento de plenitud rectal con incapacidad para la eliminación de las heces.
- Irritación perianal.
- Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.

Factores relacionados

- Deficiencias cognoscitivas, sensoriales, motoras*.
- Hospitalización. Inmovilidad. Váter inaccesible.
- Hábitos dietéticos.
- Estrés
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Falta de adaptación a ambiente extraño.
- Falta de adaptación a intervenciones : Resección de esfínter anal. Intervención hemorroidal.

** Este factor relacionado, originaría cuidados paliativos.*

E032401 Flatulencia.

Estado en el que un individuo presenta molestias abdominales debidas a la acumulación de gases intestinales.

Características definitorias

- Meteorismo.
- Ruidos abdominales aumentados a la auscultación.
- Sensación de opresión esterno-abdominal.
- Dolor espasmódico abdominal.
- Expulsión anal de gases.

Factores relacionados

- Ingestión de bebidas gaseosas.
- Ingestión de cerveza.
- Alimentación rica en fibra.
- Alimentación en respuesta a estrés o traumas emocionales.
- Ingesta rápida.
- Ingesta hablando.
- Obstrucción nasal.
- Disminución del peristaltismo intestinal.
- Falta de ejercicio físico.
- Estrés.
- Sedentarismo.

E041102 *Perfusión tisular ineficaz (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)*

Estado en el cual un individuo experimenta una disminución en el aporte sanguíneo arterial, venoso o capilar.

Características definitorias

Renal

Alteración de la presión sanguínea [media dinámica inferior a 70 mm de Hg]. Hematuria, oliguria o anuria. Elevación de la proporción entre urea/creatinina.

Gastrointestinal

Sonidos intestinales hipoactivos o ausentes. Náuseas. Distensión abdominal. [Dolor a la palpación]

Periférica

Disminución del pulso en una o más arterias. palidez al elevar la extremidad. Claudicación intermitente. palidez de la extremidad al situarla a nivel del corazón. entecimiento en la curación de lesiones. Cambio de la presión arterial en las extremidades. Soplos. Edemas. Signo Homan positivo. Alteración de las características de la piel. Decoloración de la piel. Cambio en la temperatura de la piel. Alteración de la sensibilidad. — Temperatura de la piel: extremidades frías.

Cerebral

Anomalías del habla. cambios en las reacciones pupilajes. Debilidad o parálisis de las extremidades. alteración del estado mental. Dificultad para deglutir. Cambios e la respuesta motora. Cambios comportamentales.

Cardiopulmonar

Alteración de la frecuencia respiratoria por debajo o por encima de lo normal. Uso de los músculos accesorios. Relleno capilar superior a los 3 segundos. Gasometría anormal. Dolor torácico. Sensación de muerte inminente. Bronco espasmo. Disnea. arritmia. Aleteo nasal. Retracción torácica.

Factores relacionados

Hipovolemia. Hipervolemia. interrupción del flujo arterial. problemas de intercambio. Interrupción del flujo venoso. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial. Hipoventilación. Deterioro del

transporte de oxígeno a través de la membrana. Desequilibrio ventilación/perfusión. Disminución de la concentración de la hemoglobina en sangre. Envenenamiento enzimático. Alteración de la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno.

Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención viene condicionada por otro profesional. Lo espaciado entre corchetes es añadido por los autores.

E041201 *Disminución del gasto cardíaco.*

La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo

Características definitorias

Alteración de la frecuencia cardíaca.

Arritmias, taquicardia, bradicardia, palpitaciones, cambios en el EKG.

Alteraciones de la precarga

Distensión de las yugulares. Fatiga . Edema. Murmullos. Aumento o disminución de la PVC.

Aumento o disminución de la presión de enclavamiento en la arteria pulmonar. Aumento de peso.

Alteraciones de la poscarga

Piel fría sudorosa. Falta de aliento, disnea. Oliguria. Prolongación del tiempo de relleno capilar.

Disminución de los pulsos periféricos. Variaciones en la lectura de la presión arterial. Aumento o disminución de la resistencia vascular sistémica. Aumento o disminución de la resistencia vascular pulmonar. Cambio de color de la piel

Alteración de la contractilidad

Crepitancias, tos. Ortopnea, disnea paroxística nocturna. Gasto cardíaco menor a cuatro litros por minuto. Índice cardíaco menor a 2,5 l/min. Disminución de la fracción de eyección del índice de volumen de eyección y del índice de trabajo de eyección. Sonidos S3 o S4.

Conductuales/emocionales

Ansiedad. Agitación

Factores relacionados

Alteración de la frecuencia o ritmo cardíaco.

Alteración del volumen de eyección

Alteración de la precarga.

Alteración de la poscarga.

Alteración de la contractibilidad

Coincidimos con Gordon (1995) en no calificar este problema como diagnóstico enfermero. Se aconseja utilizarlo desde una óptica interdependiente, dado que la intervención está determinada por otro profesional.

E042101 *Tabaquismo.*

Hábito de vida de un individuo que se caracteriza por una dependencia del tabaco que puede conllevar un riesgo para su salud.

Características definitorias

- Puntuación en el Test de Fagerström por encima de 5.
- Expresión verbal de ser fumador.
- Aliento de olor a tabaco.
- Dientes amarillentos.
- Dedos amarillentos.
- Tos matutina productiva.
- Disminución del rendimiento físico.
- Inclínación al sedentarismo.
- Ansiedad.
- Alteraciones respiratorias frecuentes.

Factores relacionados

- Estrés.
- Ansiedad.
- Influencias familiares y culturales.
- Valores personales.
- Problemas de afrontamiento.

E042102 *Deterioro del intercambio gaseoso*

Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación de dióxido de carbono a través de la membrana alveolo-capilar.

Características definitorias

Trastornos visuales. Disminución del dióxido de carbono. Taquicardia. Hipercapnia. Agitación. Somnolencia. irritabilidad. hipoxia. Confusión. Disnea. Gasometría arterial anormal. Cianosis (sólo en neonatos). Color anormal de la piel (pálida). Hipoxemia. Hipocapnia. Cefalea al despertar. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormales. Diaforesis. pH arterial anormal. Aleteo nasal.

Factores relacionados

Desequilibrio ventilación / perfusión.

Cambios de la membrana alveolo-capilar.

Coincidimos con Gordon (1995) en no calificar este problema como diagnóstico enfermero. Se aconseja utilizarlo desde una óptica interdependiente, dado que la intervención está determinada por otro profesional.

E042103 Limpieza ineficaz de vías aéreas. (LIVA)

Estado en el cual un individuo experimenta un déficit en la eliminación de las secreciones traqueobronquiales.

Características definitorias

- Estertores.
- Tos débil no productiva o poco productiva.
- Disnea de esfuerzo
- Taquipnea.
- Roncus , sibilancias y crepitancias (indican mayor gravedad)
- Dificultad para vocalizar.
- Agitación

Factores relacionados

Ambientales

Tabaquismo. irritación por el humo y fumador pasivo.

Obstrucción de las vías aéreas

Espasmo de la vía aérea. Vía aérea artificial. Cuerpos extraños en las vías aéreas. Exudado alveolar. Retención de las secreciones. Mucosidad excesiva. Secreciones bronquiales.

Fisiológicos

Disfunción neuromuscular. Hiperplasia de las paredes bronquiales. EPOC. Infección. Asma.

Alergia en vías aéreas.

E042104 Patrón respiratorio ineficaz

Estado en el cual un individuo experimenta una alteración en el ritmo respiratorio que le origina una disminución de la eficacia respiratoria.

Características definitorias

— Disminución de la presión inspiratoria y espiratoria. Disminución de la ventilación por minuto.

— Uso de los músculos accesorios para respirar. Aleteo nasal. Disnea. Ortopnea. Alteración de la expansión torácica. Falta de aliento. Posición de trípode. Respiración con labios fruncidos.

Prolongación de la fase espiratoria. Tórax en tonel.

— Frecuencia respiratoria por minuto:

- niños <25 o > de 60 resp/min.

- de uno a cuatro años <20 o > de 30 resp/min.

- de 5 a 14 años <14 o > de 25 resp/min.

- adultos <11 o > de 24 resp/min.

— Profundidad respiratoria:

- adultos VT 500 ml en reposo

- niños VT 6-8 ml / kg peso

— Aumento o disminución de la duración de la inspiración/ espiración.

— Disminución de la Capacidad Vital.

Factores relacionados

— Dolor.

— Temor.

— Ansiedad.

— Actividad o ejercicio físico.

— Disminución de la funcionalidad de los músculos respiratorios :

- Heridas quirúrgicas.

- Lesiones torácicas y abdominales.

— Obesidad.

— Deterioro de la cognición.

- Lesión medular.
- Posición corporal.
- Inmadurez neurológica
- Fatiga de los músculos respiratorios.

*Este diagnóstico está relacionado con **intolerancia a la actividad**. Y puede ser en muchas ocasiones un problema interdependiente si se asocia a una situación patológica.*

E042105 *Dificultad para mantener la ventilación espontánea.*

Estado en que la disminución de las reservas de energía provocan la incapacidad del individuo para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

Características definitorias

- Disnea.
- Aumento de la tasa metabólica.
- Agitación creciente.
- Aprensión.
- Uso creciente de los músculos accesorios.
- Disminución del volumen circulante.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Disminución de la pO₂.
- Aumento de la pCO₂.
- Disminución de la cooperación.
- Disminución de la SaO₂.

Factores relacionados

- Factores metabólicos.
- Fatiga de los músculos respiratorios.

Coincidimos con Gordon (1995) en no calificar este problema como diagnóstico enfermero. Se aconseja utilizarlo desde una óptica interdependiente, dado que la intervención está determinada por otro profesional.

E042106 Riesgo de limpieza ineficaz de vías aéreas.

Estado en el cual un individuo puede experimentar un déficit en la eliminación de las secreciones traqueobronquiales.

Factores de riesgo

Generales

- Inmovilidad.
- Disminución de la consciencia.
- Desconocimiento sobre los mecanismos para producir la tos.
- Debilidad.
- Efectos de la anestesia.
- Efectos de la intervención quirúrgica.
- Falta de maduración.

Ambientales

- Irritación por el humo y fumador pasivo.

Obstrucción de las vías aéreas

- Intubación reciente. Exudado alveolar. Retención de las secreciones. Mucosidad excesiva.

Secreciones Bronquiales.

Fisiológicos

- Disfunción neuromuscular. Hiperplasia de las paredes bronquiales. EPOC. Infección. Asma.
- Alergia en vías aéreas.

E042107 *Respuesta disfuncional al destete del respirador (RDDR).*

Estado en el que el enfermo no puede adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el periodo de destete.

Características definitorias

Severa:

Agitación, deterioro de gasometría arterial, aumento de la TA, taquicardia, taquipnea, diaforesis profusa, uso de músculos respiratorios accesorios, respiración superficial, jadeante, abdominal o paradójica, descoordinada con el ventilador, disminución del nivel de conciencia, sonidos respiratorios adventicios, secreciones audibles en vías aéreas, cianosis.

Moderada:

Misma sintomatología que la severa, pero de menor intensidad.

Leve:

Agitación, ligero aumento de la FR, expresión de falta de oxígeno, malestar al respirar, fatiga, calor, dudas sobre el funcionamiento de la máquina, concentración creciente en la respiración.

Factores relacionados

Psicológicos:

Déficit de conocimientos sobre el papel del enfermo en el proceso del destete, percepción subjetiva del enfermo de ineficacia en el proceso de destete, disminución de la motivación, disminución de la autoestima, ansiedad moderada o severa, temor, desesperanza, impotencia, falta de confianza en la enfermera.

Situacionales:

Falta de control de los problemas o demandas episódicas de energía, ritmo inadecuado en la reducción del soporte ventilatorio, soporte social inadecuado, entorno adverso (ruidos, exceso de actividad, acontecimientos negativos en el habitáculo, baja proporción enfermera - enfermo, prolongada ausencia de la enfermera junto al paciente, poca familiaridad con el equipo enfermero), historia de dependencia ventilatoria mayor que una semana, historia de múltiples intentos fracasados de destete.

Fisiológicos:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas, alteración del patrón del sueño, nutrición inadecuada, dolor o malestar no controlado.

Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención está determinada por otro profesional.

E043001 Riesgo de síndrome por desuso.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de sufrir un deterioro de los sistemas corporales como resultado de inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Factores de riesgo

- Parálisis.
- Dolor crónico.
- Inmovilización mecánica o prescrita (escayolas, tracciones, collarines, muletas, bastones).
- Alteración en el nivel de conciencia.
- Cirugía ortopédica.
- Encamamiento.

E043002 Fatiga

Estado en el cual un individuo experimenta una sensación abrumadora de agotamiento y una disminución en la capacidad para el trabajo físico, mental o ambos.

Características definitorias

- Expresión de fatiga y falta de energía.
- Disminución de la actividad.
- Letargo o apatía, desinterés por lo que le rodea.
- Incapacidad de mantener las rutinas habituales, sensación de necesidad de energía adicional para llevar a cabo tareas rutinarias.
- Deterioro de la capacidad de concentración, incapacidad de concentrarse.
- Disminución de la libido.
- Aumento de las quejas físicas.
- Cambios emocionales o irritabilidad.
- Compromiso de la libido.
- Somnolencia.
- Sentimientos de culpa por no asumir las responsabilidades de la manera deseada.

Factores relacionados

Psicológicos

Estilo de vida aburrido. Estrés. Ansiedad. Depresión. Demandas psicológicas o emocionales abrumadoras.

Ambientales

Humedad. Luces. Ruido Temperatura.

Situacionales

Acontecimientos vitales negativos. Ocupación. Demandas sociales o del rol excesivas. Situaciones de malestar.

Fisiológicos

Privación del sueño. Malestar físico.

Aumento del ejercicio físico.

Desnutrición.

Embarazo.

Estados de enfermedad.

Anemia.

Baja ingesta calórica o de nutrientes.

La fatiga en castellano tiene una doble acepción: cansancio físico o moral; y molestias ocasionadas por la respiración frecuente o difícil (1). Una fatiga mantenida en el tiempo puede ser síntoma de una patología , sin embargo el cansancio de forma aguda es una respuesta humana de aviso del organismo sin descartar la posibilidad del cansancio percibido.

(1) Casares, J. (1992)Diccionario ideológico de la lengua española. Barcelona: Gustavo Gili

E043003 Trastorno de la movilidad física.

Estado en el cual un individuo experimenta la limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o una o más extremidades

Características definitorias

- Limitación de movimiento articular.
- Limitación de las habilidades motoras gruesas o finas.
- Inestabilidad postural.
- Movimientos descoordinados espasmódicos.
- Falta de deseo de movilización.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

Factores relacionados

- Afección neuromuscular.
- Dolor.
- Alteración perceptual-sensorial.
- Depresión. Ansiedad grave.
- Fatiga, disminución de fuerza y resistencia. Intolerancia a la actividad.
- Traumatismos o cirugía.
- Inflamación.
- Obesidad.
- Efectos secundarios de sedantes, narcóticos o tranquilizantes.

- Temor al movimiento.
- Barreras arquitectónicas.
- Falta de dispositivos de ayuda.
- Restricción de movimiento prescrita.

* *Codificación adaptada de E. Jones.*

E043004 Riesgo de trastorno de la movilidad física.

Estado en el cual un individuo puede experimentar la limitación del movimiento físico debido a su incapacidad o desgana.

Factores de riesgo

- Afección neuromuscular.
- Dolor.
- Alteración perceptual-sensorial.
- Depresión.
- Fatiga, disminución de fuerza y resistencia.
- Intolerancia a la actividad.
- Traumatismos o cirugía.
- Inflamación.
- Obesidad.
- Efectos secundarios de sedantes, narcóticos o tranquilizantes.
- Ansiedad grave.
- Temor al movimiento.
- Barreras arquitectónicas.
- Falta de dispositivos de ayuda.
- Restricción de movimiento prescrita.

*Este diagnóstico está relacionado con **Fatiga, Intolerancia a la actividad.***

E043005 Dificultad para caminar

Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Características definitorias

- Deterioro de la capacidad para subir escaleras.
- Deterioro de la capacidad para caminar las distancias requeridas.
- Deterioro de la habilidad para andar sobre un plano inclinado ascendente o descendente.
- Deterioro de la capacidad para caminar sobre superficies desiguales.
- Deterioro de la habilidad para sortear los obstáculos.

Factores relacionados

- Todos aquellos casos en los que puedan ocasionar atrofia de la musculatura de las piernas, en concreto cuádriceps, gemelos, isquiotibiales:
 - Encaramientos prolongados.
 - Colocación de aparatos que limiten la movilidad como yesos, tracciones, vendajes, etc.

E043006 Dificultad para manejar la silla de ruedas

Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.

Características definitorias

- Trastorno de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual o eléctrica en superficies lisas o desiguales.
- Trastorno de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual o eléctrica sobre un plano inclinado ascendente o descendente.
- Trastorno de la capacidad para sortear obstáculos con silla de ruedas.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

Factores relacionados

- Desconocimiento o poco entrenamiento en el manejo de la silla de ruedas.
- Disminución de la capacidad motora.

E043007 Dificultad en la habilidad de traslado

Limitación de la capacidad del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Características definitorias

- Trastorno de la capacidad para trasladarse de la cama a la silla y de la silla a la cama.
- Trastorno de la capacidad para trasladarse desde o hasta el inodoro.
- Trastorno de la habilidad para trasladarse desde o hasta la bañera o ducha.
- Trastorno de la habilidad para trasladarse entre dos superficies desiguales.
- Trastorno de la habilidad para trasladarse de la silla al coche o del coche a la silla.
- Trastorno de la habilidad para trasladarse de la silla al suelo o del suelo a la silla.
- Trastorno de la habilidad para pasar de la bipedestación a sentarse en el suelo o de la sedestación en el suelo a la bipedestación.

Factores relacionados

- Atrofias musculares múltiples por periodos largos de inmovilidad completa.
- Falta de entrenamiento en los movimientos comunes de traslado.

E043008 Dificultad para moverse en la cama.

Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.

Características definitorias

- Deterioro de la habilidad para pasar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa.
- Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a sentada con las piernas colgando o viceversa.
- Deterioro de la habilidad para deslizarse o cambiar de posición en la cama.
- Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a prona o viceversa.
- Deterioro de la capacidad para incorporarse en la cama desde la posición de decúbito supino y viceversa.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

Factores relacionados

- Anquilosamiento articular generalizado.
 - Atrofias múltiples musculares.
 - Pérdida de fuerza.
 - Obesidad extrema.
 - Desgana, ansiedad, tristeza, apatía, depresión.

E043009 Riesgo de caídas

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico

Factores de riesgo

Adultos

Historia de caídas. Uso de silla de ruedas. Edad igual o superior a los 65 años. Mujer si es anciana. Vivir solo. Prótesis en las extremidades inferiores. Uso de dispositivos de ayuda.

Fisiológicos

Enfermedad aguda. estados postoperatorios. Dificultades visuales y auditivas. Artritis. Hipotensión ortostática. Insomnio. Mareos al girar o extender el cuello. Anemia. Enfermedad vascular. Urgencia o incontinencia urinaria. Diarrea. Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. Cambios de glucosa postprandial. problemas en los pies. Trastorno de la movilidad física. Trastorno cinestésico.

Cognitivos

Alteración del estado mental.

Medicamentosos

Agentes hipotensores. Diuréticos. Antidepresivos tricíclicos. Consumo de alcohol. Ansiolíticos. Narcóticos y tranquilizantes (Hipnóticos)

Ambientales

Sujeciones. Calles húmedas. Hielo. Alfombras. Entorno desordenado. Habitación desconocida y débilmente iluminada. Falta de material antideslizante en bañera o ducha.

Niños

Edad inferior a dos años. Sexo varón cuando es mayor de un año. Falta de autosujeciones. Falta de barandilla protectora. Falta de protección en las ventanas. Colocación de la cama cerca de la

ventana. Dejar al niño solo en la cama, en la mesa o en el sofá para vestirlo. Falta de supervisión paternal

*Este diagnóstico es más específico que el de **Riesgo de traumatismo, Riesgo de lesión***

E043101 Intolerancia a la actividad.

Estado en el cual un individuo experimenta incapacidad para mantener la energía requerida para las actividades de la vida diaria o para tolerar un aumento en la actividad.

Características definitorias

- Cansancio, debilidad, disnea de esfuerzo.
- Expresión facial de preocupación.
- Fatiga, disminución de fuerza y resistencia.
- Alteración del ritmo cardíaco, presión sanguínea, respiraciones.
- Cambios electrocardiográficos.
- Eritema, cianosis, palidez de la piel al realizar esfuerzo.

[Niveles para la determinación del grado de deterioro (I -IV):

I = Camina, marcha regular: sube uno o más tramos de escalera pero realiza respiraciones aceleradas.

II = Camina la distancia de 150 m .; sube un tramo de escalera despacio y sin descansar.

III = No camina más de 15 m. de distancia sin detenerse; es incapaz de subir un tramo de escalera sin detenerse.

IV = Disnea y fatiga en reposo.] Gordon 1987

Factores relacionados

- Afección neuromuscular. Dolor.
- Alteración perceptual-sensorial.
- Obesidad. Malnutrición. Temor al movimiento.
- Barreras arquitectónicas (falta de dispositivos de ayuda)
- Debilidad generalizada. Estilo de vida sedentaria.
- Reposo o inmovilidad. Desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno. Interrupción del sueño. Afección de la función motora.

- Edad avanzada (falta de adaptación). Falta de motivación.
- Déficit cognitivo - estado emocional; proceso de enfermedad primario - depresión. Ansiedad grave. Mareo. Confusión.

*Este diagnóstico está relacionado con: **Deterioro del intercambio gaseoso, Patrón respiratorio ineficaz, Fatiga.***

E043102 Riesgo de intolerancia a la actividad.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de experimentar incapacidad para mantener la energía requerida para las actividades de la vida diaria o para tolerar un aumento en la actividad.

Factores de riesgo

- Afección neuromuscular.
- Mala forma física.
- Inexperiencia en la actividad.
- Presencia de problemas respiratorios o circulatorios.
- Historia de intolerancia previa.
- Dolor.
- Alteración perceptual-sensorial.
- Obesidad. Malnutrición.
- Temor al movimiento.
- Barreras arquitectónicas (falta de dispositivos de ayuda)
- Debilidad generalizada.
- Estilo de vida sedentaria.
- Reposo o inmovilidad.
- Desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno.
- Interrupción del sueño.
- Afección de la función motora.
- Edad avanzada (falta de adaptación).
- Falta de motivación.
- Déficit cognitivo - estado emocional; proceso de enfermedad primario - depresión.
- Ansiedad grave. Mareo. Confusión.

E043204 Déficit de autocuidados (uso del orinal/váter).

Estado en el cual un individuo experimenta deterioro en su capacidad de autosatisfacer la necesidad: eliminación.

Características definitorias

— Incapacidad para realizar las actividades de eliminación (0 - 4)*.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

* Clasificación de niveles funcionales: (0 - 4) Codificación adaptada de E. Jones.

Factores relacionados

— Falta de adaptación:

— Edad avanzada.

— Pérdida de miembros.

— Traumatismo

— Cirugía.

— Enfermedad crónica.

— Afección visual.

— Falta de coordinación.

— Debilidad muscular.

— Fatiga.

— Dificultad de movimientos.

— Falta de motivación.

- Confusión.
- Ansiedad.
- Aflicción.
- Falta de confianza en sí mismo.
- Dependencia.
- Afección perceptiva o del conocimiento.

*Este diagnóstico está relacionado con el **Trastorno de la movilidad física**.*

E044010 Errante

Caminar errabundo repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones. Frecuentemente es incongruente con las fronteras os límites o los obstáculos.

Características definitorias

- Movimiento frecuente y continuo de un lugar a otro. Con frecuencia acudiendo a los mismos lugares.
- Deambulación persistente en busca de personas perdidas o lugares inaccesibles.
- Deambulación fortuita. Deambulación por espacios o lugares no autorizados.
- La deambulación conlleva el abandono no intencionado de la casa.
- Largas caminatas si un destino aparente.
- Caminar o pasear por la habitación de forma inquieta.
- Incapacidad para localizar puntos de referencia en un entorno familiar.
- Locomoción que no puede evitarse o reorientarse con facilidad.
- Seguir o acompañar al cuidador.
- Entrada en entornos ajenos
- Hiperactividad.
- Conductas de búsqueda , registro o revisión.
- Periodos de locomoción intercalados con periodos de descanso.
- Perdersse

Factores relacionados

- Deterioro cognitivo (especialmente : déficit de memoria, desorientación, poca habilidad visuoespacial o visuo espacial, defectos del lenguaje principalmente expresivo)
- Atrofia cortical.
- Conducta premórbida: extrovertido, sociable, demencia premórbida.
- Separación de las personas y lugares familiares.
- Sedación.
- Estado emocional , especialmente frustración, ansiedad, aburrimiento o depresión (agitación)
- estimulación física o social insuficiente o excesiva.

- Estado o necesidad fisiológica (hambre, sed, dolor, ganas de orinar, estreñimiento)
- Hora del día.

Esta etiqueta diagnóstica ha sido traducida también como vagabundeo que en castellano tiene una acepción que se liga a indigencia. Se ha elegido la traducción de Errante porque se considera que se ajusta mejor al contenido de la etiqueta diagnóstica.

E044201 Déficit de actividades recreativas

Estado en el cual un individuo experimenta desgana o incapacidad para participar en actividades lúdicas que proporcionan distracción o gratificación.

Características definitorias

- Aburrimiento, apatía, bostezo, desinterés, letargo, dormir.
- Verbalización del deseo de actividad.
- Incapacidad para participar en las aficiones usuales debido a limitaciones físicas u hospitalización.
- Llanto, inquietud.
- Retraimiento, hostilidad.
- Preocupación consigo mismo.
- Pérdida o aumento de peso.

Factores relacionados

- Ambiente carente de actividades.
- Hospitalización de larga duración.
- Limitaciones físicas, postración en cama.
- Depresión.
- Aislamiento social.

E044202 Déficit de autocuidados (alimentación).

Estado en el cual un individuo experimenta deterioro en su capacidad de autosatisfacer la necesidad: alimentación.

Características definitorias

— Autoalimentación : Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca (0 - 4)*.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

* Clasificación de niveles funcionales: (0 - 4) Codificación adaptada de E. Jones.

Factores relacionados

— Falta de adaptación:

— Edad avanzada.

— Pérdida de miembros.

— Traumatismo

— Cirugía.

— Enfermedad crónica.

— Afección visual.

— Falta de coordinación.

— Debilidad muscular.

— Fatiga.

— Dificultad de movimientos.

— Falta de motivación.

- Confusión.
- Ansiedad.
- Aflicción.
- Falta de confianza en sí mismo.
- Dependencia.
- Afección perceptiva o del conocimiento.

Dependiendo de la etiología los cuidados serán paliativos o tendentes a solucionar la etiología.

E044203 Déficit de autocuidados (baño/higiene).

Estado en el cual un individuo experimenta deterioro en su capacidad de autosatisfacer la necesidad: baño/higiene.

Características definitorias

— Baño/higiene (0 - 4)* : Incapacidad de lavarse el cuerpo, todo o por partes; de obtener o ir hasta la fuente de agua, regular temperatura o flujo.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

* Clasificación de niveles funcionales: (0 - 4) Codificación adaptada de E. Jones.

Factores relacionados

— Falta de adaptación:

— Edad avanzada.

— Pérdida de miembros.

— Traumatismo

— Cirugía.

— Enfermedad crónica.

— Afección visual.

— Falta de coordinación.

— Debilidad muscular.

— Fatiga.

— Dificultad de movimientos.

- Falta de motivación.
- Confusión.
- Ansiedad.
- Aflicción.
- Falta de confianza en sí mismo.
- Dependencia.
- Afección perceptiva o del conocimiento.

Dependiendo de la etiología los cuidados serán paliativos o tendentes a solucionar la etiología.

E044205 Déficit de autocuidados (vestido/arreglo personal).

Estado en el cual un individuo experimenta deterioro en su capacidad de autosatisfacer la necesidad: vestido/arreglo personal.

Características definitorias

— Vestido/Arreglo personal (0 - 4)* : Incapacidad de vestirse, abrocharse, mantener un buen aspecto.

[Clasificación requerida de niveles funcionales: (0 - 4)*

0 = Completamente independiente.

1 = Requiere el empleo de aparatos o dispositivos.

2 = Requiere la ayuda de otra persona, para asistencia, supervisión o enseñanza.

3 = Requiere ayuda de otra persona y equipos o dispositivos.

4 = Dependiente, no participa en la actividad.]

* Clasificación de niveles funcionales: (0 - 4) Codificación adaptada de E. Jones.

Factores relacionados

— Falta de adaptación:

— Edad avanzada.

— Pérdida de miembros.

— Traumatismo

— Cirugía.

— Enfermedad crónica.

— Afección visual.

— Falta de coordinación.

— Debilidad muscular.

— Fatiga.

— Dificultad de movimientos.

- Falta de motivación.
- Confusión. Ansiedad. Aflicción. Falta de confianza en sí mismo.
- Dependencia. Afección perceptiva o del conocimiento.

Dependiendo de la etiología los cuidados serán paliativos o tendentes a solucionar la etiología.

E044206 Dificultad para el mantenimiento del hogar.

Estado en el que se experimenta incapacidad de la familia o persona de apoyo principal para mantener un medio ambiente seguro y de desarrollo para si mismo u otros miembros de la unidad familiar.

Características definitorias

- Acumulación de suciedad, basuras o alimentos en descomposición.
- Ambiente desordenado.
- Falta de equipamientos.
- Verbalización de dificultad para mantener el hogar confortable.
- Necesidad de ayuda para el mantenimiento del hogar.
- Falta de planificación en la organización de tareas de mantenimiento del hogar.
- Presencia de roedores o alimañas.
- Temperatura inapropiada de la casa.

Factores relacionados

- Enfermedad mental o depresión de persona significativa.
- Abuso de sustancias, drogadicción.
- Efectos de enfermedades debilitantes crónicas.
- Falta de conocimientos y de motivación.
- Falta de sistemas de apoyo.
- Desconocimiento de los sistemas de apoyo social.

Este diagnóstico puede ser detectado por la enfermera comunitaria necesitando en ocasiones la colaboración del trabajador social para tratamiento.

E044301 Síndrome de estrés por traslado.

Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Características definitorias

- Cambio de entorno / localización, ansiedad, aprensión, confusión creciente (población anciana), depresión, soledad.
- Realiza resistencia al traslado, trastorno del sueño, cambios de hábitos alimentarios, dependencia, trastornos gastrointestinales.
- Manifestación creciente de necesidades, inseguridad, falta de confianza, agitación, tristeza.
- Comparación de los equipos cuidadores (antes y después).
- Preocupado / trastornado por el traslado, vigilancia, cambios ponderales, introversión.

Factores relacionados

- Pérdidas anteriores, concurrentes y crecientes.
- Pérdidas relacionadas con la decisión de trasladarse.
- Sentimientos de impotencia.
- Falta de un sistema de soporte social adecuado.
- Poca o ninguna preparación para el inminente traslado.
- Cambio ambiental de moderado a importante.
- Historia y tipo de traslados previos.
- Deterioro del estado de salud psicológica.
- Disminución del estado de salud física.
- Barreras lingüísticas

E044302 Riesgo de síndrome de estrés por traslado.

Riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Factores de riesgo

- Cambio ambiental de moderado a importante (físico, étnico o cultural)
- Traslado temporal o permanente, voluntario o involuntario.
- Falta de apoyo adecuado por parte del grupo o sistema.
- Sentimientos de impotencia.
- Alteración de la competencia mental.
- Experiencia imprevista.
- Deterioro del estado de salud física o psicosocial.
- Falta de asesoría previa al traslado.
- Afrontamiento pasivo.
- Pérdidas concurrentes anteriores o actuales.

E044401 Sedentarismo.

Respuesta humana que supone un hábito de vida que se caracteriza por una actividad física baja y que puede conllevar un riesgo para la salud

Características definitorias

- La familia o la persona expresa verbalmente tener hábitos de vida sedentarios. Verbaliza realizar menos de 30 minutos de una actividad física específica.
- Realización exclusiva de actividades operacionales de la vida diaria.
- Capacidad disminuida para la realización de ejercicio físico: mala forma física. Puntuación en lámina de forma física COOP/WONCA ≥ 3 .
- Pereza, manifestación verbal de preferencia de actividades de escaso o nulo contenido en actividad física.

Factores relacionados

- Falta de hábito para hacer ejercicio.
- Falta de motivación. Desinterés.
- Falta de conocimientos sobre las ventajas para la salud de la realización de ejercicio físico.
- Falta de adiestramiento para la realización de ejercicio físico.
- Falta de recursos. Falta de compañía para realizar ejercicio físico.
- Bajo estado de ánimo.
- Falta de tiempo.

*Guirao-Goris, JA; Moreno Pina, P; Martínez-Del Campo, P. (2001). Validación de Contenido Diagnóstico de la Etiqueta Diagnóstica Enfermera Sedentarismo. Enfermería Clínica . En prensa. Véase también: **Riesgo de síndrome por desuso, Riesgo de intolerancia a la actividad, Riesgo de trastorno de la movilidad física.***

E045001 *Perturbación del campo de energía.*

Desorganización del flujo de energía que rodea a una persona y que resulta en una falta de armonía entre el cuerpo, la mente y/o el espíritu.

Características definitorias

- Cambios de temperatura. Frío -calor
- Cambios visuales. Imagen - color
- Alteración del campo. Vacío, estático, espigado, protuberante
- Movimiento. Ondulante, dentado, titilante, denso y fluido.
- Sonido. Tono, palabra.

Factores relacionados

- Pendiente de desarrollo.

No se recomienda su uso por ser una etiqueta de difícil implementación en la práctica por ser muy general.

E050001 Perturbación del patrón de sueño

Estado en el cual un individuo experimenta un trastorno en la calidad o cantidad de los patrones del sueño, que le ocasiona malestar.

Características definitorias

- Dificultad para conciliar el sueño; manifiesta no dormir bien. Tardar más de treinta minutos en conciliar el sueño. Despertarse más de tres veces por la noche.
- Se despierta antes de lo deseado; sueño interrumpido.
- Fatiga al despertar. Desvelo prolongado. Insomnio mantenido
- Desequilibrio entre el sueño REM y NREM.*
- Aumento de la proporción de la fase I del sueño.
- Bostezo frecuente.
- Disminución de la capacidad para funcionar.

Factores relacionados

Alteraciones sensoriales internas:

- Enfermedad, dolor, estrés psíquico: ansiedad, depresión.
- Inactividad.
- Diarrea. Poliuria. Náuseas.
- Tensión, temor o ansiedad, depresión, pesadillas.

Alteraciones sensoriales externas:

- Desadaptación a cambios en el entorno:
 - hospitalización
 - turno de trabajo...
 - Ruido.
 - Demandas de cuidado por otras personas.
 - Ambiente poco familiar.
 - Perturbación en el ciclo circadiano (cambios de turno de trabajos).

*Etiqueta de carácter general *El sueño NREM se caracteriza por proporcionar descanso y restablecimiento del organismo y el REM descanso síquico. En 7 a 8 horas de sueño hay generalmente de 3 a 4 periodos de sueño REM con una duración de cinco minutos a una hora.*

E050002 Privación de sueño.

Periodos de tiempo prolongados sin la suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia.

Características definitorias

- Somnolencia diurna.
- Disminución de la capacidad de funcionamiento.
- Malestar. Cansancio. Letargo. Agitación. Irritabilidad.
- Aumento de la sensibilidad al dolor. Languidez. Apatías.
- Enlentecimiento de la reacción. Incapacidad para la concentración.
- Trastornos perceptuales (alteración de las sensaciones corporales, ilusiones, sensación de flotar).
- Alucinaciones. Confusión aguda. Paranoia transitoria.
- Agitación o agresión.
- Ansiedad.
- Nistagmo leve.
- Temblor de manos.

Factores relacionados

- Malestar físico y / o psicológico prolongado.
- Persistencia de una higiene del sueño inadecuada.
- Uso prolongado de antisoporíferos farmacológicos o dietéticos.
- Cambio de las etapas del sueño relacionadas con la edad.
- Asincronía circadiana mantenida. Actividad diurna inadecuada.
- Estimulación ambiental sostenida. Persistencia de un entorno para el sueño incómodo o desconocido.
- Prácticas paternas no inductoras al sueño. Apnea del sueño. Movimientos límbicos periódicos (síndrome de agitación de la pierna, mioclonía nocturna).
- Narcolepsia. Síndrome de hipersomnolencia nerviosa central idiopática.
- Sonambulismo. Terrores nocturnos. Enuresis relacionada con el sueño. Pesadillas.

- Erecciones dolorosas durante el sueño.
- Parálisis familiar del sueño.
- Demencia.

*Esta etiqueta diagnóstica es más específica que la de **Perturbación del patrón del sueño**.*

E061001 Perturbación de los procesos de pensamiento

Estado en el cual el individuo experimenta perturbación de los procesos mentales, percepción, orientación con respecto a la realidad, memoria, razonamiento y juicio.

Características definitorias

- Desorientación temporo espacial.
- Disminución de la memoria.
- Disonancia cognitiva.
- Interpretación imprecisa del entorno.
- Disminución de la capacidad para dominar las ideas, tomar decisiones, resolver problemas, razonar.
- Alucinaciones.
- Pensamiento no basado en la realidad.
- Egocentrismo.
- Facilidad para distraerse.
- Hipovigilancia/ hipervigilancia.

Factores relacionados

- Efectos secundarios de sedantes.
- Privación del sueño.
- Amnesia.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Estrés.
- Traumas emocionales.

E061002 Confusión aguda

Inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, nivel de conciencia y del ciclo sueño / vigilia.

Características definitorias

- Fluctuaciones en el conocimiento.
- Fluctuaciones en el ciclo sueño / vigilia.
- Fluctuaciones en el nivel de conciencia.
- Fluctuaciones en la actividad psicomotora.
- Creciente agitación o intranquilidad.
- Percepciones erróneas.
- Falta de motivación para iniciar o seguir una conducta dirigida al logro de un objetivo.
- Alucinaciones.

Factores relacionados

- Edad superior a los 60 años.
- Demencia.
- Abuso de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Delirio.

E061003 Confusión crónica

Deterioro irreversible, de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales, reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, y manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y la conducta.

Características definitorias

- Evidencia clínica de deterioro orgánico.
- Alteración de la interpretación / respuesta a los estímulos.
- Deterioro cognitivo progresivo de larga duración.
- No hay cambios en el nivel de conciencia.
- Deterioro de la socialización.
- Deterioro de la memoria (a corto plazo y remota).
- Alteración de la personalidad.

Factores relacionados

- Enfermedad de Alzheimer.
- Psicosis de Korsakoff.
- Demencia multiinfarto.
- Accidente cerebrovascular.
- Traumatismo craneal.

E061004 Deterioro de la memoria.

Estado en que la persona experimenta una incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales. El deterioro de la memoria puede atribuirse a causas fisiopatológicas o situacionales que pueden ser temporales o permanentes.

Características definitorias

- Información u observación de experiencias de olvidos.
- Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta.
- Incapacidad para aprender o retener nuevas habilidades o
- Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida.
- Incapacidad para recordar información sobre los hechos.
- Incapacidad para recordar acontecimientos recientes o pasados.
- Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello.

Factores relacionados

- Hipoxia aguda o crónica.
- Anemia.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Trastornos neurológicos.
- Excesivas alteraciones ambientales.

E061005 Síndrome de interpretación alterada del entorno.

Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo, o las circunstancias, durante más de 3 - 6 meses que requiere un entorno protector.

Características definitorias

- Constante desorientación en entornos conocidos y desconocidos.
- Estados confusionales crónicos: pérdida de empleo o de la función social por pérdida de memoria.
- Incapacidad para seguir directrices / instrucciones simples.
- Incapacidad para razonar.
- Incapacidad para concentrarse.
- Lentitud en la respuesta a las preguntas.

Factores relacionados

- Demencia (enfermedad de Alzheimer, demencia multiinfarto, enfermedad de Pick, complejo de demencia del SIDA).
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Huntington.
- Depresión.
- Alcoholismo.

E061010 *Disreflexia autónoma*

Persona con una lesión medular en D7 o superior que experimenta ante un estímulo causal una respuesta no inhibida del sistema nervioso simpático que pone en peligro su vida.

Características definitorias

Palidez por debajo de la lesión.

Hipertensión paroxística (aumento súbito de la tensión arterial en la que la presión sistólica está por encima de 140 mm Hg y diastólica por encima de 90 mm Hg)

Bradicardia o taquicardia (pulso inferior a 60 p/min. o superior a 100 p/min.)

Diaforesis (por encima del nivel de lesión)

Manchas rojas en la piel (por encima de la lesión)

Cefalea (dolor difuso en distintas partes de la cabeza y no limitado a ningún territorio nervioso)

Escalofríos. Congestión conjuntival.

Síndrome de Horner (contracción pupilar, ptosis palpebral, xenoftalmos y a veces falta de sudación sobre el lado afectado de la cara).

Parestesias. Visión borrosa. Dolor torácico. Sabor metálico en la boca. congestión nasal. Reflejo pilomotor (aparición de piel de gallina al enfriar la piel)

Factores relacionados

Distensión vesical. Distensión intestinal.

Falta de conocimientos del enfermo y del cuidador. Irritación cutánea.

Se aconseja utilizar este problema desde una óptica interdependiente, dado que la intervención en la mayoría de las ocasiones viene condicionada por otro profesional.

E061011 Riesgo de disreflexia autónoma

Persona que tiene lesión o enfermedad de la medula espinal a la altura de D6 o superior , que después de shock medular corre el riesgo de que no se inhiba la respuesta del sistema nervioso simpático poniendo en peligro su vida (se ha comprobado su aparición en personas con lesiones de D7 y D8) .

Factores de riesgo

Lesión o alteración en D6 o superior y por lo menos uno de los siguientes estímulos causales.

Estímulos neurológicos

Estímulos dolorosos o irritantes por debajo del nivel de la lesión.

Estímulos urológicos

Distensión vesical. Disinergia del esfínter detrusor. Espasmo vesical. Uso de instrumentos o cirugía. Epididimitis. Uretritis. Infección urinaria. Cálculos

Cistitis. Cateterización

Estímulos gastrointestinales

Distensión intestinal. Impactación fecal. Estimulación digital. Supositorios. Hemorroides. Dificultad para la defecación. estreñimiento. Enemas. Patología del sistema gastrointestinal. Úlcera péptica.

Reflujo esofágico. Litiasis biliar.

Estímulos del aparato reproductor

Menstruación. Coito. Embarazo. Parto y parto. Quiste ovárico. Eyaculación.

Estímulos cutáneos y músculoesqueléticos

Estimulación cutánea (por ejemplo: UPP, uña encarnada, apósito, quemadura, erupciones).

Presión sobre las prominencias óseas o los genitales. Heterotrofia ósea. Espasmos. Fracturas.

Ejercicios de amplitud de movimiento. Heridas. Quemaduras solares.

Estímulos del sistema regulador

Fluctuaciones de temperatura. Temperaturas ambientales extremas.

Estímulos situacionales

Posición. Ropa constrictiva (cinturones, calcetines y zapatos). Reacciones medicamentosas (simpaticomiméticos, vasoconstrictores, abstinencia de narcóticos). Procedimiento quirúrgico.

Guirao-Goris,JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A.

Problemas cardiopulmonares

Embolia pulmonar. Trombosis venosa profunda

E062001 Conflicto de decisiones (especificar).

Estado en el cual un individuo experimenta incertidumbre sobre el desarrollo de acciones que deben tomarse cuando una decisión comporta riesgo, pérdida o cambio de los valores personales.

Características definitorias

- Manifiesta incertidumbre frente a las consecuencias que pueden producirse tras la elección entre las distintas alternativas.
- Vacila entre las distintas alternativas.
- Expresión de sufrimiento mientras intenta tomar una decisión.
- Se retrasa en llevar a cabo una decisión.
- Egocentrismo.
- Signos de angustia o tensión (taquicardia, tensión muscular, inquietud).
- Cuestiona sus valores y creencias mientras intenta tomar una decisión.

Factores relacionados

- Amenazas a su sistema de valores.
- Falta de experiencia en la toma de decisiones.
- Falta de información.
- Fuentes de información múltiples y divergentes.
- Falta de sistemas de apoyo.

E063001 Desconocimiento (especificar).

Estado en el cual un individuo carece de técnicas y conocimientos específicos que afectan su capacidad para mantener la salud.

Características definitorias

- Verbaliza el problema.
- Uso inadecuado de vocabulario relacionado con la salud.
- Expresa inexactitud de su problema.
- Incapacidad para explicar el plan terapéutico o describir su estado de salud.
- Repetidamente solicita información.
- No busca ayuda o no sigue el régimen terapéutico consiguiente.
- Afirmación de ideas erróneas.
- Comportamiento exagerado (histeria, hostilidad, apatía, agitación, depresión).
- No cumple objetivos pactados.

Para elaborar un diagnóstico enfermero a partir de esta etiqueta se considera que no es necesaria la identificación de un factor etiológico, dado que la actuación se orienta hacia la misma etiqueta . La identificación de la etiología hace más enmarañado el uso de esta etiqueta en la práctica asistencial.

La NANDA denomina esta etiqueta como Conocimientos deficientes.

E064001 *Perturbación visual*

Estado en el cual un individuo experimenta interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de los estímulos visuales

Características definitorias

- Resultados anormales en las pruebas visuales.
- Visión borrosa, visión de manchas, visión doble.
- Guiños. Falta de parpadeo o reflejo corneal.
- Acercarse o alejarse en exceso, para ver algo.
- Golpearse al caminar.
- Dolor de cabeza.
- Lagrimeo, inflamación ocular, irritación de la conjuntiva
- Fatiga, apatía, depresión.
- Ansiedad, cambio en el comportamiento. Inquietud, temor. Irritabilidad, ira.

Factores relacionados

- Dificultad en la adaptación a las gafas correctoras.
- Uso prolongado de lentes de contacto.
- Falta de empleo de aparatos para la protección visual.
- Efecto de: edad avanzada, tensión, daño neurológico.
- Restricción del movimiento de cabeza o cuello.
- Dolor. Privación del sueño.

Este diagnóstico originará cuidados paliativos tendentes a prevenir problemas secundarios como lesiones. La orientación de los cuidados fomentará la adaptación al problema.

E064002 Perturbación auditiva.

Estado en el cual un individuo experimenta interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de estímulos por receptores del oído.

Características definitorias

- Prueba auditiva anormal, acúfenos.
- Falta de reflejo de susto.
- Falta de respuesta a los estímulos verbales.
- Deformación del pabellón auditivo externo.
- Falta de atención, ensimismamiento, ensoñamiento.
- Retraso en el desarrollo del habla o del lenguaje.
- Ansiedad, apatía, depresión. Inquietud, temor. Irritabilidad, ira.
- Cambio en el comportamiento, cambios rápidos del humor.

Factores relacionados

- Efecto de la edad avanzada.
- Exceso de cerumen en los oídos.
- Déficit de higiene auditiva.
- Líquido o cuerpos extraños en el conducto auditivo.
- Estrés.
- Exposición continua a ruido excesivo.

Este diagnóstico originará cuidados paliativos tendentes a prevenir problemas secundarios como lesiones. La orientación de los cuidados fomentará la adaptación al problema.

E064003 Perturbación cinestésica.

Estado en el cual un individuo experimenta interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de estímulos por receptores del equilibrio.

Características definitorias

- Falta de coordinación motora.
- Vértigo, náuseas, mareo por movimiento.
- Búsqueda de apoyo adicional para mantener el equilibrio.
- Caídas, tropiezos
- Fatiga.
- Temor.

Factores relacionados

- Efecto de la edad avanzada (falta de dispositivos de ayuda).
- Estrés.
- Privación del sueño.
- Encamamiento prolongado.

Este diagnóstico originará cuidados paliativos, ya que en ocasiones no son tratables los factores relacionados.

E064004 *Perturbación gustativa.*

Estado en el cual un individuo experimenta interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de los estímulos procedentes de los receptores del sabor.

Características definitorias

- Expresión de falta de distinguir los sabores.
- Disminución de apetito.
- Empleo de gran cantidad de condimentos.

Factores relacionados

- Edad avanzada (falta de adaptación a la pérdida del gusto en la misma).
- Efecto de ciertos medicamentos.
- Efectos de traumatismo en la lengua.
- Afectación del olfato.
- Resfriado.
- Alteración de la mucosa oral.

Este diagnóstico originará cuidados paliativos tendentes a prevenir problemas secundarios como lesiones. La orientación de los cuidados fomentará la adaptación al problema.

E064005 *Perturbación táctil.*

Estado en el cual un individuo experimenta interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de estímulos por receptores del tacto.

Características definitorias

— A la exploración se observa:

- Anestesia, Hipostesia al roce de un algodón.
- Falta de identificación de un objeto por el tacto.
- No nota calor, frío, objeto puntiagudo.

Factores relacionados

- Alteración circulatoria.
- Mantenimiento de posturas que coarten el riego sanguíneo.
- Dolor.
- Edad avanzada (falta de adaptación a la pérdida del tacto en la misma).

Este diagnóstico originará cuidados paliativos tendentes a prevenir problemas secundarios como lesiones. La orientación de los cuidados fomentará la adaptación al problema.

E064006 Perturbación olfativa.

Estado en el cual un individuo experimenta interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de los estímulos procedentes de los receptores del olor.

Características definitorias

- Menor percepción de los olores.
- Disminución del apetito.
- Disminución del sentido del gusto.

Factores relacionados

- Inflamación de la mucosa nasal.
- Cuerpo extraño en la nariz.
- Edad avanzada. (falta de adaptación a la pérdida del gusto en la misma).
- Resfriado.
- Alergias.

Este diagnóstico originará cuidados paliativos tendentes a prevenir problemas secundarios como lesiones. La orientación de los cuidados fomentará la adaptación al problema.

E065201 Desatención unilateral.

Estado en el cual un individuo carece de percepción consciente y desatiende uno de los lados de su organismo y el espacio que domina dicho lado.

Características definitorias

- Falta de atención constante hacia los estímulos de la parte afectada.
- Dificultad para el autocuidado.
- Precaución de la zona afectada.
- Posición para evitar lesiones en la zona afectada.
- No mira hacia la zona afectada.
- Deja comida en el plato de la zona afectada.

Factores relacionados

- Falta de adaptación a:
 - Hemianopía.*
 - Ceguera unilateral.
 - Enfermedad neurológica o traumatismo.
 - Alteración del riego sanguíneo cerebral.

* *Ceguera de la mitad del campo visual.*

E065301 Riesgo de lesión perioperatoria.

Estado en que el cliente está en riesgo de sufrir una lesión como resultado de las condiciones ambientales que se dan en el entorno perioperatorio.

Factores de riesgo

- Desorientación.
- Inmovilización.
- Debilidad muscular.
- Alteraciones sensitivas / perceptuales debido a la anestesia.
- Obesidad.
- Emaciación (adelgazamiento extremo)
- Edema.

E065302 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

Estado en el que un individuo está en riesgo de experimentar una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

Factores de riesgo

- Fracturas.
- Compresión mecánica (torniquete, escayola, abrazadera, apósito o sujeciones).
- Cirugía ortopédica.
- Traumatismos.
- Inmovilización.
- Quemaduras.
- Obstrucción vascular.

E066001 Dolor agudo.

Sensación molesta y aflictiva, más o menos intensa, de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, que se experimenta en un corto espacio de tiempo.

Características definitorias

- Informe verbal de dolor o codificado (mediante escala).
- Facie de dolor. Abrir /cerrar extremadamente los ojos
- Llanto. Quejidos. Irritabilidad. Sensaciones punzantes.
- Inmovilidad e inactividad.
- Se toca el área dolorida.
- Reflejo de retirar la parte afectada.
- Temblores. Ansiedad. Miedo. Sudación profusa
- Capacidad alterada para continuar con actividades previas. Falta de concentración
- Cambios en la postura o en la marcha. cambios en los patrones del sueño.
- Disminución o aumento de la presión sanguínea.
- Taquicardia. Taquipnea. Diaforesis. Midriasis. Inquietud.
- Conductas de distracción.
- Cambios en el apetito en la ingesta.
- Náuseas. Vómitos.

Simon, JM. Baumann Manolan, L.(1995) Differential Diagnostic Validation: acute and chronic pain. Nursing diagnosis 6(2): 73-79

*Para elaborar un diagnóstico enfermero a partir de esta etiqueta se considera que no es necesaria la identificación de un factor etiológico, dado que la actuación se orienta hacia la misma etiqueta . La identificación de la etiología hace más enmarañado el uso de esta etiqueta en la práctica asistencial. Realizar diagnóstico diferencial con el **dolor crónico**.*

E066002 Dolor crónico.

Sensación molesta y aflictiva, más o menos intensa, de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, que se experimenta de forma prolongada.

Características definitorias

- Informe verbal de dolor o codificado (mediante escala).
- Distorsión en las relaciones familiares y sociales*.
- Irritabilidad.
- Cambios en los patrones del sueño
- Miedo a la recaída.
- Inmovilidad física o inactividad
- Depresión*
- Frotarse la zona dolorosa. Sensación martilleante.
- Capacidad alterada para continuar con actividades previas.
- Introspección. Huida del contacto social.
- Disminución de la libido.
- Agitación.

Simon, JM. Baumann Manolan, L.(1995) Differential Diagnostic Validation: acute and chronic pain. Nursing diagnosis 6(2): 73-79

*Para elaborar un diagnóstico enfermero a partir de esta etiqueta se considera que no es necesaria la identificación de un factor etiológico, dado que la actuación se orienta hacia la misma etiqueta . La identificación de la etiología hace más enmarañado el uso de esta etiqueta en la práctica asistencial. Realizar diagnóstico diferencial con el **dolor agudo**.*

** Características diferenciales del dolor crónico.*

E071101 Ansiedad.

Estado en el cual el individuo experimenta sentimientos vagos de incomodidad, cuyo origen suele ser genérico y no identificado por el mismo.

Características definitorias

- Preocupación, inquietud, sentimientos de temor, miedo, pánico.
- Llanto.
- Temblores.
- Retraimiento, confusión, incertidumbre.
- Falta de contacto visual.
- Cambio en la calidad de la voz, dificultad para expresarse.
- Preocupación con respecto a cambios en los acontecimientos de la vida, disminución de la confianza en sí mismo.
- Cambio del apetito.
- Cambio en los patrones del sueño, irritabilidad, agitación.
- Midriasis, aumento de la tensión sanguínea
- Taquipnea, taquicardia, diaforesis.
- Náusea, dolor de cabeza.

Factores relacionados

- Dolor.
- Pérdida de alguna parte del cuerpo o alguna función.
- Enfermedad incapacitante crónica.
- Amenaza de muerte imaginaria.
- Posible pérdida de posesiones
- Pérdida imaginaria de personas significativas.
- Amenaza o cambio en el estado de salud, socioeconómico, en las relaciones, en las funciones que desempeña.

Las características definitorias y los factores relacionados de ansiedad y temor coinciden. En la ansiedad el origen de la misma es percibido por el sujeto como genérico mientras que en el temor si lo sería, y por tanto originarían cuidados diferenciados.

E071102 Ansiedad ante la muerte.

Aprensión, preocupación o miedo relacionados con la muerte o con la agonía.

Características definitorias

Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas. Impotencia ante los temas relacionados con la agonía. Miedo a la pérdida física o de las capacidades mentales durante la agonía. Anticipación de dolor relacionado con la agonía. Tristeza profunda. Miedo al proceso de morir. Preocupación por sobrecargar a los cuidadores a medida que la enfermedad terminal incapacite a la persona. Preocupaciones sobre el encuentro con el creador o sentimientos de duda sobre la existencia de un dios o un ser superior. Pérdida total de control sobre cualquier aspecto de la propia muerte. Imagen negativa de la muerte o pensamientos desagradables sobre cualquier acontecimiento relacionado con la muerte o la agonía. Miedo al retraso en el fallecimiento. Miedo a la muerte prematura porque impide el logro de importantes objetivos vitales. Preocupación por causar duelo y sufrimiento a otros. Miedo a dejar sola a la familia tras la muerte. Miedo a desarrollar una enfermedad terminal. Negación de la propia mortalidad o de la inminencia de la muerte.

Para elaborar un diagnóstico enfermero a partir de esta etiqueta se considera que no es necesaria la identificación de un factor etiológico, dado que la actuación se orienta hacia la misma etiqueta . La identificación de la etiología hace más enmarañado el uso de esta etiqueta en la práctica asistencial.

E071103 Temor

Estado en el cual el individuo experimenta sentimientos vagos e incomodidad, cuyo origen suele ser una fuente identificada por el mismo como peligrosa.

Características definitorias

- Preocupación, inquietud, sentimientos de temor, miedo, pánico.
- Llanto.
- Temblores.
- Retraimiento, confusión, incertidumbre.
- Falta de contacto visual.
- Cambio en la calidad de la voz, dificultad para expresarse.
- Preocupación con respecto a cambios en los acontecimientos de la vida, disminución de la confianza en sí mismo.
- Cambio del apetito.
- Cambio en los patrones del sueño, irritabilidad, agitación.
- Midriasis, aumento de la tensión sanguínea, taquipnea, taquicardia, diaforesis.
- Náusea, dolor de cabeza.

Factores relacionados

- Dolor.
- Pérdida de alguna parte del cuerpo o alguna función.
- Enfermedad incapacitante crónica.
- Amenaza de muerte real.
- Pérdida de posesiones
- Pérdida real de personas significativas.
- Amenaza o cambio en el estado de salud, socioeconómico, en las relaciones, en las funciones que desempeña.
- Respuestas aprendidas.
- Hospitalización.

- Intervenciones hospitalarias.
- Estímulos fóbicos

Las características definitorias y los factores relacionados de ansiedad y temor coinciden. En la ansiedad el origen de la misma es percibido por el sujeto como genérico mientras que en el temor si lo sería, y por tanto originarían cuidados diferenciados.

E072001 Desesperanza.

Estado subjetivo en el cual un individuo no encuentra alternativas, ni elecciones personales, o las encuentra muy limitadas, para sobreponerse a la situación.

Características definitorias

- Verbalización de abatimiento: “Estoy harto, cansado, quiero morirme...”
- Estado depresivo.
- Desánimo por el deterioro físico que sucede a pesar de controlar y cumplir el régimen terapéutico.
- Pasividad, disminución de las manifestaciones verbales.
- Disminución del apetito.
- Aumento o disminución del sueño.
- Falta de implicación en el cuidado.
- Disminución de la afectividad.
- Falta de iniciativa.
- Retraimiento.
- Se encoge de hombros en respuesta a quien le habla.

Factores relacionados

- Falta de adaptación a :
 - Hospitalización frecuente.
 - Deterioro del estado físico.
 - Aislamiento social.
 - Dolor crónico.
- Autoestima baja aguda / crónica.
- Sobrevaloración de los aspectos negativos de la situación que se está viviendo.

E072002 Impotencia.

Estado en el cual la persona percibe que la acción propia no afectará de un modo significativo a los resultados.

Características definitorias

Baja

Expresión verbal de carecer de control sobre la situación: “No puedo”, “Soy incapaz”, “Me es imposible ...

Moderada

Falta de participación en los cuidados o toma de decisiones cuando se le da la oportunidad de hacerlo. Resentimiento . Cólera. Culpa. Expresión de insatisfacción o frustración por la incapacidad para realizar las tareas o actividades previas. Falta de control de los progresos. Expresiones de duda respecto a la desempeño de l rol. Rechazo a manifestar los verdaderos sentimientos. Temor a la alienación por parte de los cuidadores. Pasividad. Incapacidad para buscar información respecto a sus cuidados. Dependencia de otros que puede resultar en irritabilidad, resentimiento, cólera y culpabilidad. Falta de defensa de las prácticas de autocuidado cuando son cuestionadas.

Severa

Expresión verbal de carecer de control o influencia sobre los resultados. Apatía. Depresión por el deterioro físico que ocurre a pesar del seguimiento del tratamiento.

Factores relacionados

— Falta de adaptación a :

- Hospitalización frecuente.
- Deterioro del estado físico.
- Aislamiento social.
- Dolor crónico.

— Autoestima baja aguda / crónica.

— Sobrevaloración de los aspectos negativos de la situación que se está viviendo.

— Interacción interpersonal

- Tratamiento relacionado con una enfermedad.
- Estilo de vida desesperanzado.

*Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con **Desesperanza**.*

E072003 Riesgo de Impotencia.

Estado en el cual la persona tiene el riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

Factores de riesgo

Fisiológicos

- Enfermedad aguda o crónica. Hospitalización frecuente. Intubación. Aspiración. Uso de ventilador respiratorio. Lesión aguda o proceso patológico progresivo y debilitante (lesión medular, esclerosis múltiple, ELA)
- Envejecimiento (disminución de la fuerza física, reducción de la movilidad)
- Agonía.

Psicosociales

- Falta de conocimientos sobre la enfermedad o el sistema de cuidados de la salud.
- Dependencia en la vida cotidiana con patrones de afrontamiento inadecuados.
- Falta de integralidad.
- Reducción de la autoestima e imagen corporal pobre e inestable.

*Antes de elaborar diagnósticos de riesgo se han de elaborar diagnósticos reales. Si existiese: **Autoestima baja crónica, Autoestima baja situacional, Ansiedad ante la muerte, Afrontamiento ineficaz** es preferible intervenir en dichas etiquetas antes que elaborar un diagnóstico de riesgo.*

E072004 Aflicción crónica

Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente que experimenta la persona (familiar, cuidador o individuo con una enfermedad o discapacidad crónica) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Características definitorias

- Sentimientos de intensidad variable, periódicos, que pueden progresar e intensificarse con el tiempo y pueden interferir con la habilidad de la persona para alcanzar su nivel máximo de bienestar personal y social.
- La persona expresa sentimientos periódicos recurrentes de tristeza.
- La persona expresa uno o más sentimientos siguientes: cólera, sentirse incomprendido, confusión, depresión, desencanto, vacío, temor, frustración, culpa / autoinculpación, desesperación, desesperanza, soledad, baja autoestima, pérdida recurrente, sentirse abrumado.

Factores relacionados

- Muerte de un ser querido.
- La persona experimenta una enfermedad o discapacidad física o mental crónica como: retraso mental, esclerosis múltiple, prematuridad, espina bífida u otros defectos de nacimiento, enfermedad mental crónica, infertilidad, cáncer, Parkinson.
- La persona experimenta uno o más acontecimientos desencadenantes (crisis en el manejo de la enfermedad, crisis relacionadas con edades de desarrollo y oportunidades perdidas o hitos que obligan a establecer comparaciones con las normas de desarrollo, sociales o personales).
- Necesidad interminable de dar cuidados como constante recordatorio de la pérdida.

E073101 Autoestima baja situacional.

Desarrollo de una apreciación negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual

Características definitorias

- Informe verbal de que la situación actual desafía su valía personal.
- Verbalizaciones autonegativas.
- Conducta indecisa no asertiva.
- Expresión de vergüenza/culpa.
- Se evalúa incapaz de afrontar las situaciones o acontecimientos.
- Dificultad para tomar decisiones.

Factores relacionados

- Carencia de sistemas de apoyo.
- Pautas de relación interpersonal pasiva - agresiva.
- Mecanismos ineficaces de afrontamiento aprendidos frente a:
 - Estado o enfermedad amenazante para la vida.
 - Pérdida paterna, cónyuge o persona significativa.
 - Conflictos familiares. Cambio de rol social
 - Estrés. Ruptura sentimental.
 - Enfermedades crónicas.
 - Pérdida de trabajo. Divorcio.
 - Vejez. Minusvalías.
- Alteración de la imagen corporal.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Fallo, rechazo.

E073102 Autoestima baja crónica.

Autoevaluación / sentimientos negativos sobre uno mismo desarrollados y mantenidos en el tiempo.

Características definitorias

La persona de forma crónica o durante un largo periodo de tiempo:

- racionaliza o rechaza la retroalimentación positiva y exagera la negativa.
- Expresión de sentimientos negativos continuos acerca de sí mismo durante largo tiempo.
- Se resiste a probar cosas o situaciones nuevas.
- Manifiesta vergüenza o culpa.
- Se evalúa incapaz de afrontar las situaciones o acontecimientos.

Otras

- Conformismo.
- Depende de las opiniones de los demás.
- Falta de contacto visual.
- Indecisión.
- Falta de firmeza.

Factores relacionados

- Carencia de sistemas de apoyo.
- Pautas de relación interpersonal pasiva - agresiva.
- Mecanismos ineficaces de afrontamiento aprendidos frente a:
 - Estado o enfermedad amenazante para la vida.
 - Pérdida paternal, cónyuge o persona significativa.
 - Conflictos familiares. Cambio de rol social
 - Estrés. Ruptura sentimental.
 - Enfermedades crónicas.
 - Pérdida de trabajo. Divorcio.
 - Vejez. Minusvalías.
- Alteración de la imagen corporal.

Guirao-Goris,JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A.

— Conducta inconsistente con los valores.

— Fallo, rechazo.

E073103 Riesgo de autoestima baja situacional.

Riesgo de desarrollo de una apreciación negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual

Factores de riesgo

- Carencia de sistemas de apoyo.
- Pautas de relación interpersonal pasiva - agresiva.
- Mecanismos ineficaces de afrontamiento aprendidos frente a:
 - Estado o enfermedad amenazante para la vida.
 - Pérdida paterna, cónyuge o persona significativa.
 - Conflictos familiares. Cambio de rol social
 - Estrés. Ruptura sentimental.
 - Enfermedades crónicas.
 - Pérdida de trabajo. Divorcio.
 - Vejez. Minusvalías.
- Alteración de la imagen corporal.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Fallo, rechazo.
- Historia de desesperanza aprendida.
- Historia de abusos. Negligencia o abandono.
- Expectativas irreales sobre sí mismo.
- Reducción del poder o control sobre el entorno.

E073201 Trastorno de la identidad personal.

Estado en el que el individuo es incapaz de reconocerse a si mismo diferenciándose del mundo exterior.

Características definitorias

- Falso reconocimiento del propio "yo", (se hace preguntas como ¿Quién soy yo?, ¿ Qué soy yo?, ¿Porqué soy así? etc.)
- Incapacidad para reconocer los hechos realizados por uno mismo.
- Incapacidad para reconocer a todos o algún miembro de su familia como propios (a menudo el individuo se cree adoptado, siente sus padres como no auténticos, etc.).
- Dificultad en la toma de decisión.
- Dudas permanentes sobre si ha obrado bien o no.
- Agnosias (Trastornos del reconocimiento de los estímulos sensoriales).
- Alucinaciones (trastornos perceptivos sin objeto)

Factores relacionados

- Trastornos de la percepción de patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, estados disociativos.
- Trastornos de tipo orgánico cerebral.
- Intoxicaciones por drogas o psicofármacos.
- Estados de fuerte presión o estrés.
- Crisis de pánico.

** Sales,R., Albertos,A. 1991. Esta etiqueta está en desarrollo por la NANDA. Sales y Albertos desarrollan estas características definitorias y factores relacionados; consideran esta etiqueta muy relacionada con las de: **Ansiedad, Temor, Perturbación cinestésica y Trastorno de la imagen corporal** hasta el punto de inducir a la confusión.*

E073202 Trastorno de la imagen corporal.

Alteración del modo en que el individuo percibe su propia imagen corporal.

Características definitorias

- Expresión de sentimientos y percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.
- Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento.
- Conducta de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.

Objetivas

— No mirar o tocar alguna parte del cuerpo. Ocultamiento o exposición excesiva intencionada o no de una parte corporal. Cambios en la participación social. Cambio real en la estructura o funcionamiento. No mirar una parte corporal. Cambio en la capacidad para estimar la relación espacial del cuerpo en el entorno. Ampliación de los límites del cuerpo para incorporar objetos del entorno.

Subjetivas

— Temor al rechazo o reacción de otras personas. Rechazo a verificar un cambio real. Preocupación con el cambio o pérdida. Personalización de la parte dándole un nombre. Despersonalización de la parte o pérdida mediante pronombres impersonales. Sentimientos negativos sobre el cuerpo (desesperación, desesperanza, impotencia). Cambio en el estilo de vida. Concede demasiada atención a la trascendencia, funcionamiento o la apariencia del pasado. Destacar las capacidades restantes y exagerar los logros.

Factores relacionados

- Efecto de la pérdida de una o varias partes del cuerpo.
- Falta de adaptación al embarazo.
- Cambios físicos causados por agentes bioquímicos (drogas).
- Dependencia de una máquina.
- Significado de una parte del organismo o de una función en relación con la edad, sexo, nivel de desarrollo o necesidades humanas básicas.
- Cambios de maduración.

E073203 *Riesgo de trastorno de la imagen corporal.*

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de percibir alterada su propia imagen corporal.

Factores de riesgo

- Efecto de la pérdida de una o varias partes del cuerpo.
- Embarazo.
- Cambios físicos causados por agentes bioquímicos (drogas).
- Dependencia de una máquina.
- Significado de una parte del organismo o de una función en relación con la edad, sexo, nivel de desarrollo o necesidades humanas básicas.
- Cambios de maduración.

E081101 Aislamiento social.

Estado en el cual el individuo experimenta una soledad que percibe como impuesta por otras personas y como negativa o amenazante.

Características definitorias

Objetivas

— Falta de persona significativa de soporte. Proyección de hostilidad en la voz y/o en el la conducta. retraimiento, mutismo, conducta inaceptable por el grupo culturalmente dominante, búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura, acciones repetitivas carentes de significado, preocupación por los propios sentimientos, falta de contacto ocular, intereses inadecuados o inmaduros para la edad o la etapa de desarrollo, evidencia de dificultades físicas o mentales o de alteración del bienestar, embotamiento emocional.

Subjetivas

— Expresa sentimientos de soledad impuesta. Expresa sentimientos de rechazo. Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o etapa de desarrollo. Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente, incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás. Expresión de los valores aceptables en su subcultura pero inaceptables para el grupo culturalmente dominante. Sentimiento de ser distinto de los demás e inseguridad en público.

Factores relacionados

- Ausencia de personas de apoyo importantes.
- Alteración en el estado mental.
- Alteración en el estado de bienestar.
- Conducta inaceptada socialmente.
- Jubilación reciente.
- Cambio reciente o frecuente de residencia.
- Muerte reciente de una persona significativa.
- Ruptura de vínculos emocionales.
- Divorcio.
- Malos tratos.

- Violación.
- Edad avanzada.
- Efectos de alguna enfermedad.
- Deterioro de la imagen corporal.

E081102 Deterioro de la interacción social.

Estado en que la persona participa en un intercambio social en cantidad insuficiente o excesiva o de calidad ineficaz.

Características definitorias

- Malestar en las situaciones sociales.
- Incapacidad para transmitir o recibir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.
- Empleo de conductas de interacción social ineficaces.
- Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
- informes familiares de cambios del estilo o patrón de interacción.

Factores relacionados

- Déficit de conocimientos sobre el modo de fomentar la reciprocidad.
- Barreras de comunicación.
- Trastorno del autoconcepto.
- Ausencia de compañeros o personas significativas.
- Limitación de la movilidad física.
- Aislamiento terapéutico.
- Disonancia sociocultural.

E081103 Riesgo de soledad

Estado subjetivo en el que la persona está en riesgo de experimentar una vaga disforia (inquietud, malestar).

Factores de riesgo

- Privación afectiva.
- Aislamiento físico.
- Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.
- Aislamiento social.

E081210 Deterioro de la comunicación verbal

Estado en el cual un individuo experimenta una disminución, pérdida o ausencia de habilidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos que tienen un significado.

Características definitorias

Generales

- Negativa voluntaria a hablar.
- Desorientación en las tres esferas (tiempo, espacio, persona).
- Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual.

En función de emisor

- Dificultad para la fonación: habla o pronuncia con dificultad, no habla o no puede hablar, tartamudea, voz gangosa.
- Manifiesta mediante gestos o mímica dificultad para hablar.
- Dificultad para formar palabras o frases.
- Dificultad para expresar verbalmente los pensamientos.
- Incapacidad para usar la lengua dominante.

En función de receptor

- Ausencia de respuestas verbales directas a mensajes enviados.
- Ausencia de respuestas indirectas de acción a mensajes enviados.
- Falta de contacto ocular o dificultad para prestar atención selectivamente.
- Ausencia de gestos, mímica, movimientos, actitudes posturales en respuesta a mensajes enviados.

Factores relacionados

- Deterioro del canal comunicativo por efectos de:
Cirugía otorrinolaringológica. Traqueostomía. Laringuectomía. Cirugía maxilo-facial.
Deformaciones labiopalatinas. Frenillo sublingual. Disnea.
- Afecciones auditivas.
- Desorientación.
- Shock emocional.

- Diferente idioma, registro idiomático o contexto cultural entre enfermera y sujeto.
- Alteraciones de las percepciones. Falta de información. Estrés
- Alteración de la autoestima del autoconcepto.

E081301 Trastorno paternal

Estado en el cual una figura educadora/cuidadora experimenta incapacidad para crear un entorno que mantenga y promueva el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Características definitorias

Lactante o niño

Bajo rendimiento escolar. Accidentes frecuentes. Enfermedades frecuentes. Huida. Incidencia de traumatismos o abusos físicos o psicológicos. Falta de vinculación. Falta de desarrollo adecuado. Trastornos de la conducta. Mala competencia social. Falta de ansiedad por la separación. Desarrollo cognitivo inadecuado.

Paternales

Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño. Rechazo u hostilidad hacia la criatura. Afirmaciones de incapacidad y/o inflexibilidad para satisfacer las necesidades del niño. Habilidades para el cuidado escasas o inapropiadas. Alta incidencia de castigos. Cuidados incoherentes. Abuso del niño. Mantenimiento inapropiado de la salud del niño. Entorno doméstico poco seguro. Verbalización de no poder controlar al niño. Expresiones negativas sobre el niño. Verbalización de frustración e inadecuación del rol. Estimulación auditiva, táctil y visual inapropiadas. Abandono. Poca o ninguna vinculación con el niño. Conducta inconsistente. Cuidado negligente del niño. pocas demostraciones afectivas. Déficit de interacción madre niño. Mala interacción padres niños.

Factores relacionados

— Sociales:

Falta de acceso a los recursos. Aislamiento social. Falta de cohesión familiar. Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño. Sobrecarga o tensiones en el desempeño del rol. Conflicto marital, disminución de la satisfacción. Desvalorización de la maternidad o paternidad. Cambio en la unidad familiar. Embarazo inesperado o no deseado. Estrés. Incapacidad para dar prioridad a las necesidades del niño por encima de las propias. Familia monoparental. No implicación del padre del niño. Antecedentes de malos tratos. Dificultades económicas. Dificultades legales.

— Conocimientos:

Falta de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño. Sobre habilidades paternas. Expectativas poco realistas sobre uno mismo y la pareja. Incapacidad para reconocer y actuar ante las claves del niño. Bajo nivel educacional. Falta de habilidades de comunicación. Preferencia por los castigos físicos.

— Psicológicos:

Historia de abuso o dependencia de sustancias. Incapacidad. Depresión. Adolescencia. Historia de enfermedad mental. Múltiples embarazos. Separación del niño/lactante.

E081302 Riesgo de trastorno paternal.

Estado en el cual una figura educadora/cuidadora corre el riesgo de experimentar incapacidad para crear un entorno que mantenga y promueva el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Factores de riesgo

Sociales

Falta de acceso a los recursos. Aislamiento social. Falta de cohesión familiar. Disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño. Sobrecarga o tensiones en el desempeño del rol. Conflicto marital, disminución de la satisfacción. Desvalorización de la maternidad o paternidad. Cambio en la unidad familiar. Embarazo inesperado o no deseado. Estrés. Incapacidad para dar prioridad a las necesidades del niño por encima de las propias. Familia monoparental. No implicación del padre del niño. Antecedentes de malos tratos. Dificultades económicas. Dificultades legales.

Fisiológicos

Enfermedad física.

Conocimientos

Falta de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño. Sobre habilidades paternas. Expectativas poco realistas sobre uno mismo y la pareja. Incapacidad para reconocer y actuar ante las claves del niño. Bajo nivel educacional. Falta de habilidades de comunicación. Preferencia por los castigos físicos.

Psicológicos

Historia de abuso o dependencia de sustancias. Incapacidad. Depresión. Adolescencia. Historia de enfermedad mental. Múltiples embarazos. Separación del niño/lactante.

Este diagnóstico se realiza teniendo como marco de referencia el grupo o la familia de la persona cuidadora. Y hace referencia al cuidador/a.

E081303 Riesgo de trastorno del apego paternal lactante/niño

Alteración del proceso interactivo entre los padres / persona significativa y el lactante / niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.

Factores de riesgo

- Incapacidad de los padres para satisfacer sus necesidades personales.
- Ansiedad asociada al rol paternal.
- Abuso de sustancias.
- Niño prematuro, lactante / niño enfermo e incapaz de iniciar efectivamente el contacto paternal debido a una alteración en la organización de la conducta.
- Separación.
- Barreras físicas.
- Falta de intimidad.

E081310 Procesos familiares interrumpidos

Estado en el cual una familia que normalmente funciona de manera eficaz, experimenta una disfunción.

Características definitorias

— La familia no es capaz de:

- cubrir las necesidades físicas, emocionales, de seguridad de todos sus miembros.
- comunicarse de manera abierta y eficaz.
- expresar o aceptar sentimientos de otros miembros de la familia.
- relacionarse entre sí para alcanzar crecimiento y maduración.
- demostrar flexibilidad en el funcionamiento y las conductas.
- demostrar respeto a la individualidad y autonomía de sus miembros.
- toma de decisiones eficaces.
- participar en actividades de la comunidad.
- buscar o aceptar ayuda.
- adaptarse a las crisis de forma positiva.

— Cambios en: alianzas de poder, el soporte mutuo, patrones y rituales.

Factores relacionados

— Crisis situacionales o de desarrollo.

— Falta de adaptación a: Carencias financieras. Desempleo. Cambio de residencia. Aumento de la familia.

— Familia monoparental.

— Pérdida de una persona significativa.

— Conflicto o cambio de la función familiar.

— Ausencia o ineficacia en los modelos familiares.

— Efectos de enfermedades crónicas.

— Hospitalización de persona significativa o de un miembro familiar.

— Falta de comunicación entre los miembros de la familia.

— Sobrecarga de tareas en un miembro de la familia que origina conflictos.

E081311 Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.

Estado en que las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y una serie de crisis autopetadoras.

Características definitorias

Rol - relaciones

Deterioro de las relaciones familiares. Comunicación ineficaz con el cónyuge. Alteración en la función del rol. Desempeño paternal inconsistente. Negación familiar.

Disfunción de la intimidad. Reducción de la capacidad de los miembros de la familia de relacionarse entre sí para el mutuo crecimiento y maduración. Familia incapaz de satisfacer las necesidades de seguridad de sus miembros. Problemas económicos. Negligencia en las obligaciones.

Conductuales

Negativa a recibir ayuda. Comprensión o conocimiento inadecuado del alcoholismo. Pérdida de control en la ingesta alcohólica. No mantenimiento de las promesas. Crítica, dependencia, deterioro de la comunicación. Dificultad en las reacciones íntimas. Permitir la persistencia del consumo de alcohol. Manipulación. Expresiones inapropiadas de cólera. Mentiras. Comunicación contradictoria.

Sentimientos

Inseguridad. Resentimiento prolongado. Responsabilidad por la conducta del alcohólico. Sentirse distinto a las demás personas. Mezcla de cariño y lástima.

Factores relacionados

- Abuso de alcohol.
- Historia familiar de alcoholismo.
- Resistencia al tratamiento.

- Habilidades de afrontamiento inadecuadas.
- Predisposición genética.
- Personalidad adictiva.
- Falta de habilidades para la solución de problemas.
- Influencias bioquímicas.

E081401 Duelo disfuncional.

Estado en el cual el individuo experimenta una respuesta exagerada a la pérdida real de alguna persona, relación, objeto o capacidad de funcionamiento.

Características definitorias

- Expresión verbal de angustia ante la pérdida.
- Idealización del objeto perdido.
- Alteración de los hábitos alimentarios, patrones del sueño, niveles de actividad, libido.
- Tristeza.
- Llanto.
- Revivifica experiencias pasadas.
- Desesperanza.
- Negación ante la pérdida.
- Dificultad para expresar la pérdida.
- Aislamiento social.
- Alteración en la concentración mental.
- Labilidad afectiva. Enfado.
- Regresión en el desarrollo psíquico.

Factores relacionados

- Pérdida de un objeto (los objetos incluyen: gente, pertenencias, trabajo, hogar, partes del cuerpo, etc.).

E081402 Duelo anticipado.

Estado en el cual el individuo experimenta una respuesta exagerada a la posible pérdida de alguna persona, relación, objeto o capacidad de funcionamiento.

Características definitorias

- Expresión verbal de angustia ante la posible pérdida.
- Alteración de los hábitos alimentarios, patrones del sueño, niveles de actividad, libido.
- Tristeza.
- Llanto.
- Negación de la posible pérdida.
- Revivencia de experiencias pasadas.
- Desesperanza.
- Dificultad para expresar la posible pérdida.
- Aislamiento social.
- Alteración en la concentración mental.
- Labilidad afectiva.
- Regresión en el desarrollo psíquico.
- Enfado.

Factores relacionados

- Pérdida posible de un objeto (los objetos incluyen: gente, pertenencias, trabajo, hogar, partes del cuerpo, etc.).

E082101 Desempeño ineficaz del rol

Estado en el cual el individuo experimenta un cambio, conflicto o negación de sus responsabilidades o incapacidad para llevarlas a cabo.

Características definitorias

- Cambios en:
 - autopercepción de funciones.
 - percepción que tienen otras personas de su función.
 - capacidad física para retomar su función.
 - responsabilidades usuales.
- Conflicto en las funciones.
- Negación de función.
- Falta de conocimiento acerca de sus funciones.
- Presenta dificultad para llevar a cabo sus funciones.
- Confirma incapacidad para realizar sus funciones.
- Disparidad entre si mismo y otras personas al definir funciones.

Factores relacionados

- Cambio en :
 - empleo, estado financiero
 - estructura familiar
 - estado de salud
- Pérdida de persona significativa en el núcleo familiar que obliga a asumir sus funciones de otro miembro de la familia.
- Crisis de maduración.
- Mecanismos de adaptación ineficaces.
- Pérdida del grupo de apoyo.
- Adquisición de funciones.
- Pérdida de funciones. Falta de oportunidades para el desempeño del rol.

E082102 Conflicto del rol paternal

Estado en el cual el padre o la madre experimenta confusión en el desempeño de la función de padre /madre en respuesta a una crisis.

Características definitorias

El padre o la madre expresa:

- Preocupación de no poder atender las necesidades físicas y emocionales del niño durante su hospitalización (del niño) o en el hogar.
- Preocupación acerca del funcionamiento, comunicación y salud de la familia ante un cambio en el rol de padre o madre.
- Perturbación en las rutinas para proporcionar cuidados.
- Preocupación acerca de la pérdida de control en decisiones relativas al niño.
- Verbaliza sentimientos de culpa, ira, temor, ansiedad o frustración acerca del efecto de la enfermedad de su hijo en relación a la vida familiar.
- Resistencia a participar en las actividades habituales del cuidado del niño incluso con estímulo y apoyo.

Factores relacionados

- Separación paterna /materna del niño debido a enfermedad crónica.
- Hospitalización del niño en unidades de cuidados intensivos.
- Normativa restrictiva de los centros de cuidados especializados.
- Gran déficit de autocuidados en el niño.
- Falta de adaptación a un cambio en el estado matrimonial.
- Trastorno de la vida familiar debido al régimen de cuidados en el domicilio: cuidado especializado (vigilancia de constantes, tiempo de apnea, drenaje postural, clapping, etc.) , falta de descanso.

E082201 Sobresfuerzo en el rol de cuidador.

La persona percibe o demuestra dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

Características definitorias

Actividades del cuidador

— Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas. Preocupación por los cuidados habituales. Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla. Inquietud sobre el receptor de los cuidados si el cuidador se pone enfermo o muere. Cambios disfuncionales en las actividades del cuidador. Inquietud sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados.

Estado de salud del cuidador

— Agudización de enfermedades crónicas. Deterioro progresivo de la salud del cuidador. Molestias musculoesqueléticas del cuidador. Disminución del autocuidado de la salud.

Emocional

— Estrés producido por la preocupación por el cuidado. Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.

Socioeconómicas

— Baja productividad laboral. Falta de tiempo para dedicarlo al ocio. Disminución de la participación en las actividades de relación social.

Familiares

Conflicto familiar. Preocupación por la falta de atención a los miembros de la familia

Factores relacionados

Recursos

El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel. Falta de recursos para tener un respiro en los cuidados. Falta de apoyo de otras personas significativas. Falta de recursos recreativos. Información insuficiente. Transporte inadecuado. Recursos económicos insuficientes. Equipo inadecuado para prestar cuidados. Servicios comunitarios inadecuados.

Rol - relaciones

Antecedentes de disfunción familiar. Expectativas irreales del receptor de los cuidados sobre el cuidador. Cambio en las relaciones. Antecedentes de afrontamiento familiar marginal. Presencia de abusos o violencia. El estado mental del anciano inhibe la conversación.

Sociales

Alienación de la familia, amigos y compañeros de trabajo. Actividades recreativas insuficientes. Individuales: Inestabilidad de la salud del receptor de cuidados. Problemas conductuales. Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados. Enfermedad crónica.

Del cuidador

Cambios continuos de las actividades. Problemas psicológicos o cognitivos. Adicción o codependencia. Expectativas irreales sobre el yo. Patrones de afrontamiento marginales. Incertidumbre sobre los cuidados. Complejidad de las actividades. Responsabilidad de los cuidados durante las veinticuatro horas. Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados. Incertidumbre sobre la situación de los cuidados y su permanencia

Situacionales

Entorno físico inadecuado para brindar cuidados. Inexperiencia con los cuidados. Aislamiento de la familia.

Fisiológicos

Creciente necesidad de cuidados o dependencia. Incertidumbre sobre la enfermedad del cuidado. Enfermedad severa del receptor de los cuidados. Deterioro de la salud del cuidador.

E082202 Riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador.

El cuidador es vulnerable a la sensación de dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

Factores de riesgo

Recursos

El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel. Falta de recursos para tener un respiro en los cuidados. Falta de apoyo de otras personas significativas. Falta de recursos recreativos. Información insuficiente. Transporte inadecuado. Recursos económicos insuficientes. Equipo inadecuado para prestar cuidados. Servicios comunitarios inadecuados.

Rol - relaciones

Antecedentes de disfunción familiar. Expectativas irreales del receptor de los cuidados sobre el cuidador. Cambio en las relaciones. Antecedentes de afrontamiento familiar marginal. Presencia de abusos o violencia. El estado mental del anciano inhibe la conversación.

Sociales

Alienación de la familia, amigos y compañeros de trabajo. Actividades recreativas insuficientes. Individuales: Inestabilidad de la salud del receptor de cuidados. Problemas conductuales. Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados. Enfermedad crónica.

Del cuidador

Cambios continuos de las actividades. Problemas psicológicos o cognitivos. Adicción o codependencia. Expectativas irreales sobre el yo. Patrones de afrontamiento marginales. Incertidumbre sobre los cuidados. Complejidad de las actividades. Responsabilidad de los cuidados durante las veinticuatro horas. Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados. Incertidumbre sobre la situación de los cuidados y su permanencia

Situacionales

Entorno físico inadecuado para brindar cuidados. Inexperiencia con los cuidados. Aislamiento de la familia.

Fisiológicos

Creciente necesidad de cuidados o dependencia. Incertidumbre sobre la enfermedad del cuidado.
Enfermedad severa del receptor de los cuidados. Deterioro de la salud del cuidador.

E090001 Patrones de sexualidad ineficaces

Estado en que la persona expresa preocupación respecto a su sexualidad.

Características definitorias

— Manifiesta dificultades, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.

Factores relacionados

— Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.

— Falta de intimidad.

— Falta de una persona significativa.

— Ineficacia o ausencia de modelos de rol.

— Conflicto con la orientación sexual o variación de las preferencias.

— Miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual.

— Deterioro de las relaciones con la persona significativa.

E090002 Disfunción sexual.

Estado en el cual un individuo experimenta un cambio en su patrón sexual normal que considera insatisfactorio, infructuoso, o inadecuado.

Características definitorias

- Manifestación verbal de cambio en la función propia sexual.
- Limitación actual percibida o impuesta por una enfermedad o por el tratamiento.
- Conflicto de valores.
- Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción.
- Búsqueda continua de ser sexualmente deseable.
- Alteración de la relación con la pareja.
- Cambio de interés por sí mismo o los demás.
 - Factores relacionados — Vulnerabilidad. Conflicto de valores
- Modelo del rol ausente o ineficaz.
- Obesidad. Dolor. Histerectomía.
- Deficiencia de conocimiento o destreza respecto de respuesta relacionada con la salud: embarazo, proceso quirúrgico, traumatismo, menopausia, radiación, tratamiento quirúrgico urogenital.
- Afección en la relación con alguna persona significativa. Carencia o pérdida de una persona significativa.
- Falta de intimidad.
- Conflictos en la orientación sexual.
- Trauma por:
 - Violación.
 - Abusos deshonestos.
 - Abuso psicosocial : relaciones lesivas.

E090003 *Riesgo de disfunción sexual.*

Estado en el cual un individuo puede experimentar un cambio en su patrón sexual normal que considera insatisfactorio, infructuoso o inadecuado.

Factores de riesgo

- Vulnerabilidad. Conflicto de valores
- Modelo del rol ausente o ineficaz.
- Obesidad. Dolor. Histerectomía.
- Deficiencia de conocimiento o destreza respecto de respuesta relacionada con la salud: embarazo, proceso quirúrgico, traumatismo, menopausia, radiación, tratamiento quirúrgico urogenital.
- Afección en la relación con alguna persona significativa. Carencia o pérdida de una persona significativa.
- Falta de intimidad.
- Conflictos en la orientación sexual.
- Trauma por:
 - Violación.
 - Abusos deshonestos.
 - Abuso psicosocial : relaciones lesivas.

E101001 Afrontamiento familiar comprometido.

Situación en la que el núcleo familiar reacciona proporcionando un apoyo insuficiente o desmesurado que bloquea las posibilidades de autocuidado y autorrealización del individuo.

Características definitorias

Respuestas de sobreprotección

- La persona significativa describe o confirma tener conocimientos que interfieren en la efectividad de ayuda al sujeto.
- Desproporción entre el comportamiento protector de la persona significativa y la capacidad o necesidad de autonomía del sujeto.
- La persona significativa se adelanta a las necesidades del sujeto receptor de cuidados.
- Exceso de celo en la administración de cuidados.
- La persona significativa intenta realizar actividades asistenciales o de apoyo, con resultados poco satisfactorios.

Respuestas de desprotección

- La persona significativa no intenta realizar actividades asistenciales o de apoyo al sujeto.
- Falta de comportamiento protector de la persona significativa frente a la capacidad o necesidad de autonomía del sujeto.
- La persona significativa se aleja, o entra en una comunicación limitada, cuando el sujeto le necesita.

Factores relacionados

- Comprensión parcial o incompleta de la información por parte de la persona significativa.
- Preocupación temporal de una persona significativa (que está intentando hacer frente a conflictos emocionales o sufrimiento personal), que le hace incapaz de percibir o actuar de modo efectivo en relación con las necesidades del sujeto.
- Desorganización familiar temporal, con cambio de papeles.
- Crisis emocional o situacional de la persona significativa.
- Falta de respuestas gratificantes, por parte del sujeto, a la persona significativa por el apoyo prestado.

— Enfermedad de larga duración del sujeto que llega a producir agotamiento de la persona significativa.

E101002 Afrontamiento familiar incapacitante

Estado en el que la conducta de una persona significativa inutiliza sus propias capacidades y las del sujeto para realizar de un modo eficaz las tareas esenciales para la adaptación de la persona a su problema de salud.

Características definitorias

- El sujeto expresa desesperación frente a la reacción / falta de implicación de la familia.
 - La persona significativa duda de las capacidades del sujeto para asumir el autocuidado.
 - Instigación por parte de las personas significativas que potencian la inseguridad en el sujeto.
 - Dependencia de la persona significativa en el cuidado de la salud, sin desarrollo de actividades por parte del paciente para asumir el autocuidado. Cuidado negligente de las necesidades básicas o tratamiento de la enfermedad del cliente.
 - Distorsión de la realidad del problema de salud del cliente incluyendo negación extrema de su existencia o severidad.
 - Hablar sobre los signos de enfermedad del cliente.
 - Intolerancia, abandono, rechazo. Psicopatización. Agitación, agresividad, hostilidad.
- Depresión.

Factores relacionados

- Sentimientos en la persona significativa de: culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación.
- Manejo arbitrario de la resistencia familiar al tratamiento que tiende a consolidar las posiciones defensivas a medida que falla en afrontar adecuadamente la ansiedad subyacente.
- Falta de consenso en el núcleo familiar en relación a los cuidados de salud.
- Conflictos familiares.
- Confusión familiar en relación al tratamiento.

E101003 Disposición para reforzar el afrontamiento familiar

La familia manifiesta habilidades de adaptación eficaces a los problemas de salud del sujeto, mostrando deseo y disposición de dar importancia a la salud y a su desarrollo en el sujeto y en ella misma.

Características definitorias

— La familia manifiesta interés hacia la promoción de la salud y hacia el enriquecimiento del estilo de vida que mantiene; controla los procesos de maduración; comprueba y negocia los programas de tratamiento; por lo general, elige las experiencias que optimizan el bienestar.

E101004 Afrontamiento comunitario ineficaz

Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta insatisfactorio para cubrir las demandas o necesidades de la comunidad.

Características definitorias

- Expresión de impotencia de la comunidad.
- Déficit de participación de la comunidad.
- Excesivos conflictos en la comunidad.
- Expresión de vulnerabilidad.
- Altas tasas de enfermedad.
- Percepción de excesivos agentes estresantes.
- La comunidad no satisface sus propias expectativas.
- Aumento de los problemas sociales (homicidios, vandalismo, incendios, terrorismo, robos, infanticidios, malos tratos, divorcio, desempleo, pobreza, extremismo, enfermedad mental).

Factores relacionados

- Desastres naturales o provocados por el hombre.
- Sistemas comunitarios ineficaces o inexistentes (falta de servicios médicos de urgencia, de sistemas de transporte, de sistemas de planificación en caso de desastre).
- Déficit de recursos y servicios de soporte social de la comunidad.
- Recursos inadecuados para la solución de problemas.

E101005 Disposición para reforzar el afrontamiento comunitario

Patrón de actividades comunitarias, adaptivas o resolutorias de problemas, que es satisfactoria para encontrar las demandas o necesidades de la comunidad y que pueden favorecer el manejo de problemas o tensiones actuales o futuras

Características definitorias

- La comunidad asume la responsabilidad del manejo de tensiones.
- Déficits en una o mas características que indican afrontamiento eficaz.
- Planificación activa de la comunidad para los agentes estresantes predecibles.
- Postura activa de la comunidad cuando se encuentra ante un problema.
- Comunicación positiva entre los miembros de la comunidad.
- Existencia de programas de relajación y recreo.
- Recursos suficientes para el manejo de agentes estresantes.

E102110 Afrontamiento ineficaz

Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales, o para usar los recursos disponibles.

Características definitorias

Incapacidad para resolver o adaptarse a los problemas.

- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de los problemas incluyendo incapacidad para tratar la dificultad para organizar la información.
- Trastorno del sueño.
- Abuso de agentes químicos.
- Reducción en el uso del apoyo social. Incapacidad de afrontar la situación o pedir ayuda.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Mala concentración.
- Solución inadecuada de los problemas.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Conducta destructiva hacia si mismo o hacia otros.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.
- Alta tasa de enfermedad.
- Cambio en los patrones de comunicación habituales.

Factores relacionados

- Carencia de sistemas de apoyo: persona significativa, amigos, grupos de ayuda mutua .
- Disminución de la capacidad cognitiva.
- Mecanismos ineficaces de afrontamiento aprendidos frente a:
 - Estado o enfermedad amenazante para la vida.
 - Pérdida paterna, cónyuge o persona significativa.
 - Conflictos familiares.
 - Estrés.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. Incertidumbre.
- Percepción de un nivel inadecuado de control. Falta de adecuación de los recursos disponibles.

- Falta de voluntad.
- Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas. Alto grado de amenaza.
- Crisis situacionales o de maduración.
- Trastorno en los patrones de liberación de la tensión: Falta de relajación. Falta de periodos de descanso.

E102111 Afrontamiento defensivo.

Manifestación de falsas autoevaluaciones positivas como respuesta de autoprotección frente a amenazas a la autoimagen positiva.

Características definitorias

- Valora positivamente situaciones objetivamente problemáticas.
- Proyección de la culpa/ responsabilidad.
- Hipersensibilidad ante los desaires/ críticas.
- Grandiosidad.
- Ridiculización de los demás.
- Risa hostil o ridícula frente a los demás.
- Actitud de superioridad frente a los demás.
- Reconoce el problema pero lo minimiza.
- Falta de participación o seguimiento del tratamiento o terapia.

Factores relacionados

- Carencia de sistemas de apoyo: persona significativa, amigos, grupos de ayuda mutua .
- Disminución de la capacidad cognitiva.
- Mecanismos ineficaces de afrontamiento aprendidos frente a:
 - Estado o enfermedad amenazante para la vida.
 - Pérdida paterna, cónyuge o persona significativa.
 - Conflictos familiares.
 - Estrés.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. Incertidumbre.
- Percepción de un nivel inadecuado de control.
- Falta de adecuación de los recursos disponibles.
- Falta de voluntad.
- Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas.
- Alto grado de amenaza.
- Crisis situacionales o de maduración.

— Trastorno en los patrones de liberación de la tensión: Falta de relajación. Falta de periodos de descanso.

Mirar Negación ineficaz. Afrontamiento ineficaz.

E102112 Negación ineficaz.

Estado en el que se intenta, consciente o inconscientemente, desconocer el significado de un suceso para reducir la ansiedad o temor, en detrimento de la salud.

Características definitorias

- Niega el problema.
- No reconoce la importancia de los síntomas o el peligro para la persona.
- Retrasa la búsqueda o rechaza los cuidados de atención a la salud en detrimento de ella.
- Realiza gestos o comentarios de rechazo al hablar de los sucesos problemáticos.
- No admite el miedo a la muerte o la invalidez.
- Incapaz de admitir el impacto de la enfermedad en los hábitos de vida.
- Uso de remedios caseros (autotratamiento) para aliviar los síntomas.
- Desplazamiento del origen de los síntomas a otros órganos.

Factores relacionados

- Carencia de sistemas de apoyo: persona significativa, amigos, grupos de ayuda mutua .
- Disminución de la capacidad cognitiva.
- Mecanismos ineficaces de afrontamiento aprendidos frente a:
 - Estado o enfermedad amenazante para la vida.
 - Pérdida paterna, cónyuge o persona significativa.
 - Conflictos familiares.
 - Estrés.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. Incertidumbre.
- Percepción de un nivel inadecuado de control. Falta de adecuación de los recursos disponibles.
- Falta de voluntad.
- Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas. Alto grado de amenaza.
- Crisis situacionales o de maduración.
- Trastorno en los patrones de liberación de la tensión: Falta de relajación. Falta de periodos de descanso.

E102113 Trastorno de la adaptación.

Estado en el cual un individuo es incapaz de modificar su estilo de vida o su comportamiento de forma coherente con el cambio en el estado de salud.

Características definitorias

- Negación del cambio en el estado de salud.
- Fallo en el logro de una sensación óptima de control
- Fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.
- Dificultad para plantearse objetivos de salud.
- No se plantea la necesidad de asumir su autocuidado.
- No aceptación del cambio en el estado de salud.

Factores relacionados

- Falta de optimismo.
- Estado emocional intenso
- Actitudes negativas hacia la conducta de salud.
- Carencia de sistemas de apoyo para el cambio de ideas y prácticas de salud.
- Falta de motivación para cambiar las conductas. Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida.
- Falta de voluntad. No hay intentos de cambiar de conducta.

Mirar también : Negación ineficaz, Mantenimiento ineficaz de la salud, Manejo ineficaz del régimen terapéutico, Incumplimiento.

E102201 Adaptación eficaz (especificar).

Estado en el cual un individuo modifica su estilo de vida o su comportamiento de forma coherente con el cambio en el estado de salud.

Características definitorias

- Actitud positiva respecto al cambio en el estado de desarrollo.
- Destreza para plantearse objetivos de salud.
- Se plantea la necesidad de asumir su autocuidado.
- Asunción de los cambios en el proceso madurativo.
- Receptividad a los mensajes educativos.
- Comportamiento saludable que le sitúan en salud.

*Se debe realizar un diagnóstico diferencial con el **Comportamiento saludable y Manejo eficaz del régimen terapéutico**. El primero se debería utilizar en personas sin patología crónica y con interés en mejorar la salud. Se recomienda el segundo en personas con enfermedad crónica. La etiqueta **Adaptación eficaz** se utilizaría de forma general en los cambios de maduración y desarrollo.*

E102301 Conducta desorganizada del lactante.

Desintegración de las respuesta fisiológicas y neurocomportamentales del lactante al entorno.

Características definitorias

Reguladores

Incapacidad para inhibir. Irritabilidad.

Organizativos

Activo - despierto, mirada preocupada nerviosa. Sueño difuso. Oscilación en el estado del sueño.

Quieto - despierto. Llanto irritable o indicativo de pánico.

Atención - interacción

Respuesta anormal a los estímulos sensoriales. Dificultad para calmarse. Falta de habilidades para mantener el estado de alerta.

Movilidad

Tono aumentado, disminuido o flácido. Dedos extendidos, puños cerrados, manos en la cara.

Hiperextensión de los brazos y piernas. Temblores, movimientos exagerados, contracciones.

Movimientos descoordinados, espasmódicos, nerviosos. Alteración de los reflejos primarios.

Fisiológicos

Bradycardia, taquicardia o arritmia. Color pálido, cianótico, moteado o enrojecido. Bradipnea, taquipnea, apnea. Señales fuera de tiempo (mirada, prensión, hipo, tos , estornudos, suspiros, mandíbula floja). Desaturación oximétrica. Intolerancias alimentarias.

Factores relacionados

Prenatales

Trastornos congénitos. Exposición teratogénica.

Postnatales

Desnutrición. Problemas orales. Dolor. Intolerancia alimentaria. Procedimientos invasivos dolorosos.

Prematuridad.

Individuales

Enfermedad. Inmadurez del sistema neurológico. Edad gestacional. Edad posconceptual.

Ambientales

Inadecuación del entorno físico. Inadecuación sensitiva. Sobreestimulación sensorial. Privación sensorial.

Del cuidador

Interpretación errónea de las claves. Falta de conocimientos de las claves. Contribución a la estimulación ambiental.

E102302 Riesgo de conducta desorganizada del lactante.

Riesgo de alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual (es decir, sistemas autónomo, motor, sueño / vigilia, organizativo, autorregulador y de atención - interacción).

Factores de riesgo

- Dolor.
- Problemas orales - motores.
- Sobreestimulación ambiental.
- Falta de límites - contención.
- Prematuridad.
- Procedimientos invasivos - dolorosos.

E102303 Disposición para reforzar la conducta organizada del lactante

Patrón de integración de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (sistemas autonómico, motor, sueño / vigilia, organizativo, autorregulador y de atención interacción), que es satisfactorio pero que puede mejorarse, dando como consecuencia niveles mas altos de integración en respuesta a los estímulos ambientales.

Características definitorias

- Mediciones fisiológicas estables.
- Estados de sueño / vigilia definidos.
- Empleo de algunas conductas de autorregulación.
- Respuesta a los estímulos visuales / auditivos.

E103101 Riesgo de violencia hacia los demás.

Estado en el cual un individuo experimenta una conducta que puede ser física, emocional o sexualmente dañina para los demás.

Factores de riesgo

- Lenguaje corporal agresivo.
- Historia de violencia hacia los demás.
- Historia de amenazas de violencia.
- Historia de conductas antisocial violenta, violencia indirecta (romper ropas, destrozar objetos...)
- Abuso o supresión de sustancias.
- Carácter antisocial.
- Excitación catatónica/maníaca.
- Personalidad explosiva, impulsiva e inmadura.
- Paranoia/estado de pánico.
- Soledad.
- Percepción de alguna amenaza a la autoestima.
- Respuesta ante un acontecimiento catastrófico.
- Comportamientos suicidas.
- Cambio en el estado de salud físico o mental.
- Sentimiento de enajenación.
- Abuso físico, sexual, o psicológico de mujeres, niños maltratados y ancianos golpeados.
- Crueldad con los animales.
- Iniciar fuegos.
- Comportamiento manipulatorio.
- Crisis de desarrollo.
- Falta de sistemas de apoyo.
- Pérdida real o posible de alguna persona significativa.
- Aislamiento social.
- Cambio significativo del estilo de vida.
- Vehículos a motor: infracciones de tráfico, uso del mismo para liberar cólera.

E103110 Automutilación

Conducta deliberadamente autolesiva que, para aliviar la tensión, provoca un daño tisular en un intento de causar una lesión no letal.

Características definitorias

- Cortes o arañazos en el cuerpo
- Hurgarse las heridas.
- Quemaduras autoprovocadas.
- ingestión o inhalación de sustancias u objetos lesivos.
- Morderse. Raspase. Cortarse
- Insertarse uno o más objetos en el/los orificios corporales.
- Golpearse. Constreñir una parte del cuerpo.

Factores relacionados

—Estado psicótico. (alucinaciones de órdenes). Incapacidad para expresar verbalmente la tensión. Abusos sexuales en la infancia. Violencia entre las figuras paternas. Divorcio de los padres. Alcoholismo familiar. Historia familiar de conductas autodestructivas. Adolescencia. Automutilación de sus iguales. Aislamiento de sus iguales. Perfeccionismo. Abuso de sustancias. trastornos alimentarios. Crisis de identidad sexual. Autoestima baja o inestable. imagen corporal mala o inestable. Oscilaciones de humor. Historia de incapacidad de ver soluciones o las consecuencias a largo plazo. Uso de la manipulación para establecer significativas con otros. Relaciones interpersonales caóticas o alteradas. Trastornos emocionales. Niño maltratado. Sentimientos de amenaza ante la pérdida real o potencial de relaciones significativas. Experiencias de disociación o despersonalización. Acúmulo de tensión intolerable. Impulsividad. Afrontamiento inadecuado. Impulso irresistible de cortarse o autolesionarse. Necesidad de una rápida reducción del estrés. Enfermedad o cirugía en la infancia. Cuidado por un extraño, un grupo o una institución. Encarcelamiento. Trastorno del carácter. Trastornos límite de la personalidad. Autismo. Sentimientos de odio hacia si mismo. Culpa. Rechazo.

E103111 Riesgo de violencia autodirigida.

Estado en el cual un individuo experimenta una conducta que puede ser física, emocional o sexualmente dañina para sí misma.

Factores de riesgo

- Ideación suicida frecuente, intensa y prolongada.
 - Plan suicida claro y específico. Letalidad y disponibilidad de medios destructivos.
 - Claves verbales.
 - Informes verbales del tipo: "todo iría mejor sin mi ". Preguntar sobre dosis letales de fármacos.
 - Claves conductuales: (escribir notas sobre amores desesperados, dirigir mensajes coléricos a personas significativas que le han rechazado, separarse de objetos personales, rescindir un póliza de seguro de vida).
 - Edad entre 15 y 19 años y más de 45 años.
 - Desempleo reciente. Fracaso laboral.
 - Ocupación: ejecutivo, administrador de su propio negocio, profesional, trabajador semicualificado.
 - Relaciones interpersonales conflictivas.
 - Antecedentes familiares caóticos o conflictivos.
 - Historia de suicidios
 - Orientación sexual: bisexual activo, homosexual inactivo.
 - Salud física: hipocondría , enfermedad crónica o terminal.
 - Salud mental: depresión severa, psicosis, trastorno severo de la personalidad, consumo de drogas legales o ilegales.
 - Estado emocional: desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, pánico, cólera, hostilidad, historia de intentos múltiples de autolesión.
 - Recursos personales escasos, logros escasos.
 - Recursos sociales: falta de respuesta familiar, aislamiento social.

*Realizar diagnóstico diferencial con el **Riesgo de automutilación** y **Riesgo de suicidio**. Se considera que la diferencia de todas estas etiquetas está en el grado de autolesión.*

E103112 Riesgo de automutilación.

Estado en que un individuo se halla en riesgo elevado de realizar un acto para autolesionarse, no matarse, que produzca lesión tisular y alivio de la tensión.

Factores de riesgo

— Estado de incapacidad para afrontar la creciente tensión psicológica / fisiológica de forma saludable.

- Estado depresivo, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por separación, culpabilidad y despersonalización.

— Niños autistas y con retraso mental.

— Emociones fluctuantes.

— Alucinaciones auditivas de ordenes.

— Necesidad de estímulos sensoriales.

— Privación emocional paternal.

— Familia disfuncional.

— Con antecedentes de autolesiones.

— Con trastornos limítrofes de la personalidad.

— Personalidad esquizoide.

— Estado psicótico.

— Niños con trastornos emocionales o apaleados.

Realizar diagnóstico diferencial con el Riesgo de violencia autodirigida y Riesgo de suicidio.

Se considera que la diferencia de todas estas etiquetas está en el grado de autolesión.

E103113 Riesgo de suicidio.

Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo

Conductuales

Historia de intentos previos de suicidio. Irreflexión. Compra de un arma de fuego. Acúmulo de medicinas. Hacer testamento o cambiarlo. Donar las posesiones. Súbita recuperación eufórica de una depresión grave. Cambios perceptibles en la conducta, actitud y rendimiento

Verbales

Amenazas de matarse, expresión de deseo de morir y acabar de una vez.

Situacionales

Vivir solo. Jubilación. Traslado. Inestabilidad económica. Falta de autonomía o independencia. Presencia de armas de fuego en el domicilio. Adolescentes que viven en un entorno no tradicional (centro de internamiento juvenil, prisión)

Psicológicos

Antecedentes familiares de suicidio. Uso o abuso de alcohol de otras sustancias. Enfermedad o trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, desorden bipolar). Malos tratos en la infancia. Joven homosexual hombre o mujer.

Demográficos

Edad: ancianidad, varones adultos jóvenes.

Raza: caucásicos, americanos nativos.

Sexo: varón

Divorcio, viudedad.

Físicos

Enfermedad física. Enfermedad terminal. Dolor crónico.

Sociales

Pérdida de relaciones importantes. Alteración de la vida familiar.

Duelo. Aflicción. Sistemas de soporte insuficiente.

Soledad. Desesperanza. Impotencia. Aislamiento social.

Problemas legales o disciplinarios. Suicidios en grupo.

*Realizar diagnóstico diferencial con el **Riesgo de violencia autodirigida** y **Riesgo de suicidio**.
Se considera que la diferencia de todas estas etiquetas está en el grado de autolesión.*

E103201 Síndrome postraumático

Estado en el que un individuo experimenta una respuesta dolorosa o desadaptada persistente ante un acontecimiento traumático abrumador.

Características definitorias

- Rememoración de un suceso traumático.
- Cambios en el estilo de vida (autodestrucción, aislamiento, crisis existencial).
- Alteración del estado de ánimo.
- Evitación. Represión. Dificultad para concentrarse. Duelo. Pensamientos intrusivos. Irritabilidad neurosensorial. Palpitaciones. Enuresis (en niños). Cólera. Rabia. Sueños intrusivos. Pesadillas. Agresión. Hipervigilancia. Horror. Pánico. Alienación. Abuso de sustancias . Depresión. Amnesia psicógena. Respuesta de alarma exagerada. Desesperanza. Alteración del estado de humor. Vergüenza . Negación. Ansiedad. Culpa. Temor. Irritabilidad gástrica. Conducta compulsiva. Cefaleas

Factores relacionados

- Carencia de mecanismos de afrontamiento o mecanismos ineficaces de afrontamiento.
- Carencia de sistemas de apoyo.
- Disminución de la capacidad cognitiva.
- Acontecimientos trágicos que implicó múltiples muertes.
- Destrucción súbita de la casa o comunidad de la persona.
- Intimidación criminal (tortura). Violencia. Terrorismo.

*Esta es una etiqueta diagnóstica general que agrupa a varios diagnósticos tales como: **Duelo disfuncional, Desesperanza, Impotencia.***

E103202 Riesgo de síndrome postraumático

Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador.

Factores de riesgo

- Ocupación (policía, bombero, protección civil, rescate, personal de sala de urgencias y salud mental).
- Sentido exagerado de la responsabilidad.
- Percepción del acontecimiento.
- Papel de superviviente en el acontecimiento.
- Desplazamiento del hogar.
- Apoyo social inadecuado.
- Falta de soporte del entorno.
- Disminución de la fortaleza del ego.
- Duración del acontecimiento.

E103211 Síndrome traumático de violación

Estado en el que un individuo presenta abuso sexual violento y forzado (con o sin penetración).

Características definitorias

Fase aguda:

- Reacciones emocionales: Ira, llanto, pánico, negación, sentimiento de culpa, crisis emocional, vergüenza, temor a estar solo, humillación, cambio de comportamiento sexual, deseo de venganza, desconfianza,.
- Síntomas físicos múltiples: irritación gastrointestinal, trastorno genitourinario, tensión muscular, alteración del patrón del sueño, dolor.

Fase a largo plazo:

- Revivencia mental de la violación.
- Cambio de residencia.
- Pesadillas repetidas y fobias.
- Búsqueda de apoyo familiar.
- Búsqueda de redes de apoyo social.

Factores relacionados

- Violación . Abuso sexual con o sin penetración.

E103212 Síndrome traumático de violación: reacción compuesta

Estado en el que un individuo presenta abuso sexual violento y forzado (con o sin penetración) contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.

Características definitorias

- Cambios en el estilo de vida (cambios de residencia, pesadillas repetitivas y fobias. Búsqueda de soporte familiar. Búsqueda de soporte de la red social).
- Reacciones emocionales (cólera, vergüenza, miedo a la violencia física y muerte, humillación, venganza, autculpabilización).
- Múltiples síntomas físicos (irritabilidad gastrointestinal, malestar genitourinario, tensión muscular, trastorno del patrón del sueño).
- Reactivación de síntomas de situaciones previas (enfermedad física, enfermedad psiquiátrica en fase aguda).
- Utilización del alcohol o las drogas (en fase aguda).

Factores relacionados

- Violación . Abuso sexual con o sin penetración.

E103213 Síndrome traumático de violación: reacción silente

Estado en el que un individuo presenta abuso sexual violento y forzado (con o sin penetración) contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.

Características definitorias

- Cambios bruscos en las relaciones con los hombres.
- Aumento de las pesadillas.
- Aumento de la ansiedad durante la entrevista (bloqueo en las asociaciones, largos periodos de silencio, ligero tartamudeo, malestar físico).
- Cambios pronunciados en la conducta sexual.
- No verbalización de la ocurrencia de la violación.
- Súbito inicio de reacciones fóbicas.

Factores relacionados

- Violación . Abuso sexual con o sin penetración.

E110001 *Dificultad en la práctica espiritual.*

Estado en el cual un individuo manifiesta inquietud en la satisfacción de sus necesidades espirituales.

Características definitorias

- Manifestación verbal de necesidad espiritual no cubierta.
- Incapacidad material para la práctica religiosa.
- Alteración del sueño.
- Depresión.
- Llanto.
- Ira.
- Retraimiento.
- Apatía.
- Sentido de culpabilidad.

Factores relacionados

- Hospitalización.
- Práctica religiosa no oficial.
- Falta de personas significativas o familiares.
- Aislamiento técnico.

Cualquiera que sean los factores relacionados, la actuación de enfermería será la de facilitar al individuo su práctica espiritual.

E110002 Sufrimiento espiritual

Alteración del principio vital que satura todo el ser de la persona e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano.

Características definitorias

- Expresiones de preocupación sobre el significado de la vida / muerte o sistema de valores.
- Preguntas sobre el significado del sufrimiento.
- Verbalización de conflictos internos sobre las creencias.
- Cuestiones sobre el significado de la propia existencia.
- Incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales.
- Búsqueda de ayuda espiritual.
- Preguntas sobre las implicaciones morales / éticas del régimen terapéutico.
- Desplazamiento de la cólera hacia los representantes religiosos.
- Descripción de pesadillas / trastornos del sueño.
- Alteraciones del comportamiento / humor manifestadas por cólera, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, apatía, etc.
- Humor negro.
- Cólera hacia Dios.
- Verbalización de preocupación respecto a las relaciones con la deidad.

Factores relacionados

- Separación de los vínculos culturales / religiosos.
- Puesta a prueba del sistema de creencias y valores (debido a las implicaciones morales / éticas de la terapia o un sufrimiento intenso).

E110003 Riesgo de sufrimiento espiritual.

Riesgo de alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en la que pueden alterarse las dimensiones que trascienden al yo y le confieren poder.

Factores de riesgo

- Ansiedad que consume energía.
- Baja autoestima.
- Enfermedad mental.
- Enfermedad física.
- Bloqueo del amor hacia uno mismo.
- Malas relaciones.
- Estrés físico o psicológico.
- Abuso de sustancias.
- Pérdida de un ser querido.
- Desastres naturales.
- Pérdidas situacionales.
- Pérdidas de maduración.
- Incapacidad para perdonar.

E110004 Disponibilidad para reforzar el bienestar espiritual.

Bienestar espiritual es el proceso personal de desarrollo / revelación del misterio mediante una interconexión armoniosa que procede de los recursos internos.

Características definitorias

Recursos internos

— Sensación de conocimiento, conciencia de uno mismo, origen sagrado, fuerza unificadora, fuerza interior y transcendencia.

Revelación del misterio

— La propia experiencia sobre el objetivo y significado, el misterio, la incertidumbre y las luchas de la vida.

Interconexión armoniosa

— Relación, conexión, armonía con el yo, los otros, un ente superior / Dios y con el entorno.

ANEXOS

Taxonomía NANDA adaptada por Necesidades de Henderson

Necesidad de oxigenación

Disminución del gasto cardíaco.

Riesgo de asfixia.

Riesgo de aspiración.

Tabaquismo.

Perfusión tisular ineficaz (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)

Deterioro del intercambio gaseoso

Limpieza ineficaz de vías aéreas. (LIVA)

Riesgo de limpieza ineficaz de vías aéreas.

Patrón respiratorio ineficaz

Dificultad para mantener la ventilación espontánea.

Respuesta disfuncional al destete del respirador (RDDR).

Necesidad de nutrición e hidratación

Obesidad exógena

Sobrepeso.

Aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos).

Delgadez.

Bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos).

Riesgo de retención de líquidos.

Déficit del volumen de líquidos.

Deterioro de la mucosa oral.

Déficit de autocuidados (alimentación).

Deterioro de la deglución.

Lactancia materna ineficaz

Riesgo de aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos).

Riesgo de bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos).

Riesgo de déficit del volumen de líquidos.

Riesgo de deterioro de la mucosa oral.

Lactancia materna eficaz

Patrón alimentario saludable.

Desequilibrio del patrón alimentario.

Aporte calórico excesivo.

Exceso de volumen de líquidos.

Desequilibrio de la nutrición: por defecto

Desequilibrio de la nutrición: por exceso.

Lactancia materna interrumpida

Patrón alimentario ineficaz del lactante

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Trastorno de la dentición.

Náuseas

Bajo aporte de líquidos

Necesidad de eliminación

Estreñimiento.
Estreñimiento subjetivo.
Diarrea.
Incontinencia urinaria de esfuerzo.
Incontinencia urinaria refleja.
Incontinencia urinaria de urgencia.
Incontinencia urinaria funcional.
Incontinencia fecal .
Incontinencia urinaria total.
Retención urinaria crónica.
Riesgo de estreñimiento.
Riesgo de diarrea.
Déficit de autocuidados (uso del orinal/váter).
Flatulencia.
Retención urinaria aguda.
Retención urinaria
Trastorno de la eliminación urinaria.
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Riesgo de síndrome por desuso.
Trastorno de la movilidad física.
Intolerancia a la actividad.
Fatiga
Riesgo de intolerancia a la actividad.
Sedentarismo.
Riesgo de trastorno de la movilidad física.
Dificultad para caminar
Dificultad para manejar la silla de ruedas
Dificultad en la habilidad de traslado
Dificultad para moverse en la cama.
Riesgo de síndrome de estrés por traslado.
Errante
Riesgo de caídas

Necesidad de descanso y sueño

Perturbación del patrón de sueño
Perturbación de los procesos de pensamiento
Privación de sueño.
Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
Déficit de autocuidados (vestido/arreglo personal).
Necesidad de termorregulación

Hipotermia
Hipertermia.
Termorregulación ineficaz.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Deterioro de la integridad tisular.
Deterioro de la integridad cutánea.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
Déficit de autocuidados (baño/higiene).
Respuesta alérgica al latex.
Riesgo de respuesta alérgica al latex.

Necesidad de evitar los peligros

Riesgo de infección.
Disreflexia autónoma
Protección ineficaz.
Riesgo de intoxicación.
Riesgo de traumatismo.
Afrontamiento defensivo.
Negación ineficaz.
Afrontamiento familiar incapacitante
Afrontamiento familiar comprometido.
Disposición para reforzar el afrontamiento familiar
Comportamiento saludable (especificar).
Autoestima baja situacional.
Autoestima baja crónica.
Perturbación visual
Perturbación auditiva.
Perturbación cinestésica.
Perturbación gustativa.
Perturbación táctil.
Perturbación olfativa.
Desatención unilateral.
Desesperanza.
Dolor agudo.
Duelo disfuncional.
Duelo anticipado.
Síndrome postraumático
Ansiedad.
Manejo ineficaz del régimen terapéutico
Automedicación.
Riesgo de lesión.
Afrontamiento ineficaz

Síndrome traumático de violación
Temor
Mantenimiento ineficaz de la salud.
Riesgo de transmisión de infecciones.
Impotencia.
Dolor crónico.
Incumplimiento (especificar).
Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar.
Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad.
Manejo eficaz del régimen terapéutico.
Retraso en la recuperación quirúrgica.
Capacidad adaptativa intracraneal disminuída
Perturbación del campo de energía.
Afrontamiento comunitario ineficaz
Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
Riesgo de lesión perioperatoria.
Síndrome de estrés por traslado.
Riesgo de autoestima baja situacional.
Aflicción crónica
Riesgo de automutilación.
Síndrome traumático de violación: reacción compuesta
Síndrome traumático de violación: reacción silente
Riesgo de síndrome postraumático
Ansiedad ante la muerte.
Riesgo de violencia hacia los demás.
Riesgo de violencia autodirigida.
Riesgo de disreflexia autónoma
Riesgo de Impotencia.
Disposición para reforzar el afrontamiento comunitario
Riesgo de suicidio.
Automutilación

Necesidad de comunicarse

Aislamiento social.
Deterioro de la interacción social.
Riesgo de soledad
Deterioro de la comunicación verbal

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Dificultad en la práctica espiritual.
Sufrimiento espiritual
Riesgo de sufrimiento espiritual.
Disponibilidad para reforzar del bienestar espiritual.

Necesidad de trabajar y realizarse

Trastorno paternal
Riesgo de trastorno paternal.
Disfunción sexual.
Riesgo de disfunción sexual.
Trastorno de la adaptación.
Adaptación eficaz (especificar).
Trastorno de la imagen corporal.
Riesgo de trastorno de la imagen corporal.
Desempeño ineficaz del rol
Procesos familiares interrumpidos
Conflicto del rol paternal
Dificultad para el mantenimiento del hogar.
Trastorno de la identidad personal.
Patrones de sexualidad ineficaces
Riesgo de trastorno del apego paternal lactante/niño
Sobresfuerzo en el rol de cuidador.
Riesgo de sobresfuerzo en el rol de cuidador.
Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.
Riesgo de conducta desorganizada del lactante.
Conducta desorganizada del lactante.
Disposición para reforzar la conducta organizada del lactante

Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Déficit de actividades recreativas

Necesidad de aprendizaje

Retraso en el crecimiento y desarrollo.
Desconocimiento (especificar).
Conflicto de decisiones (especificar).
Crecimiento y desarrollo fisiológico.
Confusión aguda
Confusión crónica
Síndrome de interpretación alterada del entorno.
Deterioro de la memoria.
Riesgo de retraso del desarrollo.
Riesgo de alteración del crecimiento.
Trastorno de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo.

II. Clasificación de Cuidados Domiciliarios de Virginia Saba (HHCC)¹

20 Componentes Enfermería: Índice Alfabético con Códigos

- A. COMPONENTE DE ACTIVIDAD
- B. COMPONENTE DE ELIMINACIÓN INTESTINAL
- C. COMPONENTE CARDIACO
- D. COMPONENTE COGNITIVO
- E. COMPONENTE DE AFRONTAMIENTO
- F. COMPONENTE DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS
- G. COMPONENTE DE CONDUCTAS DE SALUD
- H. COMPONENTE DE MEDICACIÓN
- I. COMPONENTE METABÓLICO
- J. COMPONENTE NUTRICIONAL
- K. COMPONENTE DE REGULACIÓN FÍSICA
- L. COMPONENTE RESPIRATORIO
- M. COMPONENTE DEL ROL Y LAS RELACIONES
- N. COMPONENTE DE SEGURIDAD
- O. COMPONENTE DE AUTOCUIDADO
- P. COMPONENTE DE AUTOCONCEPTO
- Q. COMPONENTE SENSORIAL
- R. COMPONENTE DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
- S. COMPONENTE DE LA PERFUSIÓN TISULAR
- T. COMPONENTE DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

¹ Saba, V.K. (1994). Home Health Care Classification of Nursing Diagnosis and interventions. Revised. Georgetown:Georgetown University. School of Nursing,.

Diagnósticos enfermeros

A - EL COMPONENTE DE ACTIVIDAD

- 01 Alteración de actividad
 - 01.1 Intolerancia de actividad
 - 01.2 Riesgo de Intolerancia de actividad
 - 01.3 Déficit de actividades recreativas
 - 01.4 Fatiga
 - 01.5 Deterioro de movilidad física
 - 01.6 Perturbación del modelo de sueño
- 02 Alteración musculoesquelética

B - EL COMPONENTE DE ELIMINACIÓN INTESTINAL

- 03 Alteración de Eliminación intestinal
 - 03.1 Incontinencia fecal
 - 03.2 Estreñimiento crónico
 - 03.3 Diarrea
 - 03.4 Impactación fecal
 - 03.5 Estreñimiento percibido
 - 03.6 Estreñimiento no especificado
- 04 Alteración gastrointestinal

C - EL COMPONENTE CARDÍACO

- 05 Alteración del Rendimiento cardíaco
- 06 Alteración cardiovascular
 - 06.1 Alteración de la tensión arterial

D - EL COMPONENTE COGNOSCITIVO

- 07 Alteración cerebral
- 08 Déficit de conocimiento
 - 08.1 Déficit de conocimiento sobre prueba de diagnóstico
 - 08.2 Déficit de conocimiento sobre régimen dietético
 - 08.3 Déficit de conocimiento sobre el proceso de la enfermedad
 - 08.4 Déficit de conocimiento sobre el volumen de líquidos
 - 08.5 Déficit de conocimiento sobre el régimen de la medicación
 - 08.6 Déficit de conocimiento sobre precauciones de seguridad
 - 08.7 Déficit de conocimiento sobre el régimen terapéutico
- 09 Alteración de los procesos de pensamiento

E - EL COMPONENTE DE AFRONTAMIENTO

- 10 Proceso agonizante de la muerte
- 11 Deterioro del afrontamiento familiar

- 11.1 Afrontamiento Familiar comprometido
- 11.2 Afrontamiento Familiar Incapacitado

12 Deterioro del afrontamiento individual

- 12.1 Deterioro de la adaptación
- 12.2 Conflicto de decisiones
- 12.3 Afrontamiento defensivo
- 12.4 Negación

13 Respuesta postraumática

- 13.1 Síndrome traumático de violación

14 Alteración del estado espiritual

- 14.1 Dolor espiritual

F - EL COMPONENTE DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS

15 Alteración de volumen de líquidos

- 15.1 Déficit de volumen de líquidos
- 15.2 Riesgo de volumen de líquidos deficitario
- 15.3 Exceso de volumen de líquidos
- 15.4 Riesgo de exceso de volumen de líquidos

G - EL COMPONENTE DE CONDUCTA DE SALUD

16 Alteración del crecimiento y Desarrollo

17 Alteración del Mantenimiento de la salud

18 Alteración del comportamiento saludable

19 Alteración de mantenimiento doméstico

20 Incumplimiento

- 20.1 Incumplimiento de Prueba de Diagnóstico
- 20.2 incumplimiento de Régimen Dietético
- 20.3 incumplimiento del Volumen de líquidos
- 20.4 incumplimiento del régimen de la medicación
- 20.5 incumplimiento de las precauciones de seguridad
- 20.6 incumplimiento de régimen terapéutico

H - EL COMPONENTE DE LA MEDICACIÓN

21 Riesgo de la medicación

- 21.1 polifarmacia

I - EL COMPONENTE METABÓLICO

22 Alteración endocrina

23 Alteración inmunológica

- 23.1 Alteración de la protección.

J - EL COMPONENTE NUTRITIVO

24 Alteración de la nutrición

- 24.1 Déficit de nutrición corporal

- 24.2 Riesgo de nutrición corporal deficitaria
- 24.3 Exceso de nutrición corporal
- 24.4 Riesgo de nutrición corporal excesiva.

K - EL COMPONENTE DE LA REGULACIÓN FÍSICO

- 25 Alteración de la regulación física
 - 25.1 Disreflexia
 - 25.2 Hipertermia
 - 25.3 Hipotermia
 - 25.4 Deterioro de la termorregulación.
 - 25.5 Riesgo de infección
 - 25.6 Infección inespecífica

L - EL COMPONENTE RESPIRATORIO

- 26 Alteración de la respiración
 - 26.1 limpieza ineficaz de las vías aéreas
 - 26.2 Patrón respiratorio ineficaz
 - 26.3 Deterioro de Intercambio gaseoso

M - EL COMPONENTE DE ROL Y RELACIONES

- 27 Alteración en el desempeño del rol
 - 27.1 Conflicto del rol paternal
 - 27.2 Alteración paternal
 - 27.3 Disfunción sexual
- 28 Deterioro de comunicación
 - 28.1 Deterioro verbal
- 29 Alteración de los Procesos familiares
- 30 Duelo
 - 30.1 Duelo anticipado
 - 30.2 Duelo disfuncional
- 31 Alteración del patrón de sexualidad
- 32 Alteración de la socialización
 - 32.1 Alteración de la interacción social
 - 32.2 Aislamiento social

N - EL COMPONENTE DE SEGURIDAD

- 33 Riesgo de la lesión
 - 33.1 Riesgo de aspiración
 - 33.2 Síndrome del desuso
 - 33.3 Riesgo del envenenamiento
 - 33.4 Riesgo de asfixia
 - 33.5 Riesgo de traumatismo
- 34 Riesgo de violencia

O - EL COMPONENTE DEL AUTOCUIDADO

- 35 Déficit de higiene / baño
- 36 Déficit del cuidado y vestido personal
- 37 Déficit de alimentación
 - 37.1 Deterioro de amamantamiento
 - 37.2 Deterioro tragando
- 38 Déficit del autocuidado
 - 38.1 Alteración de las actividades de la vida diaria.
 - 38.2 Alteración de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- 39 Déficit de aseo personal

P -EL COMPONENTE DE AUTOCONCEPTO

- 40 Ansiedad
- 41 Miedo
- 42 Alteración de la significación
 - 42.1 Desesperanza
 - 42.2 Impotencia
- 43 Alteración del autoconcepto
 - 43.1 Perturbación de la imagen corporal
 - 43.2 Perturbación de la identidad personal
 - 43.3 Autoestima baja crónica
 - 43.4 Autoestima baja circunstancial

Q - EL COMPONENTE SENSORIO

- 44 Alteración sensorio-perceptual
 - 44.1 Alteración auditiva
 - 44.2 Alteración gustativa
 - 44.3 Alteración cinestésica
 - 44.4 Alteración olfativa
 - 44.5 Alteración táctil
 - 44.6 Desatención unilateral
 - 44.7 Alteración visual
- 45 Alteración del bienestar
 - 45.1 Dolor agudo
 - 45.2 Dolor crónico
 - 45.3 Dolor inespecífico

R - EL COMPONENTE DE INTEGRIDAD CUTÁNEA

- 46 Alteración de Integridad cutánea
 - 46.1 Deterioro de la Mucosa oral
 - 46.2 Deterioro de Integridad de cutánea
 - 46.3 Riesgo de deterioro de Integridad de cutánea
 - 46.4 Incisión cutánea
- 47 Alteración periférica

S - EL COMPONENTE DE LA PERFUSION TISULAR

48 Alteración de la perfusión tisular.

T - EL COMPONENTE DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

49 Alteración de la Eliminación urinaria

49.1 Incontinencia urinaria funcional

49.2 Incontinencia urinaria refleja

49.3 Incontinencia urinaria por estrés

49.4 Incontinencia urinaria total

49.5 Incontinencia urinaria de urgencia

49.6 Retención urinaria

50 Alteración renal

Intervenciones

A - COMPONENTE ACTIVIDAD

01 Cuidado de la actividad

01.1 Rehabilitación cardíaca

01.2 Conservación de energía

02 Cuidado de la fractura

02.1 Cuidado de la escayola

02.2 Cuidado del inmovilizador

03 Terapia de movilidad

03.1 Terapia de deambulacion

03.2 Terapia de ayuda al manejo de los dispositivos de ayuda.

03.3 Cuidado del traslado

04 Control del patrón de sueño

05 Cuidados de rehabilitación

05.1 Amplitud de movimiento

05.2 Ejercicio de la rehabilitación

B - EL COMPONENTE DE ELIMINACIÓN DE INTESTINO

06 Cuidado del intestino

06.1 Instrucción del intestino

06.2 Desimpactación

06.3 Enema

07 Cuidado de la ostomía

07.1 Irrigación de la ostomía

C - COMPONENTE CARDÍACO

08 Cuidado cardíaco

09 Cuidado del marcapasos

D - COMPONENTE COGNOSCITIVO

- 10 Cuidado de la conducta
- 11 Orientación de realidad

E - COMPONENTE DE AFRONTAMIENTO

- 12 Servicio de counseling
 - 12.1 Apoyo para el afrontamiento
 - 12.2 Manejo del estrés
- 13 Apoyo emocional
 - 13.1 Consuelo espiritual
- 14 Cuidado terminal
 - 14.1 Apoyo del desamparo
 - 14.2 Medidas en el proceso de muerte
 - 14.3 Arreglos fúnebres

F - COMPONENTE DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS

- 15 Fluidoterapia
 - 15.1 Estados de hidratación
 - 15.2 Balance de líquidos
- 16 Cuidado de perfusión
 - 16.1 Cuidado intravenoso
 - 16.2 Cuidado del Catéter venoso

G - COMPONENTE DE CONDUCTA DE SALUD

- 17 Programas especiales de la comunidad
 - 17.1 Centro de Día de adulto
 - 17.2 Residencia
 - 17.3 Comidas a domicilio
 - 17.4 otros programas especiales de la comunidad
- 18 Cuidado de cumplimiento
 - 18.1 Cumplimiento de la Dieta
 - 18.2 Cumplimiento del Volumen de líquidos
 - 18.3 Cumplimiento del Régimen Médico
 - 18.4 Cumplimiento del Régimen de la Medicación
 - 18.5 Cumplimiento de las Precauciones de Seguridad
 - 18.6 Cumplimiento del Régimen Terapéutico
- 19 Contactos de enfermería
 - 19.1 Carta de Derechos
 - 19.2 Coordinación de los cuidados enfermeros
 - 19.3 Informe de enfermería
- 20 Contacto con el médico
 - 20.1 Régimen de órdenes médicas
 - 20.2 Informe del estado médico

21 Servicios profesionales y auxiliares

- 21.1 Contacto con servicio de ayuda a domicilio
- 21.2 Contacto con el trabajador social
- 21.3 Contacto con el servicio de enfermeras especialistas
- 21.4 Contacto con el terapeuta ocupacional
- 21.5 Contacto con el fisioterapeuta
- 21.6 Contacto con el logoterapeuta
- 21.7 Contacto con otro servicio auxiliar
- 21.8 Contacto con otro servicio profesional

H - COMPONENTE DE LA MEDICACIÓN

22 Cuidado de la quimioterapia

23 Administración inyección

- 23.1 Inyección de insulina
- 23.2 Inyección de vitamina B12

24 Administración de la medicación

- 24.1 Control de la medicación
- 24.2 Preparación de la medicación
- 24.3 Vigilancia de efectos adversos

25 Cuidado de radioterapia

I - COMPONENTE METABÓLICO

26 Cuidado de la Reacción alérgica

27 Cuidado diabético

J - EL COMPONENTE NUTRITIVO

28 Cuidado de la Sonda Nasogástrica/sonda gastrostomía

- 28.1 Inserción de sonda nasogástrica/ sonda de gastrostomía
- 28.2 Irrigación de sonda nasogástrica / sonda de gastrostomía

29 Cuidado de la nutrición

- 29.1 Alimentación enteral/ parenteral
- 29.2 Técnica del alimento
- 29.3 Dieta regular
- 29.4 Dieta especial

K - COMPONENTE DE LA REGULACIÓN FÍSICA

30 control de la infección

- 30.1 Precauciones universales

31 Cuidado de la salud física

- 31.1 Historia de salud
- 31.2 Promoción de salud
- 31.3 Examen físico
- 31.4 Mediciones físicas

32 Análisis de muestras

- 32.1 Análisis de sangre
- 32.2 Análisis de flujo
- 32.3 Análisis de orina
- 32.4 otro análisis de muestra

33 Signos vitales

- 33.1 Tensión arterial
- 33.2 Temperatura
- 33.3 Pulso
- 33.4 Respiración

34 Control de Peso

L - COMPONENTE RESPIRATORIO

- 35 Cuidado de oxigenoterapia
- 36 Cuidado respiratorio
 - 36.1 ejercicios respiratorios
 - 36.2 Fisioterapia torácica
 - 36.3 Terapia de la inhalación
 - 36.4 Cuidado del ventilador
- 37 Cuidado de la traqueostomía

M - COMPONENTE ROL RELACIONES

- 38 Cuidado de comunicación
- 39 Análisis sicosocial
 - 39.1 Análisis del domicilio
 - 39.2 Análisis de la dinámica interpersonal

N - COMPONENTE DE SEGURIDAD

- 40 Control de abuso
- 41 Cuidado de emergencia
- 42 Precauciones de seguridad
 - 42.1 Seguridad medioambiental
 - 42.2 Seguridad de equipo
 - 42.3 Seguridad individual

O - COMPONENTE DEL AUTOCUIDADO

- 43 Cuidado personal
 - 43.1 Actividades de la vida diaria (AVD)
 - 43.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- 44 Cuidado del encamado
 - 44.1 Cambios posturales

P COMPONENTE DE AUTOCONCEPTO

- 45 Cuidado de Salud mental
 - 45.1 Historia de Salud mental

- 45.2 Promoción de Salud mental
- 45.3 Test de Salud mental
- 45.4 Tratamiento de Salud mental

46 Control de la violencia

Q - COMPONENTE SENSORIAL

- 47 Control del dolor
- 48 Cuidado de consuelo
- 49 Cuidado del oído
 - 49.1 Cuidado del audífono
 - 49.2 Limpieza de la cera
- 50 Cuidado del ojo
 - 50.1 Cuidado de la catarata

R - COMPONENTE DE INTEGRIDAD CUTÁNEA

- 51 Cuidado del decúbito
 - 51.1 decúbito Fase 1
 - 51.2 decúbito Fase 2
 - 51.3 decúbito Fase 3
 - 51.4 decúbito Fase 4
- 52 Control del edema
- 53 Cuidado de la boca
 - 53.1 Cuidado de la dentadura postiza
- 54 Cuidado de la piel
 - 54.1 Control de ruptura de la piel
- 55 Cuidado de la herida
 - 55.1 Cuidado del drenaje
 - 55.2 Cambio de apósitos
 - 55.3 Cuidado de incisión

S - COMPONENTE DE PERFUSION TISULAR

- 56 Cuidado del pie
- 57 Cuidado de Perineal

T - COMPONENTE DE ELIMINACIÓN URINARIA

- 58 Cuidado de la vejiga
 - 58.1 Lavado de la vejiga
 - 58.2 Instrucción de la vejiga
- 59 Cuidado de la diálisis
- 60 Cuidado del Catéter urinario
 - 60.1 Inserción de la sonda uretral
 - 60.2 Irrigación de la sonda uretral

III. Documento de valoración por Patrones Funcionales de Salud.

Guirao-Goris,JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A.

Insertar documento de valoración anexo_III.pdf

Insertar documento de valoración anexo_III.pdf

Guirao-Goris,JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A.

Insertar documento de valoración anexo_III.pdf

Insertar documento de valoración anexo_III.pdf

Guirao-Goris,JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A.

Insertar documento de valoración anexo_III.pdf

Insertar documento de valoración anexo_III.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Abram, D. (1996). *The Spell of the Sensuous*. New York: First Vintage.
- AENTDE. El Correo AENTDE (2001). Marzo. 1(4):1-3
- AENTDE. (2001) <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>
- Alfaro, R(1986) "Application of Nursing Proces. A Step By Step Guide. New York: Harper& Row Publishers Inc. New York
- Alfaro, R (1988) Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma.
- Álvarez Vicent, A; Ruiz Villaespesa, R. (1989) El diagnóstico de enfermería en atención primaria. Análisis de las ventajas y problemas en su utilización. pg 25 -32 En : III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza. El diagnóstico de enfermería. ADEA: Jaén.
- Amat, Nuria (1990). *De la Información al Saber*. Madrid. Fundesco.
- American Nurses' Association (1980). *A Social Policy Statement*. Kansas City: American Nurses' Association.
- American Nurses' Association (1973). *Standards of Nursing Practice*. Kansas City: American Nurses' Association.
- Avant, K. (1990). The art and science in nursing diagnosis development. *Nursing Diagnosis* 1(2):51-55
- Avant, KC. (1991) Paths to concept development in nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*. 2(3):105-110
- Bertomeu i Marigo, M. (2000) Experiencia de aplicación del proceso de enfermería en la consulta de pediatría. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 78
- Bakker, RH; Kastermans MC; Dansen, TWN. (1995) An analysis of the nursing diagnosis Ineffective Management of Therapeutic Regimen compared to Noncompliance and Orem's Self-care Deficit Theory of nursing. *Nursing Diagnosis*. 6(4):161-166

- Benner, P. (1984) From novice to expert: power and excellence in nursing practice. Palo Alto, Ca: Addison-Wesley
- Burgess, A; Homstrom L. (1974) Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry. 131: 981-6
- Campbell, Claire (1978) Nursing Diagnosis and Intervention in Nursing Practice. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Campbell, Claire. (1987). Tratado de enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona: Ed Doyma.
- Campbell, DT; Fiske, DW (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychology Bulletin, 56:81.
- Carlson-Catalano, J; Lunney, M. (1995) Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. Clinical Nurse Specialist. 9(6):306-311
- Carper, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. En Nicoll, L.(ed). Perspectives on nursing theories. 1978. Philadelphia.: Lippincott pg 216-225.
- Casares, J. (1992) Diccionario ideológico de la lengua española. Barcelona: Gustavo Gili.
- Chalmers, AF((1982). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Chang, B; Hirsch, M; Brazal Villanova, MA; Ray Iverson, DW (1990). Self-care deficit with etiologies: reliability of measurement. Nursing Diagnosis.. 1(1).31-36.
- Chang,BL (1995). Nursing diagnosis and construct of pain, self-care deficit and impaired mobility. International Journal of Nursing Studies. 32(6): 556-567
- Clavería Señas M. (1997) Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. Enferm Científ 204-205:60-64
- Consejo Internacional de Enfermeras. (1996). La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería: un marco unificador. La versión Alfa. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra .

- Consejo Internacional de Enfermeras (1999). International Classification of Nursing Practice. <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>
- Creason, NS. (1987) How do we define our diagnosis. American journal of Nursing. 87:230-1
- Creason, NS (1994). Operational and conceptual definition tool development in nursing diagnosis validation research. En Carroll-Jhonson & Paquette. Symposium on validation models. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: J. B. Lippincott Company: 47-55
- Cuesta, A. Guirao, JA. Benavent, A. (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al Contexto español. Díaz de Santos. Madrid.
- Davis, GC (1994). Measurement and clinical decision making. Focus on instrument development. Nursing Diagnosis. 5(3):121-126
- Del Pino Casado, R; Frías Osuna, A; Cantón Ponce, D; Calleja Herrera, A; Alguacil González, F. (1995) Una propuesta de herramientas de trabajo: Guía de valoración y guía de atención de enfermería a pacientes hipertensos. Index Enferm IV(12-13):90-91
- Del Pino Casado R.(1998a) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Correo AENTDE 1998;2(1):2-3
- Del Pino Casado R. (1998b) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros(II). Correo AENTDE. 2(3):4-5
- Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 9(3):115-120
- Del Pino Casado, R. (2000). Líneas de investigación sobre diagnósticos enfermeros a nivel nacional e internacional. En: Diagnósticos enfermeros en atención primaria: aplicación práctica. Libro de ponencias de II Jornadas Nacionales de Invierno de la AEC. Ponferrada: Universidad de León - Asociación de Enfermería Comunitaria: 126-134
- Del Pino, R; Cantón Ponce, D; Alarcón Juárez, A, Fuentes Martínez, A; Navas Anguis, V; Rincón Montilla, MC; Ruiz Cejudo, R. (2001) Poder de explicación del

- diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. *Enfermería Clínica* 11(1):3-8
- Delaney, C; Herr,K; Maas, M; Specht,J (2000) Reliability of Nursing Diagnoses Documented in a Computerized Nursing Information System. *Nursing Diagnosis*. 11(3):121-134
 - DeMeester, DB; Lauer, T; Neal, S. (1989) Virginia Henderson. Definición de Enfermería. En Marriner, A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones ROL.
 - Dickoff J, James P, Wiedenbach E.(1968) Theory in practice discipline I. Practice oriented theory. *Nursing Research*. 17: 415 citado en Gordon (1996)
 - Dougherty, CM; Jankin, J; Lunney, MR; Whitley GC (1993). Conceptual an research-based validation of nursing diagnoses:1950 to 1993. *Nursing Diagnosis*4(4):156-155
 - Duarte Climents, G; Montesinos Afonso, N (1998) Diagnósticos enfermeros en diabéticos controlados en atención primaria. II Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Valladolid. pg 14
 - Duarte Climents, G; Montesinos Afonso, N; Sarduní Querol, A; Sicilia Sosvilla, I; Aparicio Parrado, C.(1998) Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria .*Enferm Clínica*; 8(5):203-209
 - Duarte Climents, G; Montesinos Afonso, N. (1999). El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. *Enferm Clínica*. 9(4):142-151
 - Fayerabend, P. (1993. *¿Por qué no Platón?* Madrid: Tecnos.
 - Fehring,R.J.(1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology en Hurley M.E. (Ed). *Classification of nursing diagnoses*. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.

- Fehring, R (1994). The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company: 55-57
- Flores Boixader, E. (1996) Diagnósticos de enfermería en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enferm Clin* 6(6):242-248
- Font Oliver, MA. (2000) Enfermería y familias en situación de riesgo sicosocial: una experiencia compartida.III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 56
- Fortin, MF (1999). El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Frakenburg W y Coons, C. (1986) Home Screening Questionaire: its validity in assesing home enviroment. *J Pediatr* 108(4):624-626
- Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González, F; Cantón ponte, D; Pulido soto, L et al,(1993) Validación de una taxonomía diagnóstica de los problemas diagnosticados con mayor frecuencia por los enfermeros en clientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Enferm clin* 3(3):231-237
- Fu, M; LeMone, P; McDaniel, RW; Bauser, C. (2001) A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. *Nursing Diagnosis* 12(1):15-27.
- Gallego Casado, P;Carra, B; Morente, M; Calvo, C; Sanz, C. (1995) Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. *Rev ROL Enferm.* 202:14-18
- Gebbie, K; Lavin, MA. (1974). Clasifying Nursing Diagnosis. *American Journal of Nursing.* Vol 74. págs 250-253
- Gebbie, K; Lavin, M. (1975) Classification of Nursing diagnoses: proceedings of the first national conference. St Louis: Mosby
- Gebbie, KM; Lavin MA; Carterr, JH; Becker, A. (1998) Our beginning and challenges: the first and second national conferences on the classification of Nursing Diagnoses, En: Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) *Classification of Nursing*

- Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:27-39
- Geertz, C. (1993). *The interpretation of cultures*. Londres: Harper Collins.
 - Germán Bés C. (1995). La aplicación práctica a través del autocuidado. *Index Enferm.*; IV(12-13):17-19.
 - Giménez, AM; Fernández-Reyes, I; Marín Fernández, B; Álvarez, MD; Andorra, M; Duque, FJ; Mazo, S; Rodríguez, M; Siches, C; Tomás, A.(1997) Validación en España de la respuesta ventilatoria disfuncional al destete (RVDD). *Enferm Intensiva*. 8(3):121-128
 - Giménez, AM; Fernández-Reyes, I; Marín Fernández, B; Álvarez, MD; Andorra, M; Duque, FJ; Mazo, S; Rodríguez, M; Siches, C; Tomás, A(1997). Metodología para la validación del contenido diagnóstico de la Respuesta Ventilatoria Disfuncional al Destete (RVDD). *Enferm Clínica* ; 7(6):255-262
 - Gleit CJ, Tatro S. Nursing Diagnosis for healthy individuals. *Nurs Health Care*.1981, 2:456.
 - Gordon, M. (1976).Nursing Diagnosis and the diagnostic process. *American Journal of Nursing*. Vol 76. Pág 1298
 - Gordon, M; Sweeney, M. (1979). Methodological problemas and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. *ANS*. 2(1):1-16
 - Gordon, M. (1990). Toward theory-based diagnostic categories. *Nursing Diagnosis*. 1(1):5-11
 - Gordon, M. (1996) *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. 3ª ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid.
 - Gordon, M.(1999) Pearl: The fifth NANDA Conference, En : Rantz MJ, LeMone P.Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA 1998. Glendale: Cinhal Information Systems:40-43
 - Grant, J; Kinney, M; Guzzetta, c. (1990a) A methodology for validating nursing diagnosis. *ANS* 12(3):65-74

- Grant,JS; Kinney, MR; Guzzeta, CE (1990b). Using Magnitude Estimation Scaling to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 1(2):64-69
- Grant, JS; Kinney, MR. (1991). The need for operational definitions for defining characteristics *Nursing Diagnosis*. 2(4):181-185
- Grant,JS; Kinney, MR. (1992). Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 3(1):12-22
- Grau Santana P. Ferrero López I. Martínez Llorens A. et al. (1993) Estudio descriptivo de los diagnósticos de enfermería más utilizados en el enfermo terminal, oncológico y con sida. *Enferm. Clínica* . nov-dic 3(6): 222-227
- Griffith Whitley, G.(2000) Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis* 1(10):5-13.
- Grier, M.R. (1984). Information processing in nursing practice, en: Werley, H. H.; Fitzpatrick, J. J. (eds.). *Annual Review of Nursing Research*, 2: 265-287.
- Guirao-Goris, JA (1993) Diagnóstico de enfermería en una consulta de enfermería de atención primaria. Estudio descriptivo” *Enferm Integral*. 26: 27-31
- Guirao-Goris, J.A., Cuesta Zambrana, A.; Benavent Garcés, A. (1999) Diagnóstico de Enfermería . Claves para su desarrollo. *Rev ROL Enf*;22(7-8):554-558
- Guirao-Goris, JA (2000). Situación de los diagnósticos de enfermería en la Atención Primaria española. En: *Diagnósticos enfermeros en atención primaria: aplicación práctica*. Libro de ponencias de II Jornadas Nacionales de Invierno de la AEC. Ponferrada: Universidad de León - Asociación de Enfermería Comunitaria.
- Guirao-Goris, JA; Moreno Pina, P; Martínez-Del Campo, P. (2001). Validación de Contenido Diagnóstico de la Etiqueta Diagnóstica Enfermera Sedentarismo. *Enfermería Clínica* . En prensa.
- Guzzetta, C; Forsyth, G. (1979). Nursing diagnostic pilot study: Psychophysiosociological stress. *Advances in nursing Science* 2(1):27-44
- Guzzeta, CE; Kinney, MR; Grant,JS (1994) Validating nursing diagnosis using magnitude estimation. En: *Carroll-Johnson Paquette: Classification of Nursing*

Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company:42-46

- Hernández Conesa, J; Esteban Albert, M.(1999) Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Madrid. Ed McGraw-Hill Interamericana.
- Hendrickson, M.F. (1988). The nurse engineer: a way to better nursing information systems. *Computers in Nursing*, 11(2):67-71.
- Hoskins,LM (1997). How to do a validation study. En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the twelfth Conference NANDA. . Glendale: Cinhal Information Systems:79-86
- Iowa Intervention Project-McCloskey, J.C. and Bulechek, G.B., Eds. (2000). Nursing Interventions Classification (NIC) (3rd ed.) St. Louis: Mosby-Year Book.
- Iyer, P. Taptich, B.J.; Bernocchi-Losey, D. (1988). Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid. Ed. Interamericana Mc-Graw Hill.
- Izquierdo Carrasco, JM; Pérez Badía, B; Ramírez Rodriguez, FJ;Conde Lara, G;Torres Montero, L; Pérez Merino, I. (2000). Implantación del proceso enfermero en atención primaria. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 31
- Jenny, J (1995) Advancing the science of nursing. En : Rantz MJ, LeMone P (Ed.) .Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the eleventh Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1995:73-81
- Jiménez de Luque, P. Serrano Monzó, I. (2000) Atención individualizada a la mujer climatérica en las consultas de enfermería. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 47
- Jones, DA; Barret, F. (1997) Development and testing of a functional health pattern assesment screening tool En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the twelfth Conference NANDA. . Glendale: Cinhal Information Systems.228-235
- Jones, DA; Barret, F.(1999) Further development and testing of a functional health pattern assesment screening tool, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of

- Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems:471-477
- King, I. M. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concept, Process*. New York: John Wiley
 - Kerlinger, F (1986) *Foundations of behavioral research* (3rd Ed) New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. Citado en Grant,JS; Kinney, MR. (1991)
 - Kerr,M; Hoskins, LM; Fitzpatrick, JJ; Warren, JJ; Avant, KC; Hurley, M; Lunney, M; Mills, WC; Rottkamp, C (1993) Taxonomic validation: an overview. *Nursing Diagnosis* 4(1):6-14
 - Komorita, NI. (1963) Nursing Diagnosis. What is a nursing diagnosis? How is it arrived at? What does it accomplish?. *AJN*. December 63: 83-86
 - Lackey, NR (1986) .Use of the Q methodology in validating defining characteristics of specified nursing diagnoses. En Hurley M.E. (Ed). *Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA*. St Louis.. Mosby Company.191-196
 - Lakatos, I (1984). *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Madrid: Tecnos.
 - Laudan, L. A. (1981). Problem-solving approach to scientific progress. En: Hacking, I. (Ed.). *Scientific Revolutions*. Oxford: Oxford University Press.
 - Levin, R. (2001). Who are the experts? A comentary on Nursing Diagnosis Validation studies. *Nursing Diagnosis*. 12(1):29-32
 - Lien-Gieschen, T (1993). Validation of social isolation related to maturational age. *Elderly. Nursing Diagnosis*. 4(1):37-44
 - López Ruiz, J.(2000) Propuestas para el desarrollo profesional (II). *Enferm Clínica*. 10(4):157-162.
 - López, C; López, J. (1998) ¿Fenómenos de enfermería? *Correo AENTDE* 1998;2(2):6-7
 - Lunney, M (1982). Nursing diagnoses: refining System. *American Journal of Nursing* 82(3):456-459

- Lunney, M (1990). Accuracy of nursing diagnosis. Concept development. *Nursing Diagnosis*, 1(1):12-17
- Maas,M; Hardy, MA; Craft, M.(1990) Some methodologic considerations in nursing diagnosis research. *Nursing Diagnosis*.1(1):24-30
- Maggs, C; Abedi HA. (1997) Identifying the health needs of elderly people using the Omaha Classification Scheme. *Journal of Advanced Nursing*.. 26(4):698-703
- Magnan, MA (1995) A bayesian methodological approach to validation a of nursing diagnosis: activity intolerance. En : Rantz MJ, LeMone P (Ed.) .*Classification of Nursing Diagnoses*. Proceedings of the eleventh Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems: 97-111
- Martín Robledo, E; García López, F; Asenjo Esteve, A. (1997) Diagnósticos de Enfermería. Estrategias de implantación. *Rev ROL Enferm*. XX(225):57-63
- Martínez Marcos M. Custey Malé M^a A. De Francisco Casado M^a A. et al. (1996). "Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria" *Enferm. Clínica* 6(1):1-10
- MacLug Jensen, D. (1929). *Students Handbook on Nursing*. New Heaven: Yale University.
- Martin, K.S. & Scheet, N.J. (1992). *The Omaha system: Applications for community health nursing*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company
- McCloskey, J.C.; Bulechek, G.B(1999) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Síntesis. Madrid.
- Medina, JL.1999. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*.. Barcelona: Ed Laertes-Psicopedagogía
- Mills WC (1991). *Nursing Diagnosis: The importance of a definition*. *Nursing Diagnosis*. 2(1):3-8
- Mills, WC.(1999) Three Conferences, three pearls: the janus view, the gateway to scientific practice, clinical judgement and decision making: the future with nursing diagnosis, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) *Classification of Nursing Diagnoses*.

- Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:44-48
- Montaner, P. Moyano, R. (1989). *¿Cómo nos Comunicamos? Del gesto a la Telemática*. Madrid: Biblioteca de Recursos Didácticos Alambra.
 - Montesinos Afonso, N; Pérez Díaz, G; Duarte Climents, G. (1998) Diagnósticos enfermeros en niños de 2 a 5 años incluidos en el programa del niño sano. II Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Valladolid. pg 16
 - Munding, M.O; Jauron DG. (1975). Developing a nursing diagnosis. *Nursing Outlook*. 23 (2): 94--98.
 - NANDA. Report of the Taxonomy Committee. (1997) En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) *Classification of Nursing Diagnoses*. Proceedings of the twelfth Conference NANDA. . Glendale: Cinhal Information Systems:472-3
 - NANDA.(1997) *Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definición y Clasificación 1997-1998*. Hacourt Brace de España. Madrid.
 - NANDA. Taxonomy Committee Report (1999) En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) *Classification of Nursing Diagnoses*. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:659-63
 - NANDA news.(2000). *Nursing Diagnosis*.11(4):186-189.
 - NANDA (2001). *Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2001-2002*. Madrid: Hacourt
 - Nightingale, F. (1863). *Notes on hospitals*. 3rd.ed. London.
 - Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory (2ed)*. New York: McGraw Hill
 - O'Connell B. (1995). Diagnostic reability: a study of the process. *Nursing Diagnosis*. jul - sep 6(3):99
 - Orem, DE.(1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat Enfermería.
 - Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*.. 4(9):144-150.

- Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York. Putnam's sons.
- Piqué Prado, E. (1999) Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. *Enferm Científ* 210-211: 22-24
- Polit-Hungler(1997) 5º Ed. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores
- Pujol Puyané T; Martí Sotus M (1999) Evaluación de la implantación de la hoja de seguimiento de enfermería en el enfermo domiciliario. *Enferm Científ* 204-205:60-64
- Pulido Soto, A; García Orta, C; Frías Osuna, A; Quiles Espinosa, A (1989) Diagnóstico enfermero en el niño sano. pg 153-163 En : III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza. El diagnóstico de enfermería. ADEA: Jaén.
- Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) *Classification of Nursing Diagnoses*. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999
- Raña Lama, CD (1999) Diagnósticos de enfermería: líneas de investigación en atención primaria de salud. *Enferm Científ* 208-209:28-30
- Ravetz, JR. (1971) . *Scientific knowledge and its social problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Rivas Campos, A; Toral López, I; Luna del Castillo, JD. (1995) Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en una unidad de atención primaria. *Enferm Clínica*. 5(6):231-237
- Rodríguez Cobo, D; Frías Osuna, A. (1989) El diagnóstico de enfermería. III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza.(1989) ADEA: Jaén.
- Rosell E; Navarro J, Roca R, Balcells A, Viladot A, Giró M (1995) Estudio del perfil de los diagnósticos enfermeros en un área básica de salud. *Index Enferm* IV(12-13):93-94
- Roy, Callista. (1975). A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*. Volumen 23. Número 2. Págs 90-92.

- Roy, C.(1999) NANDA and the nurse theorists: the truth of theory, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:59-67
- Rossi, P. (1998). *El Nacimiento de la Ciencia Moderna en Europa*. Barcelona: Critica.
- Ryan, P; Falco, SM. (1985). A pilot study to validate the etiologies and defining characteristics of the nursing diagnosis of noncompliance. *Nursing Clinics of North America* 20(4): 685-695.
- Saba, V.K. (1992). A Classification of Home Health Care Nursing Diagnoses and Interventions. *Caring*, 11(3), pp.50-57.
- Saba, V.K. (1994). Home Health Care Classification of Nursing Diagnosis and interventions. Revised. Georgetown:Georgetown University. School of Nursing,
- Sánchez González, M. A. (1998). Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción la Pensamiento Médico. Barcelona: Masson.
- Sato, S (1998) Influence of patients' medical status and age on content validation of anxiety, pain and sleep pattern disturbance: a study in Japan. En: Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems: 510-521
- Schroeder, M (1989). Tool development: Validity rlated to nursing diagnosis. En Monograph of the invitational conference on research methods for validating nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference. Philadelphia: Lippincot: 192-200
- Sell, P.S. (1985). *Expert Systems-A Practical Introduction*. Basingstone: MacMillan.
- Simon, J. (1998). Filosofía del Signo. Madrid: Gredos.
- Sparks, S; Lien-Gieschen, T (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis*. 5(1):31-5
- Talbot, LA.(1994) Coping with urinary incontinence: development and testing of a scale. *Nursing Diagnosis* 5(3):127-132

- Tanaka, K (1988). Development of a tool for assesing posttrauma response. Archives of Psychiatric nursing. 2(6):350-356
- Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. (1995). Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona:Masson.
- Ugalde, M; Álvarez, C. (1998) Diagnóstico enfermero. El Correo AENTDE. 1998. Vol II. Nº 3:6-7.
- Van Dyke Hayes, K (1999) Patient involvement in nursing diagnosis research. En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems:315-326
- Villacañas Novillo, E; Cantero García, MP; Domingo Martín, R; Sánchez Pérez, C; Díez Gómez, J; Casado Lollano, A. (2000) Coste de las intervenciones enfermeras en los usuarios de atención domiciliaria de atención primaria, según el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. III Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. AENTDE: Pamplona. pg 34
- Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Measurement in nursing research (2º Ed). Philadelphia: F.A. Davis.
- Warren, J. (1999) Create the vision: the ninth NANDA Conference, En : Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA.1998. Glendale: Cinhal Information Systems,:49-52
- Wake, M; Coenen, A.(1999) The Intenational Classification For Nursing Practice: Toward de Beta Version. En: Rantz MJ, LeMone P. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the thirteenth Conference NANDA. Glendale: Cinhal Information Systems, 1999:405-409
- Whitley, GG. (1995). Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. Nursing Diagnosis. 6(2):91-92
- Whitley, GG (1996). A multivariate approach for the validation of anxiety anda fear. Nursing Diagnosis. 7(3):116-124

- Whitley, GG.(1999) Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis* 1(10):5-13
- Wooldrige J, Herman J, Garrison C, Haddock S, Massey J, Tavakoli A.(1998). A validation study using the case control method of the nursing diagnosis high risk for aspiration. *Nursing Diagnosis* 1(9):5-11.

ÍNDICE TEMÁTICO

- AENTDE, 66, 82
- Clasificación, 30, 32, 51
 - Diagnósticos, 39, 40, 47, 48, 49
 - Intervenciones, 56, 58, 60, 61, 404
 - Resultados, 57, 59, 60, 61
- Diagnóstico
 - Autocuidados cotidianos 61, 62, 145
 - Definición, 39, 41, 44, 80
 - Diferencia con diagnóstico médico, 84
 - Dual, 94, 95
 - Historia, 40, 47-51
 - Quasi-diagnóstico, 109
 - Real, 104
 - Registro, 100, 108, 111, 119, 122, 124,
 - Riesgo, 54, 61, 90, 101, 102, 108
 - Salud, 102, 104
 - Tipos, 94, 104
 - Ventajas, 86
- Ciencia, 28, 29, 32, 35, 70, 74, 87, 131
- Cuidados, 36, 39, 44, 47, 54, 60, 64, 73, 82, 85, 91, 101, 111
- Dominio, 53, 161
- Fenómeno, 55, 72, 80, 131, 134, 135, 137, 139, 141, 142, 145, 148, 155
- Fiabilidad, 35, 72, 73, 136, 137-140, 143, 158, 160
- Formato PES, 99, 101, 105, 121
- Investigación, 43, 68, 71, 74, 127, 133, 134, 161
 - Tipos de estudio, 134
 - Validación, 144, 147, 150
 - Método de Fehring, 143, 146

- Metodología
 - De cuidados, 64, 150, 119
 - Q, 52, 145, 148
- NANDA
 - Análisis, 66
 - Constitución, 40, 48
 - Historia, 40, 48, 49, 51, 53
 - Taxonomía I, 40, 48, 51, 67
 - Taxonomía II, 52, 54, 102, 149
- NIC, 58, 162
- NOC, 52, 59, 162
- Nomenclatura
 - Desarrollo en ciencia, 31, 32
 - Desarrollo en ciencias de la salud, 33
 - Desarrollo en enfermería, 34, 35, 39, 43, 54, 66, 155
- Patrón Funcional de salud, 52, 72, 120
- Patrón de respuesta humana, 41, 49, 51, 120
- PES, 99,101, 105, 121
- Problema interdependiente, 88, 89, 90, 91, 209, 211, 214, 222, 224, 225, 227, 236, 239, 247, 249, 252, 300
- Proceso de enfermería, 36, 37, 38, 41, 43, 79
- Pruebas diagnósticas, 70, 72, 13, 139,
- Saliencia, 118
- Taxonomía
 - Autocuidados cotidianos, 61
 - CIPE , 54, 56, 57
 - Cuidados de domiciliarios 60
 - Médica, 33
 - NANDA, 48, 52

- Omaha, 61
- Teoría, 32, 36, 62, 116, 117, 120, 131, 132, 133, 139, 155, 157
- Validez
 - Aparente, 11, 66, 145
 - Clínica, 143
 - De constructo, 135, 140, 145, 156
 - De contenido, 73, 135, 145
 - De criterio, 145, 155
 - método de Fehring, 143, 146

LISTADO ALFABÉTICO DIAGNÓSTICO

actividades recreativas, Déficit de	279
Adaptación eficaz (especificar)	369
Adaptación, Trastorno de la.	368
Aflicción crónica.	325
Afrontamiento ineficaz	363
Afrontamiento comunitario ineficaz	361
afrontamiento comunitario, Disposición para reforzar el	362
Afrontamiento defensivo.	365
Afrontamiento familiar comprometido.	357
Afrontamiento familiar incapacitante	359
afrontamiento familiar, Disposición para reforzar el	360
Aislamiento social.	333
Ansiedad ante la muerte.	318
Ansiedad.	316
apego paterno lactante/niño, Riesgo de trastorno del	342
Aporte calórico excesivo.	197
Aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos)	196
aporte excesivo de (especificar nutrientes/alimentos), Riesgo de.	199
asfixia, Riesgo de.	181
aspiración, Riesgo de.	182
auditiva, Perturbación.....	306
autocuidados (alimentación), Déficit de.	280
autocuidados (baño/higiene), Déficit de.	282
autocuidados (uso del orinal/váter), Déficit de.	275
autocuidados (vestido/arreglo personal), Déficit de.	284
Autoestima baja crónica.	327
autoestima baja situacional, Riesgo de.	329
Autoestima baja situacional.	326
Automedicación.	177

Automutilación	375
automutilación, Riesgo de.	378
Bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos)	189
bajo aporte de (especificar nutrientes/alimentos), Riesgo de	192
Bajo aporte de Líquidos	190
bienestar espiritual, Disponibilidad para reforzar del.	389
Caídas, Riesgo de.	270
caminar, Dificultad para.	266
campo de energía, Perturbación del.	290
Capacidad adaptativa intracraneal disminuída	214
capacidad del adulto para mantener su desarrollo, Trastorno de la	168
cinestésica, Perturbación.	307
Comportamiento saludable (especificar).	171
comunicación verbal, Deterioro de la	337
conducta desorganizada del lactante, Riesgo de.	372
Conducta desorganizada del lactante.	370
conducta organizada del lactante, Disposición para reforzar la	373
Conflicto de decisiones (especificar).	303
Conflicto del rol paternal	349
Confusión aguda.	296
Confusión crónica.	297
Crecimiento y desarrollo fisiológico.	167
crecimiento, Riesgo de trastorno del.	166
deglución, Deterioro de la.	194
Delgadez.	191
dentición, Trastorno de la.....	208
Desatención unilateral.	311
Desconocimiento (especificar).	304
Desempeño ineficaz del rol	348
Desequilibrio de la nutrición: por defecto	187

Desequilibrio de la nutrición: por exceso.	195
Desequilibrio del patrón alimentario.	201
Desesperanza.	321
Diarrea, Riesgo de	240
Diarrea.	238
disfunción neurovascular periférica, Riesgo de.	313
disfunción sexual, Riesgo de.	356
Disfunción sexual.	355
Disreflexia autónoma.....	300
disreflexia autónoma, Riesgo de.	301
Dolor agudo.....	314
Dolor crónico.....	315
Duelo anticipado.....	347
Duelo disfuncional.....	346
eliminación urinaria, Trastorno de la.....	228
Errante.....	277
Estreñimiento subjetivo.....	244
Estreñimiento.....	241
Estreñimiento, Riesgo de.....	243
Fatiga.....	261
Flatulencia.....	246
gasto cardíaco, Disminución del.	249
gustativa, Perturbación.	308
habilidad de traslado. Dificultad en la.	268
Hipertermia.....	224
Hipotermia.....	225
identidad personal, Trastorno de la.....	330
imagen corporal, Trastorno de la.....	331
Impotencia.....	322
Impotencia, Riesgo de.....	324

Incontinencia fecal.....	245
Incontinencia urinaria de esfuerzo.....	229
Incontinencia urinaria de urgencia.....	230
incontinencia urinaria de urgencia, Riesgo de	234
Incontinencia urinaria funcional	231
Incontinencia urinaria refleja	232
Incontinencia urinaria total	233
Incumplimiento (especificar)	172
Infección, Riesgo de.....	180
integridad cutánea, Deterioro de la.....	218
integridad cutánea, Riesgo de deterioro de la.....	220
integridad tisular, Deterioro de la.....	221
interacción social, Deterioro de la	335
intercambio gaseoso, Deterioro del.	252
Intolerancia a la actividad.....	272
intolerancia a la actividad, Riesgo de	274
intoxicación, Riesgo de	183
Lactancia materna eficaz	205
Lactancia materna ineficaz	206
Lactancia materna interrumpida	204
lesión perioperatoria, Riesgo de	312
Lesión, Riesgo de	179
Limpieza ineficaz de vías aéreas (LIVA).....	253
limpieza ineficaz de vías aéreas, Riesgo de	257
manejar la silla de ruedas, Dificultad para.	267
Manejo eficaz del régimen terapéutico.....	176
Manejo ineficaz del régimen terapéutico	173
Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad.....	175
Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar	174
mantener la ventilación espontánea, Dificultad para.	256

mantenimiento del hogar, Dificultad para el.	286
Mantenimiento ineficaz de la salud.....	170
memoria, Deterioro de la.	298
moverse en la cama, Dificultad para.	269
movilidad física, Riesgo de trastorno de la.....	265
movilidad física, Trastorno de la.....	263
mucosa oral, Deterioro de la.....	215
mucosa oral, Riesgo de deterioro de la.....	217
Náuseas	193
Negación ineficaz.....	367
Obesidad exógena	198
olfativa, Perturbación.	310
paternal, Riesgo de trastorno.	341
paternal, Trastorno	339
Patrón alimentario ineficaz del lactante	207
Patrón alimentario saludable	203
patrón de sueño, Perturbación del.	291
Patrón respiratorio ineficaz.	254
Patrones de sexualidad ineficaces	354
Perfusión tisular ineficaz (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).	247
práctica espiritual, Dificultad en la	386
Privación de sueño.	293
procesos de pensamiento, Perturbación de los.	295
Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.	344
Procesos familiares interrumpidos	343
Protección ineficaz.	178
Respuesta disfuncional al destete del respirador (RDDR). 258	
respuesta alérgica al látex, Riesgo de.....	223
Respuesta alérgica al látex.....	222

retención de líquidos, Riesgo de	212
Retención urinaria aguda	236
Retención urinaria crónica	237
Retención urinaria	235
retraso del desarrollo, Riesgo de	165
Retraso en el crecimiento y desarrollo	164
Retraso en la recuperación quirúrgica.....	169
Sedentarismo	289
Síndrome de interpretación alterada del entorno.....	299
Síndrome de estrés por traslado	287
síndrome de estrés por traslado, Riesgo de	288
síndrome por desuso, Riesgo de.....	260
Síndrome postraumático	381
síndrome postraumático, Riesgo de.....	382
Síndrome traumático de violación	383
Síndrome traumático de violación: reacción compuesta	384
Síndrome traumático de violación: reacción silente.....	385
Sobrepeso	200
Sobresfuerzo en el rol de cuidador.....	350
sobresfuerzo en el rol de cuidador, Riesgo de.....	352
Soledad, Riesgo de	336
Sufrimiento espiritual.....	387
sufrimiento espiritual, Riesgo de.....	388
suicidio Riesgo de	379
Tabaquismo	251
táctil, Perturbación	309
Temor.	319
temperatura corporal, Riesgo de desequilibrio de la.	226
Termorregulación ineficaz.	227
transmisión de infecciones, Riesgo de	186

trastorno de la imagen corporal, Riesgo de	332
traumatismo, Riesgo de	184
violencia autodirigida. Riesgo de	376
violencia hacia los demás, Riesgo de.	374
visual, Perturbación	305
volumen de líquidos Riesgo de déficit del.	210
volumen de líquidos, Déficit del.	209
volumen de líquidos, Exceso de.	211
volumen de líquidos, Riesgo de desequilibrio de.	213