

VI Jornadas de Trabajo AENTDE

Realidad clínica e investigación enfermera

Prof.^a Margaret Lunney, AAS, BS, Ms, PhD

*Professor and Graduate Programs Coordinator
College of Staten Island
The City University of New York*

Prof.^a. Carme Espinosa i Fresnedo, BC

*Professora i Adjunta de Formació de Postgrau i Formació Continuada de la Escola
Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna
Universitat Ramon Llull de Barcelona*

Prof. Josep Adolf Guirao-Goris, MCE

*Profesor de Salud Pública y Metodología de Investigación en Enfermería
Escola d'Infermeria La Fe
Universitat de València*

Valladolid, 26 y 27 de octubre de 2007

DOCUMENTACIÓN



 CRAI - UNIVERSITAT DE BARCELONA

Donació

AENTDE
2013

Las VI Jornadas de AENTDE, pretenden propiciar un espacio formativo donde las enfermeras puedan discutir en torno a casos clínicos los elementos fundamentales para elaborar un proceso enfermero preciso.

En anteriores jornadas hemos desarrollado diferentes líneas que sirvieran de apoyo a los problemas que encuentran las enfermeras en el día a día, con la aplicación práctica de las diferentes taxonomías. La precisión del juicio clínico diagnóstico y terapéutico, son términos cada vez más relevantes en la práctica clínica, por lo que en esta ocasión deseamos plantear el concepto de Precisión Diagnóstica partiendo del estudio de un caso en el que trabajaremos con las taxonomías enfermeras.

En la presente documentación encontrará textos que no están disponibles en castellano y que se ha recopilado específicamente para el trabajo de los temas que se abordan en estas jornadas de trabajo:

La precisión diagnóstica y la investigación en diagnósticos enfermeros.

VI JORNADAS DE TRABAJO
AENTDE



Realidad clínica e investigación enfermera

Prof. Margaret Lunney, AAS, BS, MS, PhD
*College of Staten Island
The City University of New York*

Prof. Carme Espinosa i Fresno, BC
Escola d'Infermeria, Universitat d'Andorra

Prof. Josep Adolf Guirao Goris, BC
Escola d'Infermeria La Fe, Valencia

www.aentde.com

Valladolid, 26 y 27 de octubre de 2007



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Índice de la documentación

Programa definitivo	5
---------------------------	---

I. Pensamiento crítico y precisión diagnóstica

Características del pensamiento crítico	6
Un método de puntuación para evaluar la precisión de los diagnósticos enfermeros	9
Precisión en el Diagnóstico de las respuestas humanas: Fundamento del cuidado enfermero ...	21
Caso Clínico	59

II. Investigación

Importancia de la investigación en diagnósticos enfermeros	61
Investigación en diagnósticos enfermeros: tipos de estudio	81
Guía para estudios de validación clínica	105
Aspectos esenciales y herramientas metodológicas para la investigación en diagnósticos enfermeros	111

III ANEXOS

Diagnósticos NANDA	149
Resultados NOC	157
Intervenciones NIC	173





Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

PROGRAMA DEFINITIVO

Día 26 de octubre de 2007

[09:00] [10:30] Ponencia:

Precisión en el Diagnóstico de las respuestas humanas: Fundamento del cuidado enfermero. *Margaret Lunney*

[10:30] Café

[11:00] Presentación de un caso de cuidados y trabajo en grupos (básico y avanzado).

Dinamizadores: Margaret Lunney, Carme Espinosa, J. Adolf Guirao.

[14:00] Comida

[16:00] [17:30] Trabajo en grupos (básico y avanzado). Continuación.

[17:30] [18:30] Gran grupo: exposición trabajo realizado, turno de preguntas.

Ponentes: Margaret Lunney, Carme Espinosa, J. Adolf Guirao.

[19:00] Asamblea de socios de AENTDE.

Día 27 de octubre de 2007

[9:00] [10:30] Panel:

* La investigación en taxonomías enfermeras y el desarrollo de la ciencia enfermera.

Ponente: Margaret Lunney

* Investigación en diagnósticos enfermeros: tipos de estudio.

Ponente: J. Adolf Guirao

[10:30] Café

[11:00] Conclusiones de grupo y debate.

[12:00] Ponencia

El proceso de elaboración y validación de un diagnóstico enfermero. J. Adolf Guirao-Goris

[13:00] Semblanza: Rosa González Gutiérrez-Solana

[13:30] Cierre de las Jornadas.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Características del pensamiento crítico

El pensamiento crítico en enfermería es un componente esencial de la responsabilidad profesional y de la calidad de los cuidados enfermeros. Los profesionales que usan el pensamiento crítico, presentan los siguientes hábitos mentales: Confianza, perspectiva contextual, creatividad, flexibilidad, cuestionamiento, integridad intelectual, intuición, obertura de mente, perseverancia y reflexión. En la práctica clínica, los profesionales que usan el pensamiento clínico poseen las habilidades cognitivas de ser capaces de analizar, aplicar estándares, discriminar, buscar información, razonamiento lógico, conocimiento predictivo y transformacional (Scheffer & Rubenfeld, 2000).

Características del pensamiento crítico

Definiciones

Habilidades cognitivas

Análisis	Separar o romper un todo en partes para descubrir la naturaleza, función y relaciones.
Aplicar estándares	Establecer juicios de acuerdo a normas y criterios personales, profesionales o sociales
Discriminar	Reconocer diferencias y similitudes entre cosas o Situaciones y diferenciar cuidadosamente con la finalidad de categorizar o puntuar
Buscar Información	Buscar evidencias, hechos o conocimientos identificando fuentes relevantes y recogiendo datos objetivos, subjetivos, históricos y habituales de dichas fuentes
Razonamiento lógico	Formular deducciones o conclusiones basadas o justificadas en la evidencia
Predicción	Visualizar un plan y sus consecuencias
Conocimiento transformacional	Cambiar o convertir la naturaleza, manera de funcionar de los conceptos dentro de diferentes contextos



Características del pensamiento crítico

Definiciones

Hábitos Mentales

Confianza	Seguridad en las propias habilidades de razonamiento
Perspectiva Contextual	Consideración de la situación global, incluyendo relaciones, antecedentes, y entorno, relevantes en un hecho determinado
Creatividad	Inventiva intelectual que se usa para generar, descubrir, o estructurar ideas; imaginar alternativas
Flexibilidad	Capacidad para adaptar, acomodar, modificar o cambiar pensamientos, ideas y comportamientos
Cuestionamiento	Deseo de saber a través de la búsqueda del conocimiento y deseo de comprender a través de la observación y el cuestionamiento lógico con la finalidad de explorar posibilidades y alternativas
Integridad Intelectual	Búsqueda de la verdad usando procesos sinceros, honesto incluso si los resultados son contrarios a las propias asunciones y creencias
Intuición	Sensación interna de saber sin tener conciencia del uso del razonamiento
Apertura de mente	Punto de vista caracterizado por ser receptivo a visiones divergentes y sensible a las propias desviaciones
Perseverancia	Seguir un proceso con la determinación de superar los obstáculos
Reflexión	Contemplar un tema, especialmente las propias asunciones y pensar en propósitos de comprensión mas profunda y auto-evaluación

Scheffer, B.K., & Rubenfeld, M.G. (2000). A consensus statement on critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 39, 352-359.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Centre de Recerca per a l'Aprenentatge i la Investigació

Biblioteca de Bellaterra



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Un método de puntuación para evaluar la precisión de los diagnósticos enfermeros.¹

Margaret Lunney, PhD, RN, CS

Para puntuar la precisión de los diagnósticos que las enfermeras realizan en las situaciones clínicas, uno o más evaluadores (incluido uno mismo como evaluador) deciden el grado de precisión usando unos criterios predefinidos en una escala (Tabla 1). La escala se concibe como un continuo de precisión diagnóstica que oscila desde un nivel alto a un nivel bajo, cada nivel se ordena en concordancia al nivel de precisión de un diagnóstico. Cada uno de los siete niveles de la escala se asocia con un número de +5 a -1, que es el que se asigna al diagnóstico. Los criterios para asignar los números están definidos por el grado de consistencia entre los diagnósticos y los datos o información en el caso clínico.

El método de puntuación puede ser usado para evaluar la primera parte y/o la segunda parte del diagnóstico, que son los factores relacionados (etiología), y que están basadas en los datos. Ambas partes del diagnóstico deberían ser altamente precisas para poder orientar las intervenciones enfermeras. La enfermera ayuda al cliente a mitigar o cambiar los factores relacionados y, por tanto mejorar la condición descrita en la primera parte del diagnóstico.

En los casos clínicos, todos los datos son considerados como relevantes para conseguir la mayor precisión en los diagnósticos. Algunos datos o pistas son muy relevantes —son datos específicos que confirman un diagnóstico o refutan la

¹ Traducción de "A scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses." En Lunney, M (2001). *Critical Thinking & Nursing Diagnosis. Case Studies & Analyses*. Philadelphia: NANDA.



presencia de otro diagnóstico alternativo— mientras que otros son predictores o sustentadores. Por ejemplo cuando Marian Hughes (Figura 1) afirma que ella no está siguiendo la dieta prescrita, este dato puede predecir el diagnóstico “Conocimientos deficientes sobre la dieta prescrita”. Cuando Marian es capaz de describir qué debería comer y como ajustar su dieta a su estilo de vida, y muestra que las comidas que ingiere en la escuela son consistentes con la dieta prescrita, estos datos son muy relevantes y refutan, o imposibilitan, el mismo diagnóstico.

Tabla 1.— Escala de grado de Precisión.

Número	Criterio
+ 5	El diagnóstico es preciso y consistente con todos los datos. Es respaldado por datos muy relevantes.
+4	El diagnóstico es consistente con la mayoría de todos los datos y se sustenta en datos relevantes pero falla al reflejar uno o unos pocos datos relevantes.
+3	El diagnóstico es consistente con muchos de los datos pero falla al reflejar la especificidad de datos disponibles.
+ 2	El diagnóstico se basa en algunos datos pero los datos relevantes son insuficientes para el diagnóstico y/o el diagnóstico es de menor prioridad que otros diagnósticos.
+ 1	El diagnóstico se sustenta en uno o pocos datos.
0	El diagnóstico no se basa en ningún dato. No se elabora un diagnóstico cuando hay suficientes datos que lo confirman. El diagnóstico no puede ser puntuado.
- 1	El diagnóstico se basa en más de un dato pero puede ser rechazado basándose en la presencia de al menos dos datos que refutan su presencia.

Cuando los datos muy relevantes de un diagnóstico son ignorados o malinterpretados, la valoración diagnóstica será menos precisa que cuando dichos datos se tienen en cuenta.

En el proceso diagnóstico de casos clínicos, es posible que algunas enfermeras puedan diagnosticar usando datos predictores sin considerar otras posibilidades



que se sustentan en los datos. Estas enfermeras realizarán diagnósticos menos precisos que aquellas que consideren todos los datos para llegar a elaborar un diagnóstico. Aquellas que formulen diagnósticos basados en datos predictores y en los que hay datos discordantes se obtendrán puntuaciones menores en la escala de precisión.

Figura 1 – Un ejemplo de Caso de enfermería

(1) Marian Hughes es una muchacha de 16 años diagnosticada de diabetes mellitus. (2) Fue ingresada hace tres días para tratamiento de un episodio agudo de cetoacidosis diabética. (3) Cuando Marian comenta con usted como maneja el régimen terapéutico, ella comenta que no cumple la dieta prescrita. (4) Usted decide que Marian necesita ayuda para mejorar el manejo de su régimen terapéutico, especialmente en los tipos de alimentos que ella come. (5) La estancia de Marian en la unidad hospitalaria es la habitual y los tratamientos médicos establecidos son adecuados para resolver la crisis. (6) Los hábitos diarios de Marian incluyen levantarse a las 7:00 AM y apresurarse para tomar el autobús a las 7:30. (7) Ella comenta que podría levantarse a las 6:30 pero que le gusta mucho dormir. (8) No desea que su madre le ayude a levantarse más temprano. (9) Las comidas que toma en la escuela son consistentes con la dieta prescrita, mientras que las dos comidas que hace en casa no lo son. (10) Por la mañana toma para desayunar cualquier cosa rápida y fácil de preparar, normalmente una tostada con mantequilla. (11) Por la tarde, su madre prepara comidas consistentes con una dieta diabética pero Marian afirma que no le gusta y come parte de la cena, con posterioridad picotea bollería y snacks. (12) Marian es capaz de explicar que debería de comer y puede ajustar su dieta a su estilo de vida. (13) No ha planteado a su madre los alimentos que le gustan y están permitidos en su dieta, porque no quiere sentarse con su madre a discutirlo. (14) En general, Marian y su madre discuten sobre muchos de los comportamientos de Marian como temas escolares, el fumar o el llegar tarde a casa.



Niveles de la escala

Nivel + 5

Una puntuación de + 5 se aplica a respuestas que son consistentes con todos los datos, basados en datos muy relevantes y precisos, Por ejemplo, en estudio de caso planteado "vacío de comunicación entre Marian y su Madre" podría ser puntuado con un + 5. Se asume que las etiquetas puntuadas con + 5 son consistentes con todos los datos porque la consistencia o armonía es una característica del ser humano integral.

Una etiqueta diagnóstica que tiene un alto grado de precisión en la escala no será inconsistente con los datos disponibles, incluso con aquellos que no están directamente relacionados.

Los datos muy relevantes de "vacío de comunicación entre Marian y su madre" son las afirmaciones 9, 11, 13 y 14. Las respuestas que están puntuadas con +5 son precisas y reflejan la naturaleza específica de los datos muy relevantes en el caso clínico y proporcionan una guía para la intervención. Estas etiquetas son las que mejor muestran a otras enfermeras la orientación en la gestión del caso o el tratamiento. Este es el mayor nivel de precisión diagnóstica, únicamente aquellas respuestas que tienen una gran relevancia , cuando consideramos todos los datos disponibles, pueden ser puntuadas con una puntuación +5.

Ser preciso no significa que el diagnóstico es una palabra en particular o una frase. Por ejemplo en el estudio de caso puesto como ejemplo las palabras "comunicación ineficaz", "mala comunicación", "incomunicación", "dificultad para pedir ayuda" o "falta de conversación" tienen un significado similar y podrían ser puntuadas como +5 en la medida que indican que existe un problema de comunicación entre Marian y su madre.



Puntuaciones en el estudio de caso

Diagnóstico	Puntos	Diagnóstico	Puntos
Comunicación ineficaz entre Marian y su madre	+5	Conflicto entre prioridades	+2
Vacío de comunicación entre Marian y su madre	+5	Conocimientos deficientes de la madre sobre los alimentos que debe cocinar a Marian	+2
Problemas de comunicación intrafamiliares	+5	Gestión ineficaz del tiempo	+2
Incapacidad para comunicarse con la familia	+5	Etapa de desarrollo	+1
Habilidades de comunicación e interacción con los padres pobres	+5	Conducta rebelde	+1
Conflicto familiar	+4	Auto concepto como diferente	+1
Estrés materno filial en las tareas de desarrollo	+4	Baja autoestima	+1
Conflictos no resueltos con la madre	+4	Sobrealimentación con snacks	+1
Conflicto intergeneracional con la madre	+4	Falta de motivación	+1
Alteración de la relación con su madre	+4	Desequilibrio nutricional	+1
Esfuerzos adolescentes por conseguir independencia	+3	Negación	0
Dinámica familiar alterada	+3	Motivación	0
Interrupción de los procesos familiares	+3	Aceptación del diagnóstico de diabetes	0
Incapacidad para comunicarse con otros	+3	Alteración del balance de fluidos relacionado con la diabetes	0
Afrontamiento familiar empobrecido	+3	Conocimientos deficientes sobre la medicación	0
Esfuerzos por alcanzar autonomía e independencia	+3	Incumplimiento	0
Enojada con la madre	+2	Diabetes no controlada	0
Incapacidad para afrontar la adolescencia	+2	Falta de madurez evidenciado por los conflictos entre madre e hija	0
Afrontamiento / estado de desarrollo	+2	Hiper/hipoglucemia	0
Mecanismos de afrontamiento ineficaces	+2	Discusiones con su madre	0
Enojo / rebelión/ conflictos no resueltos	+2	Conocimientos deficientes sobre la dieta prescrita	-1



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Las respuestas no serán puntuadas con un +5 si en el caso clínico hay datos que son inconsistentes con dicha respuesta. Por ejemplo, en el estudio de caso, una respuesta como "impotencia de la madre de Marian" sería inconsistente con las conductas esperadas de los adolescentes y sus madres. Los adolescentes están desarrollando una identidad diferenciada de sus padres y tomando el control sobre sus propias conductas, por tanto para considerar la capacidad o potencia de la madre de Marian sería inconsistente con el propósito de ayudar a Marian.

Las respuestas se deben también rechazar para el nivel +5 si son menos exactas que lo que indican los datos. Por ejemplo, en el estudio de casos de ejemplo, la "relación pobre entre Marian y su madre" serían consistente con todos datos pero no encajarían con las características definitorias. Esta diagnosis no refleja la dimensión específica de la respuesta que debe ser tratada (es decir, la comunicación entre Marian y su madre).

Las respuestas que son consistentes y reflejan los datos, pero no son tan relevantes como otras respuestas, se deben rechazar para el nivel +5. Por ejemplo, en nuestro estudio de caso, el "manejo ineficaz del tiempo" es una interpretación exacta de datos específicos (los datos 6, 7, 8, 10) y no son contradictorias con otros datos, pero tienen una prioridad más baja que el problema de comunicación entre Marian y su madre.

Nivel +4

Una puntuación de +4 se aplica a las respuestas que son constantes con la mayoría de todos los datos y se apoya en señales relevantes, pero falla al reflejar una o alguna de los datos altamente relevantes. Por ejemplo, en el estudio de casos, el "conflictos de relación con la madre" sería puntuado como +4.



Las respuestas que se anotarán a este nivel son unas que no reflejan uno o algunos datos que tienen alta importancia para entender la situación, tal como los datos 9 y 13 en el estudio de casos. Estas dos señales indican que Marian no comparte la información importante con su madre.

Marian y su madre no han estado de acuerdo con las maneras en que ambas pueden contribuir al objetivo: manejo eficaz del régimen terapéutico. Valoraciones en el nivel +4, tal como "conflicto con la madre" o la "alteración de la relación con su madre," son consistentes con los datos y se apoyan adecuadamente en los mismos, pero se carece de algunos datos que son altamente relevantes y que no están presentes.

Las respuestas nos serán catalogadas en el nivel +4 si los criterios para uno de los otros niveles resultan ser más exactos. Por ejemplo, en el ejemplo, el diagnóstico Interrupción de los procesos familiares no se catalogará con un nivel de precisión +4 porque cumple los criterios para el nivel +3.

Nivel+3

Una puntuación de +3 se asigna a las respuestas que son consistentes con muchos de los datos pero no específicamente otros datos disponibles. Por ejemplo, en el ejemplo, los diagnósticos tales como "dinámica familiar alterada," "Esfuerzos adolescentes por conseguir independencia, "e" incapacidad de comunicar con otros" son consistentes con muchos de los datos señales pero no reflejan la dinámica específica de la situación de la familia.

Las respuestas se deben rechazar para el nivel +3 si los criterios para uno de los otros niveles se consideran más exactos. Por ejemplo, en el ejemplo, el diagnóstico "enojada con la madre" sería rechazada para el nivel +3 porque cumple los criterios para el nivel +2.



Nivel +2

Una puntuación de +2 se aplica a las respuestas que son indicadas por algunos de los datos, pero hay escasos datos relevantes del diagnóstico y/o el diagnóstico tiene menor prioridad que otros diagnósticos. Por ejemplo, en el estudio del caso, el conocimiento deficiente de la madre con respecto a los alimentos a cocinar (los datos 9, 11, y 13), sería anotado con un +2 porque hay pocos datos altamente relevantes que apoyen el diagnóstico.

El diagnóstico de la "gestión ineficaz del tiempo" (datos 6, 7, 8, 9, y 10), sería puntuada con +2 porque un diagnóstico referente a la comunicación de Marian y su madre se catalogó como más relevante porque la existencia de una respuesta humana no excluye la existencia de otras respuestas humanas, se pueden dar diagnósticos basados en algunos datos pero no se basan en aquellos que se consideran muy relevantes.

Las respuestas se deben rechazar para el nivel +2 si los criterios para uno de los otros niveles se consideran más exactos. Por ejemplo, en estudio de caso, la autoestima baja se debe rechazar para el nivel +2 porque cumple los criterios para el nivel +1 es decir, que es sugerido solamente por la combinación de la edad de Marian y la presencia de una enfermedad crónica.

Nivel +1

Una puntuación de +1 se aplica a las respuestas que son sugeridas solamente por uno o algunos datos. Por ejemplo, en "Sobrealimentación con snacks" en el estudio de caso y "Falta de motivación" pueden ser catalogados con un +1. Aunque una enfermera puede considerar estos datos como indicios, cuando no hay bastantes datos que den credibilidad a esta posibilidad, no pueden ser catalogados como un diagnóstico.



Si las hipótesis que no son apoyadas por datos adecuados se aceptan prematuramente como diagnósticos, es probable que otros diagnósticos más exactos no sean considerados.

Las respuestas se deben rechazar para el nivel +1 si los criterios para uno de los otros niveles se considera más exacto. En el ejemplo, el aislamiento social se debe rechazar para el nivel de +1 porque cumple los criterios del nivel 0.

Nivel 0

La puntuación 0 se aplica en los enunciados diagnósticos que no se basan en datos. En el ejemplo, la desesperanza y la "hiperglucemia" serían valoradas con 0. Algunas enfermeras pueden registrar hipótesis diagnósticas que no se sustentan en datos porque habitualmente este tipo de hipótesis se muestran en ciertos tipos de pacientes y no consideran si los datos que nos llevan a elaborar un diagnóstico están presentes. En la práctica clínica, una enfermera puede asociar de forma rutinaria ciertos diagnósticos enfermeros a diagnósticos médicos. La presencia de un infarto del miocardio, pueden incitar a la enfermera a registrar "disminución del gasto cardíaco" sin considerar si existen datos que confirmen dicho diagnóstico.

Las respuestas se anotan como 0 si no se indica ningún diagnóstico o no pueden ser clasificadas.

Las respuestas se deben rechazar para el nivel 0 si los criterios para uno de los otros niveles se considera más, es decir, hay datos en el estudio de caso que sugieren un diagnóstico.

Nivel -1

La puntuación de - 1 se aplica a las hipótesis diagnósticas que están indicadas por uno o más datos, pero pueden ser rechazadas si existen dos datos o más que refutan el diagnóstico.



En el ejemplo, el déficit de conocimientos respecto a la dieta prescrita, existen tres datos que refutan dicho diagnóstico (9, 12, y 13), y por tanto sería valorado con un -1.

Los datos que refutan una hipótesis son aquellos que son contrarios a los datos que tienen una gran relevancia en la confirmación del diagnóstico y por tanto invalidan la hipótesis diagnóstica. Algunas investigaciones indican que las enfermeras expertas pueden eliminar hipótesis diagnósticas cuando hay dos o más datos que las rebaten.

Las respuestas se deben rechazar para el nivel - 1 si los criterios para uno de los otros niveles se consideran más adecuados o si hay datos que refutan la hipótesis diagnóstica. Es un error interpretar como datos que refutan una hipótesis aquellos que confirman otro diagnóstico. En el ejemplo, los datos 9, 11, 13, y 14 apoyan la hipótesis "Vacío de comunicación entre Marian y su madre," pero no refuta un diagnóstico como impotencia. "

Las respuestas:

Guías adicionales para puntuar las respuestas

1. Recuerde que el propósito de puntuar es valorar el grado de precisión al interpretar los casos clínicos. Por tanto, no penalice innecesariamente las valoraciones que realiza la enfermera y que no son coincidentes con los criterios que tiene usted para diagnosticar. Juzgue en qué medida concuerda el diagnóstico con las características definitorias de los mismos

2. Haga lo siguiente para determinar la mejor puntuación:

- Tome una decisión teniendo en cuenta los datos clínicos del caso y en que medida se ajustan bien a los criterios establecidos. Use manuales de diagnóstico, si estos manuales no son útiles utilice fuentes documentales de conocimiento experto en el tema.



- Considere la intención probable de la enfermera que expone el caso. Si está seguro del significado que le atribuye la enfermera puntúe la respuesta de forma acorde.
 - Si no está seguro del significado de las palabras, use un diccionario.
 - Puntúe en función de todo el enunciado al completo. Comunicación ineficaz no es lo mismo que Técnicas de comunicación ineficaz.
 - Si hay dos o más diagnósticos, puntúe cada uno de ellos. Si únicamente se debía elaborar un diagnóstico en ese caso elija el de mayor puntuación. Por ejemplo, si un diagnóstico tiene una puntuación mucho más baja que otro, se puede tomar la media de las puntuaciones como la puntuación del caso.
3. Se debe ser consciente que la base conceptual son los principios que nos guían para asignar puntuaciones en función de los criterios de los niveles. La meta es ser constante en el uso de estos principios (es decir, alcanzar una alta fiabilidad inter-observador); por lo tanto, sea consciente de que cambiar la manera de puntuar será importante para el resultado final.





**Precisión en el Diagnóstico de las respuestas humanas:
Fundamento del cuidado enfermero**

**Precisión en el
Diagnóstico de las
respuestas humanas:
Fundamento del cuidado
enfermero**

**Margaret Lunney, RN, PhD
College of Staten Island, CUNY
lunney@mail.csi.cuny.edu**

Buenos días. Es fantástico estar aquí en el taller AENTDE. Cada dos años, me encuentro con los miembros de la junta directiva de AENTDE en los encuentros de NANDA-Internacional en los EEUU y realmente disfruto con ellos. Ahora es un placer estar aquí en su país hablando con todos ustedes.

Pido disculpas por no poder hablar español. Soy muy mala aprendiendo idiomas, y creo que soy una de las pocas personas que no puede decir ni una palabra en español.

En esta presentación, les hablaré sobre la precisión de los diagnósticos enfermeros sobre las respuestas humanas, como el fundamento para los cuidados enfermeros.

Mas tarde, ustedes podrán practicar la aplicación de este conocimiento utilizando un estudio de caso..



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Mis experiencias como enfermera domiciliaria fueron la base de mi trabajo sobre precisión.



Me gustaría, en primer lugar, explicarles como empecé a interesarme por este tema. Yo era una enfermera domiciliaria con mi propia población para visitar, la mayoría eran personas mayores o con enfermedades crónicas que había que gestionar. Cuando yo no estaba disponible para visitar a mis pacientes, otras enfermeras lo hacían. Cuando volvía a verles, yo les conocía bien, me contaban lo molestos o preocupados que estaban cuando les atendía otra enfermera que pretendía enseñarles lo que ellos ya sabían.

Por aquel tiempo, regresé a la Universidad para obtener mi licenciatura y aprendí sobre los diagnósticos enfermeros. Me di cuenta de que el déficit de conocimientos era considerado un diagnóstico enfermero. Al conectar mi trabajo diario con lo que estaba aprendiendo me di cuenta de que aquellas enfermeras habían decidido que los pacientes y sus familias tenían un déficit de conocimientos, cuando no era así. Los pacientes estaban descontentos con los cuidados, lo cual ya es suficientemente malo, pero otro resultado negativo era que otras cuestiones y problemas eran desatendidos. Por lo tanto, definitivamente eso ocasionaba una baja calidad de los cuidados.

Al mismo tiempo, estaba muy interesada en identificar: ¿Qué es enfermería? ¿Qué es lo que hace de la enfermería una profesión? y ¿Por qué las enfermeras no son tratadas por los demás como profesionales? Las enfermeras son percibidas por los demás como un subsistema de la medicina, como si las enfermeras solamente hicieran lo que los médicos les ordenan. Podía ver que las enfermeras hacían



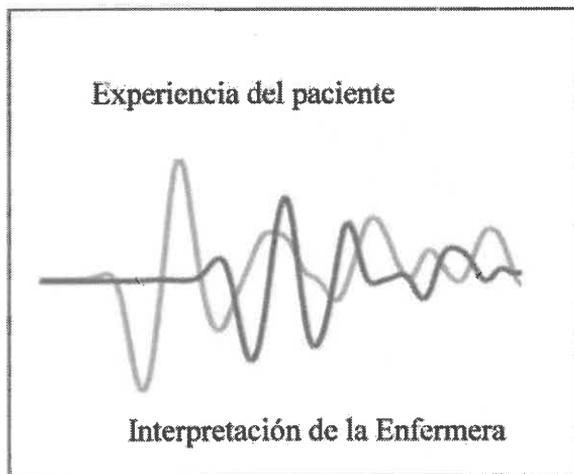
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

muchas cosas más que seguir las órdenes médicas, pero no expresaban esto de forma suficientemente clara para que cualquiera pudiera reconocerlo.

Me di cuenta de la importancia de nombrar lo que hacemos, incluyendo la interpretación de los datos del paciente que sirven como base para el cuidado enfermero. En 1981 empecé a desarrollar la idea de la precisión del diagnóstico enfermero. Todo esto ocurrió entre 1976 – 1982. Y aquí estoy hoy, hablándoles de precisión.

Las enfermeras son diagnosticadoras.



Si, las enfermeras son “diagnosticadoras”. Los diagnosticadores son personas que interpretan los datos en su campo de experiencia con la finalidad de proveer los servicios requeridos. Por ejemplo, un mecánico de coches debe ser capaz de diagnosticar porqué el coche no se pone en marcha para poder repararlo.

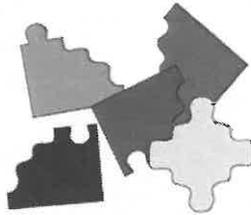
La parte dura de ser un diagnosticador es que todos los diagnósticos están sujetos al error humano. Existe la probabilidad de que sean correctos, pero nunca existe la certeza.

Con la enfermería, también, hay siempre riesgos para la precisión en la interpretación de los datos o diagnósticos. Para reducir el riesgo, es importante desarrollar competencias profesionales para la precisión, de manera que los diagnósticos seleccionados estén muy cercanos, como en este esquema, a las experiencias de los pacientes y familias.



La interpretación de los datos, o Diagnósticos, es especialmente compleja en enfermería.

Puzzle: Qué es el diagnóstico?



La interpretación de datos, o diagnóstico, es especialmente difícil y compleja en enfermería.

La pregunta: ¿Qué es el diagnóstico? es un rompecabezas que necesita solución.

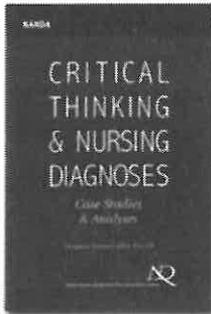
Existen dos razones fundamentales para esto.

Primera, El foco de enfermería es ayudar a los seres humanos con su salud, Los fenómenos relacionados con la salud son muy complejos, probablemente mas complejos que cualquier otro fenómeno científico, incluyendo física, química, y astronomía.

Una segunda razón de por qué los diagnósticos enfermeros son tan complejos es que nosotros no conocemos a los otros seres vivos. En un artículo escrito en 1993, Munhall nos recuerda este hecho. No podemos saber nunca lo que otro ser humano está experimentando; A pesar de eso, nuestro objetivo es identificar las experiencias de las personas para poder ayudarles.



Estudios realizados durante 4 décadas muestran que la precisión varía.



OJIN
The Online Journal of Issues in Nursing
A Scholarly Journal of the American Nurses Association

<http://www.nursingworld.com>

La dificultad y complejidad de la interpretación de los datos en enfermería ha sido medida en unos 30 estudios de investigación desde 1966. No les voy a aburrir con los datos de esos estudios. Muestran que la interpretación de diferentes enfermeras, de los mismos datos, varía enormemente, incluso cuando existen suficientes datos para identificar un diagnóstico preciso.

Pueden encontrar más información sobre estos estudios en el capítulo 3 de mi libro sobre pensamiento crítico (que se muestra aquí, en la diapositiva). También resumo esos estudios y sus conclusiones en un artículo que será publicado en breve en el Online Journal of Issues in Nursing. Este artículo estará disponible de forma gratuita en Marzo del próximo año.

De esos estudios, uno de los cuales fue realizado en 3 servicios clínicos, yo concluyo que, la precisión del diagnóstico enfermero varía enormemente.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

La precisión de los diagnósticos enfermeros es el grado de coincidencia entre el diagnóstico y los datos de la historia del paciente.

=====	+5
=====	+4
=====	+3
=====	+2
=====	+1
=====	0
=====	-1

Luego, ¿Qué es la precisión? La precisión en enfermería es diferente que en medicina. En medicina, la precisión es una variable dicotómica, por ejemplo, el diagnóstico es preciso o no preciso. Yo propongo que la precisión del diagnóstico enfermero es una variable continua. La precisión se puede dar en un rango desde alta hasta baja. Yo he desarrollado una escala de 7 puntos para medir la precisión, donde el nivel mas alto de precisión es +5 y el nivel mas bajo de es -1. Podrán tener la oportunidad de usar esta escala un poco mas tarde además, está disponible en el libro.

Dada la complejidad de las respuestas humanas y el solapamiento que existe en ellas, la precisión se define como el grado en el que un diagnóstico se corresponde con los datos en la historia del paciente. Dos ejemplos del solapamiento de las respuestas humanas son

- Miedo, Ansiedad y Adaptación Inefectiva, (¿están de acuerdo en que existe solapamiento?)
- Patrón respiratorio ineficaz & Alteración del intercambio de gases, (¿están de acuerdo?)

Aun así, las intervenciones para cada uno de los diagnósticos son diferentes, por tanto, la precisión del diagnóstico es importante, si el diagnóstico enfermero es próximo. Sin embargo, como ansiedad es próximo a temor, las intervenciones son más efectivas, que si el diagnóstico enfermero es algo completamente diferente al miedo, como por ejemplo, déficit de conocimientos. La evidencia hasta este punto



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

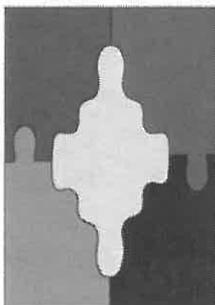
muestra que los diagnósticos enfermeros pueden estar en cualquiera de los 7 niveles, desde alta hasta baja precisión.

Conseguir precisión es un reto significativo.

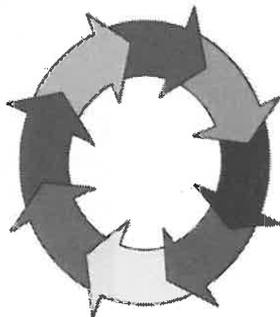
Es esto?



O esto?



O esto?



Existen muchos ejemplos del reto que supone lograr la precisión en mi libro sobre pensamiento crítico. Muestra que a menudo podemos decir: ¿Es este, o este, o este otro...?

Una de las razones es que, durante la valoración, las enfermeras convierten continuamente los datos en inferencias. Los datos son bits de información que se recogen usando los 5 sentidos. Las inferencias son el significado que derivamos mentalmente de los datos.

Las enfermeras, como cualquier ser humano, solo podemos guardar $7+2$ bits de datos en la memoria a corto plazo, por tanto, rápidamente convertimos los datos en inferencias. Un ejemplo simple de ello es: Ustedes me miran y deciden que soy una mujer. Esa es una inferencia basada en datos como mi nombre, ropa, estructura facial, estructura corporal, voz, etc. La dificultad es que cualquier inferencia puede ser incorrecta. La mayoría de las veces, acertamos en la decisión de si una persona es hombre o mujer, ya que las personas se presentan generalmente, tal como son. Pero, otras inferencias, del tipo, si una persona está ansiosa o no, no son fiables.



Un factor contribuyente es la falta de atención a la precisión.



La dificultad en el diagnóstico de las respuestas humanas está causada por la falta global de atención de la enfermera a la precisión. La mayor parte de las enfermeras, en todo el mundo, han ignorado la precisión de su interpretación de los datos.

Esto puede ser debido al hábito, o quizás, a que no valoran adecuadamente el valor científico de la naturaleza del trabajo enfermero, o quizás a que existen algunos miedos a aceptar la responsabilidad de diagnosticar, y, naturalmente, existe una falta de tiempo. La falta de tiempo es definitivamente una queja de las enfermeras en los EEUU.

Aun así, si la disciplina enfermera se focaliza en conseguir la precisión, podemos demostrar el valor de nuestro trabajo con los pacientes, nosotros, y otros profesionales. La junta directiva de AENTDE debe ser felicitada por el diseño de este taller dedicado a la precisión. Espero que puedan ver este enfoque como una visión de futuro.



Es necesario mejorar la responsabilidad profesional respecto a la precisión.



AHORA es el momento en que la responsabilidad profesional exige mejorar la precisión del diagnóstico enfermero. Una baja precisión en el diagnóstico puede conducir a:

- Dañar a los pacientes
- Ausencia de resultados positivos
- Negligir otros aspectos y preocupaciones que deberían ser atendidos
- Descontento con los cuidados enfermeros; y/o
- Aumento de los costes de los servicios enfermeros.

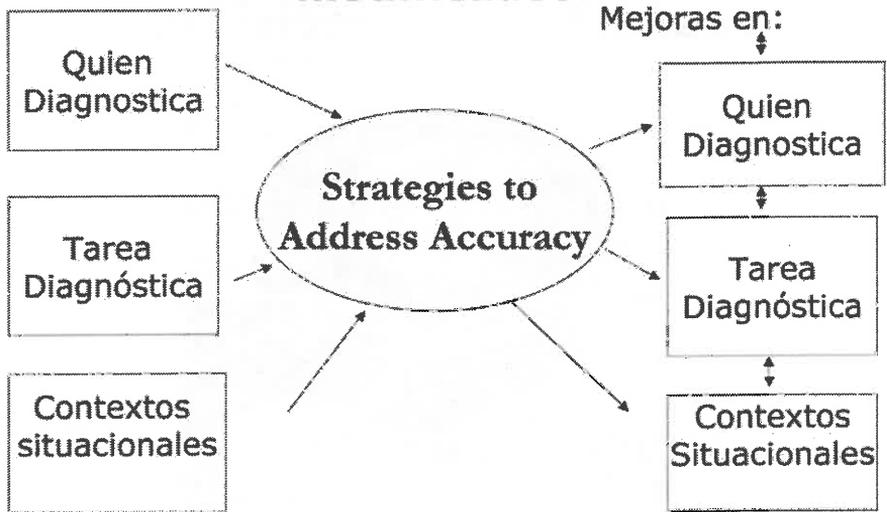
Con el enfoque de la precisión, podemos mejorar la eficiencia y la efectividad de la planificación y ejecución de los cuidados. La intervenciones que están centradas en diagnósticos muy precisos es más probable que consigan resultados positivos para los pacientes.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Los factores que influyen en la precisión pueden ser identificados y modificados.



Para resolver el problema de la baja precisión, la solución es identificar los factores que impactan sobre ella y diseñar estrategias para mejorarla. Hay muchos factores que impactan sobre la precisión dentro de las tres categorías que incluyen, o el diagnosticador (la enfermera), la tarea diagnóstica en si misma, y el contexto situacional.

Está bien saber que no todo es responsabilidad de la enfermera, ¿no es cierto?. Los sistemas de salud son también responsables de dar soporte a las enfermeras para que puedan conseguir la precisión. Algunos de ustedes pueden sentirse como si no tuvieran ningún control sobre el sistema en el que trabajan, pero existen cosas que pueden hacer para producir cambios en el sistema, por ejemplo, cuando regresen al trabajo, podrían entregar un informe sobre este taller y mostrar su entusiasmo por la enfermería y sus posibilidades. Y, cuando mi artículo esté disponible en OJIN, pueden hacer una copia y pedirle a su supervisor que lo lea. Quizás después podemos hablar como grupo de otras cosas que se pueden hacer para mejorar los sistemas de salud.

Pero la responsabilidad empieza con nosotros mismos, por tanto, hablemos de lo que significa ser un diagnosticador.



Poder diagnosticar requiere tres tipos de competencias: intelectual, interpersonal y técnica.

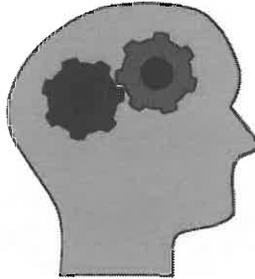


Para ser buenos diagnosticadores, cada uno de nosotros necesita concentrarse en la mejora continua de la competencia intelectual, interpersonal, y técnica. Tal y como Patricia Benner confirmaba en su investigación, la experiencia, por si sola, no puede convertir a nadie en un experto.

Es necesario el desarrollo continuo de las habilidades asociadas. La buena noticia es que toda estas habilidades deben ser mejoradas con formación y práctica.



Primero, las habilidades intelectuales son el logro de conocimientos y el desarrollo de habilidades en el proceso de pensamiento.



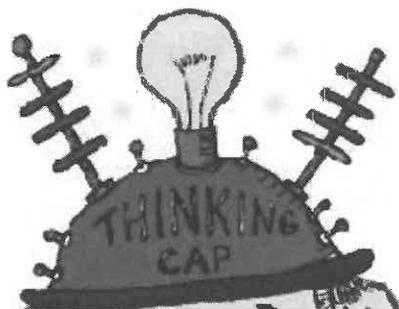
Comencemos con el intelecto, que tiene dos componentes: la consecución de conocimiento y las habilidades de pensamiento. El conocimiento para el uso de los diagnósticos enfermeros es (a) las definiciones, características definitorias, y factores relacionados que han estado identificados a través de la investigación y (b) las intervenciones para los diagnósticos.

Ahora, les contaré una historia relacionada. La mamá rata llevaba a sus tres hijos a dar un paseo al parque pero cuando llegó a una calle, sus niños dijeron, "Mami, no podemos cruzar la calle; Hay un perro muy grande allí que nos puede lastimar". Mamá rata dijo, no os preocupéis, niños, yo me ocuparé de él. Así que, mamá rata cruzó la calle y cuando llegó delante del perro le dijo "HUUU!, HUUU! y el perro se marchó. Se volvió hacia los niños y dijo, "Veis, Ya os dije que debíais aprender un segundo lenguaje". Los diagnósticos enfermeros son un segundo lenguaje para las enfermeras, porque el primer lenguaje en el sistema de salud ha sido el de los diagnósticos médicos.

Las habilidades de pensamiento son habilidades cognitivas y hábitos mentales que son importantes para la práctica enfermera. Estas fueron identificadas a través de la investigación y están listadas y definidas en una fotocopia que podrán leer mas tarde. Estas habilidades de pensamiento pueden ser desarrolladas y refinadas continuamente.



Los estudios muestran que adultos con diferentes antecedentes, incluyendo las enfermeras, poseen diferentes habilidades en los procesos de pensamiento



Un punto interesante que conocemos después de décadas de investigación en el campo de la psicología educativa es que las personas de, edades, educación y experiencias similares, tienen habilidades cognitivas muy diferentes.

Esto es cierto también para las enfermeras. En mi primer estudio de investigación, probé tres habilidades de pensamiento básicas en 112 enfermeras que tenían similar tipo de formación y experiencias. Sus habilidades básicas eran muy diferentes.



Estos son los resultados de un estudio sobre las habilidades básicas de pensamiento de las enfermeras.

Habilidades básicas de pensamiento	Media	D.E.	Rango
DMU-Fluidez	21.3	7.2	6 - 41.5
DMC-Flexibilidad	10.8	6.5	0 - 27.5
DMI-Elaboración	17.8	4.9	7 - 30.5



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Investigación: El pensamiento crítico puede ser mejorado con energía, foco, esfuerzo y ayuda.



Sin embargo, los psicólogos hoy en día están de acuerdo, basándose en la investigación, que las habilidades de pensamiento y la inteligencia pueden ser mejoradas. Esto se consigue focalizando en el desarrollo de habilidades específicas, usando la energía y el esfuerzo para aprender y aplicar el pensamiento, y no olvidemos, también, la necesidad de apoyo. Por ejemplo, en un estudio realizado con mujeres, en el que se examinaba el desarrollo moral, los investigadores concluyeron que las mujeres desarrollan sus procesos de pensamiento a través del refuerzo de otros. Algunas mujeres adultas del estudio, tenían aún niveles muy bajos de desarrollo de pensamiento crítico debido a la falta de refuerzo de otras personas.

Las estudiantes de enfermería y las enfermeras, también, pueden tener bajos niveles de desarrollo del pensamiento a causa de un deficiente refuerzo de su pensamiento. Proporcionar soporte a otras personas significa reforzar a las enfermeras mientras piensan sobre una cuestión o un problema; eso significa evitar el criticismo así como evitar también "pensar por ellas". Es decir, ayudar a las enfermeras a ver que son pensadoras y que no deben confiar en otros para que piensen por ellas.



Las categorías de pensamiento crítico (PC) para enfermeras fueron identificadas usando un estudio de investigación Delphi.



He mencionado anteriormente que los procesos de pensamiento que se necesitan para cuidar fueron identificados en un importante estudio de investigación, publicado en el Journal of Nursing Education en Noviembre de 2003. Esos investigadores determinaron qué tipos de procesos de pensamiento crítico se necesitaban para cuidar, preguntando a 56 enfermeras expertas en pensamiento crítico. En el estudio se identificaron 7 habilidades cognitivas y 10 habilidades de pensamiento que son usadas por las enfermeras en el cuidado de los pacientes.

Podemos usar esas 17 categorías para ser más conscientes de los tipos de pensamiento que usamos en cada momento. Por ejemplo, en nuestro programa de Master, los estudiantes escriben un diario clínico sobre las experiencias de cuidados con sus pacientes e identifican el uso de esas 17 categorías asociadas a cada evento clínico específico.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Resumen: Uso del PC para el procesamiento continuo de datos e inferencias.



Resumiendo sobre el pensamiento:

El procesamiento continuo de información y las inferencias que se necesitan para realizar diagnósticos enfermeros precisos muestran que el uso de los procesos de pensamiento crítico es esencial.

Por ejemplo, si selecciona el diagnóstico de adaptación ineficaz, debe usar pensamiento flexible para cambiar su idea y considerar que el diagnóstico impotencia podría funcionar mejor para guiar los cuidados enfermeros.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
i la Investigació

Biblioteca de Bellaterra



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Para ser una enfermera que diagnostica, necesita además poseer unas importantes habilidades interpersonales.



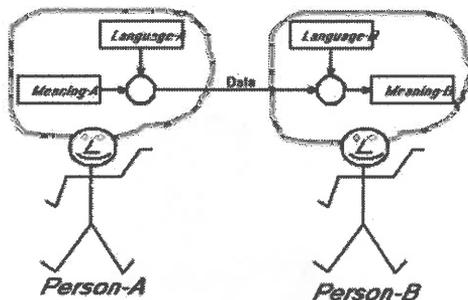
Para ser una enfermera diagnosticadora, también necesita tener importantes habilidades interpersonales. Munhall, en 1993 describió que no conocemos a las otras personas y que la única manera que tenemos para saber algo de ellas, es escucharlas. Las enfermeras que asumen que conocen a sus pacientes sin escucharles no conseguirán formular diagnósticos precisos.

Los diagnósticos enfermeros son mejor usados por aquellas enfermeras que poseen exquisitas habilidades de comunicación. Estas habilidades son necesarias para establecer confianza entre las enfermeras y los pacientes. La confianza se refuerza a través de la habilidad madura para comunicar con los demás.

El mejor uso de los diagnósticos enfermeros se consigue trabajando conjuntamente con el paciente y la familia. Para trabajar de esa manera, las enfermeras necesitan hablar con las personas con respeto y cuidado, escuchar de forma activa, respetar las opiniones y visiones de las demás personas, y saber como validar sus impresiones con los pacientes y familias. Aprender estas habilidades es un reto, por tanto, los aspectos interpersonales de la enfermería deben ser incorporados en el currículum de formación.



Los errores en la comunicación ocurren con frecuencia.



Los expertos han verificado que los errores en la comunicación ocurren con frecuencia. Si existen errores de comunicación, los esfuerzos de los pacientes y las familias para compartir sus historias pueden ocasionar, fácilmente, malentendidos



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Debemos aceptar que nosotros
no conocemos a los demás, por
tanto, escuchen cuidadosamente
la historia del paciente y su
familia.



Aceptar que no conocemos a las demás personas significa que nos damos cuenta de lo importante que es ser un buen "oyente". Necesitamos escuchar cuidadosamente las historias de los pacientes y validar nuestras impresiones con ellos.



El trabajo en cooperación con los pacientes y familias es una situación ganar-ganar.



No podemos equivocarnos si trabajamos conjuntamente con los pacientes y las familias porque cada persona se conoce a si misma mejor de lo que nosotros la conocemos. Además, usando el trabajo en equipo, las enfermeras, los pacientes y las familias somos más efectivos ya que estamos usando las habilidades de más de una persona para resolver el problema de: ¿Cual es el diagnóstico?

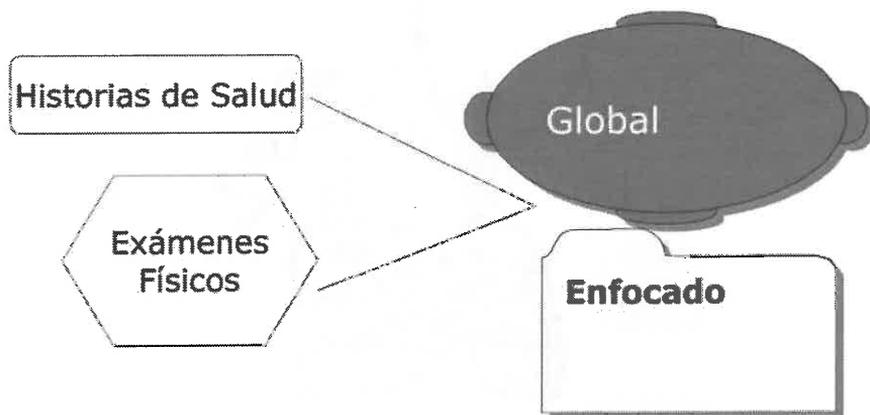
Si verifican la literatura sobre este tema, verán también que la idea de trabajar conjuntamente con los pacientes es popular en todas las disciplinas, por tanto, además, también estarán a la moda.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Para poder diagnosticar, también necesita usar habilidades técnicas.



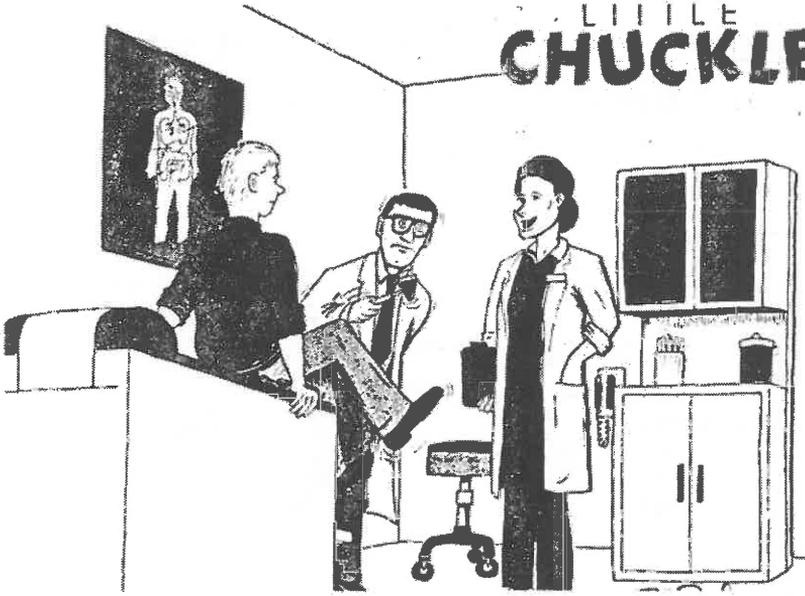
El 3º tipo de habilidad que necesitan las enfermeras diagnosticadoras es la habilidad técnica. La habilidad técnica más importante es tomar las historias de salud y realizar exámenes físicos.

Tanto las historias de salud completas como las focalizadas así como los exámenes físicos se necesitan siempre. Hay muchos libros disponibles para conseguir estas habilidades.

Un ejemplo de una historia de salud focalizada es cuando una persona está tomando medicación anticoagulante. En ese caso, se necesitan tipos específicos de datos, por ejemplo, ¿La persona ha sufrido algún sangrado inusual? ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? La inclusión de información específica para sortear problemas como este es una habilidad técnica. Las habilidades técnicas, como otras habilidades, pueden ser enseñadas y desarrolladas posteriormente.



LITTLE CHUCKLE



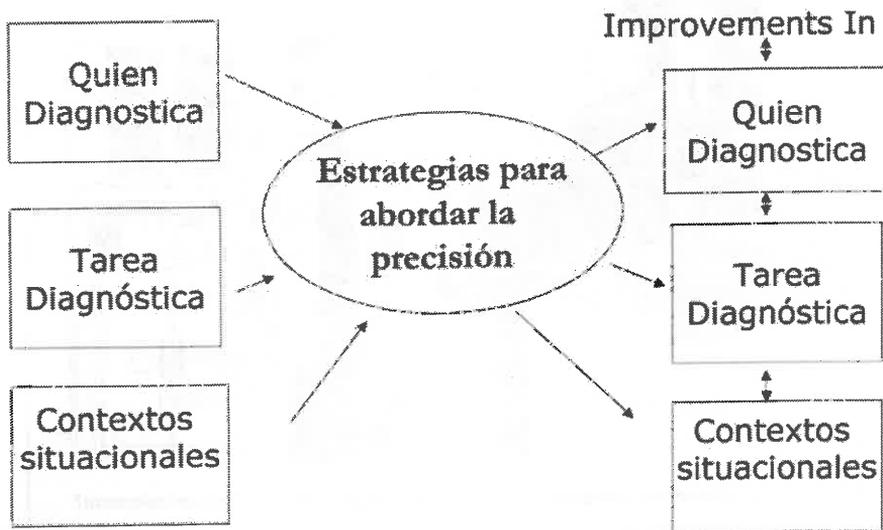
"Doctor, realmente es tan inteligente! Alguna vez ha considerado convertirse en enfermera?"



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Solución: Implementar estrategias para abordar la precisión.



He estado hablando sobre el problema de la baja precisión. Ahora hablemos de la solución.

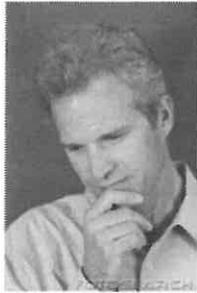
La solución a la baja precisión y el riesgo de baja precisión es diseñar estrategias para modificar los factores que la afectan.

Anteriormente he mencionado 3 categorías de factores que afectan a la precisión: El diagnosticador, la tarea diagnóstica, y el contexto situacional.

Ahora presentaré algunas estrategias para cada categoría, empezando con el diagnosticador.



Cada enfermera (USTEDES) puede mejorar sus habilidades.



En lo que concierne al diagnosticador, cada uno de nosotros posee el potencial para mejorar la precisión desarrollando las competencias que se necesitan para el razonamiento diagnóstico. Ya he hablado con anterioridad sobre cuales son estas: intelectuales, interpersonales y técnicas.

Todas las enfermeras necesita asumir la imagen de ser diagnosticadoras, y las enfermeras educadoras deberían trabajar con los estudiantes para ayudarles a desarrollar este rol. Algunas sugerencia para conseguirlo es, formular preguntas en lugar de dar respuestas. En los servicios de prácticas, especialmente y en la clase, los profesores deben extraer conocimiento de los estudiantes, como hacen las matronas, en lugar de actuar siempre como una figura de autoridad y decir a los estudiantes qué hacer y qué pensar. Los estudiantes necesitan práctica para actuar como diagnosticadores y desarrollar su confianza en este rol.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Sus habilidades diagnósticas pueden mejorar.



Auto potenciación

Las habilidades diagnosticadoras de las enfermeras pueden ser mejoradas reforzándolas para que puedan pensar como tales. Una de las mejoras que se pueden aportar es realizar evaluaciones que conduzcan de manera productiva a la consideración de todos los posibles diagnósticos y evite los malos hábitos diagnosticadores, como pensar de manera enraizada y llegar a conclusiones prematuras. Un ejemplo de pensamiento enraizado es cuando una persona que está siguiendo una dieta baja en sal consume productos con alto contenido en sal, como galletas, y entonces la enfermera automáticamente escoge el diagnóstico de Déficit de Conocimientos.

Si la persona ya sabía que las galletas tenían un alto contenido en sal no debía comerlas, Hacer un diagnóstico de déficit de conocimientos en este caso, es una pérdida de tiempo y dinero, por tanto, el pensamiento enraizado no funciona bien. La enfermera, en lugar de eso debería preguntarse: ¿Existen datos de que esta explicación corriente no es correcta? ¿Cuales pueden ser los diagnósticos alternativos?

El cierre prematuro, de la misma manera que el pensamiento enraizado, ocurre cuando el diagnosticador decide que el paciente tiene un determinado problema antes de haber recogido la información adecuada para identificar el diagnóstico. Un diagnosticador que descubre que esto es un hábito puede practicar el uso de valoraciones focalizadas para obtener los datos necesarios para fundamentar diagnósticos altamente precisos.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Sus procesos de pensamiento pueden mejorar.



Sus procesos de pensamiento pueden ser mejorados. Para desarrollar las habilidades de pensamiento crítico, es necesario que los conceptos y definiciones relativos sean usados con frecuencia. Esto se refiere a la meta cognición, o pensar sobre como pensamos.

Tres maneras en que las enfermeras pueden practicar esto son (1) discutir con otras enfermeras sobre cual es el diagnóstico, (2) escribir un diario para el propio desarrollo, y (3) explorar la literatura basada en la evidencia para encontrar otras maneras de pensar sobre estos datos.

Las enfermeras que conocen al paciente o la familia pueden discutir con ellos cuales son los diagnósticos más precisos para guiar los cuidados enfermeros, y mas tarde, validar sus impresiones con el paciente. Se puede escribir un diario para identificar diagnósticos alternativos a los que se usan más corrientemente. Explorar la literatura para encontrar investigación sobre evidencia que de soporte o refute las vías habituales de pensamiento, esto proporciona evidencia para otros posibles diagnósticos.

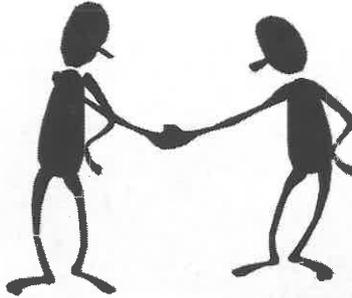
El aspecto clave es que el pensamiento solo se mejora si se trabaja con este objetivo.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Las habilidades interpersonales se pueden desarrollar para conseguir acuerdos enfermera-paciente.



Para conseguir trabajar en equipo con el paciente, díganle que su objetivo es conocer sus respuestas a la salud o sus preocupaciones. Díganles también que existen intervenciones enfermeras que les pueden ayudar. Pregúntenles: ¿Cuales son las respuestas que usted detecta y que desearía cambiar o mejorar?

Entonces escuchen de forma activa lo que les dicen.

- Reafirmen sus emociones, y permítanles saber que están escuchando lo que les dicen y lo que sienten
- Explore posibles diagnósticos con ellos hasta que ustedes y el paciente lleguen a un acuerdo sobre un diagnóstico o varios
- Consideren con ellos las posibles intervenciones que podrían ayudar y desarrollen contratos formales o informales que especifiquen lo que cada uno de ustedes hará
- Ayúdenles a pensar en situaciones pasadas en las que eran capaces de gestionar situaciones similares

Planifiquen acciones para gestionar esta situación o problema en concreto.



La formación y los recursos son importantes para gestionar la complejidad de la tarea diagnóstica.



Para gestionar la complejidad de la tarea diagnóstica, son importantes la formación y los recursos. Las tareas diagnósticas son lo que son; no podemos cambiarlas. Pero los gestores enfermeros pueden asumir la responsabilidad de relacionar las habilidades enfermeras con la complejidad de las tareas diagnósticas.

Es necesario satisfacer las necesidades de formación continuada de las enfermeras, también sería interesante disponer de enfermeras expertas en el conocimiento que sirvan como consultoras a las enfermeras de base.

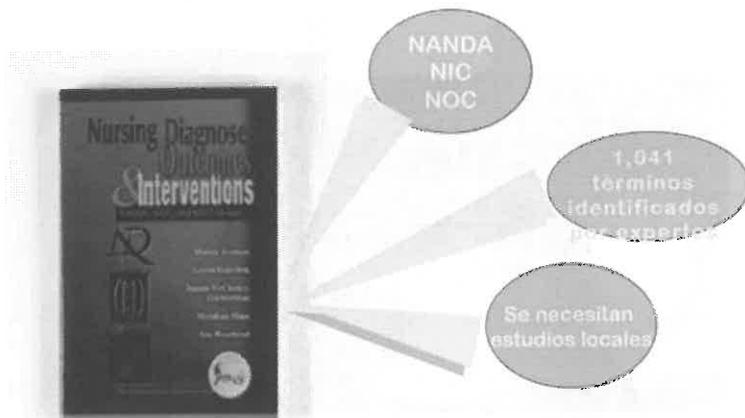
El sistema debería dar apoyo a las enfermeras para obtener mayor formación, como lo que están haciendo hoy, o para seguir programas de formación superior en la universidad. Por ejemplo, sabemos, a partir de la investigación, que las enfermeras clínicas especialistas constituyen un soporte excelente para el personal enfermero en la gestión de casos complejos.

Los resultados de los pacientes son mejores cuando enfermeras con formación avanzada están disponibles para ayudar a las enfermeras de base.

Otra consideración a tener en cuenta es evitar cambiar a las enfermeras de una unidad a otra para que así puedan obtener mayor experiencia trabajando con un grupo específico de pacientes.



Pueden ser identificados diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones para poblaciones determinadas.



Otra manera de ayudar a las enfermeras a gestionar la complejidad de la tarea diagnóstica es reducir el número de posibles diagnósticos a considerar para una población específica de pacientes. Con NNN, existen más de 1000 términos que las enfermeras deben conocer. Las conexiones entre los diagnósticos médicos y enfermeros, y entre los diagnósticos enfermeros y los resultados e intervenciones han sido identificadas por expertos, pero esas listas pueden no ser aplicables a poblaciones locales concretas.

Los diagnósticos más frecuentes, los resultados y las intervenciones pueden ser identificados sistemáticamente para las poblaciones locales a través de la investigación y validación por consenso. El comité de investigación de NANDA-I promoverá una metodología estandarizada para este tipo de investigación desarrollado por la Dra. Judy Carlson. Yo he realizado dos estudios de este tipo en mi zona y, probablemente, presentaremos uno de ellos en la Conferencia de NANDA-I en Miami el próximo mes de Noviembre. Estoy disponible para ayudar a cualquiera de ustedes que quiera desarrollar un estudio de validación por consenso.



Se pueden diseñar herramientas de valoración para los diagnósticos comunes .



Una vez identificados los diagnósticos mas frecuentes para una población específica, la siguiente cosa que se puede hacer para simplificar el diagnóstico de casos complejos, sería diseñar una herramienta de valoración para cada población, por ejemplo, personas en Cuidados Críticos Cardíacos, o personas que necesitan rehabilitación después de una lesión.

La disponibilidad de valoraciones para diferentes poblaciones podría capacitar a las enfermeras para focalizar los datos que se necesitan para realizar diagnósticos precisos en esa población. Si hubiera herramientas estandarizadas de valoración disponibles, podrían ayudar a las enfermeras para incluir o excluir determinados diagnósticos enfermeros frecuentes.

Un ejemplo es la herramienta de Dorothy Johns para el despistaje en urgencias o para los pacientes ambulatorios. Esta herramienta ha sido ampliamente probada en estudios de investigación.



Contexto Situacional: Se pueden revisar las políticas y procedimientos para identificar conflictos con la precisión del Diagnóstico Enfermero.

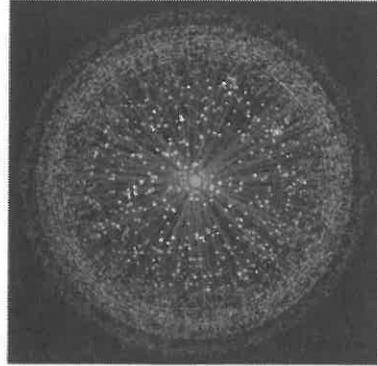
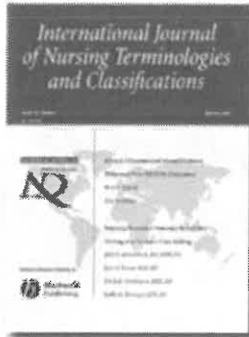
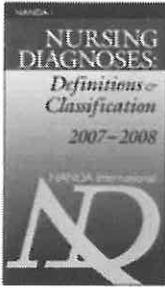


Pasando a la 3ª categoría, el contexto situacional, la primera cosa que debería ser considerada es la política y los procedimientos. Las políticas organizativas y las rutinas deben ser examinadas para que coincidan con la idea de precisión.

Por ejemplo, si el objetivo es la precisión, no tiene ningún sentido decir a las enfermeras que deben documentar por lo menos dos diagnósticos enfermeros al final del proceso de admisión del paciente. ¿Suponen que la enfermera no es capaz de identificar dos diagnósticos enfermeros precisos? Estas órdenes dan la impresión a las enfermeras de que los diagnósticos enfermeros no tienen en realidad ningún significado. Por lo tanto, presten atención a las políticas y procedimientos y evalúen si alguno de ellos necesita ser cambiado o no.



NANDA-I y otros recursos deberían estar disponibles.



El libro y la revista de NANDA-I así como otros recursos han de estar accesibles. La institución sanitaria debe asegurar que esos y otros recursos estén disponibles para las enfermeras.

Si las enfermeras pueden consultar libros y artículos sobre diagnósticos específicos, esto les ayudará a usar los diagnósticos enfermeros con mayor eficiencia.

Además, si las enfermeras tienen acceso a Internet en los servicios de salud y tienen tiempo para verificar la evidencia científica, eso sería realmente una gran ventaja. El acceso no es más difícil que buscar el tiempo necesario. Quizás las enfermeras podrían tener ayuda de los bibliotecarios para estar al día de las últimas publicaciones sobre determinados temas.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

El entorno puede dar soporte a las enfermeras como diagnosticadoras.



Tal como mencioné al hablar sobre manejar la complejidad de las tareas diagnósticas, las enfermeras necesitan tiempo para hablar entre ellas y con miembros de otras disciplinas. La institución debe dar apoyo al rol diagnóstico de las enfermeras asegurándoles el tiempo necesario para hablar con otros profesionales sobre sus diagnósticos.

En la fotografía, las supervisoras hablan con las enfermeras para ver de que manera se puede ayudar mejor al paciente.



Proporcionar retroalimentación a las enfermeras reforzará sus destrezas y habilidades.

¡Buen Trabajo!

También sería útil que las enfermeras recibieran retroalimentación sobre los diagnósticos que han seleccionado. Una enfermera de Cuidados Críticos, por ejemplo, que realiza un diagnóstico, generalmente no ve los resultados de sus intervenciones.

¿No sería estupendo crear un sistema de retroalimentación sistemático para que las enfermeras pudieran saber si los resultados del paciente han sido conseguidos? Tanto si los resultados son positivos como si son negativos, proporcionan información para reforzar las habilidades de razonamiento diagnóstico.

Los gestores, deberían también reconocer el buen trabajo que las enfermeras realizan, no solamente durante la semana de la enfermera. En EEUU tenemos una semana de la enfermera, y ese es el único momento en que se oye hablar del buen trabajo de las enfermeras pero generalmente no se hace ninguna mención al rol diagnóstico. Los éxitos específicos de las enfermeras deberían ser dados a conocer al público al que sirven las instituciones sanitarias. Las enfermeras deben hacer saber a los gestores, por ejemplo, que esperan que su contribución propia a los cuidados del paciente debe ser visible al público, por ejemplo, en la página web de la institución.



Se puede implementar el dossier Electrónico de Salud (EHR).



La implementación del dossier electrónico del paciente (DEP) debería mejorar la calidad del cuidado y, una de las razones para ello está basada en la precisión diagnóstica. Con el DEP, es más fácil acceder a los datos para la selección del diagnóstico y hay una mayor responsabilidad en la precisión. Esto es porque los diagnósticos no pueden ser enterrados en pilas de papel sino que pueden ser trazados por uno mismo y por otras personas. Sin el DEP, si una enfermera realiza un diagnóstico poco preciso, podría ser que pasara inadvertido, pero una vez que el diagnóstico se introduce en el DEP, todo el mundo puede ayudar al paciente con su problema o preocupación.

Los problemas identificados son mucho más visibles.

Además, datos como, qué diagnósticos se han formulado, en qué poblaciones, pueden ser agregados y publicados regularmente para proporcionar retroalimentación a las enfermeras y otros actores interesados.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Se pueden realizar estudios sobre los efectos de los cuidados enfermeros en los resultados de los pacientes.



La última estrategia sugerida es llevar a cabo estudios de investigación sobre los efectos de los cuidados enfermeros. Podemos formular cuestiones de investigación como:

¿Qué intervenciones han sido utilizadas con los diagnósticos?

¿Qué resultados se obtienen a partir de dichos diagnósticos?

Mañana hablaremos de investigación.

Los resultados de los estudios de investigación pueden devolverse a las enfermeras asistenciales para que sean usados como base para próximos diagnósticos e intervenciones.



¡Imaginen el futuro!



Imagino el día en que las enfermeras pasarán
tiempo discutiendo "Cual es el
Diagnóstico?"

Komorita, 1963

En 1963, Komorita decía: Imagino el día en que las enfermeras usaran su tiempo discutiendo "cual es el diagnóstico". Hoy vamos a hacer eso, pero su visión se refería a las enfermeras en los centros asistenciales, durante su trabajo cotidiano.

Eso no ha ocurrido todavía, pero la visión aún es la correcta para lograr el mejor uso de los diagnósticos. Espero que ustedes también colaboren conmigo para convertir esa visión en una realidad.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Julia García de 45 años, soltera y licenciada en Ciencias Económicas es ingresada en la unidad de cuidados quirúrgicos con diagnóstico de colecistitis pendiente de intervención quirúrgica.

La valoración de enfermería refleja la siguiente información:

(1) La salud de Julia siempre ha sido buena, aunque en los dos últimos años ha empezado a experimentar molestias gastrointestinales. (2) Fue diagnosticada de colecistitis y recibió tratamiento conservador con una dieta pobre en grasas. (3) Sin embargo, afirma que esto ha sido especialmente difícil de cumplir debido a su trabajo y su estilo de vida. (4) Desde que ha sido nombrada directora del Banco donde trabaja desde hace 18 años, está sometida a un gran estrés. Realiza largas jornadas de trabajo que muchas veces se extienden desde la mañana a la noche, y tiene frecuentes reuniones. Esto motiva la dificultad de regular sus hábitos dietéticos pues tiene que asistir a numerosas comidas de trabajo.

(5) Ha aumentado 2,5 Kg. en los últimos seis meses y ha vuelto a fumar, (6) también ha dejado de hacer ejercicio que anteriormente hacía de forma habitual. Ahora se encuentra fatigada.

(7) Afirma que estuvo planteándose el no aceptar el puesto de directora, sabía que "mi vida me iba a cambiar, pero deseaba el puesto, y si renunciaba se que mi carrera profesional se habría terminado. Para mí siempre fue lo más importante, no sé que voy a hacer, así no puedo continuar". (8) Comenta que desea cambiar sus hábitos y poder cumplir la dieta y el tratamiento prescrito.

(9) Recientemente la intensidad de las molestias ha aumentado. "He tenido varios cólicos con mucho dolor". (10) El dolor se presentaba en el cuadrante superior derecho del abdomen irradiándose a veces al hombro derecho. Aparecía súbitamente y a veces duraba horas, desencadenando sudoración y sensación de náuseas y vómitos. (11) Refiere que estos episodios coincidían con los momentos en que se extralimitaba en la dieta y comía alimentos ricos en grasa.



Después de estos cólicos le comunicaron que tendría que intervenir. (12) Desde ese momento verbaliza estar muy asustada por la intervención quirúrgica, fue operada cuando era joven y tuvo dificultades en la anestesia, "el no despertar me aterra. Mire sólo de haberlo pensado ahora se me acelera el corazón". (13) Se le ha informado que después de la intervención tendrá que cumplir la dieta y afirma que aunque ha tenido dificultades para integrarla en su vida hasta ahora. "Sé que mi salud no es la misma y deseo cumplir con todo el tratamiento para evitar complicaciones futuras." (14) Por las noches le cuesta conciliar el sueño aunque no le llega a costar más de quince minutos, cuando duerme relata dormir aunque no como habitualmente. Duerme 7 horas sin interrupción. (15) Normalmente suele dormir bien pero desde que está en el hospital, extraña la cama, hay mucha luz en la habitación porque no tiene persianas y la presencia de tantos ruidos extraños le hacen no dormir bien. (16) A esto también se añade que desde que le dijeron que iba a ser operada hace una semana se encuentra más intranquila.

(17) En este momento no tiene dolor (puntuación en la escala visual analógica 2/10), únicamente tiene molestias en el cuadrante superior derecho del abdomen, aunque también refiere una opresión en el pecho como cuando tenía malas digestiones. (18) Julia afirma que no se encuentra bien físicamente. (19) Emocionalmente con la aparición de la enfermedad no se ve bien. (20) En el hospital relata sentir desasosiego y encontrarse incómoda porque cuando no es un ruido, es el calor que hace en la habitación o el continuo ir y venir de visitas que entran en la habitación.



Importancia de la investigación en diagnósticos enfermeros

Margaret Lunney, RN, PhD
Chairperson, Research Committee
NANDA International
lunney@mail.csi.cuny.edu



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
i la Investigació

Biblioteca de Bellaterra



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

La investigación en diagnósticos
enfermeros es crítica para conseguir el
desarrollo de la taxonomía diagnóstica y
su uso internacional



NANDA International
NANDA-I

Las clasificaciones son necesarias cuando la
comunicación de los nombres de los fenómenos
son importantes.



Realidad clínica e investigación enfermera
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Para mantener y desarrollar una clasificación,
es necesaria la investigación en marcha. La
metodología de investigación es necesaria para
establecer la evidencia.



Los conocimientos sobre metodología
de investigación se encuentran
disponibles en libros, artículos o
jornadas como esta.



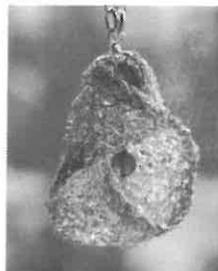
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

**El objetivo de la jornada de hoy es
promover la investigación para apoyar la
clasificación de diagnósticos
enfermeros..**



**Para apoyar una clasificación
internacional, la investigación en
diagnósticos es necesaria en cada país
por tres razones.**



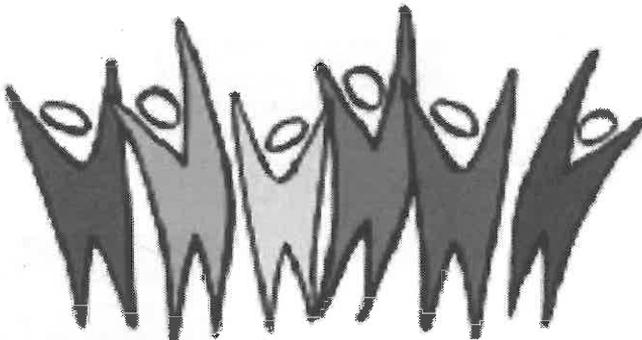
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1. La Historia Clínica Electrónica es internacional e inevitable.



2. La utilidad de una clasificación internacional depende del consenso global.



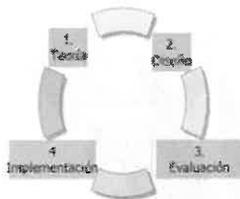
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

3. Los cambios en la práctica clínica son continuos, por tanto es necesario identificar, describir, explicar y predecir los patrones de práctica clínica.



La investigación es un método sistemático, disciplinado para desarrollar, refinar y expandir un cuerpo de conocimientos.

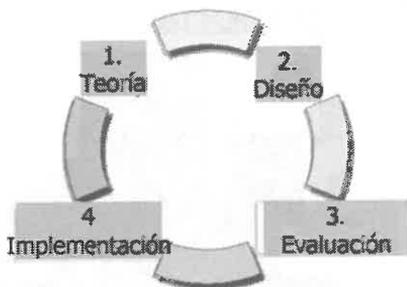


Marco teórico para la Investigación en Diagnósticos Enfermeros

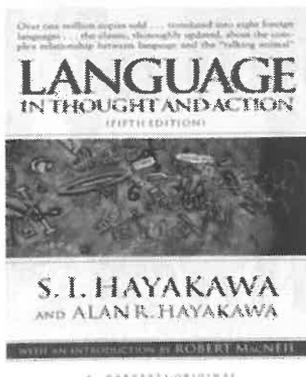
Tipos de investigación en Diagnósticos Enfermeros



En muchos tipos de estudios, la fundamentación del proceso de investigación es el marco teórico .

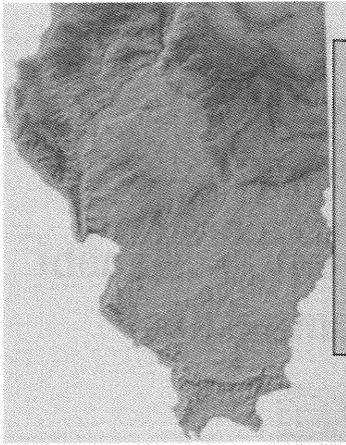


Marco teórico: la teoría lingüística proporciona una adecuada explicación sobre la importancia de desarrollar clasificaciones científicas.

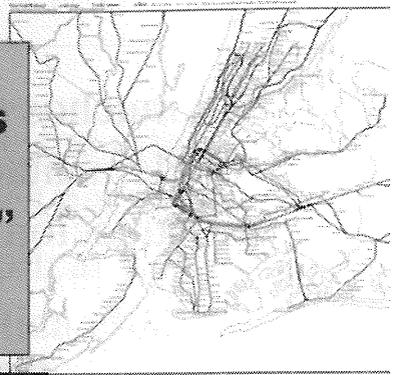


Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



Las
palabras
son
“mapas”
para la
teoría

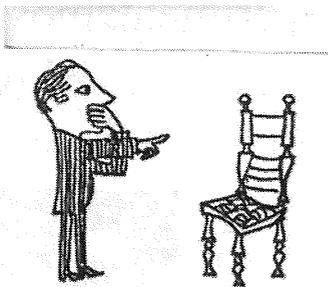


Los significados de las palabras se
entienden en el contexto. El contexto se
entiende a través de la experiencia.



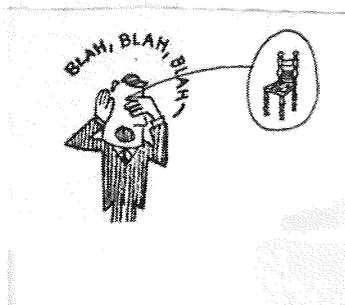
Realidad clínica e investigación enfermera
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Los significados
de las palabras
son extensivos
(la cosa en si misma)

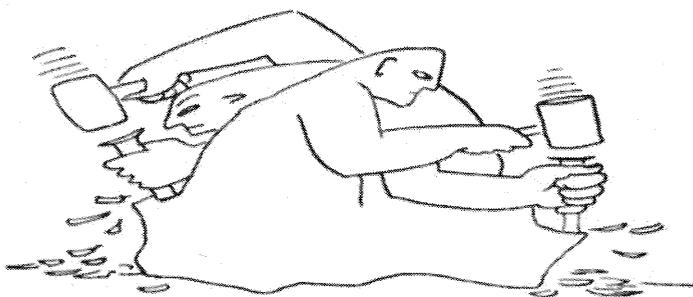


e

Intencional
(ideas que
representa
el significante)



No podemos pensar sin palabras. Los
nombres influyen en nuestro pensamiento.
Pensar sobre las cosas también influye en la
denominación.



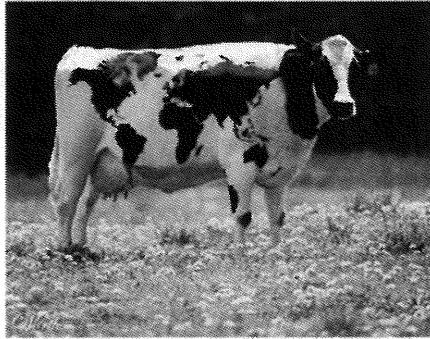
Las palabras forman pensamientos y viceversa



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Experimentamos una pequeña fracción
del fenómeno.
ej., Bessie la vaca.



Los humanos realizan abstracciones a
partir de sus experiencias y observaciones.

8. Abundancia
7. Activos
6. Activos de la granja
5. Ganado
4. Vaca
3. Bessie
2. Percepción
1. Proceso

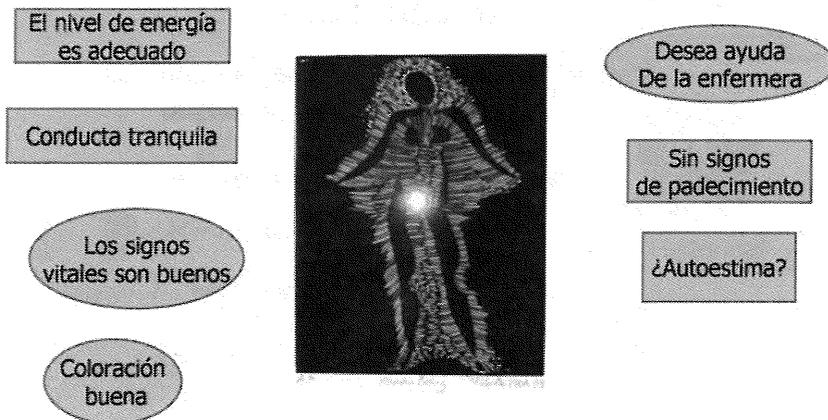
**Las palabras son abstracciones de
similitudes, sin diferencias (leer de
abajo a arriba)**



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Las enfermeras formulan abstracciones a partir de sus interacciones con los pacientes y las familias.



Este es un ejemplo de escala de abstracción aplicado a los diagnósticos enfermeros.

8. Modelo de sistemas de Neuman
7. Líneas de defensa
6. Patrones funcionales de salud
5. Patrón Perceptual Cognitivo
4. Toma de decisiones
3. Conflicto de decisiones: alimentación del niño.
2. El amamantamiento de Cheryl
1. Experiencia de amamantamiento

Las palabras son abstracciones de las similitudes no de las diferencias (leer de abajo a arriba)

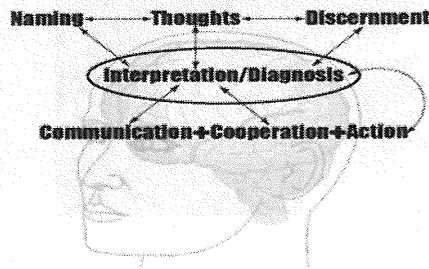


Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Resumen: Una teoría de diagnósticos de enfermería es la que denomina cosas para pensar sobre ellas, interpretar el significado, y, junto a otros, proveer acciones para el cuidado de calidad.

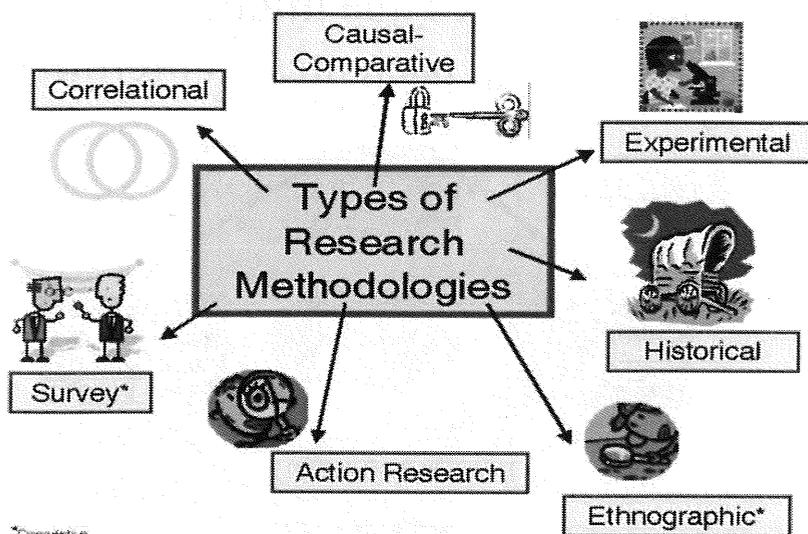
Modelo relacional de lenguajes enfermeros y cuidados basados en la calidad



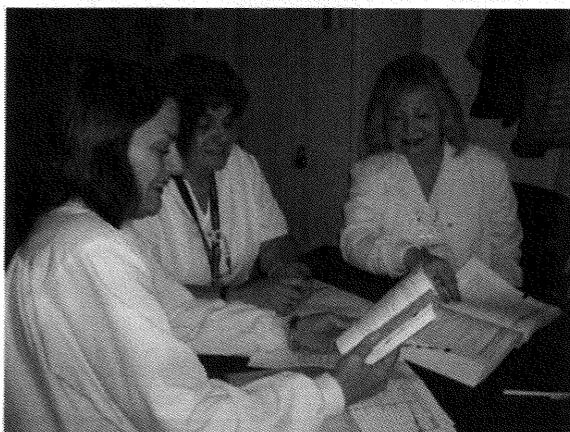
Use este marco teórico para explicar la importancia de la investigación en diagnósticos enfermeros.



Se necesitan muchos tipos de investigación en diagnósticos de enfermería.



Los métodos cualitativos que se pueden usar son la investigación acción participante, la teoría fundamentada y la fenomenología.



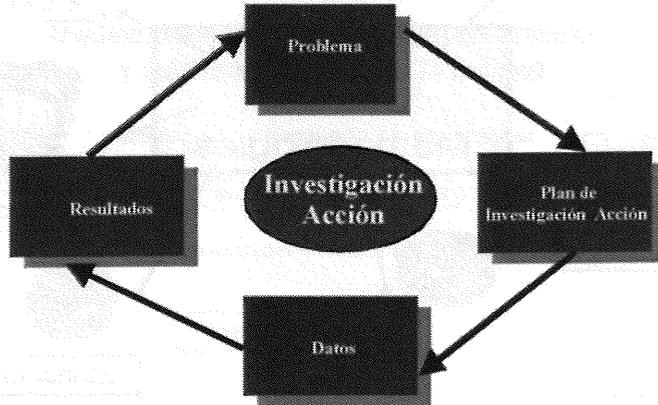
Enfermeras del Hackettstown Regional Medical Center trabajando en un estudio de investigación participante.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Ejemplo: Investigación participante.
Una ventaja es que implica a los
participantes, ej., pacientes o enfermeras.



Usamos métodos de investigación acción al realizar estudios de consenso y validación en diagnósticos habituales (NANDA), intervenciones (NIC) y resultados (NOC) en dos poblaciones locales



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Los métodos de investigación acción para la validación y consenso fueron desarrollados por la Dra. Judy Carlson de Honolulu, Hawaii.



En este estudio, 100% del consenso de la plantilla de enfermeras se consiguió en los términos relevantes NANDA, NIC y NOC en 2 poblaciones.



Personas con diabetes



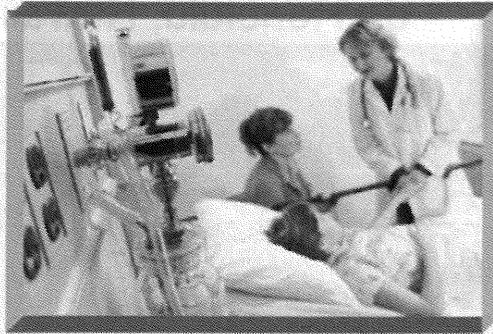
Mujeres en postparto



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

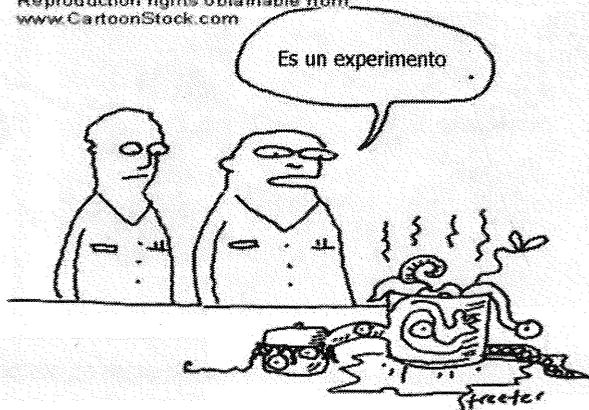
Los resultados se llevaron a la práctica a pie de cama.



Las enfermeras que producen investigación usan sus hallazgos.

Los diseños cuantitativos en investigación de dxe pueden ser no experimentales, quasi-experimentales, o experimentales.

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



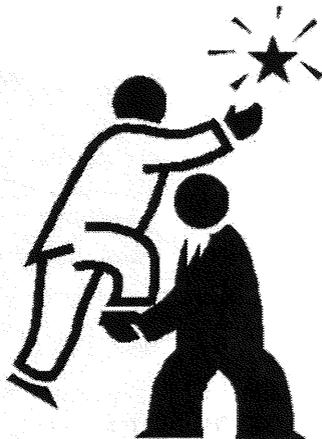
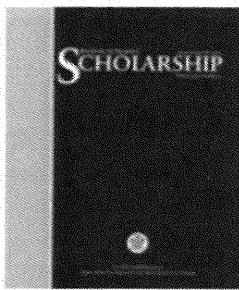
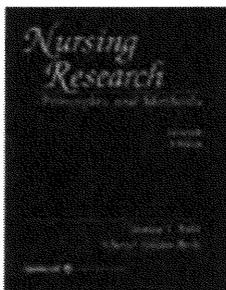
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Esta es una parte del instrumento que usamos en un estudio respiratorio

<u>Características defnitorias</u>	<u>Presente/ Ausente</u>
ABG basal, anormal	____/____
ABG valores normales, Anormal	____/____
Valores	
pH	____/____
pCO ₂	____/____
HCO ₃	____/____
pO ₂	____/____
O ₂ Sat	____/____
Ruidos respiratorios adventicios	
Crepitantes	____/____
Roncus	____/____
Sibilancias	____/____
Estidentes	____/____

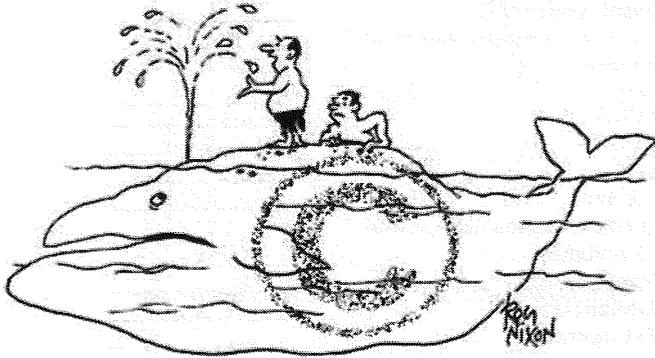
Orientación y ejemplos se pueden encontrar en libros y revistas. Solicite, ayuda a un asesor.



Realidad clínica e investigación enfermera

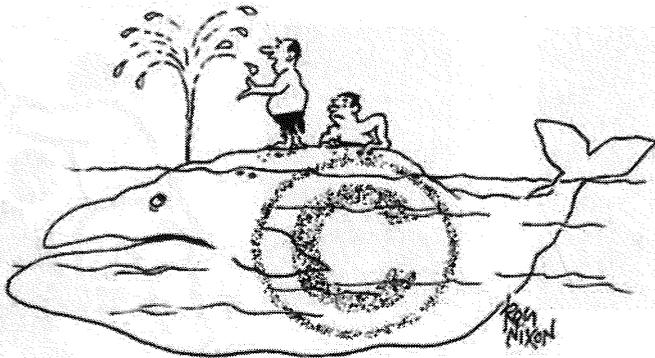
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Se necesitan estudios de validación clínica porque únicamente conocemos lo que investigamos sistemáticamente.



"Hemos tenido suerte de encontrar esta isla con un manantial"

Carlson & Lunney (1995) han descrito orientaciones para planificar un estudio clínico cuantitativo



"Hemos tenido suerte de encontrar esta isla con un manantial"



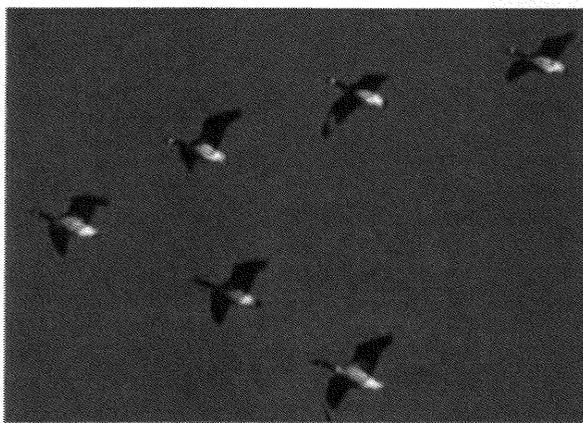
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

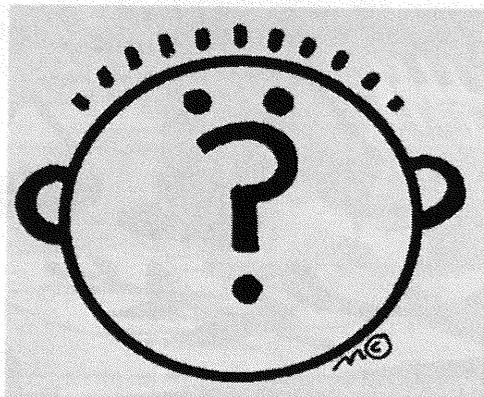
La ciencia enfermera necesita una amplia base de investigación para apoyar el lenguaje diagnóstico.



Las enfermeras de todo el mundo deben trabajar juntas para diseñar y realizar estudios de los diagnósticos nuevos o existentes.



¿Nos ayudas a construir un futuro para
la ciencia enfermera realizando
investigación en diagnósticos
enfermeros?



Investigación básica en diagnósticos enfermeros

Josep Adolf Guirao Goris

EUE La Fe - València



Clasificación de la investigación en diagnósticos enfermeros

- Clasificación de Gordon.
- Modificación de Del Pino - Ugalde.



2

ESCOLA
INFERMERIA



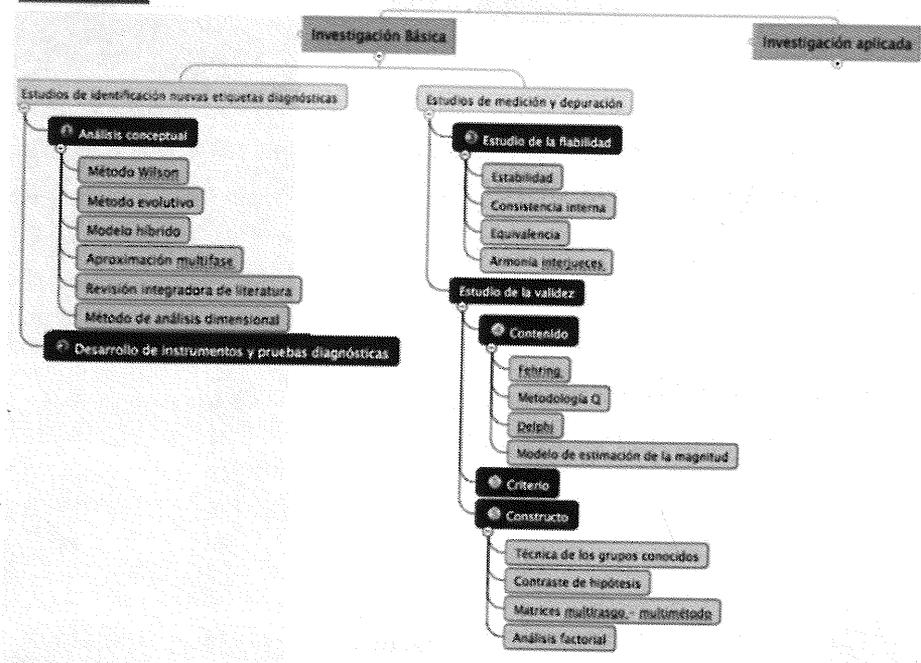
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Investigación en Diagnósticos Enfermeros



**ESCOLA
INFERMERIA**



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

son aquellos estudios
que tienen como objetivo
la identificación de
nuevas etiquetas
diagnósticas.

6

Estudios de identificación



**ESCOLA
INFARMERIA**

Estudios de identificación

- Gordon y Sweeney (1979) 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.
- Para ello es necesario el desarrollo conceptual.



7

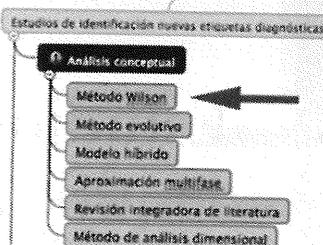
**ESCOLA
INFARMERIA**



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Análisis conceptual



Rodgers, LB, Knaf, KA. Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications. Philadelphia:WB Saunders Company, 2000.



8

ESCOLA
INFERMERIA

Objetivo del análisis conceptual en la nomenclatura enfermera

- Identificar el conocimiento previo que existe del fenómeno.
- Realizar la definición de la etiqueta diagnóstica.
- Identificar las características definitorias posibles y establecer las definiciones operativas de las mismas .
- Es un paso previo al estudio de la validez



9

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Definiciones operativas

- El proceso de operativización supone un modo de pensamiento que lleva de lo abstracto (concepto) a lo concreto (medida).



IO

ESCOLA
INFERMERIA

Operativización

Proceso acumulativo de etapas.

- 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.

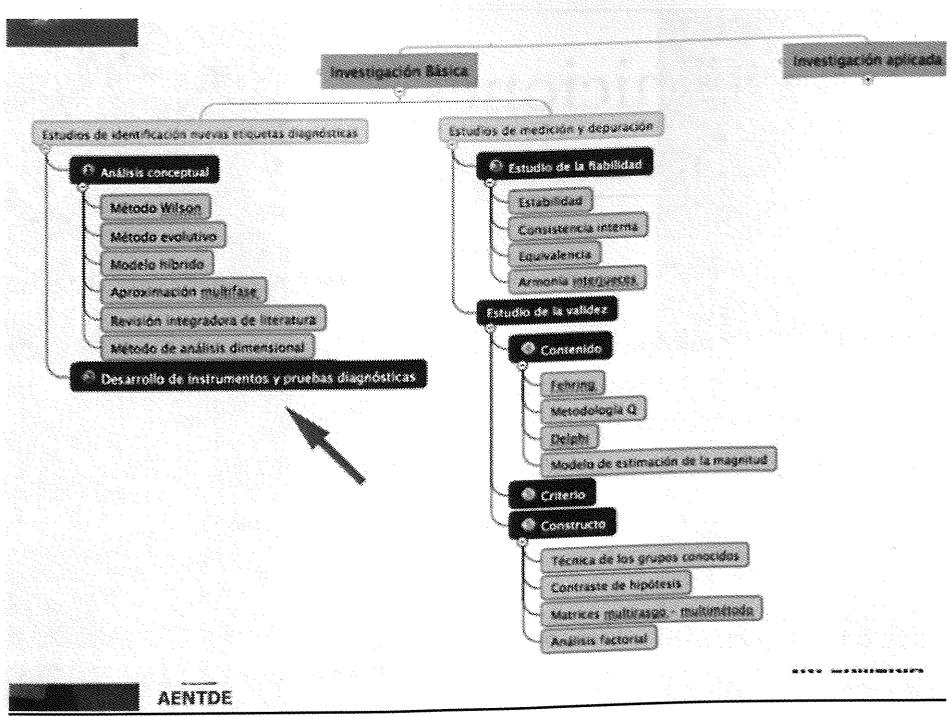
Waltz (1991) II

ESCOLA
INFERMERIA



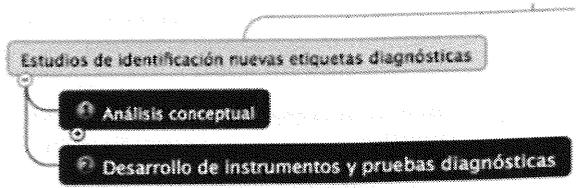
Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



AENTDE

Instrumentos diagnósticos



Rodgers, LB, Knafl KA. Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications. Philadelphia:WB Saunders Company; 2000.

I3

ESCOLA
INFARMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Pruebas diagnósticas

- Davis (1994) propone el desarrollo de instrumentos que permitan obtener una información válida y fiable para realizar diagnósticos consistentes que permitan con posterioridad una intervención adecuada y una evaluación de los resultados.



14

**ESCOLA
INFARMERIA**

Estudios de medición

- son aquellos estudios que tienen como objetivo depurar los diagnósticos enfermeros.
- Los diagnósticos al ser instrumentos de medida se pueden estudiar aplicando la teoría de la medición.



15

**ESCOLA
INFARMERIA**



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

- La teoría clásica de la medición establece que cuando se realizan diferentes medidas de un fenómeno existe un cierto grado de variación.
- La variación se debe al fenómeno o al error en su medición.

16

Teoría de la medición

Tipos de error

- **Error aleatorio:**
 - Los valores obtenidos se sitúan en torno al valor real.
 - Este tipo de error se relaciona inicialmente con la fiabilidad y secundariamente a la validez porque para que una medida sea válida tiene que ser previamente fiable.
 - Cuanto menos error aleatorio hay la medida es más fiable.



AENTDE

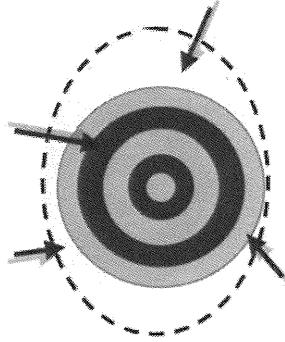
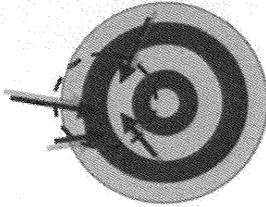
17

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



18

ESCOLA
INFERMERIA

Tipos de error

■ Error sistemático:

- Distorsiona el valor real de la medición infravalorando o sobervalorando la misma.
- Este tipo de error se relaciona con la validez.
- Cuanto menos error sistemático tiene una medida más válida es



19

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



AENTDE

20

ESCOLA
INFIRMERIA

Fiabilidad y validez

- La fiabilidad y la validez son características esenciales que determinan la calidad de todo instrumento de medida.
- La fiabilidad es una condición previa a la validez, lo que quiere decir 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 válido.
- Una baja fiabilidad por el contrario sí representa una evidencia de baja validez



AENTDE

21

ESCOLA
INFIRMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera **2011**
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Fiabilidad abilid

· Fortin (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.



22

ESCOLA
INFERMERIA

Fiabilidad

· Maas (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.



23

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Fiabilidad

- Su conocimiento es previo al estudio de la validez (específicamente la de constructo).
- Es necesario para el desarrollo de las pruebas diagnósticas



24

ESCOLA
INFERMERIA

Tipos de fiabilidad

- ☆ la estabilidad,
- ☆ la consistencia interna,
- ☆ la equivalencia,
- ☆ la armonía interjueces o interobservador



25

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

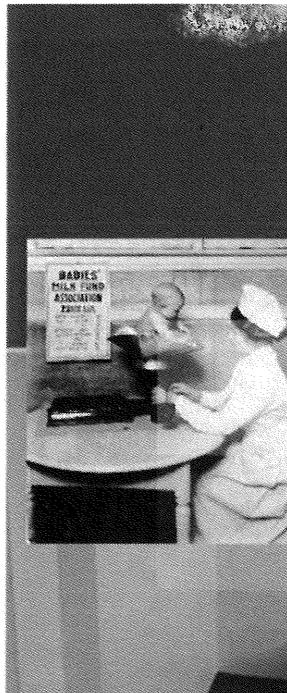
Estabilidad

· La estabilidad del instrumento de medida (prueba diagnóstica, característica definitoria, etiqueta diagnóstica...) vendría determinada por la constancia de los resultados obtenidos al realizar la medición de forma repetida



26

ESCOLA
INFERMERIA



Estimar la estabilidad

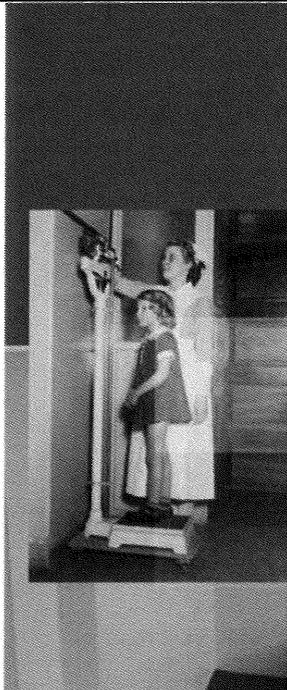
• El coeficiente obtenido tiene una puntuación entre 0 y 1. Cuando el coeficiente está más próximo a 1 la medida es más estable.

Waltz (1991)



27

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Consistencia interna

· La consistencia interna corresponde a la homogeneidad de los enunciados de un instrumento de medida



28

**ESCOLA
INFARMERIA**

Calcular la consistencia interna

1. Alfa de Cronbach
2. La técnica de Kuder-Richardson (KR₂₀ y KR₂₁)

Waltz (1991)



29

**ESCOLA
INFARMERIA**



Realidad clínica e investigación enfermera - **ESCOLA INFARMERIA**
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

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.



30

ESCOLA
INFERMERIA



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.



31

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

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

Fortin, 1999



32

ESCOLA
INFARMERIA



Fiabilidad interobservador

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



33

ESCOLA
INFARMERIA



Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)

· Es una variante específica de fiabilidad aplicada a los diagnósticos enfermeros



34

ESCOLA
INFERMERIA

Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)

Este modelo persigue la cuantificación de la evidencia clínica mediante observación u obtención de información directa de pacientes



35

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)

1. Dos enfermeras clínicas expertas observan y valoran un determinado número de pacientes en los que previamente se ha identificado un diagnóstico enfermero.



36

ESCOLA
INFERMERIA



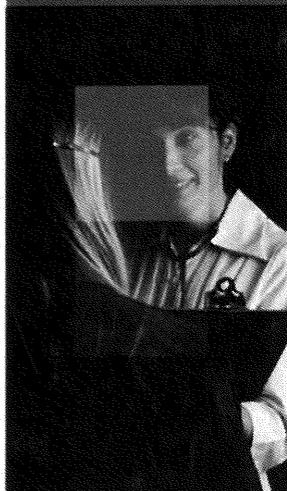
Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)

2. Las enfermeras clínicas comprueban en los pacientes la frecuencia de aparición de las características definitorias del diagnóstico previamente identificado.



37

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera
© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)

3. Se calcula el coeficiente ponderado de fiabilidad interobservador (R) mediante la siguiente fórmula:

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

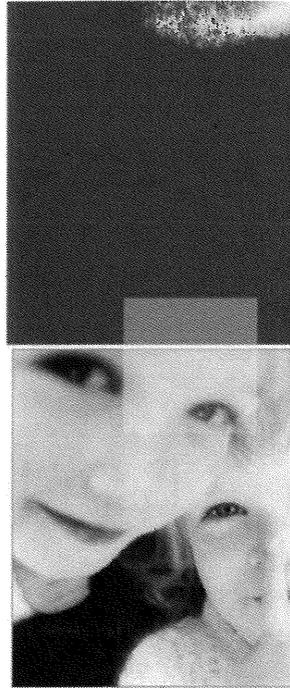
Donde A es el número de acuerdos, D el de desacuerdos, F₁ la frecuencia de la característica observada por el primer observador, F₂ la frecuencia observada por el segundo observador, N el número de sujetos observados y R el coeficiente ponderado de fiabilidad interobservador.



AENTDE

38

ESCOLA
INFERMERIA



Validez del Diagnóstico Clínico (VDC)

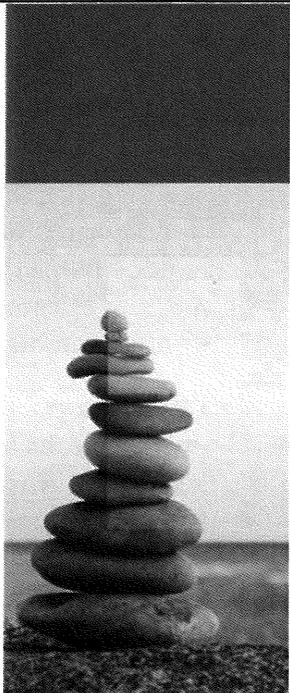
4. Se descartan las características con un valor del coeficiente inferior a 0,50.
5. Las características con un valor del coeficiente superior a 0,75 se consideran críticas.
6. Se obtiene la puntuación de la VDC hallando la media de las puntuaciones obtenidas para cada característica definitoria.



AENTDE

39

ESCOLA
INFERMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Estudios de validez



AENTDE

40

ESCOLA
INFARMERIA

Validez

- La validez de un instrumento de medida demuestra hasta que punto un instrumento mide lo que en realidad pretende medir.
- La validez puede ser de diversos tipos, una de ellas es la *validez aparente*, la cual designa si el instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual.



AENTDE

41

ESCOLA
INFARMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Validez

- . Validez de contenido
- . Validez de criterio
- . Validez de constructo.



42

**ESCOLA
INFERMERIA**

Validez de contenido



43

**ESCOLA
INFERMERIA**



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

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 debemos tener claro el concepto.



44

**ESCOLA
INFERMERIA**

Modelo Fehring

· Fehring,R.J.(1986)



45

**ESCOLA
INFERMERIA**



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

➤ Una limitación del modelo de VCD y, en general, en los estudios de validez de contenido, se encuentra en la definición de los expertos.

➤ La Validez de Contenido Diagnóstico (VCD) sólo indica lo que un grupo de expertos piensa; no se tiene la seguridad de que sus juicios coincidan con el fenómeno del mundo real.



AENTDE

47

ESCOLA
INFARMERIA

Características de los expertos

· Experto aquellos profesionales que contestan de forma correcta cuatro preguntas sobre la veracidad o falsedad de cuatro enunciados que se identifican como diagnósticos enfermeros, tienen que haber leído al menos un artículo de metodología de cuidados en el último año, y ser capaces de citar tres obras sobre metodología de cuidados.

· (Guirao-Goris, 2007)



AENTDE

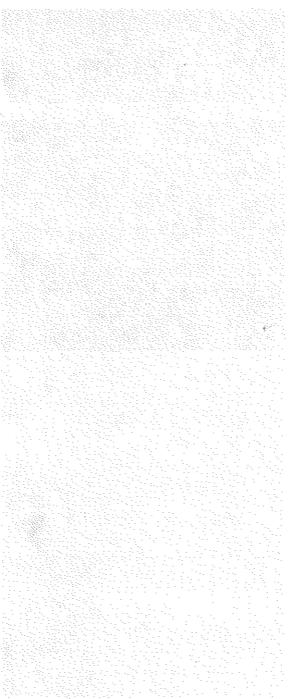
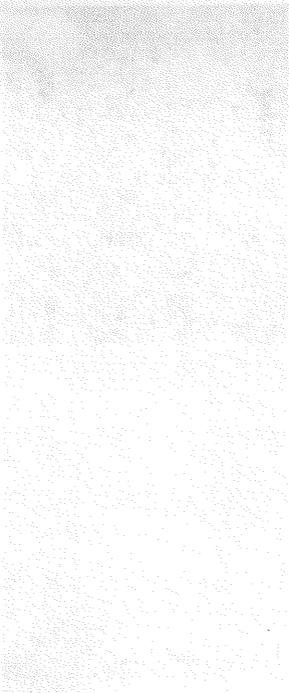
50

ESCOLA
INFARMERIA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



[The text in this section is extremely faint and illegible due to the quality of the scan. It appears to be a multi-paragraph document.]



Guía para estudios de validación clínica²

Ejemplo de un estudio publicado en IMAGE³

Judy Carlson, RN, EdD and Margaret Lunney, RN, PhD

A. Seleccionar o desarrollar una definición y una descripción del concepto.

Cuando las definiciones de NANDA para los tres diagnósticos respiratorios "patrón respiratorio ineficaz (IBP), deterioro del intercambio gaseoso (IGE), y limpieza ineficaz de la vías aéreas(LIVA) se examinaron, se identificaron algunos problemas. Las características definitorias(CD) se habían incluido en las definiciones y sus significados no estaban claros. La perspectiva plural de los miembros del comité investigación con expertos en rehabilitación, cuidados críticos y salud comunitaria fue muy útil para el refinamiento de las definiciones. La discusión duró varias horas y requirió una revisión de literatura.

Por lo que se refiere a descripciones conceptuales, se encontró que algunas fuentes documentales tenían breves descripciones de los tres fenómenos mientras que otras fuentes tenían descripciones extensas de fenómenos relacionados. Puesto que no había descripciones que proporcionaran una suficiente fundamentación para el estudio, un miembro del comité terminó esta tarea. El resultado de este trabajo fue presentado posteriormente en una conferencia de NANDA.

² Carlson-Catalano, J., & Lunney, M. (1995). Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. *Clinical Nurse Specialist: The Journal of Advanced Nursing Practice*, 9, 306-311.

³ Carlson-Catalano, J., Lunney, M., Paradiso, C., Bruno, J., Luise, B.K., Martin, T., Massoni, M., & Pachter, S. (1998). Clinical validation of ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance and impaired gas exchange. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 243-248.



B. Tomar decisiones con respecto al diseño del estudio.

Las decisiones con respecto al diseño del estudio fueron tomadas por el comité de investigación con una serie de reuniones mensuales de aproximadamente dos horas cada una. Las cuestiones relacionadas con el diseño del estudio fueron planteadas por todos los miembros con los clínicos centrándose sobre todo en realidades clínicas y con educadores que se centraban en el proceso de investigación.

La población seleccionada para el estudio era adultos con riesgo de desarrollar estas respuestas respiratorias en todas las unidades médico-quirúrgicas y de cuidados críticos de dos hospitales. La intención era incluir a personas con una gama amplia de problemas médicos y quirúrgicos para verificar que estos diagnósticos son generalmente aplicables y no únicamente a personas con problemas médicos respiratorios. Aunque los tres diagnósticos pueden ocurrir en los pacientes deterioro con del nivel de conciencia, la muestra se delimitó a personas que podían proporcionar consentimiento informado. El tamaño de muestra deseado fueron 90 sujetos , 30 para cada uno de las tres diagnósticos, 45 de cada ámbito clínico. Sin embargo no se alcanzó el tamaño muestral requerido debido a dificultades en la obtención de datos en una unidad clínica. Nuestra meta de 30 por diagnósticos se alcanzó para la Limpieza ineficaz de las vías aéreas y Patrón respiratorio ineficaz, pero no para el Deterioro del intercambio gaseoso. Las decisiones sobre qué datos se debía recopilar estuvieron en función de preguntas como por ejemplo: ¿Están estos tres diagnósticos separados y los fenómenos son distintos o se superponen hasta el punto de que los diagnósticos separados no sean necesarios? ¿con las características definitorias(CD) actuales es posible identificar los diagnósticos ? Los datos recogidos valoraron la presencia o la ausencia de 37 características definitorias posibles, el juicio diagnóstico de cada enfermera participante sobre los diagnósticos de cada paciente, el grado de importancia de cada una de las 37 CD en una escala de 1 a 5 (siguiendo el modelo



de Fehring), y los grados de la importancia de 20 intervenciones enfermeras, con actividades de cuidado directo o de educación, para cada paciente. Los datos que no se recopilaron eran características definitorias reales, diagnósticos, intervenciones de cuidado, y resultados registrados en la historia por el resto de las enfermeras de la plantilla.

Los criterios de Fehring para la selección de las enfermeras clínicas expertas (1987) fueron utilizados para el estudio, es decir, cuatro expertas evaluadoras en un hospital y siete en el segundo. Todas eran enfermeras con el grado de Master, tenían amplia experiencia, y eran consideradas como expertas clínicas. Tener un número elevado de expertos evaluadores disminuía la carga de trabajo de los mismos pero tenía la desventaja de aumentar la variabilidad posible en la recolección de datos.

El comité implicó en el diseño del estudio a los gestores de enfermería de los dos hospitales y estos apoyaron los esfuerzos del comité y acordaron proporcionar los recursos para finalizar el estudio. Más adelante, esta comisión fue crucial para superar las dificultades en la recolección de datos.

Para este estudio, deseábamos que las enfermeras estuvieran implicadas en la identificación de los pacientes que experimentaban estos fenómenos. Este procedimiento no fue enteramente acertado, con lo que hubo que buscar métodos adicionales para conseguir los datos para el estudio por otros medios como por ejemplo que las enfermeras expertas participantes preguntasen a las enfermeras responsables de los pacientes qué valoraciones preliminares realizaban de los pacientes. Las expertas explicaron el estudio a los participantes posibles y obtuvieron consentimiento informado antes de recopilar los datos.

Puesto que enfermeras expertas de este estudio tenían un profundo conocimiento en valoración y la emisión de juicios diagnósticos, se decidió que solamente se estudiaría la fiabilidad interobservador e intraobservador en una porción de la muestra total. El tamaño de la muestra para medir cada tipo de fiabilidad se realizó



basándose en criterios expertos y se estimó en el 10%. No se midió en los mismos pacientes ambos tipos de fiabilidad. La consulta con un investigador y un estadístico que tenían experiencia extensa en estudios clínicos fue muy provechosa para orientar al equipo investigador al tomar estas decisiones.

C. Identificar, adaptar, o construir los instrumentos de la investigación.

Inicialmente, con la revisión de la literatura, el comité observó que no existía un instrumento que cubriera nuestras necesidades. Un nuevo instrumento fue creado con la discusión y la generación por parte del comité con una persona que era responsable de convertir la discusión en formatos específicos. El desarrollo de las definiciones conceptuales y operacionales para cada uno de las 37 características definitorias posibles llevó aproximadamente 16 horas del comité y un miembro del mismo tuvo que dedicarse finalmente a elaborar las versiones escritas del trabajo realizado por el comité.

El instrumento que desarrollamos tenía campos en blanco para el registro de etiologías, pero esto hizo el análisis de datos muy difícil. Por ejemplo, las enfermeras evaluadoras indicaron etiologías de diferentes maneras. Sugerimos que, si se iban a incluir las etiologías, previamente, se debía elaborar un listado de posibles etiologías antes que dejar la etiología en formato abierto para que las enfermeras expertas evaluadoras la rellenasen. Tres miembros del comité desarrollaron seis estudios de caso que fueron validados posteriormente por los expertos nacionalmente conocidos para el uso en el entrenamiento de las enfermeras evaluadoras expertas.

D. Entrenamiento de las enfermeras evaluadoras expertas en la recopilación de datos.

Las enfermeras evaluadoras de nuestro estudio recibieron cerca de 12 horas de entrenamiento y práctica en las dos unidades clínicas, además del trabajo personal



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

de lectura realizado por su cuenta. El manual del entrenamiento, desarrollado por dos miembros del comité con sugerencias de otros miembros, permitió estandarizar el entrenamiento en las dos unidades. Tres de los estudios de caso sirvieron como elementos centrales en el entrenamiento y eran los casos modelo a los que podrían consultar los evaluadores en su proceso de aprendizaje y de realización del estudio. Otros tres estudios de caso fueron utilizados para evaluar a los evaluadores en sus interpretaciones de los casos.

E. Facilitar la recolección de datos.

En cada uno de las unidades clínicas, un miembro del comité fue designado coordinador del estudio. Esta estrategia fue considerada inestimable para finalizar la recolección de datos.

F. Análisis de los datos.

Las decisiones sobre la metodología de análisis de datos, así como el análisis real de datos, fueron realizadas con la colaboración de un estadístico. Los costes del estudio fueron compartidos por los miembros del comité puesto que no tenían financiación externa.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Aspectos esenciales y herramientas metodológicas para la investigación en diagnósticos enfermeros.

Josep Adolf Guirao-Goris, MCE

1. Introducción

La investigación científica es un proceso sistemático que permite examinar los fenómenos con el propósito de obtener respuestas a preguntas precisas⁴. El objetivo de la ciencia es la búsqueda de la verdad^{5,6}, responder a preguntas y generar explicaciones de la realidad.

Lakatos propone la metodología de los programas de investigación⁷ 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 ciencia⁸. 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. Gordon⁹ habla de cómo en la práctica de enfermería se ha categorizado en términos de necesidad de enfermería (necesidad de alimentar, necesidad de apoyo

⁴ Fortin, MF (1999). El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. Interamericana.

⁵ Hernández Conesa, J; Esteban Albert, M.(1999) Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Madrid. Ed McGraw-Hill Interamericana

⁶ Chalmers, AF((1982). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

⁷ Lakatos, I (1984). Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales. Madrid: Tecnos.

⁸ Gordon, M. (1996) Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid.

⁹ Gordon. Op. Cit.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

emocional)¹⁰. Esta orientación es errónea porque la enfermería se describe mediante las acciones llevadas a cabo respecto a los fenómenos de interés. Estos 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 Gordon, las características intrínsecas serían los grupos de signos y síntomas que identifican un diagnóstico mientras que las categorías formales serían los diagnósticos enfermeros. Y los conceptos diagnósticos serían los bloques básicos de construcción de las teorías de la práctica de enfermería.

Hernández Conesa¹¹ 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 presciencia inmadura, ya que "el constante desacuerdo en lo fundamental y el debate de este imposibilita el abordaje de los fenómenos observacionales propios"¹²

Diferentes autores^{13, 14, 15, 16, 17, 18} 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 en la taxonomía NANDA 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

¹⁰ De hecho las enfermeras se identifican profesionalmente con lo que hacen y practican genéricamente: el cuidado.

¹¹ Hernández Conesa, J Op. Cit., pg 36

¹² 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.

¹³ Iyer, P. Taptich, BJ, Bernocchi-Losey D. (1990) Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana Mc-Graw - Hill.

¹⁴ Lunney, M (1982). Nursing diagnoses: refining System. American Journal of Nursing 82(3):456-459

¹⁵ 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

¹⁶ Ugalde Apalategui, M; Rigol Cuadra, A.(1995). Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson.

¹⁷ Cuesta, A. Guirao, JA. Benavent, A. (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al Contexto español. Díaz de Santos. Madrid.

¹⁸ Gordon Op. Cit. pg 22



hacen es Enfermería. Hernández Conesa¹⁹ argumenta 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 complejidad²⁰ 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 teoría²¹. Sobre estos niveles de teorías se pueden construir niveles más complejos de teoría mediante el aislamiento de los factores que influyen en la aparición o modificación de los fenómenos. Pero sin duda investigando cómo se relacionan los conceptos diagnósticos entre si y utilizando las grandes teorías disponibles en enfermería se superarían las controversias sobre el objeto de estudio enfermero.²²

2. Líneas de investigación

El comienzo de la investigación en diagnósticos enfermeros se inicia en la década de los setenta^{23, 24, 25}. Una de la primeras referencias básicas en la investigación de los diagnósticos enfermeros es la aportación que realiza Gordon²⁶ que clasifica los estudios de investigación en seis tipos:

— Estudios de identificación.

¹⁹ Hernández Conesa Op. Cit. Pg 66

²⁰ Dickoff J, James P, Wiedenbach E.(1968) Theory in practice discipline I. Practice oriented theory. Nursing Research. 17: 415 citado en Gordon Op. Cit.

²¹ Gordon Op. Cit. Pg 296

²² 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

²³ Dougherty, CM; Jankin, J; Lunney, MR; Whitley GC (1993). Conceptual and research-based validation of nursing diagnoses:1950 to 1993. Nursing Diagnosis4(4):156-155

²⁴ Burgess, A; Homstrom L. (1974) Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry. 131: 981-6

²⁵ Guzzetta, C; Forsyth, G. (1979). Nursing diagnostic pilot study: Psychophysiosociological stress. Advances in nursing Science 2(1):27-44

²⁶ Gordon Op. cit. Pg 325



- 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 clasificada²⁷ en investigación básica (con el fin de generar conocimiento) y en investigación aplicada (solucionar problemas); clasificación que al cruzarse con la de Gordon identifica a los dos primeros tipos como estudios de investigación básica y el resto como estudios de investigación aplicada²⁸.

2.1 Investigación básica

2.1.1 Estudios de identificación

Los estudios de identificación son aquellos estudios que tienen como objetivo la identificación de nuevas etiquetas diagnósticas. Gordon y Sweeney (1979)²⁹ 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.

²⁷ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M. (1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. 9(3):115-120

²⁸ 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

²⁹ Gordon, M; Sweeney, M. (1979). Methodological problemas and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. *ANS*. 2(1):1-16



El desarrollo conceptual

Rodgers y Knafel³⁰ identifican los métodos de desarrollo conceptual como esenciales para la clasificación de los fenómenos de enfermería, la descripción o redirección de situaciones de la práctica enfermera, o la síntesis del conocimiento sobre un concepto de interés.

Análisis conceptual

Históricamente, desde una perspectiva esencialista, el propósito del análisis conceptual ha sido definir el concepto de interés en términos de sus atributos o esencia. Esta "esencia" es presentada como un conjunto de condiciones que son necesarias y suficientes para delinear el dominio y el campo de los conceptos. Esta perspectiva delinea un concepto como una verdad universal. Recientemente, y en una continua discusión filosófica los conceptos son considerados de forma más dinámica y difusa, dependientes del contexto y no con carácter universal y con un carácter más pragmático y sin esa inherente "verdad".

Existen varios métodos para realizar el análisis conceptual como puede observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Métodos de análisis conceptual
(Rodgers & Knafel, 2000)

- Método Wilson.
- Método evolutivo
- Modelo híbrido
- Revisión integradora de la literatura.
- Aproximación multifase.

El Centro de Clasificación de enfermería de la Universidad de Iowa, ha elaborado un protocolo de análisis conceptual fruto de la colaboración de la NANDA y las

³⁰ Rodgers, LB. Knafel KA. Concept development in nursing. Foundations, techniques, and applications. Philadelphia:WB Saunders Company. 2000.



investigadoras del proyecto de extensión de la clasificación de diagnósticos enfermeros NDEC³¹.

En el campo de la nomenclatura enfermera, el análisis conceptual³² tiene como objetivo identificar en la literatura existente el conocimiento previo que existe del fenómeno,³³ realizar la definición de la etiqueta diagnóstica,³⁴ identificar las características definitorias posibles y establecer las definiciones operativas de las mismas³⁵. El análisis conceptual no puede desligarse de un marco teórico que será el que aporte la perspectiva para iniciar el estudio. Este marco teórico puede ser circunscrito a una teoría general de la práctica profesional o modelo enfermeros, o bien a marcos teóricos de menor rango que abordan la explicación de los fenómenos de interés relacionados. Habitualmente si no se enmarca o se hace explícito el marco de referencia, el marco implícito que se toma por defecto suele ser el modelo biomédico.

Gordon(1990)³⁶ 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.^{37, 38, 39}. Aunque es un paso que no se encuentra, como sería deseable, plasmado en una gran parte de los informes de investigación^{40, 41}.

³¹ NDEC. N-LINKS concept analysis protocol. [Consultado 9 -1-2005]. Disponible en <www.nlinks.org/docs/nlinks_cac_protocol.doc>

³² Whitley, GG.(1999) Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis 1(10):5-13

³³ 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

³⁴ Carlson-Catalano, J; Lunney, M. (1995) Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. Clinical Nurse Specialist. 9(6):306-311

³⁵ Whitley, GG. (1995). Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. Nursing Diagnosis. 6(2):91-92

³⁶ Gordon, M. (1990). Toward theory-based diagnostic categories. Nursing Diagnosis. 1(1):5-11

³⁷ Avant, K. (1990). The art and science in nursing diagnosis development. Nursing Diagnosis 1(2):51-55

³⁸ Grant, J; Kinney, M; Guzzetta, c. (1990) A methodology for validating nursing diagnosis. ANS 12(3):65-74



Definiciones operativas

Según Kerlinger (1986)⁴² 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 Kinney ⁴³(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 que existe 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.

Avant⁴⁴ (1991) describe tres cualidades que tiene que tener el método de análisis conceptual: claridad conceptual, claridad sobre el fenómeno de estudio y claridad en la definición del fenómeno.

Creason⁴⁵ (1994) propone un método para el desarrollo de las características definitorias y sus definiciones en las que utilizando un grupo reducido de expertos y el método Delphi se identifican las características definitorias, sus definiciones

³⁹ Carlson-Catalano, J; Lunney, M. (1995) Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. *Clinical Nurse Specialist*. 9(6):306-311

⁴⁰ Creason, NS. (1987) How do we define our diagnosis. *American journal of Nursing*. 87:230-1

⁴¹ Grant, JS; Kinney, MR. (1991). The need for operational definitions for defining characteristics Nursing Diagnosis. 2(4):181-185

⁴² 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

⁴³ Grant, JS; Kinney, MR. (1991). Op. cit.

⁴⁴ Avant, KC. (1991) Paths to concept development in nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*. 2(3):105-110

⁴⁵ Creason, NS (1994). Operational and conceptual definition tool development in nursing diagnosis validation research. En Carroll-Johnson & Paquette. Symposium on validation models. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: J. B. Lippincott Company: 47-55



operativas y los factores etiológicos, Guirao, Moreno y Martínez⁴⁶ (2001) partiendo de la definición del fenómeno identifican mediante técnica Delphi, tanto la denominación de la etiqueta diagnóstica como de las características definitorias.

La operativización ⁴⁷ se define como el proceso de delineación sobre como será medido 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 Falco⁴⁸ (1985) que 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".

Waltz⁴⁹ (1991) establecen un proceso acumulativo de etapas en el proceso de operativización de los conceptos:

- 1) Desarrollo de la definición teórica:
 - a) Desarrollo de una definición preliminar.
 - b) Revisión bibliográfica.
 - c) Desarrollo e identificación de casos (casos extremos, opuestos o límites)
 - d) Diseño de un mapa de los significados del concepto.
 - e) Establecer un definición teórica.
- 2) Especificar las variables derivadas de la definición teórica.
- 3) Identificar indicadores observables.
- 4) Desarrollar medios para medir los indicadores.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Measurement in nursing research (2º Ed). Philadelphia: F.A. Davis

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit. 37-56



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.

Desarrollo de instrumentos diagnósticos

Davis⁵⁰ (1994) propone el desarrollo de instrumentos que permitan obtener una información válida y fiable para realizar diagnósticos consistentes que permitan con posterioridad una intervención adecuada y una evaluación de los resultados. Guirao⁵¹ (1999) en concordancia con dicha afirmación 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 Tanaka⁵² (1988), Chang⁵³ (1990), Talbot⁵⁴ (1994) Maggs⁵⁵ (1997) o Jones⁵⁶ (1997, 1999).

Davis (1994) 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.

⁵⁰ Davis, GC (1994). Measurement and clinical decision making. Focus on instrument development. *Nursing Diagnosis*. 5(3):121-126

⁵¹ 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

⁵² Tanaka, K (1988). Development of a tool for assessing posttrauma response. *Archives of Psychiatric nursing*. 2(6):350-356

⁵³ Chang , B; Hirsch,M; Brazal-Villanueva,MA; Iverson DWY (1990). Self-Care deficit with etiologies: reliability of measurement. *Nursing Diagnosis*. 1(1):31-36

⁵⁴ Talbot, LA.(1994) Coping with urinary incontinence: development and testing of a scale. *Nursing Diagnosis* 5(3):127-132

⁵⁵ Maggs, C; Abedi HA.(1997) Identifying the health needs of edery people using the Omaha Classification Scheme. *Journal of Advanced Nursing*.. 26(4):698-703

⁵⁶ 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 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 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 la fase a y b tendría 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 por sí. Davis indica que es posible utilizar una o varias escalas o índices para valorar un diagnóstico enfermero.

Para la estimación de la fiabilidad y validez Davis recomienda la utilización de los diferentes métodos descritos en la bibliografía.⁵⁷

2.1.2 Estudios de medición

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

Los diagnósticos enfermeros pueden ser considerados como instrumentos de medida de las situaciones específicas de salud que requieren la intervención de

⁵⁷ Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2ed). New York: McGraw Hill



una enfermera. En tanto que instrumentos de medida se puede aplicar la teoría de la medición para el estudio de los mismos, situación que hará que denominemos a este tipo de estos estudios como estudios de medición. La teoría clásica de la medición⁵⁸ 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 medir la variación del fenómeno.

El error en la medición puede ser de dos tipos⁵⁹:

- Error aleatorio: los valores obtenidos se sitúan en torno al valor real. Este tipo de error se relaciona inicialmente con la fiabilidad y secundariamente a 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: que 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 medida⁶⁰. La fiabilidad es una condición previa a la validez, lo que quiere decir 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 válido⁶¹. Una baja fiabilidad por el contrario si representa una evidencia de baja validez⁶².

⁵⁸ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.: pg 89-98

⁵⁹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.: pg 85-86

⁶⁰ Fortin, MF (1999) Op cit.: pg 179

⁶¹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit

⁶² Polit-Hungler(1997) 5º Ed. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill Interamericana Editores



2.1.2.1 Estudio de la fiabilidad

Fortin⁶³ (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.

Maas⁶⁴ (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)⁶⁵, es necesario para el desarrollo de las pruebas diagnósticas⁶⁶ y en el estudio del proceso de razonamiento diagnóstico⁶⁷.

La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios⁶⁸: la estabilidad, la consistencia interna, la equivalencia y la armonía ínter jueces.

La estabilidad

La estabilidad del instrumento de medida (prueba diagnóstica, característica definitoria, etiqueta diagnóstica...) vendría 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 supondría en la práctica que la medición se debería realizar en un intervalo corto de tiempo para asegurarse de este modo 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

⁶³ Fortin, MF (1999) Op cit.: pg 180

⁶⁴ Maas, M; Hardy, MA; Craft, M. (1990) Some methodologic considerations in nursing diagnosis research. *Nursing Diagnosis*. 1(1):24-30

⁶⁵ Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*.. 4(9):144-150.

⁶⁶ Chang, B; Hirsch, M; Brazal-Villanueva, MA; Iverson DWY (1990). Self-Care deficit with etiologies: reliability of measurement. *Nursing Diagnosis*. 1(1):31-36

⁶⁷ O'Connell B. MSc, RN. Diagnostic reliability: a study of the process. *Nursing Diagnosis*. jul - sep 1995 6(3):99

⁶⁸ Fortin, MF (1999) Op cit.



se vea afectada. En estos casos de recomendación estudiar la fiabilidad por equivalencia.

Waltz⁶⁹ (1991) recomienda para estimar la fiabilidad test/retest los siguientes pasos:

1. Administrar el instrumento de medida a los sujetos en las mismas condiciones estándar.
2. Readministrar el instrumento de medida en las mismas condiciones estándar y a los mismos sujetos.
3. 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 el coeficiente está más próximo a 1 la medida es más estable.

La consistencia interna

La consistencia interna corresponde a la homogeneidad de los enunciados de un instrumento de medida⁷⁰. La consistencia interna sería el grado en que los diferentes ítems del instrumento covarían estadísticamente y nos indicaría cómo se relacionan entre sí.

La consistencia interna de una etiqueta diagnóstica sería el grado en que covarían las características definitorias de la etiqueta.

Para medir la consistencia interna se utilizan varios métodos. De entre ellos se 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

⁶⁹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit. 164

⁷⁰ Fortin, MF (1999) Op cit.



respuesta (por ejemplo: escala de likert). Según Waltz⁷¹ 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 hace referencia 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 deberían tener las siguientes características:

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

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

⁷¹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.



La armonía ínter jueces 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".⁷²

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.

Delaney⁷³ (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 Fehring⁷⁴(1986) Este modelo persigue la cuantificación de la evidencia clínica mediante observación u obtención de información directa de pacientes.

Los pasos que propone el modelo 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.- Las enfermeras clínicas 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:

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

UNIVERSITAT DE BARCELONA

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació

Biblioteca de Catalunya

⁷² Fortin, MF (1999) Op cit.

⁷³ 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

⁷⁴ 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.



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 adecuadamente identificado previamente.

Una aproximación modificada este modelo es la, denominada Validez Diagnóstica Clínica centrada en el paciente. Este modelo 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.⁷⁵ Van Dyke Hayes⁷⁶(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 que punto un instrumento mide lo que en realidad pretende medir^{77,78}. La validez puede ser de diversos tipos, una de ellas es la *validez aparente*⁷⁹, la cual designa si el

⁷⁵ Del Pino Casado, R(1998) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros(II). Correo AENTDE. 2(3):4-5

⁷⁶ 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

⁷⁷ Fortin MF (1999) Op. cit.

⁷⁸ Ugalde Apalategui, M; Rigoñ Cuadra, A.(1995). Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson.

⁷⁹ Polit-Hungler(1997) Op. cit.



instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual. Clásicamente⁸⁰ 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 taxonómico⁸¹ 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. Un estudio que se debe realizar previamente a la validación de contenido es el 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.⁸²

En España, el primer estudio de validez de contenido es el realizado por Frías Osuna et al⁸³ (1993) que realizan un estudio previo de análisis conceptual, y validan la Taxonomía de auto cuidados 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 sí: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi y el modelo de estimación de la magnitud.

⁸⁰ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.

⁸¹ 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

⁸² Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 4(9):144-150.

⁸³ 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)⁸⁴

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 enfermeras expertas puntúan en una escala de 1 a 5 las características definitorias de un diagnóstico determinado. Las puntuaciones indican cómo son de representativas 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 disponen 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 dividido entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son como siguen: 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. Fehring⁸⁵ (1994) propone

⁸⁴ 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.

⁸⁵ 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



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 establece un mínimo de 5 para ser considerado experto.

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, situación que también se da en España. Sato⁸⁶ identificó como enfermeras expertas a enfermeras con diferente formación educativa. Levin⁸⁷ (2001) recomienda por otra parte ser flexible en la determinación del experto para ser sensible a otras

⁸⁶ 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

⁸⁷ Levin, R. (2001). Who are the experts? A commentary on Nursing Diagnosis Validation studies. Nursing Diagnosis. 12(1):29-32



realidades culturales. Guirao-Goris (2007)⁸⁸ ha establecido en el contexto español qué características debería tener una enfermera para poder juzgar a validez de contenido de un diagnóstico enfermero :

- Contestar de forma correcta cuatro preguntas sobre la veracidad o falsedad de cuatro enunciados que se identifican como diagnósticos enfermeros. Los enunciados son:
 - Riesgo de síndrome por desuso relacionado con la inmovilidad (correcto)
 - Desajuste de la Tensión arterial relacionado con medicación inadecuada (incorrecto)
 - Metástasis relacionada con cáncer (incorrecto)
 - Déficit de conocimientos (correcto)

Se considera que tienen conocimientos correctos aquellos que identifican las cuatro aseveraciones de forma correcta, mientras que se consideran que tienen conocimientos incorrectos cuando se identifican tres o menos enunciados de forma correcta.

- Haber leído al menos un artículo de metodología de cuidados en el último año,.
- Ser capaces de citar tres obras sobre metodología de cuidados.

Otra modificación del modelo es la realizada por Sparks y Lien-Gieschen⁸⁹ (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.

⁸⁸ Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the spanish validation. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007 Jul-Aug;18(3):84-92.

⁸⁹ Sparks, S; Lien-Gieschen, T (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis.* 5(1):31-5



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 disminuir de forma artificial el mismo:

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 utilizado⁹⁰ en la validación de contenido. En España, Giménez⁹¹(1997) ha utilizado dicho modelo para validar la *Respuesta disfuncional al destete del respirador*. Guirao, Moreno y Martínez-Del⁹²(2001) lo han utilizado para validar una nueva etiqueta diagnóstica.

La metodología Q

Lackey⁹³(1986) propone la técnica Q para identificar y ayudar a validar las características definitorias de los diagnósticos enfermeros. La técnica Q fue descrita en 1935 por Thomson y Stephenson pero no es hasta la década de los cincuenta cuando se hace popular. Esta metodología utiliza un procedimiento que se denomina la *ordenación Q*.

La metodología Q permite al investigador desarrollar y entender las dimensiones de un fenómeno desde una perspectiva intrínseca individual.

La técnica de ordenación Q^{94,95} consta de los siguientes pasos:

⁹⁰ Fehring, R (1994). Op. cit.

⁹¹ 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

⁹² Guirao-Goris, JA; Moreno Pina, P; Martínez-Del Campo, P. (2001). Op. cit.

⁹³ 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

⁹⁴ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit:355.

⁹⁵ Polit-Hungler(1997) Op. cit: pg 336-ss



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-Gieschen⁹⁶ (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.

La técnica Delphi se inicia enviando a los expertos una serie de cuestiones. La encuesta se envía de forma anónima a todos los integrantes del panel de modo que se evita el encuentro entre los expertos. Este hecho permite que las respuestas de unos expertos 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.

⁹⁶ Lien-Gieschen, T (1993). Validation of social isolation related to maturational age. Ederly, Nursing Diagnosis. 4(1):37-44



Grant y Kinney⁹⁷ (1992) proponen el uso de esta técnica para la validación de contenido de los diagnósticos enfermeros.

La propuesta de Grant y Kinney supone la aplicación de la técnica Delphi con 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. El grupo ha de ser 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

⁹⁷ Grant, JS; Kinney, MR. (1992). Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 3(1):12-22



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

En la ronda III se envía nuevamente una encuesta. En ella se pregunta sobre la conveniencia y 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



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Grant, Kinney y Guzzeta⁹⁸ (1990) proponen como método para estudiar la validación de las características definitorias críticas el modelo de estimación de la magnitud.

El Modelo de Estimación de la Magnitud (MEM)⁹⁹ es un método para determinar 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.

El MEM implica que los sujetos asignan números a estímulos para comparar las respuestas con un estímulo estándar. El número representa la intensidad percibida en proporción al estándar¹⁰⁰.

En la propuesta que Grant, Kinney y Guzzeta(1990) realizan para utilizar el MEM como método de validación de las características definitorias críticas, 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 Grant¹⁰¹ (1994) establecen dos fases en el modelo de estimación de la magnitud:

Fase I: Desarrollo de características definitorias, definiciones operativas y dimensiones del concepto.

Esta fase 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 seguiría el proceso

⁹⁸ 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

⁹⁹ Magnitude Estimation Scaling, (MES)

¹⁰⁰ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit

¹⁰¹ 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



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. Grant¹⁰² (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.

Durante esta fase, es cuando 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 enfermeras. Las enfermeras que compondrán el grupo de sujetos deberían tener una formación en diagnósticos enfermeros de carácter homogéneo.

¹⁰² Grant, JS; Kinney, MR; Guzzeta, CE (1990). Op. cit.

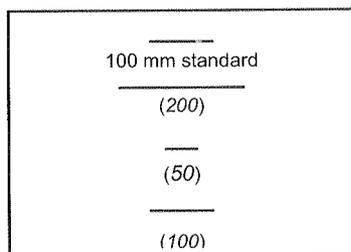


Para aplicar la técnica es necesario entrenar a las enfermeras en el procedimiento. Para ello se administra un cuadernillo que contiene líneas de diferente longitud, una línea estándar con un número y las instrucciones para proceder al entrenamiento en la técnica.

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 primer ejercicio es denominado de *estimación numérica*. Para ello, se daría al grupo de enfermeras un cuadernillo en el que constarían 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 cuanto 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 asignele el número 200. Por el contrario, si aparenta ser la mitad asignele el número 50. Si la línea parece tener la misma longitud que la línea de referencia de le 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 criterio¹⁰³ 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 al¹⁰⁴ (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*. Wooldridge¹⁰⁵ (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. Magnan¹⁰⁶ (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 preeditor. 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

¹⁰³ Fortin, MF (1999). Op. cit

¹⁰⁴ 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

¹⁰⁵ 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.

¹⁰⁶ 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



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 que 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.¹⁰⁷

La validez de constructo implica el desarrollo de conocimiento teórico, el desarrollo de hipótesis rivales y su comprobación en estudios empíricos¹⁰⁸.

Existen varios métodos para investigar la validez de constructo¹⁰⁹: 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 podría 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

¹⁰⁷ Polit-Hungler (1997) Op. cit.

¹⁰⁸ Parker, L; Lunney, M. (1998). Op. cit.

¹⁰⁹ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.



medir la puntuación del diagnóstico enfermero en cada grupo y determinar si existe diferencia significativa como teóricamente sería previsible.

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 Auto cuidado de Orem¹¹⁰ (1993) las puntuaciones que se obtuviesen de la agencia de auto cuidados¹¹¹ tendrían que correlacionarse de forma inversa con el manejo ineficaz o de forma directa en los casos en que fuese eficaz.

Polit-Hungler¹¹² (1997) consideran que este tipo de análisis no es prueba de validez de constructo pero arroja importante evidencia.

Técnica de las matrices multi-rasgo multimétodo.¹¹³

Esta técnica fue desarrollada por Campbell y Fiske¹¹⁴ (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 si. La validez discriminante implica que las medidas de diferentes constructos tendrían que tener una correlación baja entre sí.

¹¹⁰ Orem, DE.(1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería.

¹¹¹ 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."

¹¹² Polit-Hungler (1997) Op. cit.

¹¹³ Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Op. cit.

¹¹⁴ 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.



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 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 lista 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*.

		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 valores 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.

Schroeder¹¹⁵ (1989) sugiere como estrategia adicional para investigar la validez de los diagnósticos enfermeros el uso del análisis estadístico multivariado. Propuso el uso del análisis discriminante, el análisis por conglomerados y el análisis factorial.

La validez factorial de un diagnóstico enfermero intentaría discernir en qué grado las características definitorias del mismo lo reflejan, son parte de él o lo constituyen.

¹¹⁵ 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



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 factorial¹¹⁶ puede ser exploratorio cuando no se conoce previamente cuáles son los factores (características definitorias); y puede ser confirmatorio si se parte de factores 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 Chang¹¹⁷ (1995), Whitley¹¹⁸ (1996), y Fu¹¹⁹ (2001). En España el análisis factorial ha sido utilizado por Giménez et al¹²⁰ (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 incluiríamos¹²¹ los estudios 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

¹¹⁶ Hernández Conesa, J; Esteban Albert, M.(1999) Op. cit: 125-6

¹¹⁷ Chang,BL (1995). Nursing diagnosis and construct of pain, self-care deficit and impaired mobility. *International Journal of Nursing Studies*. 32(6): 556-567

¹¹⁸ Whitley, GG (1996). A multivariate approach for the validation of anxiety and fear. *Nursing Diagnosis*. 7(3):116-124

¹¹⁹ Fu, M; LeMone, P; McDaniel, RW; Bauser, C. (2001) A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. *Nursing Diagnosis* 12(1):15-27.

¹²⁰ 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 (RVDQ). *Enferm Clínica* ; 7(6):255-262

¹²¹ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. 9(3):115-120



Del Pino y Ugalde¹²² (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).

Estudios de proceso diagnóstico

Este tipo de estudios tendría 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 Benner¹²³ (1984), o la aproximación que realiza Lunney¹²⁴ (1990) al estudio de la precisión en el juicio diagnóstico serían ejemplos de este tipo de estudios.

Estudios de proceso y resultado

Este tipo de estudios está en creciente desarrollo con el desarrollo de la taxonomía de intervenciones NIC y la taxonomía de resultados NOC. El objetivo de este tipo de estudios sería 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 de estudios se enmarcarían dentro de la perspectiva ética profesional. Y se podrían plantear 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

¹²² Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Op. cit

¹²³ Benner, P.(1984) From novice to expert: power and excellence in nursing practice..Palo Alto, Ca:Adison-Wesley

¹²⁴ Lunney, M(1990). Accuracy of nursing diagnosis. Concept development. Nursing Diagnosis, 1(1):12-17



resultados que obtienen? ¿Cómo se compaginan los principios éticos profesionales con un sistema sanitario que tiende al libre mercado?



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

0001 Desequilibrio nutricional por exceso

Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Pliegue cutáneo del tríceps superior a 25 mm en las mujeres o a 15 mm en los varones.
- Peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.
- Sedentarismo.
- Comer en respuesta a claves externas (como la hora del día, la situación social).
- Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad).
- Información u observación de patrones alimentarios disfuncionales (p.ej., 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.

Resultados NOC

- 1612 Control del peso
- 1004 Estado nutricional.
- 1009 Estado nutricional: ingesta de nutrientes
- 1601 Conducta de cumplimiento
- 1802 Conocimiento: dieta
- 1209 Motivación.
- 1212 Nivel de estrés.

Intervenciones NIC

- 5246 Asesoramiento nutricional.
- 0200 Fomento del ejercicio.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 1280 Ayuda para disminuir el peso.
- 4360 Modificación de la conducta.
- 4420 Acuerdo con el paciente.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.

0069 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

- 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.
- Trastornos del sueño.
- Abuso de agentes químicos.
- Reducción en el uso de apoyo social.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Mala concentración.
- Fatiga.
- Solución inadecuada de los problemas.
- Expresiones de incapacidad para afrontar una situación o para pedir ayuda.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Conducta destructiva hacia sí mismo o hacia otros.



Incapacidad de satisfacer las expectativas del rol.
Alta tasa de enfermedad.
Cambio en los patrones de comunicación habituales.
Asunción de riesgos.

Factores relacionados

Alto grado de amenaza.
Crisis situacionales de maduración.
Diferencia de género en las estrategias de afrontamiento.
Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
Falta de oportunidades para prepararse para los agentes estresantes.
Inadecuación de apoyo social condicionado por las características de las relaciones.
Inadecuación de los recursos disponibles
Incapacidad para conservar las energías adaptativas.
Incertidumbre.
Percepción de un nivel inadecuado de control.
Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas.
Trastorno en los patrones de liberación de la tensión.

Resultados NOC

1300 Aceptación: estado de salud
1302 Afrontamiento de problemas.
1405 Autocontrol de los impulsos
1806 Conocimiento: recursos sanitarios.
1501 Ejecución del rol
1305 Modificación psicosocial: cambio de vida
1212 Nivel de estrés
0906 Toma de decisiones

Intervenciones NIC

5250 Apoyo en la toma de decisiones
5230 Aumentar el afrontamiento
5270 Apoyo emocional
4410 Establecimiento de objetivos comunes

0070 Deterioro de la adaptación

incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

Características definitorias

Negación del cambio en el estado salud.
Fallo en el logro de una sensación óptima de control.
Fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas.
Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.

Factores relacionados

Actitudes negativas hacia la conducta de salud.
Estado emocional intenso.
Falta de apoyo social para el cambio de ideas y prácticas.
Falta de motivación para cambiar las conductas.
Falta de optimismo.
Incapacidad o cambio en el estilo de vida.
Múltiples agentes estresantes



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

No hay intentos de cambiar de conducta.

Resultados NOC

1300 Aceptación: estado de salud
1305 Modificación psicosocial: cambio de vida
0906 Toma de decisiones

Intervenciones NIC

5250 Apoyo en la toma de decisiones
5230 Aumentar el afrontamiento
5270 Apoyo emocional
4410 Establecimiento de objetivos comunes

0078 Manejo ineficaz del régimen terapéutico

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias

Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.

Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.

Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones.

Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.

Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.

Factores relacionados

Complejidad del régimen terapéutico.

Complejidad del sistema de cuidados de la salud.

Conflicto de decisiones.

Conflicto familiar.

Déficit de conocimientos.

Déficit de soporte social.

Demandas excesivas sobre un individuo o familia.

Dificultades económicas.

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de salud.

Impotencia.

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción.

Patrones familiares de cuidado de la salud.

Percepción de barreras.

Percepción de beneficios.

Percepción de susceptibilidad.

Percepción subjetiva de gravedad.

Resultados NOC

1601 Conducta de cumplimiento
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
1802 Conocimiento: dieta
1806 Conocimiento: recursos sanitarios.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Intervenciones NIC

- 4420 Acuerdo con el paciente.
- 5270 Apoyo emocional
- 5240 Asesoramiento
- 5246 Asesoramiento nutricional
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 4470 Ayuda en la modificación de si mismo
- 5620 Enseñanza: proceso de enfermedad
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes
- 7420 Guías del sistema sanitario

0095 Deterioro del patrón del sueño

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo

Características definitorias

- Desvelo prolongado
- Insomnio mantenido
- Deterioro autoinducido del patrón normal
- Tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño
- Insomnio matinal
- Despertar antes o después de lo deseado
- Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado
- Insatisfacción con el sueño
- Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad
- Despertarse tres o más veces por la noche
- Disminución de la proporción de las etapas 3 y 4 del sueño (p. ej., disminución de la sensibilidad, somnolencia excesiva, disminución de la motivación).
- Aumento de la proporción de la etapa 1 del sueño
- Disminución de la proporción del sueño REM (p. ej., rebote REM, hiperactividad, labilidad emocional, agitación e irreflexión, características polysomnográficas atípicas).
- Disminución de la capacidad funcionar.

Factores relacionados

- Aburrimiento
- Agentes bioquímicos
- Ansiedad
- Anticipación
- Apoyo emocional de la madre
- Asincronía circadiana
- Cambio de trabajo
- Cambios de sueño relacionados con la edad
- Cambios frecuentes del horario sueño-vigilia
- Cambios periódicos de los niveles de hormonas sexuales
- Compañero / a de sueño
- Debilidad condicionada desadaptada
- Depresión
- Desvelo generado por otros
- Dieta
- Duelo
- Éxtasis de secreciones



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Estimulación excesiva
Exposición a la luz diurna u oscuridad
Falta de aliento
Falta de familiaridad con los muebles de la habitación
Falta de intimidad o control para el sueño
Fatiga
Fiebre
Higiene del sueño inadecuada
Horario social inadecuado para el cronotipo
Iluminación
Inicio en la infancia
Interacción del progenitor con el niño
Interrupciones para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas de laboratorio
Medicamentos
Miedo al insomnio
Náuseas
Olores
Patrón de actividad diurna
Patrón de sueño-vigilia de la madre
Pensamientos repetitivos antes del sueño
Pensar en el hogar
Pérdida del / la compañero / a de sueño, cambio vital
Posición
Preocupación por intentar dormir
Reflujo gastroesofágico
Ruido
Separación de las personas significativas
Síndrome de fase del sueño avanzada o retrasada
Soledad
Sujeciones físicas
Temor
Temperamento
Temperatura ambiente, humedad
Temperatura corporal
Urgencia urinaria, incontinencia
Uso sostenido de agentes para no dormir
Viajes frecuentes a través de zonas horarias

Resultados NOC

0003 Descanso
0004 Sueño
1210 Nivel de miedo
1212 Nivel de estrés
2100 Nivel de comodidad

Intervenciones NIC

5460 Contacto
1850 Mejorar el sueño
5380 Potenciación de la seguridad
6040 Terapia de relajación simple
6450 Manejo ambiental
6452 Manejo ambiental: confort



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

0132 Dolor agudo

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

Características definitorias

Informe verbal o codificado

Observación de evidencias

Posición antiálgica para evitar el dolor

Gestos de protección

Conducta de defensa

Mascara facial

Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas)

Central la atención en sí mismo

Estrechamiento del foco de atención (alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y con el entorno)

Conductas de distracción (caminar de un lado a otro, búsqueda de otras personas o actividades repetitivas)

Alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez)

Respuestas autónomas (diaforesis; cambios de la presión arterial, respiración y pulso; dilatación pupilar)

Conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros)

Cambios en el apetito y en la ingesta

Factores relacionados

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

Resultados NOC

1605 Control del dolor

2100 Nivel de comodidad

2102 Nivel de dolor

1212 Nivel de estrés

Intervenciones NIC

2360 Manejo de la medicación

2260 Manejo de la sedación

6040 Terapia de relajación simple

6450 Manejo ambiental

6452 Manejo ambiental: confort

0133 Dolor crónico

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.

Características definitorias

Cambios ponderales

Informes verbales o codificados u observación de evidencias de conducta de protección o defensa, máscara facial, irritabilidad, centrar la atención en sí mismo, agitación, depresión



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Atrofia de los grupos musculares implicados
Cambios en el patrón de sueño
Fatiga
Temor a nuevas lesiones
Reducción de la interacción con los demás
Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas
Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (temperatura, frío, cambios en la posición corporal, hipersensibilidad)
Anorexia

Factores relacionados

Incapacidad física o psicosocial crónica

Resultados NOC

1605 Control del dolor
2100 Nivel de comodidad
2102 Nivel de dolor
1212 Nivel de estrés

Intervenciones NIC

2360 Manejo de la medicación
2260 Manejo de la sedación
6040 Terapia de relajación simple
6450 Manejo ambiental
6452 Manejo ambiental: confort
5840 Entrenamiento autogénico

00148 Temor

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias

Informes de aprensión
Informes de aumento de la tensión
Informes de reducción de la seguridad en uno mismo
Informes de excitación
Informes de sentirse asustado
Informes de inquietud
Informes de pavor
Informes de alarma
Informes de terror
Informes de pánico
Identifica el objeto del miedo
Los estímulos se interpretan como una amenaza
Disminución de la productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas
Aumento del estado de alerta
Conductas de evitación o de ataque
Irreflexión
Estrechamiento del foco de atención en el origen del temor
Anorexia
Náuseas
Vómitos
Diarrea



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Tirantez muscular
Aumento del pulso
Fatiga
Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento
Palidez
Aumento de la transpiración
Aumento de la presión arterial sistólica
Dilatación pupilar
Sequedad bucal

Factores relacionados

Barreras idiomáticas
Desencadenantes innatos (neurotransmisores)
Deterioro sensorial
Estímulos fóbicos
Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales
Origen innato o natural (p.ej., ruido súbito, alturas, dolor, falta de apoyo físico)
Respuesta aprendida (p.ej., condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos)
Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p.ej., hospitalización, procedimientos hospitalarios)

Resultados NOC

1404 Autocontrol del miedo
1210 Nivel de miedo
1302 Afrontamiento de problemas

Intervenciones NIC

5270 Apoyo emocional
5250 Apoyo en la toma de decisiones
5240 Asesoramiento
5460 Contacto
5380 Potenciación de la seguridad
5820 Disminución de la ansiedad
6452 Manejo ambiental: confort
5340 Presencia
4700 Reestructuración cognitiva

00162 Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico

Patrón de regulación e integración en la vida diaria, de un programa o programas para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas
Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención o tratamiento

Manifiesta poca o ninguna dificultad para la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad o la prevención de complicaciones
Describe la reducción de factores de riesgo para la progresión de la enfermedad y sus secuelas
No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Resultados NOC

- 1601 Conducta de cumplimiento
- 1602 Conducta de fomento de salud
- 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
- 1902 Control del riesgo

Intervenciones NIC

- 1802 Conocimiento: dieta
- 4360 Modificación de la conducta
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5270 Apoyo emocional

Resultados NOC

- 0003 Descanso
- 0004 Sueño
- 0311 Preparación para el alta: vida independiente
- 0906 Toma de decisiones
- 1004 Estado nutricional
- 1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes
- 1204 Equilibrio emocional
- 1209 Motivación
- 1210 Nivel de miedo.
- 1212 Nivel de estrés
- 1300 Aceptación: estado de salud
- 1302 Afrontamiento de problemas
- 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.
- 1404 Autocontrol del miedo
- 1405 Autocontrol de los impulsos.
- 1501 Ejecución del rol.
- 1601 Conducta de cumplimiento.
- 1602 Conducta de fomento de salud
- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- 1612 Control de peso
- 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar
- 1705 orientación sobre la salud.
- 1802 Conocimiento: dieta
- 1806 Conocimiento: recursos sanitarios
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
- 1902 Control del riesgo
- 2100 Nivel de comodidad
- 2102 Nivel de dolor
- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

0003	DESCANSO - Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física
000301	Tiempo de descanso
000302	Tiempo de descanso
000303	Calidad del descanso
000304	Descansado físicamente
000305	Descanso mentalmente
000308	Descansado emocionalmente
000306	Consumo de fármacos psicotrópicos

0004	SUEÑO - Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo
000401	Horas de sueño (como mínimo 5h /24h)*
000402	Horas de sueño cumplidas
000403	Patrón del sueño
000404	Calidad del sueño
000405	Eficacia de sueño (tasa de tiempo de sueño/ tiempo total destinado a dormir)
000407	Hábito de sueño
000418	Duerme toda la noche
000408	Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño
000410	Despertar a horas apropiadas
000411	Hallazgos del electroencefalograma
000412	Hallazgos del electromiograma
000413	Hallazgos del electrooculograma
000406	Sueño interrumpido
000409	Siesta inapropiada
000416	Apnea del sueño
000417	Dependencia de las ayudas para dormir

0311	Preparación para el alta: vida independiente - Preparación de un paciente para volver de una institución de asistencia sanitaria a vivir independientemente.
031104	Busca asistencia adecuadamente
031105	Utiliza apoyo social disponible
031106	Describe signos y síntomas al profesional de asistencia sanitaria
031107	Describe los tratamientos prescritos
031108	Describe los riesgos de complicaciones
031109	Controla sus propias medicaciones
031110	Realiza actividades de la vida diaria (AVD) independientemente
031111	Realiza actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) independientemente
031112	Realiza juicios adecuados
031101	Fiebre
031102	Infección
031103	Confusión



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

0906	TOMA DE DECISIONES - Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.
090601	Identifica información relevante
090602	Identifica alternativas
090603	Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa
090604	Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa
090605	Reconoce contradicción con los deseos de los demás
090606	Reconoce el contexto social de la situación
090607	Reconoce las implicaciones legales relevantes
090608	Compara alternativas
090609	Escoge entre varias alternativas

1004	ESTADO NUTRICIONAL: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas
100401	Ingestión de nutrientes
100402	Ingestión alimentaria
100408	Ingestión de líquidos
100403	Energía
100405	Relación de peso / talla
100409	Hematocrito
100410	Tono muscular
100411	Hidratación

1009	ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES - Idoneidad de la pauta habitual de ingesta de nutrientes
100901	Ingestión calórica
100902	Ingestión proteica
100903	Ingestión de grasas
100904	Ingestión de hidratos de carbono
100910	Ingestión de fibra
100905	Ingestión de vitaminas
100906	Ingestión mineral
100907	Ingestión de hierro
100908	Ingestión de calcio
100911	Ingestión de sodio



1204	EQUILIBRIO EMOCIONAL - Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias
120401	Muestra un afecto apropiado
120402	Muestra un estado de ánimo sereno
120403	Muestra control de los impulsos
120404	Refiere dormir de forma adecuada (al menos 5 horas al día)
120405	Muestra concentración
120406	Conversa a un ritmo moderado
120410	Muestra un aseo e higiene personal adecuados
120411	Se viste de forma apropiada para la situación y el clima
120412	Mantiene un peso estable
120413	Refiere apetito anormal
120414	Refiere cumplimiento de la medicación y del régimen terapéutico
120415	Muestra interés por lo que le rodea
120417	Refiere un nivel de energía apropiado
120418	Refiere capacidad para realizar las tareas diarias
120407	Conflicto de ideas
120408	Grandiosidad
120409	Euforia
120416	Ideas suicidas
120420	Depresión
120421	Letargo
120422	Hiperactividad

1209	MOTIVACIÓN - Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.
120901	Planes para el futuro
120902	Desarrolla un plan de acción
120903	Obtiene los recursos necesarios
120904	Obtiene el apoyo necesario
120905	Auto inicia conductas dirigidas hacia objetivos
120906	Busca nuevas experiencias
120907	Mantiene una autoestima positiva
120908	Acoge las oportunidades para realizar contribuciones
120909	Demuestra flexibilidad
120910	Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción
120911	Expresa que la ejecución conducirá al resultado deseado
120912	Finaliza las tareas o actividades
120913	Acepta las responsabilidades de las acciones
120914	Anticipa recompensas intrínsecas y extrínsecas
120915	Expresa intención de actuar



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1210	NIVEL DE MIEDO - Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifiesta surgida de una fuente identificable
121001	Distrés
121002	Tendencia a culpar a los demás
121003	Auto absorción
121004	Falta de auto confianza
121005	Inquietud
121006	Irritabilidad
121007	Explosiones de ira
121008	Dificultades de concentración
121009	Dificultades de aprendizaje
121010	Dificultades para resolver problemas
121011	Disminución del campo perceptual
121012	Percepción de inadecuación en las relaciones interpersonales
121013	Preocupación excesiva por sucesos vitales
121014	Preocupación por sucesos vitales
121015	Preocupación por la fuente de miedo
121016	Aumento de la presión sanguínea
121017	Aumento de la frecuencia del pulso radial
121018	Aumento de la frecuencia respiratoria
121019	Pupilas dilatadas
121020	Sudoración
121021	Sensación de desmayo
121022	Tensión muscular
121023	Tensión facial
121024	Micción frecuente
121025	Diarrea
121026	Incapacidad para dormir
121027	Piel pálida
121028	Fatiga
121029	Abandono
121030	Conducta de evitación
121031	Temor verbalizado
121032	Lloros



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1212	NIVEL DE ESTRÉS - Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente
121201	Elevación de la presión sanguínea
121202	Aumento de la frecuencia del pulso radial
121203	Aumento de la frecuencia respiratoria
121204	Pulpitias dilatadas
121205	Aumento d la tensión muscular en el cuello, los hombros y / o la espalda
121206	Cefalea tensión al
121207	Palmas de las manos sudorosas
121208	Boca y gargantas secas
121209	Diarrea
121210	Micción frecuente
121211	Cambio en la ingesta de alimentos
121212	Trastornos estomacales
121213	Inquietud
121214	Trastornos del sueño
121215	Falta de memoria y bloqueos
121216	Errores mentales frecuentes
121217	Disminución de la atención a detalles
121218	Incapacidad para concentrarse en las tareas
121219	Explosiones de ira
121220	Irritabilidad
121221	Depresión
121222	Ansiedad
121223	Recelo
121224	Pensamientos opresivos
121225	Episodios de flashback
121226	Disociación
121227	Conducta compulsiva
121228	Aumento del consumo de alcohol
121229	Aumento de consumo de fármacos psicotrópicos
121230	Aumento del consumo de tabaco
121231	Absentismo laboral
121232	Disminución de la productividad
121233	Aumento de la frecuencia de accidentes
121234	Cambios en la libido



1300	ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD - Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud
130002	Renuncia al concepto previo de salud
10008	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud
130004	Demostración de autorrespeto positivo
130016	Mantiene las relaciones
130007	Expresa sentimientos sobre el estado de salud
130017	Se adapta el cambio en el estado de salud
130001	Tranquilidad
130003	Calma
130018	Demuestra resistencia
130009	Búsqueda de información
130010	Superación de la situación de salud
130011	Toma de decisiones relacionadas con la salud
130012	Clarificación de valores percibido
130019	Clarificación de prioridades vitales
130013	Renovación de un sentimiento de ganancia
130014	Realización de tareas de cuidados personales

1302	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS - Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo
130201	Identifica patrones de superación eficaces
130202	Identifica patrones de superación ineficaces
130203	Verbaliza sensaciones de control
130204	Refiere disminución de estrés
130205	Verbaliza aceptación de la disminución
130206	Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento
130207	Modifica el estilo de vida cuando se requiere
130208	Se adapta a los cambios en desarrollo
130209	Utiliza el apoyo social disponible
130210	Adopta conductas para reducir el estrés
130211	Identifica múltiples estrategias de superación
130212	Utiliza estrategias de superación efectivas
130213	Evita situaciones excesivamente estresantes
130214	Verbaliza la necesidad de asistencia
130215	Busca ayuda profesional de forma apropiada
130216	Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés
130217	Refiere disminución de los sentidos negativos
130218	Refiere aumento del bienestar psicológico



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1305	MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA- Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante
130501	Establecimiento de objetivos realistas
130502	Mantenimiento de autoestima
130503	Expresiones de productividad
130504	Expresiones de utilidad
130505	Expresiones de optimismo sobre el presente
130506	Expresiones de optimismo sobre el futuro
130507	Expresiones de sentimientos permitidos
130508	Identificación de múltiples estrategias de superación
130509	Uso de estrategias de superación efectivas
130510	Control financiero eficaz
130513	Expresiones de apoyo social adecuado
130514	Participación en aficiones recreativas
130511	Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida
130512	Expresiones de sentimientos socializados

1404	AUTOCONTROL DEL MIEDO - Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable
140401	Supervisa la identidad del miedo
140402	Elimina los factores precursores del miedo
140403	Busca información para reducir el miedo
140404	Evita fuentes de miedo cuando es posible
140405	Planea estrategias para superar las situaciones temibles
140406	Utiliza estrategias de superación efectivas
140407	Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo
140408	Refiere disminución de la duración de los episodios
140409	Refiere aumento de la duración entre episodios
140410	Mantiene la realización del rol
140411	Mantiene las relaciones sociales
140412	Mantiene la concentración
140413	Mantiene el control sobre su vida
140414	Mantiene el funcionamiento físico
140415	Mantiene el sentimiento del propósito a pesar del miedo
140416	Continúa siendo productivo
140417	Controla la respuesta de miedo



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1405	AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS - Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo
140501	Identifica conductas impulsivas perjudiciales
140502	Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas
140503	Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas
140504	Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás
140505	Reconoce los riesgos ambientales
140506	Evita ambientes y situaciones de alto riesgo
140507	Verbaliza control de los impulsos
140508	Busca ayuda cuando experimenta impulsos
140509	Identifica sistemas de apoyo social
140510	Acepta ser remitido para tratamiento
140511	Confirma el contrato para el control de la conducta
140512	Mantiene el autocontrol sin supervisión

1501	EJECUCIÓN DEL ROL - Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol
150101	Capacidad para cumplir las expectativas del rol
150102	Conocimiento de los períodos de transacción del rol
150103	Ejecución de las conductas de rol familiares
150115	Ejecución de las conductas del rol parental
150113	Ejecución de las conductas de rol de intimidad
150104	Ejecución de las conductas de rol social
150105	Ejecución de las conductas de rol laboral
150106	Ejecución de las conductas de rol de amistad
150112	Comodidad referida con la expectativa del rol
150107	Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad
150108	Descripción de los cambios conductuales con ancianos dependientes
150109	Descripción de los cambios conductuales con un nuevo miembro de la familia
150110	Descripción de los cambios conductuales con miembros de la familia que dejan el hogar
150111	Estrategias referidas para el cambio de rol



1601	CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO - Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación
160104	Acepta el diagnóstico del profesional sanitario
160101	Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida
160102	Solicita la pauta prescrita
160103	Comunica seguir la pauta prescrita
160105	Conserva la cita con un profesional sanitario
160111	Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario
160106	Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario
160112	Monitoriza la respuesta al tratamiento
160113	Monitoriza la respuesta a la medicación
160107	Realiza auto screening cuando se le informa
160108	Realiza las AVD* según prescripción
160109	Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria

1605	CONTROL DEL DOLOR - Acciones personales para controlar el dolor
160502	Reconoce el comienzo del dolor
160501	Reconoce factores casuales
160510	Utiliza un diario para apuntar
160503	Utiliza medidas preventivas
160504	Utiliza medidas de alivio no analgésicos
160505	Utiliza los analgésicos de forma apropiada
160513	Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal sanitario
160507	Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario
160508	Utiliza los recursos disponibles
160509	Reconoce síntomas asociados del dolor
160511	Refiere dolor controlado

1609	CONDUCTA TERAPÉUTICA : ENFERMEDAD O LESIÓN - Acciones personales para paliar o eliminar patología
160901	Cumple las precauciones recomendadas
160902	Cumple el régimen terapéutico recomendado
160903	Cumple los tratamientos prescritos
160904	Cumple las actividades prescritas
160905	Cumple el régimen de medicación
160906	Evita conductas que potencian la patología
160907	Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad
160908	Supervisa los efectos terapéuticos
160909	Supervisa los efectos secundarios del tratamiento
160910	Supervisa los efectos secundarios de la enfermedad
160911	Supervisa los cambios en el estado de enfermedad
160912	Utiliza dispositivos correctamente
160913	Altera las funciones del rol para cumplir los requisitos terapéuticos



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

160914	Equilibrio entre tratamiento, ocio, descanso y nutrición
160915	Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario
160916	Solicita una vista personal con el profesional sanitario cuando es necesario

1612	CONTROL DE PESO - Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo
161201	Supervisa el peso corporal
161202	Mantiene una ingestión calórica diaria óptima
161203	Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
161204	Selecciona comidas y aperitivos nutritivos
161205	Utiliza complementos nutricionales cuando es necesario
161206	Come en respuesta al hambre
161207	Mantiene un patrón alimentario recomendado
161208	Retiene las comidas ingeridas
161209	Mantiene el equilibrio hídrico
161210	Reconoce signos y síntomas de trastorno electrolítico
161211	Busca tratamiento del trastorno electrolítico
161212	Busca ayuda profesional cuando es necesario
161213	Utiliza sistemas de apoyo personal para ayudar al cambio de patrón alimentario
161214	Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta alimentaria
161215	Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria
161216	Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta alimentaria
161217	Controla la preocupación por la comida
161218	Controla la preocupación por el peso
161219	Expresa una imagen corporal realista
161220	Demuestra progreso hacia el peso objetivo
161221	Alcanza el peso óptimo
161222	Mantiene el peso óptimo

1705	ORIENTACIÓN SOBRE LA SALUD - Acuerdo personal para conductas de salud como prioridades del estilo de vida
170501	Se centra en el bienestar
170514	Se centra en mantener conductas de salud
170502	Se centra en la prevención y en el control de la enfermedad
170503	Se centra en mantener el rol de actuación
170504	Se centra en mantener las capacidades funcionales
170505	Se centra en la adaptación a las situaciones de la vida
170506	Se centra en el bienestar global
170507	Espera que el individuo sea responsable para elegir
170508	Percibe que la conducta sobre la salud es importante para sí mismo
170515	Percibe la importancia de incorporar conductas de salud en las creencias culturales
170512	Percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1802	CONOCIMIENTO : DIETA - Grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada
180201	Descripción de la dieta recomendada
180202	Explicación del funcionamiento de la dieta recomendada
180203	Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada
180204	Establecimiento de objetivos par la dieta
180205	Explicación para las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal
180206	Descripción de las comidas permitidas por la dieta
180207	Descripción de las comidas que deben evitarse
180208	Interpretación de las etiquetas alimentarias
180209	Descripción de las directrices para la preparación de la comida
180210	Selección de comidas recomendadas por la dieta
180211	Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta
180212	Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios
180213	Desarrollo de planes dietéticos para situaciones sociales
180217	Descripción de actividades de auto monitorización
180215	Descripción de los posibles interacciones de los medicamentos con la comida

1806	CONOCIMIENTO : RECURSOS SANITARIOS - Grado de comprensión transmitido sobre recursos sanitarios relevantes
180601	Descripción de los recursos que aumentan la salud
180602	Descripción de cuándo contactar con un profesional sanitario
180603	Descripción de las medidas de urgencia
180604	Descripción de los recursos para la asistencia urgente
180605	Descripción de la necesidad de asistencia continuada
180606	Descripción de la necesidad de asistencia continuada
180607	Descripción de los recursos sociales de ayuda disponibles
180608	Descripción de cómo contactar con los servicios necesarios

2100	NIVEL DE COMODIDAD - Alcance de la percepción positiva de comodidad física y psicológico
210001	Bienestar físico
210002	Control del síntoma
210003	Bienestar psicológico
210004	Entorno físico
210010	Temperatura de la habitación
210005	Relaciones sociales
210006	Vida espiritual
210007	Nivel de independencia
210008	Control del dolor

UNIVERSITAT DE BARCELONA



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo

Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i l'Educació
AENTDE

2102	NIVEL DEL DOLOR - Intensidad del dolor referido o manifestado
210201	Dolor referido
210204	Duración de los episodios de dolor
210217	Gemidos y gritos
210206	Expresiones faciales de dolor
210208	Inquietud
210218	Ritmo
210219	Foco limitado
210209	Tensión muscular
210215	Pérdida de apetito
210210	Frecuencia respiratoria
210211	Frecuencia cardíaca apical
210220	Frecuencia del pulso radial
210212	Presión arterial
210214	Sudoración

2609	APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO - Presencia y apoyo emocional familiar a un individuo que está sometido a un tratamiento
260901	Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro de la familia
260902	Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo
260903	Los miembros de la familia preguntan si pueden ayudar
260904	Piden información sobre el proceso/procedimiento
260905	Piden información sobre el estado o condición del paciente
260906	Los miembros de la familia mantienen comunicación con el miembro enfermo
260907	Los miembros de la familia animan al miembro enfermo
260908	Los miembros de la familia proporcionan contacto al miembro enfermo
260909	Buscan apoyo social y espiritual para el miembro enfermo
260910	Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados
260911	Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados
260912	Los miembros de la familia expresan verbalmente el significado de la crisis de salud
260913	Se ponen en contacto con otros miembros de la familia, según deseos del miembro enfermo
260914	Proporcionan información exacta a los otros miembros de la familia

1813	CONOCIMIENTO : RÉGIMEN TERAPÉUTICO - Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico
181310	Descripción del proceso de la enfermedad
181301	Descripción de la justificación del régimen terapéutico
181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual
181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

181315	Descripción de técnicas de automonitorización
181304	Descripción de los efectos esperados del tratamiento
181305	Descripción de la dieta prescrita
181306	Descripción de la medicación prescrita
181307	Descripción de la actividad prescrita
181308	Descripción del ejercicio prescrito
181309	Descripción de los procedimientos prescritos
181316	Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad

1902	CONTROL DEL RIESGO - Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir amenazas para la salud modificables
190201	Reconoce factores de riesgo
190202	Supervisa los factores de riesgo medioambientales
190203	Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal
190204	Desarrolla estrategias de control de riesgos efectivas
190205	Adapta las estrategias de control de riesgo según es necesario
190206	Se compromete con estrategias de control de riesgo
190207	Sigue estrategias de control de riesgo seleccionadas
190208	Modifica el estilo de vida para reducir riesgo
190209	Evita exponerse a las amenazas para la salud
190210	Participa en la identificación sistemática de problemas relacionados con la salud
190211	Participa en la identificación sistemática de riesgos identificados
190212	Efectúa las vacunaciones apropiadas
190213	Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita
190214	Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo
190215	Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo
190216	Reconoce cambios en el estado de salud
190217	Supervisa los cambios en el estado de salud

1701	CREENCIAS SOBRE LA SALUD : CAPACIDAD PERCIBIDA PARA ACTUAR - Convicciones personales de que una persona puede cambiar en una determinada conducta de salud
170101	Percepción de que la conducta sobre la salud no es demasiado compleja
170102	Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable
170103	Percepción de que la frecuencia de la conducta sobre la salud no es excesiva
170104	Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro
170105	Confianza en la experiencia pasada con la conducta sobre la salud
170106	Confianza en la experiencia pasada con conductas sobre la salud similares
170107	Confianza relacionada con experiencias observadas o anecdóticas de los demás
170108	Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1602	CONDUCTA DE FOMENTO DE SALUD - Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar
160201	Utiliza conductas para evitar los riesgos
160202	Supervisa los riesgos del medioambiente
160203	Supervisa los riesgos de la conducta personal
160204	Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio y nutrición
160205	Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés
160206	Conserva relaciones sociales satisfactorias
160207	Realiza los hábitos sanitarios correctamente
160208	Apoya una política pública saludable
160209	Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud
160210	Utiliza el apoyo social para fomentar la salud
160212	Obtiene inmunizaciones recomendadas
160213	Obtiene screening de salud recomendados
160214	Sigue una dieta sana
160215	Utiliza métodos eficaces de control del peso
160216	Utiliza un programa de ejercicios eficaz
160217	Evita la exposición a infecciones
160218	Evita el mas uso del alcohol
160219	Evita el uso del tabaco
160220	Evita las drogas de uso recreativo



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

0200 Fomento del ejercicio
1100 Manejo de la nutrición
1280 Ayuda para disminuir el peso
1400 Manejo del dolor
1850 Mejorar el sueño.
2620 Manejo de la sedación.
4360 Modificación de la conducta
4410 Establecimiento de objetivos comunes
4420 Acuerdo con la paciente
4470 Ayuda en la modificación de sí mismo
4700 Reestructuración cognitiva.
5230 Aumentar el afrontamiento.
5240 asesoramiento
5246 Asesoramiento nutricional
5250 Apoyo en la toma de decisiones.
5270 Apoyo emocional
5340 Presencia
5380 Potenciación de la seguridad.
5460 Contacto
5620 Enseñanza: proceso de enfermedad.
5820 Disminución de la ansiedad.
5840 Entrenamiento autogénico.
6040 Terapia de relajación simple.
6480 Manejo ambiental.
6482 Manejo ambiental: confort.
7420 Guías del sistema sanitario.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

0200	FOMENTO DEL EJERCICIO - Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud
020001	Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud
020002	Explorar experiencias deportivas anteriores
020003	Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios
020004	Explorar las barreras para el ejercicio
020005	Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos
020006	Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio
020007	Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios
020008	Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades
020009	Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios
020010	Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal
020011	Realizar los ejercicios con la persona, si procede
020012	Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios
020013	Informar al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta
020014	Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa
020015	Controlar el cumplimiento del individuo del programa/actividad de ejercicios
020016	Ayudar al individuo a preparar y registrar en un gráfico/hoja los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios
020017	Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios
020018	Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados
020019	preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio
020020	Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico
020021	Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (p. ej., estimulación del aumento de la resistencia; pesajes semanales)
020022	Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios
020023	Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1100	MANEJO DE LA NUTRICIÓN - Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos
	Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento
	Determinar las preferencias de comidas del paciente
	Determinar - en colaboración con el dietista, si procede - el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación
	Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
	Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso
	Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/ zumos de fruta), cuando sea preciso
	Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede
	Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno
	Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
	Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal
	Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede
	Realizar una selección de comidas
	Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso
	Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario
	Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico
	Pesar al paciente a intervalos adecuados
	Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y / o que obtenga cuidados dentales
	Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas
	Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos
	Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales
	Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso



1280	AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO - Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal
	Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal
	Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada
	Establecer una meta de pérdida de peso semanal
	Colocar la meta semanal escrita en un sitio estratégico
	Pesar al paciente semanalmente
	Registrar el progreso para llegar a la meta final y colocarlo en un sitio estratégico
	Recompensa al paciente cuando consiga los objetivos
	Fomentar el uso de sistemas de recompensa internos cuando se alcanzan las metas
	Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y aumento de gasto de energía
	Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come, cuándo y dónde
	Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer
	Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables
	Colocar indicaciones escritas y ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud, en vez de comer
	Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad
	Facilitar al paciente la participación en al menos una actividad de gasto energético tres veces a la semana
	Proporcionar información acerca de la cantidad de energía gastada con las actividades físicas especificadas
	Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada
	Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente
	Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas, si procede
	Fomentar el uso de sustitutivos de azúcar, si procede
	Recomendar la adopción de dietas que conduzcan a la consecución de objetivos de largo alcance en la pérdida de peso
	Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso
	Remitir algún programa de control de peso comunitario, si procede
	Enseñar a leer etiquetas al comprar alimentos para controlar la cantidad de grasa y calorías de los alimentos obtenidos
	Enseñar a calcular el porcentaje de grasa de los productos alimenticios
	Enseñar a seleccionar las comidas, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada
	Tratar con el paciente y la familia la influencia del consumo de alcohol sobre la ingestión de alimentos



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

1400	MANEJO DEL DOLOR - Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente
	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes
	Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente
	Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
	Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor
	Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor
	Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor
	Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)
	Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
	Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso
	Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado
	Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo
	Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario)
	Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento
	Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos
	Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación; iluminación y ruidos)
	Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos)
	Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor
	Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede
	Enseñar los principios de control del dolor
	Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo
	Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia
	Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE, Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor
	Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor
	Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor
	Animar al paciente a utilizar medicación para el dolor adecuada
	Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede
	Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos
	Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno
	Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo
	Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación
	Asegurar las estrategias de analgesia de tratamiento y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos
	Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente
	Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa
	Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente
	Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor
	Alientar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso
	Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente
	Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor
	Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda
	Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, si procede
	Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor
	Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible
	Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos



1850	MEJORAR EL SUEÑO - Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia
	Determinar el esquema de sueño / vigilia del paciente
	Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados
	Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc
	Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño
	Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente
	Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/ molestias y frecuencia urinaria) y /o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño
	Enseñar al paciente a controlara las pautas de sueño
	Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilancia para evitar cansancio en exceso
	Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño
	Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño
	Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta / juguete favorito , ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc), si procede
	Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
	Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño
	Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño
	Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede
	Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño
	Disponer llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso
	Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario
	Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades de sueño
	Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos
	Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente
	Instruir al paciente y a los seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema de sueño
	Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño
	Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supreso(es) de la fase REM



	Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales
	Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño
	Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño

2260	MANEJO DE LA SEDACIÓN - Administración de sedantes, control de la respuesta del paciente y disposición del apoyo psicológico necesario durante el procedimiento diagnóstico o terapéutico
	Revisar el historial del paciente y los resultados de las pruebas de diagnóstico para determinar si el paciente cumple con los criterios del centro para que se le administre sedación consciente por parte de una enfermera titulada
	Preguntar al paciente o a la familia sobre cualquier experiencia anterior con la sedación consciente
	Comprobar si existe alergias a fármacos
	Determinar la última ingesta de alimentos y líquido
	Revisar otros medicamentos que esté tomando el paciente y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación consciente
	Instruir al paciente y a la familia sobre los efectos de la sedación consciente
	Obtener el consentimiento escrito
	Evaluar el nivel de conciencia del paciente y los reflejos de protección antes de proceder con la sedación consciente
	Obtener signos vitales basales, saturación de oxígenos, ECG, altura y peso
	Asegurarse de que el equipo de reanimación de urgencia está disponible con facilidad, puede suministrar O2 al 100%, medicación de urgencia y un desfibrilador
	Canalizar una vía i.v.
	Administrar medicación según prescripción médica o protocolo (con cuidado) y de acuerdo con la respuesta del paciente
	Comprobar el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente, saturación de oxígeno y ECG según los protocolos del centro
	Observar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación, incluyendo agitación, depresión respiratoria, hipotensión, somnolencia indebida, hipoxemia, arritmias, apnea o exacerbación de un estado preexistente
	Asegurar la disponibilidad y administrar antagonistas, si procede, de acuerdo con prescripción médica o protocolo
	Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta o traslado de unidad (escala Aldrete), según protocolo del centro
	Registrar las acciones y la respuesta del paciente, según la política del centro
	Dar el alta o trasladar al paciente, según protocolo del centro
	Proporcionar instrucciones de alta escritas, según protocolo del centro



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

2380	MANEJO DE LA MEDICACIÓN - Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación
	Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y / o el protocolo
	Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación
	Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede
	Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación
	Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
	Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación
	Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
	Vigilar los niveles de suero en sangre (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede
	Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación
	Revisar periódicamente con el paciente y / o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados
	Rechazar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, si procede
	Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede
	Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, si procede
	Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación
	Controlar el cumplimiento del régimen de medicación
	Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito
	Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito
	Consultar con otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico
	Enseñar al paciente y / o a la familia el método de administración de los fármacos, si procede
	Explicar al paciente y / o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación
	Proporcionar al paciente y / o a los miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la auto administración de los medicamentos, según sea necesario
	Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos
	Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede
	Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a pie de cama con propósitos de automedicación
	Investigar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, si procede
	Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente
	Proporcionar alternativas para la sincronización y modalidad de auto administración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente



	Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos , si procede
	Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica
	Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados
	Proporcionar información acerca del uso de medicamentos de venta libre y la influencia que pueden tener en el estado existente
	Colocar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos
	Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación
	Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación
	Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación
	Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación

4360	MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA - Promoción de un cambio de conducta
	Promoción de un cambio de conducta
436001	Determinar la motivación al cambio del paciente
436002	Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla
436003	Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
436004	Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia
436005	Mantener una conducta coherente por parte del personal
436006	Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias
436007	Responder dando seguridad en términos de sentimiento cuando se observe que el paciente está libre de síntomas y parezca relajado
436008	Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta
436009	Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente
436010	Animar al paciente a que examine su propia conducta
436011	Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos
436012	Identificar el problema del paciente en términos de conducta
436013	Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos específicos, concretos
436014	Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables (dejar de fumar: número de cigarrillos fumados)
436015	Utilizar períodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día)
436016	Determinar si la conducta objetivo identificada debe ser aumentada, disminuida o aprendida



436017	Tener en cuenta que resulta más sencillo aumentar una conducta que disminuirla
436018	Establecer objetivos de conducta de forma escrita
436019	Desarrollar un programa de cambio de conducta
436020	Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio
436021	Desarrollar un método (un gráfico o diagrama) para registrar la conducta y sus cambios
436022	Animar al paciente a participar en el registro de conductas
436023	Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente / ser querido
436024	Facilitar la implicación de otros cuidadores sanitarios en el proceso de modificación, si procede
436025	Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede
436026	Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse
436027	Retirar los refuerzos positivos de conductas que han de ser disminuidas, y fijar refuerzos en una conducta de reemplazo más deseable
436028	Animar al paciente a participar en la selección de refuerzos
436029	Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente
436030	Elegir refuerzos que puedan ser controlados (utilizados sólo cuando se produce la conducta que ha de cambiarse)
436031	Considerar los refuerzos dados por los cuidadores (atención, tiempo de conversación y lectura ofrecidos al paciente)
436032	Administrar los refuerzos inmediatamente después de que aparezca la conducta
436033	Identificar un programa de aporte de refuerzos : puede ser continuo o intermitente
436034	Coordinar un sistema de señales o puntos de refuerzo en las conductas complejas o múltiples
436035	Desarrollar un acuerdo de tratamiento con el paciente para apoyar la puesta en práctica del sistema de señales / puntos
436036	Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de la habilidad o dedicación
436037	Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas
436038	Explorar la posibilidad de utilizar la biorretracción para potenciar la consistencia de los cambios de conducta por parte del paciente
436039	Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos guía con sucesos de conducta posteriores a la intervención
436040	Registrar el proceso de modificación, si es necesario
436041	Comunicar el plan de intervención y las modificaciones al equipo de tratamiento regularmente
436042	Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal)



4410	ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES - Colaborar con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos
	Animar la identificación de valores vitales específicos
	Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles
	Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema
	Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades
	Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
	Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos, según proceda
	Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados
	Establecer los objetivos en términos positivos
	Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables
	Reconocer el valor y el sistema de creencias del paciente al establecer los objetivos
	Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas
	Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos
	Explicar al paciente que sólo se deben modificar los comportamientos de uno en uno
	Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados
	Poner en claro, junto con el paciente, los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente
	Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos
	Ayudar al paciente a examinar las fuentes disponibles para cumplir con los objetivos
	Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos
	Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas
	Ayudar al paciente a sopesar las actividades utilizadas en la consecución de los objetivos
	Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo
	Facilitar al paciente la identificación de resultados esperados individualizados para cada objetivo
	Ayudar al paciente a identificar un indicador de medida específico (comportamiento o suceso social) para cada objetivo
	Preparar los resultados de comportamiento para ser utilizados en la escala de consecución de objetivos
	Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados
	Animar la aceptación de objetivos parciales con satisfacción
	Desarrollar una escala de niveles inferiores y superiores relacionados con los resultados esperados de cada objetivo
	Identificar los niveles de la escala definidos por el comportamiento o sucesos sociales para cada objetivo
	Ayudar al paciente a determinar la hora en que se medirá cada indicador
	Explorar con el paciente los métodos de progreso de las dediciones hacia



	los objetivos
	Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos
	Analizar la escala (tal como se ha desarrollado con el paciente) durante las fechas de revisión para valorar el progreso
	Calcular la puntuación en la consecución de los objetivos
	Volver a valorar los objetivos y el plan, si procede

4420	ACUERDO CON EL PACIENTE
	Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico
442001	Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo par hacer un contrato
442002	Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
442003	Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
442004	Determinar con el paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
442005	Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador
442006	Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente
442007	Ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente
442008	Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse
442009	Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo
442010	Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos, si fuera posible
442011	Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles
442012	Establecer objetivos en términos positivos
442013	Ayudar al paciente a dividir las metas completas en pasos pequeños, manejables
442014	Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente
442015	Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos
442016	Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos
442017	Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos
442018	Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos
442019	Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos
442020	Explorar con el paciente métodos de evaluación de la consecución de objetivos
442021	Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo
442022	Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso del acuerdo, si



	así lo desea el paciente
442023	Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados
442024	Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas / acciones
442025	Ayudar al paciente a establecer límites de tiempos realistas
442026	Identificar, junto con el paciente una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo
442027	Coordinar con el paciente las oportunidades de revisión del acuerdo y de los objetivos
442028	Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario
442029	Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el contrato
442030	Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por el incumplimiento del acuerdo, si se desea
442031	Disponer la firma del acuerdo por todas las partes implicadas
442032	Proporcionar al paciente una copia de acuerdo firmado y fechado
442033	Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas, que tengan sentido
442034	Animar al paciente a que elija un refuerzo/ recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta
442035	Especificar con el paciente el tiempo de entrega de los refuerzos / recompensas
442036	Identificar las recompensas adicionales con el paciente, si se superan los objetivos originales, según deseos
442037	Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas
442038	Ayudar al paciente a desarrollar algún modelo de información que ayude en el seguimiento de los progresos hacia los objetivos
442039	Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos
442040	Explorar con el paciente las razones del éxito o falta de éste

4470	AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO
	Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes
447001	Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos
447002	Valorar las razones del paciente para desear cambiar
447003	Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica
447004	Ayudar al paciente a identificar las conductas objetivo que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada
447005	Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación al cambio deseado
447006	Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas
447007	Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta
447008	Identificar con el paciente las estrategias más específicas para el cambio de conducta



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

447009	Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas
447010	Ayudar al paciente a desarrollar una hoja portátil fácil de utilizar que ayude en el registro de conductas (puede ser un grafico o una tabla)
447011	Enseñar al paciente a registrar la incidencia de las conductas durante al menos 3 días, hasta 2 o 3 semanas
447012	Animar al paciente a identificar afirmaciones / recompensas adecuadas, que tengan sentido
447013	Animar al paciente a desarrollar una lista de recompensas de valor extrínseco e intrínseco
447014	Animar al paciente a comenzar con recompensas extrínsecas y progresar hacia las recompensas intrínsecas
447015	Explicar al paciente que la lista de recompensas incluye de manera en la que el cuidador, la familia o los amigos puedan ayudar al paciente en el cambio de conducta
447016	Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta
447017	Animar al paciente a identificar las etapas que sean manejables en tamaño y que se puedan conseguir en un tiempo reestablecido
447018	Favorecer el dirigirse hacia la confianza primaria de la autoafirmación en lugar de la familia o el cuidador por la recompensa
447019	Instruir al paciente en la manera de pasar de un fortalecimiento continuo a un fortalecimiento intermitente
447020	Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual
447021	Animar al paciente a desarrollar una mediación visual de los cambios de conducta (un gráfico)
447022	Favorecer la flexibilidad durante el plan de puesta a punto, promoviendo un dominio completo de un paso antes de avanzar al siguiente
447023	Ayudar al paciente a ajustar el plan de puesta a punto para fomentar el cambio de conducta, si fuera necesario (tamaño de los pasos o recompensa)
447024	Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales / desencadenadas)
447025	Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños
447026	Explicar al paciente la función de las señales / desencadenadas en la aparición de la conducta
447027	Ayudar al paciente a valorar los ambientes físico, social e interpersonal para la existencia de señales / desencadenantes
447028	Animar al paciente a desarrollar una " hoja de análisis de señales" que ilustre los lazos que existen entre las señales y las conductas
447029	Instruir al paciente en el uso de la " expansión de señales": aumento del número de señales que inducen una conducta deseada
447030	Instruir al paciente en el uso de la "restricción o limitación de señales": disminución de la frecuencia de señales que inducen una conducta indeseada
447031	Ayudar al paciente a identificar los métodos de control de las señales conductuales
447032	Ayudar al paciente a identificar las conductas existentes que son habituales o automáticas (cepillarse los dientes y atarse los zapatos)
447033	Ayudar al paciente a identificar estímulos existentes emparejados y la



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	conducta habitual (comer una comida y lavarse los dientes después)
447034	Animar al paciente a emparejar una conducta deseada con los estímulos existentes hasta que se convierta en algo habitual o automático
447035	Explorar con el paciente el uso potencial de la medicación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta
447036	Explorar con el paciente la posibilidad de utilizar juegos de roles para clarificar las conductas

4700	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA - Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a si mismo y al mundo de forma más realista
	Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las frases autoincluidas median en el despertar emocional
	Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de frases tradicionales autoincluidas
	Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales
	Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización)
	Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés
	Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos
	Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual
	Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad
	Realizar afirmaciones / preguntas que expresen dudas sobre la percepción / conducta del paciente , si procede
	Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación
	Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afectan a su estado de salud
	Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta

5230	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO - Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana
	Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado
	Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones



Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel
Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
Valorar y descubrir las respuestas alternativas a la situación
Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación
Disponer un ambiente de aceptación
Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería
Alertar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés
Fomentar un dominio gradual de la situación
Animar al paciente a desarrollar relaciones
Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes
Fomentar las actividades sociales y comunitarias
Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás
Reconocer la experiencia espiritual / cultural del paciente
Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado
Explorar los éxitos anteriores del paciente
Indagar las razones del paciente para su autocrítica
Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión)
Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad
Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente
Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás
Fomentar la identificación de valores vitales específicos
Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales
Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito
Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
Alentar la manifestación de sentimientos, percepción y miedos
Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza
Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo
Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables
Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos
Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	como amenazadores
	Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social
	Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles
	Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño
	Animar la implicación familiar , si procede
	Alentar a la familia sus sentimientos por el miembro familiar enfermo
	Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas
	Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella
	Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva
	Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario
	Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y / o discapacidad crónicas, si es el caso
	Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados
	Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento

5240	ASESORAMIENTO
	Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales
524001	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
524002	Demostrar simpatía, calidez y autenticidad
524003	Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento
524004	Establecer metas
524005	Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad
524006	Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede
524007	Favorecer la expresión de sentimientos
524008	Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno
524009	Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones
524010	Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que se puede/no puede hacer sobre lo que le sucede
524011	Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema
524012	Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación
524013	Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia
524014	Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente
524015	Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la conciencia de si mismo del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, si procede
524016	Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno



524017	Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos
524018	Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede
524019	Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados
524020	Reforzar nuevas habilidades
524021	Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo

5246	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL - Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta
	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
	Establecer la duración de la relación de asesoramiento
	Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
	Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
	Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional
	Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética
	Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud :pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc
	Colocar material informativo atractivo de guía de comidas en la habitación del paciente (la Pirámide de Guía de Alimentos)
	Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencia alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales
	Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta
	Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita / recomendada
	Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente
	Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un período de 24 horas
	Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias y pérdida de peso, si procede
	Discutir los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto
	Discutir el significado de la comida para el paciente
	Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente
	Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares
	Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	consecución de las metas
	Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos
	Disponer una visita / consulta a otros miembros del equipo de cuidados , si procede

5250	APOYO EN TOMA DE DECISIONES - Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios
	Determinar si hay diferencias entre el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente
	Informar al paciente sobre la existencia de puntas de vista alternativo y las soluciones
	Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa
	Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso
	Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados
	Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera
	Facilitar la toma de decisiones en colaboración
	Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro
	Respetar el derecho del paciente a recibir o no información
	Proporcionar la información solicitada por el paciente
	Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión o otras personas
	Servir de enlace entre el paciente y la familia
	Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios
	Derivar al asesor jurídico, si procede
	Remitir a grupos de apoyo, si procede

5270	APOYO EMOCIONAL
	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión
527001	Comentar la experiencia emocional con el paciente
527002	Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
527003	Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
527004	Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
527005	Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
527006	Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza
527007	Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
527008	Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza
527009	Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
527010	Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos
527011	Proporcionar apoyo durante la negación , ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena
527012	Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	utilidad para el paciente
527013	Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
527014	Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad
527015	Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
527016	No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado
527017	Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa

5380	POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD - Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente
	Disponer un ambiente no amenazador
	Mostrar calma
	Pasar tiempo con el paciente
	Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas
	Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad
	Presentar los cambios de forma gradual
	Discutir los cambios que se avecinen (una transferencia de sala) antes del suceso
	Evitar producir situaciones emocionales intensas
	Proporcionar un chupete al bebé, si es el caso
	Coger al niño o bebé, si es el caso
	Facilitar la permanencia del padre/madre con el niño hospitalizado durante la noche
	Facilitar el mantenimiento de los rituales habituales del paciente a la hora de irse a la cama
	Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente
	Escuchar los miedos del paciente/familia
	Fomentar la exploración de la oscuridad, si procede
	Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario
	Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia
	Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos
	Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera
	Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumenten el sentido de seguridad
	Ayudar al paciente a identificar las respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas
	Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

5340	PRESENCIA - Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica
	Mostrar una actitud de aceptación
	Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente
	Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente
	Establecer una consideración de confianza y positiva
	Escuchar las precauciones del paciente
	Permanecer en silencio, si procede
	Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno
	Estar físicamente disponible como elemento de ayuda
	Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción
	Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario
	Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad
	Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes
	Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos
	Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño
	Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad
	Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura/rabino), si procede

5460	CONTACTO - Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado
	Observar los tabúes culturales del contacto físico
	Dar un abrazo de afirmación, si procede
	Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente, si procede
	Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional
	Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro del paciente gravemente enfermo
	Golpear suavemente la espalda en sincronía con la respiración del paciente, si procede
	Golpear lenta y rítmicamente la parte del cuerpo, si procede
	Masajear alrededor de la zona dolorida, si procede
	Averiguar las acciones comunes de los padres utilizadas para aliviar y calmar al niño
	Coger al bebé firme y cómodamente
	Animar a los padres a tocar al recién nacido o al niño enfermo
	Rodear al bebé prematuro con mantas enrolladas (anidamiento)
	Envolver cómodamente al niño con una manta para mantenerle los brazos y las piernas junto al cuerpo
	Colocar al bebé sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento
	Animar a la madre a que coja, toque y examine al bebé mientras se le



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	corta el cordón umbilical
	Animar a los padres a que cojan en brazos al bebé
	Animar a los padres a que masajeen al bebé
	Mostrar técnicas tranquilizadoras para los bebés
	Proporcionar un chupete adecuado para la succión no nutricional de los recién nacidos
	Proporcionar ejercicios de estimulación oral antes de la alimentación por sonda en bebés prematuros

5602	ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD - Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico
	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
	Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso
	Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado
	Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado
	Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede
	Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas
	Describir el proceso de la enfermedad, si procede
	Identificar las etiologías posibles, si procede
	Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede
	Identificar cambios en el estado físico del paciente
	Evitar las promesas tranquilizadoras vacías
	Dar seguridad sobre el estado del paciente, si procede
	Proporcionar información a la familia/ ser querido acerca de los progresos del paciente, según proceda
	Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado
	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad
	Discutir las opciones de terapia/ tratamiento
	Describir el fundamento de las recomendaciones del control/ terapia/ tratamiento
	Animar al paciente a explorar opciones/ conseguir una segunda opinión, si procede o se indica
	Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede
	Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede
	Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede
	Explorar recursos/ apoyo posibles, según cada caso
	Remitir al paciente a los centros/ grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno
	Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe



	informarse al cuidador, si procede
	Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones
	Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede

5820	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD - Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificativa de peligro por adelantado
	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
	Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
	Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
	Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
	Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
	Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
	Animar a los pacientes a permanecer con el niño, si es el caso
	Proporcionar objetivos que simbolicen seguridad
	Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede
	Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado
	Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista
	Escuchar con atención
	Reforzar el comportamiento, si procede
	Crear un ambiente que facilite la confianza
	Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
	Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
	Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
	Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad
	Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente
	Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
	Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina
	Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente
	Instruir al paciente sobre el uso de toma de decisiones del paciente
	Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
	Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos
	Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad



5840	ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO - Asistencia con la autosugestión sobre sensación de pesadez y calor con el objeto de inducir la relajación
	Elegir un ambiente tranquilo y cómodo
	Preparar un ambiente tranquilo
	Tomar precauciones para que no haya interrupciones
	Instruir al paciente sobre el propósito de la intervención
	Sentar al paciente en una silla reclinable o en un sitio en el que se pueda colocar en posición y yacente
	Disponer que el paciente lleve ropas cómodas, flojas
	Leer un guión preparado al paciente, haciendo pausas lo suficientemente largas para que tenga tiempo de repetir las frases en su interior
	En el guión se deberán utilizar frases que induzcan sentimientos de pesadez, ligereza o flotación de determinadas partes del cuerpo
	Instruir al paciente para que repita las frases para sí mismo y para provocar los sentimientos dentro de las partes corporales a las que se dirigen
	Ensayar con el guión unos 15 o 20 minutos
	Animar al paciente para que permanezca relajado otros 10 o 20 minutos
	Proporcionar instrucciones mediante un guión o cinta de audio para que el paciente las ponga en práctica en casa
	Proceder a inducir sentimientos de calidez después de que se dominen las sensaciones de pesadez
	Seguir el procedimiento de inducción de pesadez mediante un guión preparado o una cinta de audio para provocar calidez

6040	TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE - Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad
	Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación y relajación muscular progresiva)
	Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado
	Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada
	Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida
	Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible
	Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados
	Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios)
	Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	Recomendar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente
	Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente
	Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente
	Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible
	Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación
	Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación
	Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s)
	Dejarle un tiempo sin molestar ya que el paciente puede quedarse dormido
	Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación
	Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardiaca, presión sanguínea y temperatura de la piel, si procede
	Planificar una reafirmación regular del uso de la relajación, como alabar los esfuerzos y reconocer los resultados positivos conseguidos
	Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda
	Utilizar el masaje solo junto con otras medidas, según cada caso
	Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación

6480	MANEJO AMBIENTAL - Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico
	Crear un ambiente seguro para el paciente
	Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta
	Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles)
	Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos
	Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede
	Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede
	Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise
	Disponer dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas), si procede
	Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las disciplinas del paciente o de la familia
	Facilitar una sonda deficientemente larga que permita libertad de movimientos, si procede
	Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente
	Proporcionar una habitación individual, si está indicado
	Al escoger el mobiliario tener en cuenta la estética del entorno
	Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos



	Proporcionar un colchón firme
	Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado, libres de tintes residuales
	Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente
	Arreglar con esmero la ropa de cama y todo el material de esté a la vista del paciente
	Obstaculizar la visión del paciente del aseo y de cualquier equipo utilizado para la eliminación
	Eliminar los materiales durante el cambio de apósitos y la eliminación, así como cualquier olor residual antes de las vistas y de las comidas
	Disminuir los estímulos ambientales, si procede
	Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío
	Ajustar una temperatura ambiente adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal
	Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible
	Proporcionar música
	Proporcionar auriculares para escuchar música en privado cuando ésta pueda molestar a otras personas
	Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos
	Proporcionar comidas y tentempiés atractivos
	Limpia las zonas utilizadas para colocar utensilios para comer y beber antes de que el paciente los use
	Limitar las visitas
	Individualizar las restricciones de visitas para que se adapten a las necesidades del paciente o de la familia/ ser querido
	Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente
	Traer objetos familiares del hogar
	Facilitar el uso de efectos personales como pijamas albornoces y productos de aseo
	Mantener una coherencia en cuanto a la asignación de personal en el tiempo
	Establecer medios inmediatos y continuos de llamada a los cuidadores y permitir que el paciente y la familia sepan que se les responderá inmediatamente
	Permitir que la familia / ser querido se queden con el paciente
	Educar al paciente y a las visitas acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpan inadvertidamente el ambiente planificado
	Proporcionar a la familia / ser querido información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente
	Favorecer la seguridad contra incendios, si procede
	Controlar plagas ambientales, si es el caso
	Proporcionar ambientadores, si es el necesario
	Proporcionar cuidados a las flores / plantas
	Ayudar al paciente o a su familia a disponer postales, flores y regalos para facilitar que el paciente los vea



6482	MANEJO AMBIENTAL: CONFORT - Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima
	Seleccionar un compañero de habitación que tenga preocupaciones ambientales similares
	Limitar las visitas
	Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo
	Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes
	Proporcionar una cama limpia, cómoda
	Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible
	Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso
	Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío
	Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos
	Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible
	Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal)
	Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo)
	Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación
	Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas)

7400	GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO - Facilitar al paciente la localización adecuada de los servicios sanitarios
	Explicar el sistema de cuidados sanitarios, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente / familia
	Ayudar al paciente o a la familia a coordinar los cuidados y la comunicación sanitaria
	Ayudar al paciente o a la familia a elegir a los profesionales de asistencia sanitaria adecuados
	Instruir al paciente sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de cuidador sanitario (especialistas de enfermería, dietista titulados, enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, cardiólogos, internistas, optometristas y psicólogos)
	Informar al paciente sobre los distintos tipos de instalaciones de cuidados (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, clínica de ingreso y clínica quirúrgica de día), según corresponda
	Informar al paciente de los requisitos de acreditación y del departamento sanitario estatal para juzgar la calidad de una institución



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

	Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto
	Aconsejar la disponibilidad de una segunda opinión
	Informar al paciente del derecho a cambiar de proveedor
	Informar acerca de las implicaciones que supone firmar el formulario de consentimiento
	Proporcionar al paciente una copia de los Derechos del Paciente
	Informar al paciente de cómo acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte, si procede
	Determinar y facilitar la comunicación entre los proveedores de cuidados y el paciente / familia, si es el caso
	Informar al paciente / familia de cómo cambiar de decisión tomada por un proveedor de cuidados, si es necesario
	Animar a consultar a otros profesionales, si procede
	Solicitar servicios de otros profesionales de asistencia sanitaria para el paciente, si procede
	Coordinar el procedimiento de remisión a los cuidadores de salud pertinentes, si procede
	Revisar y reforzar la información proporcionada por otros profesionales de asistencia sanitaria
	Proporcionar información sobre cómo obtener el equipo
	Coordinar/ programar el tiempo que necesita cada servicio para proporcionar los cuidados, si procede
	Informar al paciente de los costes, tiempo, alternativas y riesgos implicados en un examen o procedimiento específico
	Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades posteriores a la hospitalización / actividades del paciente no internado , si procede
	Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades de cuidados, si procede
	Comentar el resultado de la visita con otros proveedores, si procede
	Determinar y facilitar las necesidades de transporte para obtener los servicios de asistencia sanitaria
	Disponer un sistema de seguimiento con el paciente, si procede
	Observar la adecuación del seguimiento actual de los cuidados
	Proporcionar informes a los cuidadores de posthospitalización, si procede
	Animar al paciente / familia a que haga preguntas sobre los servicios y costes
	Cumplir con la reglamentación para el reembolso por parte de terceras partes
	Ayudar a los pacientes a rellenar los formularios de asistencia, tales como alojamiento y ayuda económica, si lo precisan
	Notificar al paciente las visitas programadas, si procede





Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

Bibliografía

- Burns N, Grove S. Investigación en enfermería .3ª Edición. Madrid: Editorial Elsevier; 2004.
- Fortín MF. El proceso de investigación de la concepción a la realización. México: Editorial McGraw- Hill Interamericana; 1999.
- Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the spanish validation. Int J Nurs Terminol Classif. 2007 Jul-Aug;18(3):84-92.
- Guirao-Goris, JA. Investigación enfermera en atención primaria(III): cómo investigar en diagnósticos enfermeros. En Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria (II).Madrid: DAE; 2006.
- Guirao-Goris, JA; Camaño Puig, ER; Cuesta Zambrana, A. (2001). Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e investigación. Sevilla: Ediversitas Multimedia.
- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE) NOC. Tercera edición. Madrid: Editorial Elsevier; 2005.
- Lunney M. Critical Thinking & Nursing Diagnosis. Case Studies & Analyses. Philadelphia: NANDA; 2001.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Edición. Madrid: Editorial Elsevier; 2005.
- NANDA 2006-07. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Editorial Harcourt; 2006.
- Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª Edición. México: Editorial McGraw- Hill Interamericana, 1997.



Realidad clínica e investigación enfermera

© AENTDE. Valladolid, VI Jornadas de trabajo AENTDE.

ORGANIZAN



AENTDE



**Universidad de Valladolid
Escuela de Enfermería**



**Colegio de Enfermería
de Valladolid**

COLABORA



**Consejo de Enfermería
de Castilla y León**



**Hospital Universitario
del Río Hortega**



**Hospital Clínico
Universitario de Valladolid**