

# VII Jornadas de Trabajo AENTDE

¿Redefinir el diagnóstico enfermero?: ¡Mamma mia!!


Linda Juall Carpenito-Moyet MSN,RN,CPNP  
*ChesPenn Servicios de Salud*

María Girbés Fontana  
*Directora del Área 9 de Madrid*

Profa. Carme Espinosa, BC  
*Escola d'Infermeria. Universitat Ramon Llull Barcelona*

Murcia 8 y 9 de mayo de 2009

## DOCUMENTACIÓN DE APOYO



**CRAI - UNIVERSITAT DE BARCELONA**

Donació

**AENTDE**  
**2013**



## Índice de la documentación

	Pág
<i>El diagnóstico de enfermería: ¿Ha llegado el momento de establecer una nueva definición?</i> T. Heather Herdman, PhD, RN (2)	4
CRITICAL THINKING & NURSING DIAGNOSIS. <i>Case Studies &amp; Analyses</i> Margaret Lunney, PhD, RN, CS (1)	19
<i>¿Ha llegado el momento de crear una nueva categoría de diagnósticos de enfermería?</i> Geraldyn A. Meyer, PhD, RN, Mary Ann Lavin, ScD, RN, FAAN, and Anne G. Perry, EdD, RN, FAAN (2)	24
<i>Diagnóstico Enfermero: Qué es y qué no es. Capítulo 4 del libro: Diagnósticos de Enfermería: Aplicación a la práctica clínica</i> Linda Juall Carpenito-Moyet (1)	31
<i>Los retos del Diagnostico Enfermero: Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español</i> Rosa González Gutiérrez-Solana Presidenta de AENTDE. Junta de AENTDE	41
Anexos: Nuevos Diagnósticos NANDA de la edición 2009-2011 (de la primera edición en inglés)	47
Viernes 8: Dinámica del trabajo en grupo "Todos estamos invitados"	58
Sábado 9: Trabajo Grupal	59

- (1) El artículo original está traducido con permiso de la autora.
- (2) El artículo original está traducido con permiso de la autora y del International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.
- Las traducciones han sido hechas y revisadas por Carme Espinosa i Fresnedo.



## **El diagnóstico de enfermería: ¿Ha llegado el momento de establecer una nueva definición?**

T. Heather Herdman, PhD, RN

**FINALIDAD.** El Comité de desarrollo de diagnósticos (DDC) de NANDA Internacional recibe a menudo propuestas de "diagnósticos fisiológicos" o "de vigilancia" que no coinciden necesariamente con la definición actual de los diagnósticos de enfermería (NANDA, 2007, p.332). Se ha recibido una petición de realizar una votación sobre la definición de diagnóstico de enfermería sugerida recientemente, así como de diagnóstico de riesgo y síndrome. El objeto del presente artículo es ofrecer una información que permita a los enfermeros/as interesados continuar el diálogo y compartir las respectivas ideas, así como reflexionar sobre los planteamientos e información surgida de los participantes en la encuesta de interés de NANDA-I sobre la definición de los diagnósticos de enfermería.

**FUENTES DE DATOS.** A través de la página Web de NANDA-I se divulgó una encuesta electrónica de las definiciones actuales de NANDA-I y los posibles cambios que en las mismas se pudieran introducir. El presente artículo resume los resultados globales de dicha encuesta y ofrece una visión de conjunto de los comentarios recibidos de 269 participantes

**CONCLUSIONES.** Conviene mantener el debate sobre esta importante decisión y proporcionar el mecanismo oportuno para que los miembros y enfermeros/as interesados puedan ofrecer sus opiniones antes de llegar a cualquier conclusión sobre el tema.

**IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA.** NANDA-I ha sido reconocida como líder en el desarrollo e implantación de diagnósticos de enfermería y debe actuar de forma responsable a la hora de valorar las tendencias cambiantes y emergentes en la práctica de enfermería y dar respuesta a dichas tendencias.

**TÉRMINOS PARA LA BÚSQUEDA:** NANDA Internacional, definición de diagnósticos de enfermería, diagnósticos fisiológicos de enfermería, diagnósticos enfermeros de vigilancia.

T. Heather Herdman, PhD, RN, es Presidenta de NANDA Internacional y Directora de Enfermería, Investigación y Seguridad de los Pacientes de Hoana Medical Inc.

En un número reciente del *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* (Vol.18, Nº.3), Leann Scroggins y la Dra. Barbara Vasallo explicaban los debates que se habían producido durante una reunión conjunta de los Comités de Taxonomía, Informática y Desarrollo de Diagnósticos con respecto a las definiciones actuales de los diagnósticos de enfermería, los diagnósticos enfermeros de riesgo y los síndromes. Durante dichas reuniones se debatieron y plantearon a fondo los dos temas siguientes: los diagnósticos fisiológicos y los diagnósticos de vigilancia. A lo largo de todos estos debates, los asistentes no cesaron de referirse a las definiciones actuales de NANDA Internacional (NANDA-I) de diagnósticos de enfermería, diagnósticos del riesgo y síndromes.

Al pensar en un diagnóstico fisiológico tal como el recientemente propuesto de "Desequilibrio electrolítico", es necesario que los miembros del Comité de Desarrollo de Diagnósticos (DDC) se hagan la siguiente pregunta: "¿Cumple este diagnóstico los requisitos de la definición de un diagnóstico de enfermería?". Dada la definición actual de un diagnóstico de enfermería



¿Redefinir el diagnóstico enfermero?: ¡Mamma mia!!

© AENTDE. Murcia, VII Jornadas de trabajo AENTDE. 2009

(Tabla 1), los miembros llegan a la conclusión de que este diagnóstico recomendado no satisface dicha definición. No es exacto sugerir que la enfermera titulada sea responsable de los resultados relacionados con este diagnóstico recomendado por-que, sin la prescripción del médico, las enfermeras tituladas no pueden administrar los diversos tratamientos necesarios para corregir el desequilibrio. Sin embargo, el DDC está recibiendo cada vez más propuestas de diagnóstico que corresponden a los ámbitos “diagnóstico fisiológico” y “diagnóstico de vigilancia”.

El resultado de las conversaciones entre los miembros de los Comités de Taxonomía, Informática y Desarrollo de Diagnósticos fue la sugerencia de ampliar la definición de diagnósticos enfermeros de tal forma que incluyera el trabajo de enfermería de un modo que reconociera claramente la realidad de la práctica enfermera en el entorno actual. Se formularon recomendaciones para cambiar las definiciones de los diagnósticos de enfermería, diagnósticos enfermeros de riesgo y síndromes. Dichas definiciones se presentaron luego a la Junta Directiva de NANDA-I que se reunía al día siguiente. Los debates de dicha Junta se centraron en la naturaleza de la enfermería, la diferenciación entre diagnósticos médicos y diagnósticos de enfermería y la realidad de que las enfermeras intervienen en muchas situaciones que son auténticos diagnósticos médicos y que no necesitan diagnósticos de enfermería para “renombrar” una afección médica ya aceptada

**Tabla 1. El diagnóstico de enfermería: definición y ejemplo**

<b>Definición actual de “Diagnóstico de enfermería”</b>	<p>Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.</p> <p>Un diagnóstico de enfermería ofrece las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir unos resultados de los que será responsable la enfermera.</p>
<b>Nuevo Diagnóstico de Enfermería sugerido</b>	Desequilibrio electrolítico:
<b>Definición</b>	Niveles anómalos o no deseados de electrolitos séricos

Los miembros de la Junta consideraron que la decisión sobre el cambio de definiciones no se podía tomar a la ligera. Además, como se trataba de una decisión que exigía una votación por parte de la totalidad de los miembros, se daba por supuesto que los cambios a introducir en las definiciones darían lugar, sin duda, a un debate y reflexión interesantes e importantes. Era éste un tema importante que afectaba a todos los miembros y la Junta quiso animar tanto a los mismos como a otras organizaciones a que participaran activamente, con NANDA-I, a que se involucraran a fondo en dicho debate, con tiempo suficiente como para sopesar todas las recomendaciones y manifestar sus opiniones a lo largo de todo el proceso. Se decidió que sería oportuno presentar todos los cambios recomendados a los miembros antes del congreso de NANDA Internacional a celebrar en Miami en Noviembre de 2008

Se adoptó la decisión de utilizar el método de encuesta electrónica para obtener una primera respuesta a los cambios y facilitar así el diálogo en todo el mundo. Durante la primavera de 2007 se distribuyó una invitación electrónica para participar en una



encuesta diseñada para conocer las opiniones sobre las definiciones actuales de NANDA-I, y explorar los posibles cambios a introducir en dichas definiciones, todo ello mediante una lista electrónica *opt-in* gestionada a partir de la página Web de NANDA-I. Se encargó de realizar la encuesta una empresa de investigaciones de mercado del sector sanitario, medFOCUS Research, de Green Bay, WI (del grupo Matousek & Associates, Inc.) Los miembros de la Junta Directiva crearon las preguntas de dicha encuesta y medFOCUS Research aceptó programar la encuesta por Internet, recoger las respuestas y recopilar los datos brutos sobre una base *pro bono* para la organización.

Se pedía a los participantes en la encuesta que proporcionaran información y, en algunos casos, las razones de sus sugerencias. Todos los comentarios eran anónimos y se utilizó un enfoque cualitativo para recoger, organizar y resumir dichos comentarios. Este enfoque se aplicó para permitir que la organización pudiera plantear las necesidades de sus miembros y organizaciones interesadas, y presentar luego los resultados en una reunión abierta. Algunos comentarios llegaron en español. En estos casos, se utilizó el software de traducción libre disponible en Internet ([www.FreeTranslation.com](http://www.FreeTranslation.com)) para traducir al inglés el idioma de los participantes.

En total 269 encuestados de 31 países participantes cumplimentaron la encuesta. De los que respondieron, 101 eran miembros actuales de NANDA Internacional (37,5%). El resto de los participantes (62,5%) lo hicieron a través de un vínculo de Internet en el boletín electrónico de *opt-in* NANDA-I.

El objeto del presente artículo no es ni defender las definiciones actuales ni recomendar las que se han propuesto. Se trata, más bien, de proporcionar más información para que los miembros y enfermeras interesadas puedan continuar el diálogo y reflexionar sobre las ideas y la información compartidas por los participantes en la encuesta por Internet de NANDA-I sobre las definiciones de los diagnósticos de enfermería.

### **Diagnóstico real de enfermería**

Se plantearon tres preguntas relativas a las definiciones actuales y propuestas de diagnósticos de enfermería: ¿Es suficiente la definición actual de diagnóstico de enfermería? ¿Cree que la definición propuesta para diagnóstico de enfermería abarca todo el ámbito de la práctica enfermera? ¿Aprueba usted la nueva definición propuesta de diagnóstico de enfermería? La Tabla 2 presenta las definiciones actuales y propuestas de diagnósticos de enfermería. El texto que difiere entre las dos definiciones se ha destacado en negrita.

La respuesta global a la primera pregunta, “¿Es suficiente la definición actual de diagnóstico de enfermería?” demuestra que la mayoría de participantes no pensaba que el diagnóstico actual fuera suficiente. Más miembros de NANDA-I que no-miembros consideraron que era suficiente; más participantes de fuera de los Estados Unidos y Canadá consideraron que era suficiente, comparado con los participantes de estos dos países (ver Tabla 3).

La mayoría de los que respondieron aprobaba la definición propuesta; sin embargo, los miembros de NANDA-I se manifestaban menos propicios que los no miembros a apoyar la definición propuesta. Los participantes de los Estados Unidos y Canadá parecían algo más dispuestos que los de otros países a apoyar la definición propuesta.



**Tabla 2. Definiciones de diagnósticos reales**

Definición actual de diagnóstico de enfermería	Propuesta de nueva definición de diagnóstico de enfermería
Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta que da el individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería ofrece las bases para la selección de las intervenciones oportunas de enfermería para conseguir unos resultados de los que se considerará responsable a la enfermera. (Aprobada en el 9º Congreso, 1990).	Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas que da el individuo, la familia o la comunidad a problemas o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados, y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario. La enfermera será total o parcialmente responsable de la consecución de los resultados deseados.

**Tabla 3. Diagnóstico real – Actual y propuesto**

	Total	EE.UU.	EE.UU. Canadá	/ Otros países	Miembros NANDA	No miembros
Diagnóstico de enfermería actual	Sí	40,9%	44,2%	45,5%	38,1%	31,4%
definición es suficiente	No	59,1%	55,8%	54,5%	61,9%	68,6%
Propuesta definición diagnóstico	Sí	71,0%	69,3%	58,4%	78,6%	75,7%
Abarca todo el ámbito de la práctica enfermera	No	29,0%	30,7%	41,6%	21,4%	24,3%
Aprueba definición propuesta	Sí	53,5%	48,7%	46,5%	57,7%	67,1%
de diagnóstico enfermero	No	46,5%	51,3%	53,5%	42,3%	32,9%
Base (n)		269	199	70	101	168

### Ámbito de la práctica enfermera

Se pidió a los participantes que respondieran a la pregunta, “¿Cree que la definición propuesta para diagnóstico de enfermería abarca todo el ámbito de la práctica enfermera?” La mayoría de los participantes indicaron que la definición propuesta de diagnóstico de enfermería abarcaba todo el ámbito de la práctica enfermera. Sin embargo, menos acuerdo hubo en este tema fuera de los Estados Unidos y Canadá. Los miembros de NANDA-I se manifestaron ligeramente más propicios que los no miembros a aceptar que el diagnóstico de enfermería propuesto abarcaba todo el ámbito de la práctica enfermera (ver Tabla 3).

Resulta interesante que, a lo largo de la encuesta, se suscitara varias preguntas y comentarios referentes al papel de las enfermeras diplomadas (LPNs) y de las enfermeras tituladas (RNs) en el proceso de elaboración de los diagnósticos enfermeros. Es importante destacar aquí que la posición de NANDA Internacional es, como siempre ha sido, que única-mente una enfermera profesional (RN) puede evaluar, diagnosticar y elaborar un plan de atención. Existen sin duda intervenciones que la RN puede delegar en las LPNs, los ayudantes de enfermería y otro personal auxiliar no titulado. Sin embargo, no entra en el ámbito de la práctica profesional el que una LPN evalúe o diagnostique; por consiguiente, el papel de la LPN en el proceso de enfermería ocurre durante la fase de intervención donde resulta adecuado que las LPNs inicien o refuercen las diversas actividades de enfermería a tenor del alcance de su práctica.





## **Cambios recomendados a la definición propuesta de diagnóstico de enfermería**

Se pidió a los participantes que hicieran comentarios sobre cualquier cambio que pudieran recomendar con respecto a la definición propuesta. Muchos comentarios de dichos participantes indicaron que la definición propuesta era exageradamente compleja/poco clara/ampulosa, y que resultaría difícil de traducir (n=110). Otros comentarios indicaban que la definición tenía más que ver con todo el ámbito de la práctica enfermera/proceso de enfermería que con el diagnóstico enfermero propiamente dicho (n=83). Una observación interesante fue que el ámbito de la enfermería parecía ser distinto en los diversos estados y países, y algunos comentarios sugerían que la definición propuesta no sería aceptable en algunos países porque en la misma se describían cosas que no se consideraban enfermería en dichos países (n=8). Otros indicaban que el alcance de la definición era demasiado limitado; que no era holístico y que hacía caso omiso de la naturaleza interdisciplinar de la enfermería (n=19). Por último, hubo muchos comentarios (n=94) sobre el tema de la responsabilidad de la enfermera.

La lista completa de comentarios podrá consultarse en la página Web de NANDA Internacional ([www.nanda.org](http://www.nanda.org)) a fin de que sus miembros puedan leer todas las recomendaciones de aquellos que participaron en la encuesta. Las citas directas con las respuestas de los participantes aparecerán enumeradas con puntos en negrita en el presente artículo.

### **Punto de vista: Definición actual del diagnóstico enfermero no suficiente.**

Un total de 150 participantes que contestaron que la definición actual de diagnóstico enfermero no era suficiente proporcionaron comentarios abiertos para explicar el porqué de su opinión. La mayoría de las respuestas se agruparon en las cuatro categorías siguientes: (1) preocupación por el hecho de que las enfermeras no puedan ser responsables de los resultados de la atención; (2) la definición actual no es lo suficientemente completa como para representar la experiencia real con pacientes; (3) la definición actual no es clara o es excesivamente vaga, y (4) la definición actual no acaba de reflejar la práctica enfermera/la práctica basada en la evidencia, que incluye la práctica multidisciplinar.

**No acaba de reflejar la práctica enfermera.** Una serie de participantes indicaban que la definición actual no reflejaba totalmente la práctica enfermera y reclamaban más discusión sobre el proceso de enfermería dentro de la definición de diagnóstico enfermero. También hubo muchos comentarios referentes a la realidad inter o multidisciplinar de la atención al paciente; hubo muchos participantes que pensaban que este tema debía incluirse en la definición de diagnóstico enfermero. Con mucho, esta fue la categoría con el mayor número de comentarios (n=71). Alguno de los comentarios relacionados con esta categoría incluía:

1. Creo que la enfermería debería ampliar sus horizontes y abarcar a otras disciplinas de la atención sanitaria como parte del equipo de atención al paciente. Las enfermeras no podemos hacerlo todo pero la mayoría tenemos la actitud de que somos las únicas disponibles para cuidar de todas las necesidades de los pacientes.
2. No abarca todo el trabajo de enfermería ya que limita el diagnóstico a aquello que sólo la enfermera puede tratar.
3. Podría incluir una referencia a que el juicio se base en la evidencia.
4. La ciencia de la enfermería forma parte de un proceso interdisciplinario completo.



- ¡Y esto es algo que se debe destacar!
5. La enfermera también es parcialmente responsable de las funciones interdependientes y de colaborar para coordinar todas las disciplinas que participan del plan global de atención. Deben plantearse otras disciplinas y problemas que no sean única-mente la enfermería.
  6. No plantea concretamente la diversidad ni la práctica interdisciplinaria colaboración requerida en la gestión de casos.
  7. Es muy limitada para la definición de lo que es el verdadero cuidado de enfermería.
  8. Creo que esta definición carece de la autonomía con la que suelen ejercer su profesión las enferme-ras en la actualidad. Hay que hacer hincapié en enfermería y juicio clínico. ¿Evaluación?
  9. La referencia al juicio clínico ha evolucionado... Un diagnóstico enfermero ¿es acaso un mero juicio clínico? porque en la actualidad reflexionamos en más profundidad y utilizamos la experiencia y la evidencia para formular un diagnóstico de enfermería.

**Experiencia global con pacientes.** Muchos participantes (n=35) indicaban que la definición actual no era lo suficientemente completa como para representar la experiencia real con pacientes; se consideraba que en las actuales definiciones faltaba una forma más holística de enfocar a los pacientes/familias/comunidades. Dichas personas planteaban el entorno siempre cambiante en el que se administran los cuidados enfermeros, la evolución de nuestra forma de entender lo que tiene un impacto en la salud y el bienestar del paciente/su familia/la comunidad. Por otra parte, los comentarios indicaban que la definición dejaba de lado la naturaleza holística de la enfermería y que la misma debía plantear tanto el bienestar como la enfermedad a fin de reflejar todo el continuo de la práctica enfermera. Algunos de los comentarios dentro de esta categoría de respuestas incluyeron los siguientes:

10. Creo que, conforme va cambiando el mundo, cambian también los seres humanos. Los seres humanos se enfrentan a muchos problemas distintos que van más allá de los problemas de salud pero que afectan al entorno, las relaciones sociales y las actitudes relativas a las condiciones de vida y que tienen que ver con la salud, y la idea que la gente tiene sobre los problemas de salud y las maneras de resolverlos.
11. Los diagnósticos de enfermería deben incluir el papel que desempeña la enfermera a la hora de ayudar a la gente o a las comunidades a alcanzar niveles superiores de bienestar. Sería bueno contar con una definición más amplia de salud.
12. Se centra demasiado en los problemas y muy poco en el bienestar. Me gustaría que la definición incluyera alguna afirmación que llevara a la enfermera a realizar actividades de promoción de la salud.
13. No abarca todo lo que supone un diagnóstico de enfermería o el fin para el que se utiliza.
14. Podría pensarse en un planteamiento más global que reflejara una filosofía "moderna" de la enfermería (añadiendo más procesos y/o problemas de salud emocional, espiritual, de relación y/o física).
15. Ahora se requiere un análisis conceptual de este término. Da la impresión de que convendría incluir los conocimientos actuales sobre la toma de decisiones clínicas y hacer referencia, asimismo, a la calidad de un diagnóstico preciso.



### **Responsabilidad de la enfermería.**

El tercer grupo más nutrido de comentarios (n=31) procedió de aquellos que pensaban que la definición actual de diagnósticos de enfermería no era suficiente en cuanto a la capacidad de las enfermeras u otros profesionales de la salud de ser considerados los últimos responsables de los resultados de la atención al paciente. Muchas personas indicaban que la responsabilidad de las enfermeras radicaba en la realización y utilización de una valoración exhaustiva, la preparación y ejecución de un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, la selección de las intervenciones adecuadas para obtener unos resultados alcanzables, y la evaluación de los avances realizados hacia la obtención de los mismos. Sin embargo, hubo bastante reticencia a la hora de estipular que la enfermera –o cualquier otro profesional- fuera verdaderamente responsable del resultado de la atención. La naturaleza de la atención inter o multidisciplinar y el papel del paciente/su familia/la comunidad en la participación en el plan de cuidados, fueron considerados igualmente responsables de los resultados de dichos cuidados. Los comentarios sugerían que los resultados eran una responsabilidad compartida entre paciente/cliente y todo el equipo de salud multidisciplinar. A continuación siguen ejemplos de dichos comentarios:

16. La consecución de los resultados debe incluir la participación del cliente y es una responsabilidad compartida. Esto no aparece en la definición actual.
17. Como enfermera, no siempre puedes ser responsable de los resultados que quieras conseguir. También el paciente debe asumir su parte de responsabilidad.
18. La última afirmación suena a castigo. A lo mejor no se alcanzan los resultados pero la enfermera sólo puede considerarse responsable de la realización de las intervenciones indicadas.
19. Muchos resultados están directamente relacionados con la capacidad del médico al escoger la medicación más adecuada... Espero que no me hagan responsable de los resultados de algunas de esas decisiones erróneas que yo no puedo controlar. La responsabilidad indefensa/ sin poder siempre es mala cosa.
20. La enfermera no es completamente responsable de los resultados pero sí es responsable, de la elección de las intervenciones de enfermería.

### **La definición carece de claridad o es demasiado imprecisa.**

La cuarta categoría se componía de comentarios que sugerían que la definición actual era poco clara o excesivamente vaga como para ser motor de la práctica enfermera (n=24). Por lo general, los comentarios no facilitaban demasiada orientación para la mejora sino que se limitaban a indicar “demasiado vaga” o “le falta concreción”. Sin embargo, algunos participantes sí que ofrecieron más información, tal como puede apreciarse en las afirmaciones siguientes:

21. Demasiado imprecisa en cuanto a la responsabilidad y la forma cómo un diagnóstico de enfermería proporciona las bases de la intervención.
22. No define los límites de la responsabilidad de la enfermera.
23. Definición amplia, genérica, posibilita una interpretación muy general, poco concreta.
24. Muy imprecisa, ¡se presta a muchas interpretaciones! Siempre he pensado que esta definición es más bien vaga y que contiene demasiadas palabras... no es lo suficientemente exacta.

### **Punto de vista: La definición actual del diagnóstico de enfermería es suficiente.**



Un total de 138 participantes que respondieron que la definición actual de diagnóstico de enfermería era suficiente proporcionaba comentarios abiertos para explicar por qué era ésta su opinión. La mayoría de las respuestas (n=96) indicaba que la definición es completa, concisa y bien aceptada a nivel internacional. La otra categoría importante (n=40) indicaba que la definición se ajustaba al ámbito de la práctica enfermera y a la esencia de la enfermería.

**Definición completa, concisa y bien aceptada.** Los comentarios dentro de esta categoría solían afirmar llanamente “dice lo que es”, o bien “breve y al grano”. Sin embargo, también hubo comentarios de varios participantes de fuera de los Estados Unidos que indicaron que la definición ha sido esencial para la expansión de la práctica enfermera, que ha sido ampliamente aceptada y que ha quedado plenamente integrada en los planes de estudios de enfermería y la práctica enfermera. A algunos les preocupaba que el cambiar la definición podía debilitar la posición de los diagnósticos de enfermería en algunos países, o que podría llegarse a pensar que las enfermeras no tienen una idea clara de la mejor forma de definir su profesión. Algunos comentarios rogaban que no se introdujeran cambios sin antes reflexionar plenamente en las implicaciones que ello podría tener en países de fuera de América del Norte. Algunos comentarios dentro de esta categoría incluyeron los siguientes:

25. La definición actual contiene todos los aspectos importantes del diagnóstico de enfermería y permite diferenciarlo claramente del diagnóstico médico.
26. Describe con precisión en términos sencillos y fáciles de entender lo que se espera de la enfermera (que formula un juicio clínico), el porqué (ayuda a la selección de las intervenciones para conseguir los resultados de los que la enfermera será considerada responsable) y el quién (individuo/familia y/o comunidad) . No es necesario que la definición se meta en el “cómo”. Esto es algo que deben enseñar los profesores y los libros de texto.
27. Es ésta una definición concisa de tipo conceptual y contextual: deja bien claro lo que es y en qué contexto se utiliza (el proceso de enfermería, la indicación para una intervención por parte de las enfermeras). Se está aplicando en todo el mundo y ha demostrado ser útil (traducida al alemán) en Suiza y Alemania para dejar clara la diferencia con respecto al diagnóstico médico y los problemas de enfermería. Además, si se cambiara, muchos diagnósticos enfermeros y todos los materiales relacionados con los mismos (material impreso, software, bases de datos, etc.) deberían someterse a una revisión fundamental, esfuerzo enorme e inútil en verdad.
28. No es oportuno cambiar definiciones importantes si no resulta absolutamente necesario. El cambio debilitaría el concepto y el significado del diagnóstico de enfermería con lo cual sería menos seguro. En Europa las enfermeras noveles están empezando a entender la definición. En estos momentos, una nueva definición crearía inseguridad entre las enfermeras.
29. Es clara y concisa. Cada frase proporciona los elementos esenciales para preparar una clase cargada de contenido en la enseñanza de la enfermería. Ha sido aceptada a nivel mundial y no debería cambiarse.
30. La definición actual destaca la importancia de los diagnósticos enfermeros para la fase siguiente que es la selección de la intervención enfermera apropiada, lo cual resulta comprensible y suficiente en la práctica. La definición actual está muy bien implantada e integrada. No hay evidencia de que se requieran cambios ni en la práctica clínica ni en la educación.
31. Esta definición ha servido en numerosos proyectos para conseguir fondos para



ejecutar NANDA. (1) Los directores médicos agradecen que las enfermeras sean responsables de intervenciones como el tratamiento de la diarrea, el tratamiento de las náuseas y los cuidados a aplicar en caso de incontinencia. (2) La definición actual ha abierto las puertas a la ejecución de NANDA en numerosos proyectos y hospitales estatales. Al presentar la definición actual a los poderes fácticos, siempre apoyaron el hecho de que las enfermeras diagnosticaran los problemas de salud reales y posibles. Siempre hubo acuerdo entre directivos y mandos de enfermería en cuanto a la definición real, porque resulta evidente que las enfermeras diagnostican problemas de salud (por ej. movilidad reducida, insomnio o riesgo de infecciones) y los tratan. La definición ha sido muy útil y ha contribuido a abrir puertas de cara a la comprensión de NANDA.

**La definición encaja dentro del ámbito de la práctica enfermera y la esencia de la enfermería.** Estos son comentarios dentro de la otra gran categoría relacionada con la autonomía de las enfermeras, la esencia de la enfermería y el ámbito de la práctica enfermera. Estos comentarios manifestaban también la creencia de que la definición debía plantear concretamente el diagnóstico de enfermería según encaja dentro del proceso enfermero, pero que no debía definir o describir la totalidad del proceso de enfermería propiamente dicho. Algunos de estos comentarios incluyeron los siguientes:

32. Los diagnósticos no sólo mantienen a la enfermera dentro del ámbito de su práctica sino que son una forma que ella puede utilizar para elaborar un plan de atención que se ajuste a la situación de cada cliente.
33. Creo que esta definición incide en todos los aspectos más importantes: diagnóstico, intervención y resultados. Creo que el aspecto más importante es que ésta representa la autonomía de la enfermera. Es importante para la enfermería como profesión demostrar que no sólo podemos trabajar de forma independiente, en cierto sentido, sino hacer hincapié en nuestra valiosa aportación al terreno médico.
34. Se trata de una definición que coloca el diagnóstico enfermero dentro del contexto del proceso de enfermería. Especifica dónde se debe concentrar la atención (las respuestas del individuo, la familia, la comunidad) sin encerrarse en ninguna posición teórica. "Las respuestas a problemas de salud reales o potencia-les" proporciona un enfoque que todas las enfermeras pueden utilizar. Siempre que exista un pluralismo teórico en enfermería, ninguna definición internacional de diagnóstico enfermero podrá referirse concretamente a una teoría. Y lo que es más importante, adopta la posición de que hay algunos problemas de salud que se hallan dentro del ámbito de la enfermería y de los que las enfermeras asumen su responsabilidad –como responsabilidad social. ¡Es así de claro y sencillo! No hay una responsabilidad parcial. Creo que ha llegado el momento de reclamar nuestra parcela y asumir la responsabilidad no sólo de los resultados sino también de la investigación. Miremos a nuestro alrededor, la enferme-ría está desapareciendo.
35. Abarca el ámbito de la práctica enfermera. Y abarca también todos los aspectos del proceso de enfermería.
36. Además del diagnóstico, la evaluación, la definición de los objetivos de las intervenciones enfermeras y la planificación de las mismas, también su ejecución y valoración son elementos del proceso de enfermería. Ya existen definiciones del proceso enfermero y sus elementos. No parece lógico incluir todos los elementos del proceso de enfermería en las definiciones de los diagnósticos enfermeros que son tan sólo una parte del proceso global de enfermería.



## 1. Diagnóstico enfermero de riesgo

Se plantearon dos preguntas referentes a la definición actual y a la nueva propuesta de diagnóstico enfermero de riesgo: ¿Es suficiente la definición actual de diagnóstico enfermero de riesgo? ¿Aprueba usted la nueva definición propuesta de diagnóstico enfermero de riesgo? La Tabla 4 presenta la definición actual y la propuesta de diagnóstico enfermero de riesgo.

La respuesta global a la primera pregunta, ¿Es suficiente la definición actual de diagnóstico enfermero de riesgo? demuestra que la mayoría de los participantes no pensaban que el diagnóstico actual bastara. Prácticamente no hubo diferencia entre los miembros y no miembros de NANDA-I. Hubo más participantes de fuera de los Estados Unidos y Canadá que pensaban que era suficiente, comparado con los de estos dos países (ver Tabla 5).

La mayoría de participantes aprobaban la definición de riesgo propuesta; sin embargo, los miembros de NANDA-I parecían menos propicios a apoyar la definición propuesta que los no miembros. Los participantes de los Estados Unidos y Canadá se manifestaron ligeramente más a favor de apoyar la definición propuesta de riesgo que los participantes de otros países (ver Tabla 5).

**Tabla 4. Definiciones de diagnóstico de riesgo**

Definición actual de diagnóstico enfermero de riesgo	Propuesta de nueva definición de diagnóstico enfermero de riesgo
Describe las respuestas humanas a situaciones de salud o procesos vitales que pueden ocurrir en un individuo, familia o comunidad vulnerable. Viene apoyada por unos factores de riesgo que contribuyen a aumentar dicha vulnerabilidad.	Un diagnóstico enfermero de riesgo es un juicio clínico que emiten las enfermeras sobre un individuo, familia o comunidad, y que describe las respuestas humanas a situaciones de salud o procesos vitales que pueden convertirse en problemas en un individuo, familia o comunidad vulnerable. Basándose en dicho juicio, a la enfermera se la considerará responsable de reconocer cualquier desviación en las respuestas esperadas, manteniendo una vigilancia profesional, de instaurar una monitorización cuidadosa y de realizar intervenciones, incluyendo la derivación del paciente si fuera necesario. Todo ello incluye una serie de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad.

**Tabla 5. Diagnóstico de riesgo – Actual y propuesto**

	Total	EE.UU. Canadá	/ Otros países	Miembros NANDA	No miembros	
Diagnóstico enfermero actual de riesgo es suficiente	Sí	33,5%	34,7%	38,6%	30,4%	30,0%
	No	66,5%	65,3%	61,4%	69,6%	70,0%
Aprueba diagnóstico de enfermero de riesgo propuesto	Sí	61,3%	56,8%	54,5%	65,5%	74,3%
	No	38,7%	43,2%	45,5%	34,5%	25,7%
Base (n)		269	199	70	101	168



**Punto de vista: La definición actual del diagnóstico enfermero de riesgo no es suficiente**

Los participantes facilitaron un total de 242 comentarios sobre lo que pensaban de la definición actual de diagnóstico enfermero de riesgo. Ciento sesenta y cinco (165) participantes que indicaron que la definición actual de diagnóstico enfermero de riesgo no les parecía suficiente, proporcionaron comentarios abiertos para explicar el porqué de su opinión. La mayoría de respuestas se agruparon en torno a las dos categorías principales siguientes: la definición actual no refleja plenamente la práctica enfermera contemporánea ( $n=71$ ) y, la definición actual es demasiado simple y no incluye la valoración o la intervención ( $n=68$ ).

**La definición actual no refleja plenamente la práctica enfermera contemporánea.**

Los comentarios pertenecientes a esta categoría se referían al ámbito de la práctica enfermera e incluían la importancia de la práctica basada en la evidencia así como una filosofía holística de los cuidados enfermeros. Además, los comentarios indicaban que la enfermería requiere un planteamiento multidisciplinar que no se plantea en la definición actual de diagnóstico de riesgo. La mayoría de dichos comentarios indicaban simplemente “demasiado limitada” o “no refleja mi práctica”. Sin embargo, algunos otros comentarios facilitaban más detalle e incluían:

37. Necesita ampliarse para reflejar mejor la práctica contemporánea.
38. No abarca todos aquellos campos en los que la enfermera pueda estar observando a una persona potencialmente vulnerable.
39. No se hace mención del juicio clínico.
40. Nuestra práctica es más compleja de lo que aparece en la definición.
41. No incluye un lenguaje específico que abarque la diversidad y las poblaciones vulnerables de la comunidad.
42. No es lo suficientemente amplia y no destaca que a la enfermera se la considera la responsable final de su trabajo
43. Creo que resultaría más adecuado un modelo mental más preventivo. Este enfoque podría incluir conceptos como “mantenimiento de la salud” así como medidas “proactivas” que pudieran usarse para “asegurar la salud”.
44. No se habla de la práctica basada en la evidencia o de la experiencia clínica.

**La definición actual es demasiado simple y no incluye la valoración o la intervención.**

Los participantes indicaban que esta definición era demasiado breve o demasiado simple y que no explicaba del todo la finalidad o el uso del diagnóstico enfermero de riesgo. Muchos de los comentarios se limitaban a decir “demasiado simple” o “demasiado vago”. Algunos de los comentarios aclaratorios incluían los siguientes:

45. Definición global que no establece vínculos entre factores de riesgo y posibles afecciones. ¿Cómo interpreta la enfermera los signos y señales del riesgo? ¿Cuándo puede decirse que un riesgo es un riesgo?
46. No define las ulteriores acciones que debería emprender la enfermera de forma holística. Además, los factores de riesgo no quedan luego clasificados según otros detalles.
47. La definición actual no establece claramente que los problemas de salud no sólo deben diagnosticarse sino también resolverse.



48. No aparece continuidad con las funciones de la enfermería profesional: valoración, concienciación del cliente, educación, participación y pertinencia de las sensibilidades culturales, socioeconómicas y demográficas.
49. El riesgo no tiene que ver únicamente con la respuesta humana a una situación, sino que hay otros factores que intervienen en lo que supone el riesgo para la gente. Necesidad de definir factores de riesgo.
50. La definición de proceso vital (que yo supongo significa el continuo del desarrollo, tanto físico como cognitivo, desde el nacimiento hasta la muerte), pero la definición no lo establece claramente.
51. El verdadero proceso de enfermería no queda suficientemente descrito.

**Punto de vista: La definición actual del diagnóstico enfermero de riesgo es suficiente.**

Un total de 77 participantes que indicaron que la definición actual de diagnóstico enfermero de riesgo es suficiente proporcionaron comentarios abiertos para explicar por qué eran de este parecer. La mayoría de las respuestas se agruparon en una categoría: la definición actual define claramente un diagnóstico de riesgo (n=64).

**La definición actual es clara.**

La mayoría de los comentarios se limitaban a decir “definición clara” o bien “concisa y al grano”. Algunos comentarios aclaratorios incluyeron los siguientes:

52. Abarca la definición de diagnóstico enfermero de riesgo. La necesidad de explicar lo que la enfermera haga con el diagnóstico no tiene por qué aparecer en la definición.
53. Una definición de diagnóstico enfermero no tiene por qué contener una descripción general de intervenciones de enfermería. Las medidas que resulten necesarias en un caso concreto quedarán documentadas en el plan de cuidados. Insisto, no hace falta integrar los elementos del proceso de enfermería en una definición de diagnóstico enfermero.
54. Se centra en el término y no enturbia el significado con otras cosas que corresponden a otras cuestiones, tal como sucede en la nueva definición propuesta.
55. Es clara, concisa y se ajusta a los términos utilizados en la definición principal. En la práctica, me resulta muy útil.

**Cambios recomendados a la definición propuesta de diagnóstico de riesgo.**

Se solicitaba luego a los participantes que sugirieran los cambios que ellos introducirían en la definición propuesta de diagnóstico enfermero de riesgo. Hubo 55 comentarios procedentes de aquellos que no aprobaban la definición propuesta de diagnósticos de riesgo. Los comentarios de dichos participantes indicaban que la definición propuesta era demasiado ampulosa y que resultaría difícil de entender y/o traducir (n= 41). También hubo algunos comentarios (n=9) referentes al tema de la responsabilidad final de la enfermera, y que se parecían mucho a los que tenían que ver con la definición propuesta de diagnóstico enfermero real.

Los participantes que sí aprobaron la definición propuesta indicaron sobre todo su aprobación del cambio propuesto en el apartado de comentarios. Hubo algunas recomendaciones que sugerían incluir los aspectos interdisciplinarios de la práctica enfermera y que se ampliara la definición del proceso enfermero y la práctica enfermera (n=6).





La lista completa de comentarios podrá consultarse en la página web de NANDA Internacional ([www.nanda.org](http://www.nanda.org)) a fin de permitir a sus miembros que lean todas las recomendaciones de los que participaron en la encuesta.

### **Diagnóstico de síndrome**

Se plantearon dos preguntas referentes a las definiciones actuales y nueva propuesta para diagnóstico enfermero de síndrome: ¿Es suficiente la definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome? ¿Aprueba usted la nueva propuesta de definición para diagnóstico enfermero de síndrome?

La Tabla 6 ofrece la definición actual y la propuesta de diagnóstico enfermero de síndrome

La respuesta global a la primera pregunta “¿Es suficiente la definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome? demuestra que la mayoría de los participantes no consideraban suficiente la definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome. Los miembros de NANDA-I eran algo más reacios que los no miembros a aceptar que la definición actual fuera suficiente; eran unos pocos más los participantes de fuera de los Estados Unidos y Canadá que consideraron que era suficiente.

La mayoría de participantes aprobaban la definición propuesta de síndrome; los miembros de NANDA-I eran algo más reacios que los no miembros a apoyar la definición propuesta. Los participantes de los Estados Unidos y Canadá tendían algo más que los procedentes de otros países a apoyar la definición propuesta de síndrome.

### **Punto de vista: La definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome no es suficiente.**

Ciento diecinueve (119) participantes que indicaron que la definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome no era suficiente proporcionaron comentarios abiertos para explicar su punto de vista. La mayoría de las respuestas se agruparon en las dos grandes categorías siguientes: la definición actual es demasiado vaga (n=75) y la definición no explica la pertinencia para la enfermería (n=25).

### **La definición es imprecisa.**

La mayoría de los participantes indicaban que la definición actual de diagnósticos de síndrome requería más claridad, resultaba incompleta o carecía de una descripción adecuada del término. Algunos comentarios concretos incluyeron los siguientes:

56. Carece de detalles. Algunos signos y síntomas pueden agruparse y convertirse en diagnósticos por sí mismos, lo cual sugiere múltiples diagnósticos en un grupo.
57. No explicita el hecho de que estos son diagnósticos enfermeros.
58. No contiene la información necesaria para conferir al síndrome la importancia que requiere para ser tenido en cuenta.
59. “Casi siempre” resulta excesivamente vago a la hora de definir signos y síntomas médicos



**Tabla 6. Definiciones de diagnósticos de síndrome**

Definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome	Propuesta de nueva definición de diagnóstico enfermero de síndrome
Conjunto o grupo de signos y síntomas que casi siempre ocurren conjuntamente. Juntos, dichos grupos representan un cuadro clínico definido. (McCourt, 1991, p.79)	Un diagnóstico de síndrome es un conjunto o grupo de diagnósticos enfermeros que casi siempre ocurren juntos. Describe un cuadro clínico de situaciones de salud o procesos vitales que se agrupan en un patrón de diagnósticos enfermeros.

**Tabla 7. Diagnóstico de síndrome – Actual y propuesto**

	Total	EE.UU. / Canadá	Otros países	Miembros NANDA	No miembros
Diagnóstico enfermero actual de riesgo es suficiente	Sí 33,8%	32,2%	33,7%	33,9%	38,6%
	No 66,2%	67,8%	66,3%	66,1%	61,4%
Aprueba diagnóstico enfermero de riesgo propuesto	Sí 66,5%	64,3%	63,4%	68,5%	72,9%
	No 33,5%	35,7%	36,6%	31,5%	27,1%
Base (n)	269	199	70	101	168

**La definición no explica lo importantes que son para las enfermeras los diagnósticos de síndrome.** Los participantes indicaban que la definición no incluía la práctica enfermera y no definía a los diagnósticos como algo que perteneciera al ámbito de la enfermería. Algunos comentarios fueron:

60. Los signos y síntomas son muy importantes pero creo que, como enfermeras que somos, debemos centrarnos en las respuestas del ser humano: todo tipo de respuestas y no únicamente las fisiológicas.
61. Esta definición carece de la terminología que permite que la enfermera la haga suya.
62. La definición actual es muy poco concreta y no deja claro el hecho de que un diagnóstico de síndrome supone la posibilidad de combinar un conjunto de diagnósticos enfermeros que, a menudo, acontecen juntos.
63. La definición deja de lado las habilidades dinámicas y los conocimientos utilizados por las enfermeras.
64. Las definiciones de otros tipos de diagnóstico consideran como juicio el diagnóstico enfermero. ¿Por qué no incluir este aspecto en la definición?
65. No queda clara la relación con el juicio clínico.

**Punto de vista: La definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome es suficiente.**

Ciento veintidós (121) participantes que indicaron que la definición actual de diagnóstico enfermero de síndrome es suficiente facilitaron comentarios abiertos para explicar el porqué lo pensaban. La mayoría de respuestas se agruparon en torno a una categoría: la definición actual es clara y concisa (n=57).

**La definición es clara y concisa.**

La mayoría de comentarios se limitaban a decir, “definición clara” o “al grano”. Algunos de los comentarios aclaratorios fueron:



66. La prefiero a conjunto de diagnósticos enfermeros. Las enfermeras construyen los diagnósticos enfermeros a partir de la evaluación de las respuestas de sus clientes.
67. La estructuración de las frases requiere que la enfermera construya un cuadro, lo cual me atrae.
68. Permite la expresión de diagnósticos de grupos complejos de signos y síntomas.

### **Cambios recomendados a la propuesta de definición de diagnóstico enfermero de síndrome**

Luego se pidió a los participantes que indicaran los cambios que ellos introducirían en la definición propuesta de diagnóstico enfermero de síndrome. Hubo 86 comentarios procedentes de quienes no aprobaban la definición propuesta de diagnósticos de síndrome. Los comentarios de dichos participantes indicaban que la definición propuesta era excesivamente ampulosa y que resultaría difícil de entender y/o traducir (n=21). También hubo comentarios (n=10) relativos al uso de los términos "signos y síntomas" comparados con el de "conjunto de diagnósticos enfermeros". Algunos comentarios (n=7) manifestaban una cierta preocupación por el uso de la frase "casi siempre", mientras que otros tenían que ver con un deseo de que se hiciera mención de la práctica enfermera dentro de la definición (n=5). También hubo comentarios que indicaban que los diagnósticos de síndrome no podían aplicarse al ámbito de la enfermería sino que tenían una naturaleza más bien médica (n=5). Se recibieron muchas recomendaciones para realizar cambios en la redacción de esta definición.

Los participantes que sí aprobaban la definición propuesta para síndrome indicaron sobre todo su aprobación del cambio sugerido en el apartado "comentarios". Por lo general, sus comentarios indicaban una aceptación de la definición propuesta según quedaba presentada. La lista completa de dichos comentarios podrá consultarse en la página Web de NANDA Internacional ([www.nanda.org](http://www.nanda.org)) a fin de que los miembros puedan leer todas las recomendaciones emitidas por los que participaron en la encuesta.

### **Resumen**

La reciente encuesta de NANDA Internacional fue una ocasión increíble para implicar a los participantes en un debate sobre la definición actual y la propuesta de los diagnósticos de enfermería. El presente artículo se limita a resumir los hallazgos globales y proporciona una visión de conjunto de los comentarios recibido de los 269 participantes en dicha encuesta. No se ha hecho tentativa alguna por sugerir cambios en la definición actual o la propuesta, ya que la intención de este artículo no va más allá de ofrecer los resultados de la encuesta para que otros los revisen y utilicen a modo de marco para un diálogo continuado sobre este tema tan importante. Se sugiere, eso sí, que todas las enfermeras profesionales saquen partido de todos los resultados de la encuesta revisando a fondo los comentarios de todos los participantes que están a su disposición en la página Web de NANDA Internacional ([www.nanda.org](http://www.nanda.org)).

Y lo que es muy importante también, se ha suscitado una petición formal para que se efectúe una votación para la aceptación de las definiciones propuestas de diagnóstico de enfermería, diagnóstico de riesgo y síndromes. Dicha votación tendrá lugar durante la reunión administrativa del congreso de NANDA Internacional que se celebrará en Miami, Florida, del 13 al 15 de noviembre. Espero de verdad que los miembros sigan reflexionando sobre este tema tan importante antes del citado congreso, en cuya ocasión se celebrará un debate y una votación sobre todas estas mociones.

Contacto con la autora: [thherdman@gmail.com](mailto:thherdman@gmail.com)

#### **Bibliografía**

- McCourt, A. (1991). Syndromes in nursing: A continuing concern. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth conference* (p.79). Philadelphia: Lippincott.
- Neal, M. (Ed.) (2007). *Nursing diagnoses: Definitions & classification* (p.332). NANDA International: Philadelphia.



# CRITICAL THINKING & NURSING DIAGNOSIS.

## Case Studies & Analyses

Margaret Lunney, PhD, RN, CS

*A continuación se presenta la traducción de párrafos seleccionados del libro escrito por Margaret Lunney y publicado por NANDA en 2001.*

*A pesar de que no se incluyan los casos comentados y de que el texto es parcial y fragmentado, consideramos que aporta información muy relevante a la discusión sobre el Diagnóstico enfermero. En la actualidad está en imprenta una nueva edición de este libro que, confiamos llegue a ser traducido al Español dado que aporta información clave en la resolución de casos prácticos así como para la docencia y la investigación.*

### ***Pág. 127. Casos de enfermos agudos:***

El valor de identificar y tratar las respuestas humanas se ve reforzado en estos dos casos. Para proteger al Sr. S y a Tomy de consecuencias graves, era necesario obtener un diagnóstico muy adecuado. Para el Sr. S, el diagnóstico y tratamiento de *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* puede haberle evitado una Neumonía y para Tomy, ha permitido que la enfermera inicie las maniobras de reanimación.

Para el Sr. S, está claro que el Dx y tto del diagnóstico *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* es una práctica independiente de enfermería, que proporcionó al paciente y al sistema de salud una atención significativa. Previendo la aparición de problemas clínicos más serios, aumenta la calidad del cuidado y se evita una estancia mas larga en el hospital.

Para Tomy, sin embargo, y dado que el diagnóstico de neumonía iba a ser realizado inmediatamente en el servicio de urgencias por un médico, el valor del diagnóstico y tratamiento enfermero en esas primeras horas podría considerarse poco importante. También podría cuestionarse la importancia de un dx com éste después de que la neumonía ya estuviera diagnosticada Tal como las autoras de este caso indican, en esta situación, el dx enfermero es útil para dirigir el plan de cuidados.

Quizás el estándar de cuidados para el dx médico de neumonía podría ser suficiente para guiar los cuidados de enfermería. Un principio que yo suelo seguir es que: *Los Dx enfermeros son útiles solo cuando son necesarios para dirigir las intervenciones enfermeras. Si se puede desarrollar un plan de cuidados y ejecutarlo partiendo únicamente del Dx médico, no es útil volver a describir el Dx en forma de respuesta humana.*

Por ejemplo, una persona con un Dx. primario de Asma puede no necesitar un Dx enfermero de *Patrón Respiratorio Ineficaz*, ya que la etiqueta Asma, ya guía el plan de tratamiento. El Dx enfermero *solo debería ser usado cuando añade algo* a la comprensión de la experiencia de la persona y conduce al establecimiento de intervenciones Las enfermeras no deberían perder el tiempo renombrando problemas médicos para que suenen como problemas enfermeros.

La comparación entre los dos casos refuerza la posición de que el Dx de las respuestas humanas es una actividad profesional compleja, y que conseguir la adecuación diagnóstica requiere el desempeño de habilidades muy complejas. Los dos casos ponen de manifiesto que el Dx *Limpieza ineficaz de las vías aéreas*, aunque con diferencias, existen en ambas situaciones. Las diferencias aquí se refieren al menos a tres factores: El nivel de gravedad, la edad de los pacientes, y el problema médico.

Estas representan dos de las tres fuentes de variación en la adecuación (Gordon-1994) – La tarea



diagnóstica y el contexto situacional. La tercera fuente de variabilidad, el que diagnóstica, no parecen ser una fuente de variabilidad, ya que ambos casos están descritos y tratados por enfermeras expertas que diagnosticaron y trataron el problema con éxito.

Los casos apuntan la necesidad de la validación clínica que tenga en cuenta la complejidad/gravedad de las respuestas humanas. Por ejemplo, en este Dx, ¿Una elevación de la temperatura está relacionada con el grado de gravedad, o con condiciones como déficit de fluidos o infección? Otra cuestión relacionada es si la prognosis de la Limpieza ineficaz de las vías aéreas se puede predecir a partir de los datos disponibles.

***Pág. 133 Estado respiratorio postoperatorio de un hombre de 76 años.***

Las enfermeras quirúrgicas, especialmente en la fase de reanimación, refuerzan y mantienen el delicado equilibrio que existe entre las respuestas del cuerpo humano a diferentes técnicas médicas como la cirugía, la administración de productos sanguíneos, fluidoterapia, y demás.

La valoración enfermera así como los Dx de las respuestas fisiológicas a estas técnicas, son continuas y fundamentales para la recuperación de los pacientes después de la cirugía. La toma de decisiones se produce de forma rápida en función de las respuestas del paciente y viendo cuales son las intervenciones mas efectivas en cada momento para conseguir los resultados esperados.

Fácilmente se pueden dar resultados negativos tanto a causa de Dx no adecuados de las respuestas humanas, como por ignorar Dx/interpretar datos que indican complicaciones (ej. Sangrado). El caso que nos ocupa y su análisis ilustran los cambios implicados en el pensamiento y la actuación del que diagnóstica. Aceptar el rol del que diagnóstica requiere una auto monitorización continua, así como la auto corrección de los diagnósticos y las intervenciones. Esta auto monitorización que es una forma de pensamiento crítico, está dirigida especialmente al mantenimiento de una toma de decisiones óptima en el cuidado del paciente (Lunney, 1989. Ver apéndice Pág. 258).

Una respuesta emocional por parte de la enfermera, puede interferir en el pensamiento crítico y la auto monitorización, sin embargo, eso es ansiedad ante la posibilidad de equivocarse. Esta respuesta de ansiedad frena a las enfermeras en el reconocimiento de su responsabilidad en la toma de decisiones enfermeras, sobretodo en relación al Dx y las intervenciones. Un alto nivel de ansiedad puede conducir a la culpabilización de otras personas en relación a los problemas, o bien a negar los problemas.

En nuestro caso, si hubiera habido ansiedad relacionada con el miedo a equivocarse, la enfermera consiguió controlar esa ansiedad y tratar el problema y corregirlo. Creo que controlar la ansiedad relacionada con el miedo a equivocarse ha de ser un comportamiento que se enseñe al mismo tiempo que se enseña el pensamiento crítico.

La primera vez que fui consciente de este problema fue durante unos talleres sobre cuidados críticos que llevé a cabo con Catherine Paradiso en los cuales, los ejemplos de razonamiento Dx se usaron para ilustrar los principios del pensamiento crítico. En esos casos existía el riesgo de elaborar el Dx equivocado. Después de uno de los talleres, una enfermera me acusó de asustarlas, y fue bastante clara al expresar la respuesta emocional que experimentaba ante la posibilidad de equivocarse. Como resultado de la experiencia, reconocí el fenómeno como una dimensión a tener en cuenta en el pensamiento crítico.

En los talleres posteriores, tratamos esta cuestión reconociendo esa experiencia de ansiedad y ayudando a las enfermeras a reconocer que la experiencia puede ser inevitable, pero que debe ser



controlada. La experiencia de la ansiedad puede ser controlada usando un enfoque de que es inevitable y que temer a equivocarse está asociado con la toma de decisiones complejas y el error solo puede ser evitado si se reconoce. Negar la experiencia a equivocarse está asociado con complicar las situaciones, mientras que aceptar esa posibilidad da a la enfermera la oportunidad de cambiar sus decisiones.

*La ansiedad por temor a equivocarse puede además ser una explicación para la falta de reconocimiento y a veces el rechazo franco del concepto que las enfermeras son responsables de tomar decisiones para hacer diagnósticos y establecer intervenciones.* En las clases y talleres que he dado en los últimos 20 años, el rechazo ha sido una constante. Este rechazo se ve acentuado por los líderes enfermeros en su falta de compromiso con los conceptos de Dx enfermero e Intervención enfermera. Por ejemplo, los Dx e Intervenciones enfermeros están escritos en los planes de cuidados estandarizados como vías clínicas críticas, como si pertenecieran a todas las personas que presentan un determinado Dx médico y no necesitaran ningún tipo de habilidad enfermera. La responsabilidad de la enfermera para seleccionar el Dx prioritario y las mejores intervenciones no es tomada en cuenta o incluso es negada en muchos de los sistemas que conozco.

*Los líderes enfermeros han adoptado métodos de gestión como la gestión de casos, sin tener en cuenta la complejidad de la toma de decisiones enfermera sobre el Dx y las intervenciones.* Esta falta de atención de los líderes enfermeros a la responsabilidad asociada a la elección de Dx e intervenciones también es evidente en la literatura. Una revisión de las revistas escritas por gestores enfermeros, por ejemplo, revela muy poca preocupación o crédito por el reto de interpretar y tratar las respuestas humanas y los efectos resultantes sobre la calidad y el coste. *Quizás la ansiedad por temor a equivocarse es una de las razones por las cuales no se discute sobre la adecuación de los Dx enfermeros como se debería.*

La disciplina enfermera puede funcionar en un estado de negación con respecto al impacto de nuestros diagnósticos e intervenciones, buenos o malos, sobre los resultados esperados de los pacientes. La falta de atención, por ejemplo, a los Dx e intervenciones de enfermería en cualquier otra fuente bibliográfica diferente de NANDA es asombrosa. Hay muy poca evidencia en la literatura relacionada sobre la responsabilidad de las enfermeras, en general, sobre sus Dx e intervenciones. En el área de Nueva York, no es infrecuente que los líderes enfermeros, especialistas clínicos y gestores de enfermería manifiesten abiertamente que ellos no pertenecen a "esa banda de los Dxs", sin ningún tipo de implicación sobre la calidad y el coste de los cuidados enfermeros en el sistema donde trabajan.

Los líderes enfermeros que no pertenecen a "esa banda de los Dxs" están perdiendo la oportunidad de incorporar nuevas bases de conocimientos relacionadas con las respuestas humanas a su práctica. *Por ejemplo, la diferencia entre Temor y Ansiedad, ha sido mostrada en la investigación como un problema para las enfermeras; Las descripciones de esos conceptos están disponibles (Whitley, 1992a, 1992b, 1996). Cuando bases de conocimiento como esa son ignoradas, se pierden oportunidades de mejorar la calidad y el coste-efectividad de los cuidados enfermeros.*

La atención a la adecuación de los Dxs enfermeros no se convertirá en un patrón de actuación en enfermería hasta que la disciplina, en general, desarrolle un total reconocimiento y aceptación de que las interpretaciones de las respuestas humanas así como de las intervenciones seleccionadas para tratarlas pueden ser erróneas e incluso, dañinas. *La total aceptación del Dx enfermero significa que los efectos positivos i negativos del Dx y el tratamiento son reconocidos. Las enfermeras serán más capaces de aceptar su responsabilidad cuando, y solo si, ésta es aceptada y*



comunicada por los líderes enfermeros.

**Pág. 137 Los Diagnósticos Enfermeros en los servicios de cuidados críticos.**

Este caso trae a colación una larga controversia sobre si un Dx NANDA como *Disminución del Gasto cardíaco*, *Deterioro del intercambio de gases* y otros, son Dxs enfermeros. Al inicio de los 80, mi opinión era que este tipo de fenómeno no representa “enfermería”. Desde aquel entonces, las enfermeras de los servicios críticos me han convencido de que *estos fenómenos son Dxs enfermeros basados en patrones tanto colaborativos como independientes*.

En un estudio descriptivo en el que se usaron 20 situaciones de pacientes que representaban 20 Dxs enfermeros en un cuestionario escrito (Garthe, 1987), 95 enfermeras quirúrgicas marcaron qué disciplina, enfermería o medicina, sería responsable del plan de cuidados de cada paciente. Una puntuación de 0 indicaba que el médico era 100% responsable; 4 significaba que la responsabilidad era compartida al 50%; 8 significaba que las enfermeras eran responsables al 100%. Los fenómenos en esos 20 pacientes incluían Dxs como *Disminución del gasto cardíaco* y *4 diagnósticos más aprobados por NANDA* la legitimidad de los cuales como Dxs enfermeros había sido cuestionada en la literatura. La media de las puntuaciones oscilaba entre 3,0 y 7,7. *La Disminución del Gasto Cardíaco* y *La Limpieza ineficaz de las vías aéreas* obtuvieron una puntuación de 3,0. Garthe concluyó que *enfermería y medicina comparten la responsabilidad sobre los 20 diagnósticos en diferente proporción según el contexto de la situación del paciente*.

También se ha dicho que un Dx como *Disminución del gasto cardíaco* solo es un renombramiento de un Dx médico (por ejemplo, Insuficiencia Cardíaca Congestiva -ICC-), con una etiqueta que “suena” enfermera. Las personas pueden experimentar *Disminución del Gasto Cardíaco* por otras causas además de la mencionada (por ejemplo, post anestesia, otros problemas cardíacos). -si las enfermeras no son lo suficientemente inteligentes para identificar de forma temprana la *disminución del gasto cardíaco*, el paciente puede sufrir consecuencias graves. De cualquier modo, *no existe ninguna razón para renombrar un Dx médico, ya que los conceptos médicos no pertenecen a la medicina, si no al paciente*. Si el concepto médico cumple la función de explicar el foco de cuidados, entonces debe ser usado.

Las prácticas pasadas y presentes en el sistema sanitario (por ejemplo, los planes de cuidados estandarizados) han mostrado que las enfermeras pueden usar el Dx médico para predecir un plan de cuidados. *La razón para usar los Dxs enfermeros, sin embargo, es añadir más información al plan de cuidados y mejorar los resultados del paciente basándose en un nombramiento adecuado de la respuesta humana a los problemas de salud y procesos de la vida. Si el Dx enfermero no cumple ese objetivo, es una actividad de pérdida de tiempo*.

El Dx enfermero solo sirve para mostrar que el plan de cuidados es más completo y claro que si solo estuviera basado en el dx médico. Mientras que el médico focaliza en el tratamiento y resolución de ICC, la enfermera focaliza en la *disminución del gasto cardíaco* con todos sus etiologías concomitantes y todas las secuelas (por ejemplo, *fatiga, anorexia, intolerancia a la actividad*). *El hecho de que este sea un Dx de colaboración no significa que no sea un Dx enfermero, ya que la mayoría (y probablemente todos) los Dxs son relativamente colaborativos entre la medicina y otras disciplinas*.

Por ejemplo, cuando el Dx es *Déficit de movilidad física*, las enfermeras colaboran con el fisioterapeuta; En el dx. *Desequilibrio nutricional*, las enfermera colaboran con la nutricionista; Cuando el Dx. es *Ansiedad o Temor*, la enfermera colabora con los trabajadores sociales y otros orientadores; y, *lo que es más importante, en todos los Dxs la enfermera colabora con los*



*pacientes.*

*La premisa de que el diagnóstico enfermero representa la práctica totalmente independiente de la enfermería es tan falsa como la premisa de que el diagnóstico médico es tratado exclusivamente por el médico. Decir que un fenómeno es un dx enfermero significa que es un concepto desarrollado por las enfermeras para representar el enfoque enfermero en la ayuda a las personas para obtener un mejor nivel de salud. Según la definición de NANDA (2001) de Dx enfermero, también significa que las intervenciones enfermeras contribuirán a conseguir resultados positivos para el paciente. Los Dxs médicos y enfermeros son conceptos que han sido desarrollados por personas de ambas disciplinas para explicar la experiencia humana en el dominio de la salud y la enfermedad. Al tomar la responsabilidad de desarrollar esos conceptos, cada disciplina contribuye al avance de los cuidados de salud, pero eso no les convierte en los "propietarios" de los dxs.*

En el caso que se analiza, el Dx. *Disminución del gasto cardíaco* cumple los máximos criterios de Lunney sobre la adecuación del Dx.; El Dx. es consistente con todos los datos disponibles, Datos muy relevantes lo confirman, y es un dx. preciso. Las intervenciones derivadas del dx. son apropiadas para conseguir resultados positivos. Casos como este me han hecho darme cuenta de cuantas opiniones pueden cambiar a medida que uno evoluciona en el uso de los dx enfermeros. Hace algunos años, yo no hubiera considerado que la *Disminución del Gasto Cardíaco* fuera un Diagnóstico Enfermero al mismo tiempo amplio y preciso.





## *Is it Time for a New Category of Nursing Diagnosis?*

### *¿Ha llegado el momento de crear una nueva categoría de diagnósticos de enfermería?*

Geralyn A. Meyer, PhD, RN, Mary Ann Lavin, ScD; RN, FAAN, and Anne G. Perry, EdD, RN, FAAN

La vigilancia profesional, el arte de “estar pendiente de los demás”, constituye la esencia de la enfermería. Vigilancia es aquel proceso mental que posibilita y confiere sentido a la realización de acciones informadas de enfermería de valoración, diagnóstico y evaluación. La vigilancia en enfermería debería describirse claramente en nuestra terminología o corre el riesgo de mantenerse invisible para los demás. Así que proponemos que la definición actual de diagnósticos de enfermería se amplíe para incluir los diagnósticos de vigilancia para los cuales enfermería tiene la responsabilidad de la identificación de problemas y de la monitorización continua. La inclusión de los diagnósticos de vigilancia en la taxonomía de NANDA Internacional reflejará mejor todo el alcance y profundidad del ejercicio de la enfermería.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería, vigilancia, supervisión

*Geralyn A. Meyer PhD, RN y Mary Ann Lavin, ScD, RN, FAAN, son profesoras asociadas en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sant Louis, y Anne G. Perry, EdD, RN, FAAN, es profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Sur de Illinois.*

La virtud de cuidar a los demás es algo que enfermería entiende muy bien. Las teorías sobre enfermería (Leininger, 2001; Watson, 1994) que definen los cuidados como el núcleo central de la profesión son bien conocidas. La American Nurses' Association (ANA) establece que una característica esencial de la enfermería profesional es entablar una relación de atención que facilite la salud y la curación (2003). Con todo, cuidar no es exclusivo de las enfermeras y muchos profesionales de la salud afirman que cuidar constituye un elemento esencial de su profesión. Se pueden encontrar referencias a los cuidados en la bibliografía de los médicos, farmacéuticos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales (Fjortoft & Zgarrick, 2003; McLeod, 2003; Ries, 2003; Romanello & Knight-Abowitz, 2000; Wright-St. Clair, 2001). ¿Qué es lo que hace que los cuidados prestados por enfermería sean distintos a los prestados por otras disciplinas sanitarias? Podríamos decir que los cuidados de enfermería difieren de los de otras profesiones sanitarias en que la vigilancia constituye su sello distintivo (Meyer & Lavin, 2005).

La vigilancia profesional en enfermería se define como aquel estado de:

1. atención a e identificación de las observaciones/señales/indicios clínicamente importantes.
2. cálculo del riesgo inherente a situaciones dentro del ejercicio de la enfermería
3. voluntad de actuar de forma adecuada y eficiente para minimizar el riesgo y responder a cualquier amenaza (Meyer & Lavin, 2005, p. 2) que tiene una base científica, intelectual y experimental.

El ejercicio de la *vigilancia profesional enfermera* requiere conocimientos de enfermería y proporciona el entorno en el que se realizan las demás actividades de enfermería. La vigilancia no es una acción: es un proceso mental. Es el arte de “estar pendientes de”, esa atención mantenida, el continuo rastreo en busca de pistas o “señales” que siempre está ahí cuando las enfermeras se relacionan con los pacientes. La *vigilancia* consta de cinco elementos importantes: conferir sentido a lo que existe, anticipar lo que pudiera ser, calcular los riesgos, estar listo para la acción, y



controlar los resultados de las intervenciones (Meyer & Lavin).

Los primeros autores que escribieron sobre enfermería ya hacían alusión a la importancia de este tipo de vigilancia en enfermería. Nightingale (1860/1969) establecía la observación entre las habilidades más importantes que toda enfermera debía aprender. Harmer y Henderson (1939) coinciden también en la importancia de la observación. Indicaban estos autores: "Sin una observación estrecha... una enfermera no puede desempeñar aquello que es esencial en enfermería —todas aquellas medidas que no prescribe el médico sino que vienen dictadas por los principios y métodos subyacentes a la propia enfermería" (pág. 219). En años posteriores, definimos esos aspectos esenciales dictados por los métodos de enfermería" como proceso de enfermería. La vigilancia precede y a la vez se incluye en la totalidad del proceso de enfermería.

La *vigilancia* es el trabajo intelectual de la enfermería y constituye un prerrequisito de las acciones informadas de enfermería de valoración y diagnóstico e intervención y evaluación. La vigilancia no es valoración. En la valoración, se recogen datos. La vigilancia es la disposición mental que posibilita y confiere sentido a la recogida de datos. Al personal auxiliar se le puede enseñar a recoger datos y eso es algo que hacen cada día en los centros sanitarios de todo el mundo. Sin embargo, es responsabilidad de la enfermera verificar, analizar y tomar decisiones clínicas basadas en los datos. Utilizando la vigilancia profesional, la enfermera da sentido a los datos, reconoce las conexiones que existen entre las aparentemente distintas piezas de la información procedente de la valoración y confiere pertinencia a dichas conexiones. La vigilancia es uno de los procesos intelectuales que se requieren para agrupar los datos.

*Vigilancia profesional* no es el acto de diagnosticar. Al emitir un diagnóstico, la enfermera pone un nombre al patrón que surge del análisis y agrupación de los datos. Establecer un diagnóstico es un acto informado que se deriva de la vigilancia. Sin embargo, si el diagnóstico no se establece ni se comunica, resulta imposible que los demás perciban la *vigilancia enfermera*.

Desafortunadamente, a veces la vigilancia se define por su ausencia. Ejemplo, cuando una enfermera no "conecta los puntos," puede darse la situación descrita por Clarke y Aiken (2003) como "no rescatar". En ese no rescatar, un paciente hospitalizado fallece cuando experimenta una situación (complicación) que no existía en el momento del ingreso. Cuando dicho paciente fallece, a menudo los clínicos reaccionan con sorpresa, enfado o decepción. Y con frecuencia surge la pregunta, "¿Por qué no ha habido nadie que se diera cuenta de lo que estaba ocurriendo aquí?" El no rescatar empieza a menudo por un fallo de la *vigilancia*, un no haber "estado pendiente de". La *vigilancia* de enfermería, en cambio, hace más probable que las respuestas lleguen a tiempo (Clarke & Aiken). Sin *vigilancia* no hay rescate; y es precisamente gracias a la *vigilancia* como las enfermeras profesionales pueden rescatar cada día a los pacientes.

La *vigilancia profesional* constituye la esencia de la enfermería y es una de las funciones fundamentales de la enfermera. Por ello debe incluirse en nuestra terminología de enfermería. Cuando no tenemos palabras para describir de qué "están pendientes" las enfermeras, corremos el riesgo de que esta función indispensable resulte invisible para los demás. Dado que los sistemas de documentación se van informatizando cada vez más, necesitamos un lenguaje normalizado a fin de poder comunicar debidamente a los otros profesionales de la salud, el público y los terceros que pagan, el alcance de la *vigilancia* de las enfermeras y los juicios clínicos que de la misma se derivan.

Diagnósticos de enfermería es el término que representa el juicio clínico hecho por una enfermera profesional. El diagnóstico de los fenómenos es un paso esencial en la aplicación de la teoría que sirve para explicar una afección y determinar las acciones necesarias para su tratamiento. En los



Estados Unidos, la responsabilidad de diagnosticar por parte de las enfermeras queda incluida de forma explícita en la legislación sobre la práctica de la enfermería en 41 de los 50 estados y el Distrito de Columbia (Lavin, Avant, Warren, Craft-Rosenberg, & Braden, 2003). El uso de los diagnósticos de enfermería es un fenómeno internacional que se demuestra por el crecimiento de la ACENDIO (Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) y la traducción de NANDA a 12 idiomas. La terminología NANDA se halla incluida en la nomenclatura estandarizada de términos médicos y clínicos (SNOMED-CT), como terminología de referencia internacionalmente reconocida. En la actualidad, los diagnósticos de enfermería están incorporados en muchos sistemas electrónicos de documentación. La importancia de los diagnósticos de enfermería y su divulgación internacional está bien documentada y resultan indispensables para la profesión. Las preguntas que se plantean son: ¿Qué es lo que debería incluirse como definición más adecuada de los diagnósticos de enfermería? y ¿refleja nuestra terminología la realidad actual de la enfermería profesional?

En 1990, NANDA Internacional adoptó la definición siguiente de diagnóstico de enfermería:

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia y de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería, a fin de conseguir unos resultados de los que la enfermera es responsable. (NANDA, 2005, p. 277).

Hay diagnósticos como *Limpieza ineficaz de las vías aéreas*, *dolor crónico*, *Desequilibrio nutricional: superior a los requisitos corporales* y *Deterioro de la movilidad física*, que cumplen esta definición y están incluidos en la lista de diagnósticos aceptados por NANDA Internacional. Dichos diagnósticos representan sin duda unos juicios clínicos sobre las respuestas del cliente/paciente a problemas de salud y, para emitirlos, se requiere vigilancia profesional. Pero ¿es lógico acaso, en el mundo interprofesional de la asistencia sanitaria moderna, asignar a la enfermera la responsabilidad total de los resultados de estos diagnósticos? Las intervenciones para el diagnóstico de *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* suele implicar a enfermeras, médicos, terapeutas respiratorios y fisioterapeutas; todos ellos comparten la responsabilidad del resultado del diagnóstico. Asimismo, también los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales participan con la enfermera en el plan de atención al paciente que sufre de un *Deterioro de la movilidad física*. Se requieren muchos profesionales, incluyendo a médicos, psicólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos y enfermeras para conseguir un resultado positivo en el paciente que sufre *dolor crónico*. Para el paciente con un *Desequilibrio Nutricional: Superior a los requisitos corporales* tanto enfermeras como dietistas y otros profesionales participan en la ejecución del plan de atención pero ¿se puede responsabilizar a alguno de dichos profesionales del resultado final obtenido en el control ponderal? La responsabilidad última del resultado, en este caso, recae en el paciente; sugerir que enfermería sola puede conseguir dicho resultado es, en el mejor de los casos, optimista y paternalista en el peor de los casos.

¿Significa esta dificultad con la responsabilidad que ninguno de estos fenómenos son diagnósticos de enfermería? En absoluto. Significa, eso sí, que debemos revisar nuestra definición de los diagnósticos de enfermería con el fin de determinar si el utilizar ambas frases en la definición refleja la realidad de la atención sanitaria moderna y también la responsabilidad de *vigilancia* y diagnóstico que la población espera de las enfermeras profesionales. Algunos diagnósticos como el de *deterioro de la integridad cutánea relacionado con la incontinencia fecal*, expresan afecciones en las que la responsabilidad primaria de conseguir los resultados y diseñar un plan de cuidados recae en la enfermera (aunque en algún momento se pueda solicitar la intervención de otros profesionales de la salud). Otros diagnósticos como *dolor*, *lactancia materna ineficaz* y *déficit de auto-cuidados: alimentación*, requieren intervenciones de múltiples profesionales y la



responsabilidad de los resultados se comparte entre todos ellos y, también, con el paciente. Este compartir la responsabilidad de las intervenciones y los resultados no altera el hecho de que la enfermera será responsable en dichos casos de:

1. "estar pendiente de" las características definitorias del diagnóstico;
2. dar sentido a lo que se esté observando; y
3. realizar el proceso de reflexión que desemboque en el diagnóstico.

Una vez establecido el diagnóstico, la enfermera también será la responsable de diseñar de un plan de atención que incluya los oportunos profesionales de la salud para conseguir los resultados deseados. Estos diagnósticos de los que es responsable la enfermera profesional, son centrales para la práctica enfermera. Nosotros proponemos que se les llame diagnósticos *centrales* de enfermería.

Si bien el sistema de clasificación NANDA Internacional incluye muchos fenómenos de enfermería, hace ya tiempo que las enfermeras saben que no todos los temas que las afectan están bien representados en la terminología actual de diagnósticos de enfermería. Las enfermeras que observan al paciente con diabetes para determinar si está hipo o hiperglucémico, el paciente recién operado de una artroplastia de cadera por si sobreviene una hemorragia, o el paciente que acaba de sufrir una tiroidectomía por si tiene hipocalcemia, están sin duda ejerciendo una *vigilancia*. Sin embargo, nuestro lenguaje diagnóstico actual no incluye los términos adecuados para representar la identificación de estos riesgos, aún cuando este tipo de *vigilancia* sea esencial para enfermería y el mantenimiento de esta vigilia sea la razón fundamental por la cual estos pacientes sean confiados a nuestros cuidados. Proponemos que la definición de diagnósticos de enfermería se amplíe para incluir aquellas afecciones en las que la enfermera practica la *vigilancia*. A dichos diagnósticos se les podría llamar diagnósticos de *vigilancia*.

Un diagnóstico de *vigilancia*, al igual que los diagnósticos centrales más tradicionales, es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas potenciales o reales de salud o procesos vitales. Para el diagnóstico de *vigilancia* la enfermera es responsable de mantener la *vigilancia* profesional, *reconocer* (o diagnosticar) el problema, instaurar un control informado y rescatar al paciente si resulta necesario. Los diagnósticos de *vigilancia* son diagnósticos de riesgo: *Riesgo de hipoglucemia*, *riesgo de hemorragia*, *riesgo de un aumento de la presión intracraneal*, *riesgo de hipokalemia* y *riesgo de la aparición de una trombosis venosa profunda*, por citar tan sólo algunos. Dichos diagnósticos requieren una *vigilancia* profesional de enfermería y las consiguientes acciones de valoración, diagnóstico, intervención y evaluación por parte de las enfermeras.

Los diagnósticos de *vigilancia* no son diagnósticos médicos. Por ejemplo, la hipoglucemia es una respuesta fisiológica humana a toda una serie de condiciones o problemas: enfermedades genéticas que inhiben la producción de glucosa por el hígado, la cirrosis, la hepatitis, las reacciones a los medicamentos, el alcoholismo, y una administración exógena excesiva de insulina, por citar unos cuantos (Sommers, Johnson, & Beery, 2007). Utilizando los diagnósticos de *vigilancia* las enfermeras pueden intervenir adecuadamente y documentar que están "pendientes de". Y es responsabilidad del principal proveedor de atención sanitaria diagnosticar médicamente la verdadera afección que provoca la respuesta humana.

Los diagnósticos de *vigilancia* son de naturaleza semejante a los problemas de colaboración definidos por Carpenito-Moyet (2006) con una salvedad crucial: son *diagnósticos de enfermería* y, como tales, las enfermeras son legalmente responsables de mantener la *vigilancia* necesaria que les llevará a emitir el diagnóstico cuando sea necesario y a reconocer el momento en el que el riesgo se convierte en un problema real. Los diagnósticos de *vigilancia* nos permiten nombrar,



reclamar y, por ende, hacer visible la responsabilidad importantísima de la enfermería de mantener su disposición para rescatar los pacientes. Por otra parte, los diagnósticos de *vigilancia* nos permiten utilizar una terminología que resulte fácilmente inteligible por parte de todo el equipo de atención sanitaria. La enfermera del servicio de cirugía ortopédica; por ejemplo, puede identificar y reclamar la *vigilancia del Riesgo de síndrome compartimental* como diagnóstico de enfermería y no apoyarse en eufemismos del tipo *Riesgo de disfunción neurovascular periférica* que sólo entenderían los colegas de enfermería.

Una vez identificado un diagnóstico de *vigilancia*, las principales responsabilidades de la enfermería son la *vigilancia*, y una valoración detallada para determinar si y cuando la *disposición* para el rescate se ha convertido en una *necesidad* de hacerlo, como por ejemplo cuando el paciente esté verdaderamente hipoglucémico, sangrando o manifestando síntomas de aumento de la presión intracraneal. Esto es algo que requiere una valoración rápida de la respuesta, tomar decisiones y pasar a la acción. En muchas situaciones, cuando el paciente necesita rescate pueden ser necesarias las intervenciones de enfermería (administrar hidratos de carbono y proteínas a la persona con hipoglucemia), así como las intervenciones de otros profesionales (el cirujano que se lleva otra vez al quirófano al paciente con una hemorragia). Como ocurre con la mayoría de diagnósticos de enfermería, la responsabilidad sobre el resultado del diagnóstico variará. En algunos casos, la responsabilidad recaerá en la enfermera, como en el caso del paciente que no experimente una reacción hipoglucémica debido en parte a la monitorización e indicaciones que haya recibido de la enfermera. En otros casos, a una enfermera se le asignará parte de la responsabilidad si, por ejemplo, el paciente no fue rescatado en presencia de signos de hemorragia. En muchos casos, serán varios los profesionales sanitarios que compartan la responsabilidad del resultado definitivo.

Un estudio de la Taxonomía Internacional de NANDA II subraya el hecho de que los diagnósticos de *vigilancia* ocupen el lugar adecuado en nuestro sistema de clasificación de enfermería. Hay ámbitos y clases de nuestra taxonomía que presentan muchos huecos. Por ejemplo, el ámbito metabólico no está muy detallado; la digestión, la absorción y la función intertegumentaria están sin tocar. ¿Se debe ello a que a las enfermeras no les preocupan demasiado estos aspectos del funcionamiento humano o a que la definición actual de los diagnósticos de enfermería limita nuestra capacidad de designar los fenómenos para los cuales las enfermeras valoran e intervienen en estos campos? Creemos que se trata, más bien, de esto último. Si se adoptaran los diagnósticos de *vigilancia*, conseguiríamos que nuestro lenguaje reflejara mejor la profundidad y el alcance de la práctica enfermera.

Aunque haya diagnósticos de riesgo, los diagnósticos de *vigilancia* difieren en un aspecto importante de dichos diagnósticos de riesgo del sistema actual de clasificación de NANDA Internacional. Los diagnósticos actuales de riesgo incluyen factores de riesgo pero no características definitorias ya que el problema, en realidad, no existe y, por consiguiente, en este momento no presenta síntomas. Los diagnósticos de *vigilancia* han de contar con unos criterios de *vigilancia*, una lista de signos y síntomas que orienten la *vigilancia* de la enfermera. Por ejemplo, el riesgo de *hipoglucemia* incluye criterios de *vigilancia* como el hambre, la cefalea, las náuseas, temblores, nerviosismo, irritabilidad, nivel decreciente de consciencia que lleva al síncope, palidez, sudoración y una glucosa en sangre inferior a 70. La inclusión de criterios de *vigilancia* es un activo importante para la documentación en los sistemas informatizados y también para proporcionar a las enfermeras unos criterios de comparación que les permitan realizar sus observaciones y valoraciones. Identificar unos criterios de *vigilancia* también resulta útil para los investigadores y todos los que se dedican a actividades de mejora de la calidad.



Los diagnósticos de enfermería son representaciones tangibles del trabajo intelectual de enfermería. Pero si vinculamos inexorablemente el diagnóstico con la responsabilidad de conseguir unos resultados, resultará imposible que nuestra estructura diagnóstica pueda recoger la profundidad y alcance de nuestra práctica enfermera. Así pues, proponemos que se contemple la posibilidad de una nueva definición de los diagnósticos de enfermería:

El término *diagnóstico de enfermería* hace referencia a dos tipos de juicios clínicos que las enfermeras emiten sobre las respuestas que el individuo, la familia y la comunidad dan a problemas de salud o procesos vitales reales o posibles. Para los diagnósticos *centrales*, la enfermera es responsable de diseñar un plan de atención que incluya a otros profesionales de la salud, según sea necesario, para conseguir los objetivos deseados. Para los diagnósticos de *vigilancia*, la enfermera será la responsable de identificar los problemas y monitorizar las respuestas del cliente para detectar el inicio del problema o un cambio de situación y ejecutar las intervenciones oportunas, incluyendo el rescate, cuando quiera que sea necesario.

Utilizar los diagnósticos de *vigilancia*, conjuntamente con los diagnósticos centrales de carácter más tradicional, nos permitirá describir más exhaustivamente la *vigilancia* que constituye la esencia de la enfermería. Es vital que dispongamos de los medios necesarios para documentar el trabajo mental de la enfermería a fin de poder transmitir de una forma más completa la aportación específica de la enfermería al cuidado del paciente, agregar y analizar los datos de enfermería y facilitar la remuneración de la actividad realizada por ésta. En este sentido, estaremos encantados de mantener un diálogo continuado sobre el tema.

Contactos con el autor: [meverga@slu.edu](mailto:meverga@slu.edu)

#### Bibliografía:

- American Nurses' Association (ANA) (2003) *Nursing's Social policy statement* (2<sup>nd</sup> de.). Washington, DC: Author.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2006). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Clarke, S.P. & Aiken, L.H. (2003). Failure to rescue. *American Journal of Nursing*, 103 (1), 42-47.
- Fjortoft, N., & Zgarrick, D. (2003). An assessment of pharmacists' caring ability. *Journal of the American Pharmacists Association*, 43(4), 483-487.
- Harmer, B., & Henderson, V. (1939). *Textbook of the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan.
- Lavin, M. A., Avant, K., Warren, J., Craft-Rosenberg, M., & Braden, J. (2003). *The National Center for Vital and Health Statistics (NCVHS) patient medical record information (PMRI) terminology questionnaire: Response of NANDA International*. Unpublished report submitted to the Subcommittee on Standards and Security on February 14, 2003.
- Leininger, M. (Ed.). (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett.
- McLeod, M. E. (2003). The caring physician: A journey of self-explorations and self-care. *American Journal of Gastroenterology*, 98 (10), 2135-2138.
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: The essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*. Retrieved June 20, 2005, from [http://nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22\\_6.htm](http://nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_6.htm) on
- NANDA. (2005). *Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2005-2006*. Philadelphia: Author.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York: Dover.
- Ries, E. (2003). The art and architecture of caring. *PT—Magazine of Physical Therapy*, 11 (4),



36-43.

- Romanello, M., & Knight-Abowitz, K. (2000). The "ethic of care" in physical therapy practice and education: Challenges and opportunities. *Journal of Physical Therapy Education*, 14 (3), 20-25.
- Sommers, M. S., Johnson, S. A., & Beery, T. A. (2007). *Diseases and disorders: A nursing therapeutics manual* (3rd ed). Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (Ed.). (1994). *Applying the art and science of human caring*. New York: National League for Nursing Press.
- Wright-St. Clair, V. (2001). 2000 NZAOT Frances Rutherford Lecture. Caring: The moral motivation for good occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48 (4), 187-199.



# Diagnóstico Enfermero: Qué es y qué no es.

Capítulo 4 del libro: *Diagnósticos de Enfermería: Aplicación a la práctica clínica*

Linda Juall Carpenito-Moyet

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer el capítulo, el estudiante debería ser capaz de responder las cuestiones siguientes:

1. ¿Qué es el modelo bifocal de Práctica clínica?
2. ¿En qué se diferencian los diagnósticos enfermeros de los de colaboración?
3. ¿Cómo se formulan los problemas de colaboración?
4. ¿La monitorización es una intervención?

Tal como se discutió en el capítulo 2, la definición oficial de NANDA de diagnóstico enfermero fue revisada en el año 2008: “El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o procesos de vida. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras que facilitarán la consecución de los resultados (de los que la enfermera es responsable) en los que la enfermera tiene la responsabilidad (NANDA, 2008)

Incluso añadiendo este cambio, existen otras situaciones clínicas – aquellas que no son cubiertas por los diagnósticos enfermeros. ¿Dónde se contemplan estas situaciones desde el punto de vista de la práctica enfermera? ¿Qué ocurre en las situaciones clínicas en las que tanto las enfermeras como los médicos deben prescribir intervenciones para la consecución de los resultados? ¿Qué ocurre en aquellas situaciones en las que no se puede formular un diagnóstico enfermero, pero las enfermeras son responsables de las intervenciones y la monitorización?

## Colaboración con otras disciplinas

La práctica enfermera requiere el desarrollo de tres tipos diferentes de responsabilidades:

1. Validar los diagnósticos enfermeros, proporcionar intervenciones para tratar y evaluar el progreso.
2. Monitorizar la inestabilidad fisiológica y colaborar con médicos y enfermeras de práctica avanzada, que determinan el tratamiento médico.
3. Consultar con otras disciplinas (Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, servicios sociales, fisioterapeutas respiratorios, farmacéuticos) para ampliar la experiencia en la provisión de cuidados a un determinado cliente.

Cuando las enfermeras colaboran con otras disciplinas como fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas nutricionales, fisioterapeutas respiratorios, servicios sociales, estas disciplinas deben ofrecer recomendaciones para el manejo de los problemas. Las recomendaciones pueden ser comunicadas de manera informal a la enfermera que decidirá si incluirlas en el plan de cuidados o bien prescritas por la disciplina correspondiente y registradas en la hoja de prescripciones según la política institucional.

## MODELO BIFOCAL DE PRÁCTICA CLÍNICA

En 1983, Carpenito introduce un modelo para la práctica que describe el enfoque clínico de la enfermería profesional que debe ser añadido a los diagnósticos NANDA. Este *modelo bifocal de práctica clínica* identifica las dos situaciones clínicas en que las enfermeras intervienen: Una como prescriptora primaria y la otra en colaboración con los médicos. Este modelo no sólo organiza el enfoque de la práctica enfermera, también ayuda a diferenciar la enfermería de otras disciplinas de la salud.

El conocimiento enfermero procede de varias disciplinas, como biología, medicina, farmacología, psicología, nutrición, y fisioterapia. La enfermería difiere de otras disciplinas por su amplio





abanico de conocimientos.

Ciertamente, los nutricionistas poseerán más experiencia en el campo de la nutrición, y los farmacéuticos en el campo de la terapéutica, que las enfermeras. Pero la enfermera aporta unos conocimientos sobre nutrición y farmacología en la interacción con el paciente, que son suficientes en la mayoría de situaciones clínicas. (Y cuando el conocimiento de la enfermera es insuficiente, ésta contacta con las diferentes disciplinas para realizar una consulta).

Ninguna otra disciplina posee esta amplia base de conocimientos, lo cual posiblemente explica el por qué los intentos pasados de sustituir la enfermería por otras disciplinas ha resultado finalmente, costoso e inútil. Por esta razón, cualquier modelo factible para la práctica enfermera debe contemplar toda la variedad de situaciones en las que la enfermera interviene, identificando al mismo tiempo situaciones, que personal no enfermero debe resolver.

La enfermera prescribe intervenciones y trata las *respuestas* de individuos y grupos. Las situaciones en que lo hace pueden agruparse en cinco categorías:

1. Fisiopatológicas (ejemplo, infarto de miocardio, personalidad borderline, quemaduras)
2. Relacionadas con el tratamiento (ejemplo, terapia con anticoagulantes, diálisis, arteriografías)
3. Personales (ejemplo, muerte, divorcio, cambios de residencia)
4. Relacionadas con el entorno (ejemplo, escuelas sobreesaturadas, ausencia de barandillas en las escaleras, roedores)
5. De maduración (ejemplo, presión de los compañeros, paternidad, envejecimiento)

El modelo bifocal de la práctica clínica identifica estas respuestas como *diagnósticos enfermeros o problemas de colaboración*. Juntos, los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración representan el abanico de situaciones en las que los cuidados enfermeros son necesarios. Las asunciones mayores del modelo bifocal de práctica clínica son:

**Cliente.** El término cliente puede referirse a un individuo, una familia, parientes, un grupo, una comunidad.

- Tiene el poder de curarse a si mismo.
- Interrelaciona de forma continua con el entorno.
- Toma decisiones según sus prioridades individuales.
- Es un todo unificado que busca un equilibrio.
- Tiene valor y dignidad individuales.
- Es un experto en su propia salud.

### Salud.

- Es un estado dinámico, en cambio constante.
- Es definida por el cliente.
- Es una expresión del bienestar óptimo.
- Es responsabilidad del cliente.

### Entorno

- Representa factores externos, situaciones y personas que influyen o son influenciados por el cliente.
- Incluye el entorno físico y ecológico, situaciones de vida y tratamientos.

### Enfermería

- Los clientes acuden a las enfermeras cuando necesitan asistencia para mejorar, ¿Redefinir el diagnóstico enfermero?: ¡Mamma mia!!



- restaurar, o mantener la salud o tener una muerte en paz (Henderson & Nite, 1960).
- Asegura que el cliente dispone de la información necesaria para otorgar el consentimiento informado.
- Apoya al cliente en su derecho a rehusar las recomendaciones.
- Implica al cliente para que asuma la responsabilidad en las decisiones sobre su propio cuidado y los tratamientos que implica.
- Reduce o elimina los factores ambientales que pueden comprometer o comprometen el funcionamiento.

### **Entender los problemas de colaboración**

Carpenito (1999) define los problemas de colaboración como:

*Ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras monitorizan con la finalidad de detectar el inicio de cambios o los cambios en el estado. Las enfermeras manejan los problemas de colaboración usando intervenciones prescritas por el médico e intervenciones prescritas por la enfermera para minimizar las complicaciones de los procesos.*

La palabra *ciertas* clarifica que todas las complicaciones fisiológicas no son problemas de colaboración. Si la enfermera puede prevenir el inicio de la complicación o proporcionar el tratamiento primario para ella, entonces el diagnóstico es un diagnóstico enfermero. Por ejemplo:

### **Prevención versus detección**

Las enfermeras pueden prevenir algunas complicaciones fisiológicas como las úlceras por presión y la infección de los catéteres. La prevención es diferente a la detección. Las enfermeras no previenen la hemorragia o las convulsiones; en cambio, monitorizan al paciente para detectar su aparición de forma precoz con la finalidad de prevenir un aumento en la gravedad de las complicaciones, o incluso la muerte. Los médicos no pueden tratar los problemas de colaboración sin el conocimiento, vigilancia y juicio enfermeros. En los problemas de colaboración, las enfermeras instauran órdenes como cambios posturales, enseñanza al paciente, o protocolos específicos además de la monitorización.

Al contrario de los diagnósticos médicos, los diagnósticos enfermeros representan situaciones que son de manera primaria, responsabilidad de las enfermeras, que diagnostican el inicio y gestionan los cambios en el estado de la persona. Cuando una situación no requiere gestión o manejo enfermero, el cliente es dado de alta de los cuidados enfermeros.

En los problemas de colaboración, la enfermera actúa monitorizando el inicio o el cambio en el estado de las complicaciones fisiológicas y en dando respuesta a esos cambios, usando intervenciones prescritas por el médico y por la enfermera. La enfermera toma decisiones independientes tanto en el caso de los problemas de colaboración como en el caso de los diagnósticos enfermeros. La diferencia estriba en que en el caso de los diagnósticos enfermeros, la enfermera prescribe el tratamiento definitivo para conseguir los resultados esperados; por el contrario, en el caso de los problemas de colaboración, la prescripción del tratamiento definitivo corre a cargo de ambos, médico y enfermera.

Incluso aunque la enfermera no pueda prevenir el sangrado, su detección precoz prevendrá la hemorragia. Por tanto, para los problemas de colaboración, las enfermeras pueden detectar el inicio de un problema fisiológico como el sangrado o la disminución de la diuresis. La enfermera también puede monitorizar los cambios en un problema que ya existe como la hipertensión o la neumonía.



## ALERTA DE CARPENITO

Dado que cada cliente es único, la identificación del diagnóstico enfermero, a menudo es más difícil que la identificación de los problemas de colaboración. Sin embargo, esto no significa, que los diagnósticos enfermeros sean más importantes. La situación particular de cada cliente es lo que determina la importancia.

### Formulación del diagnóstico de los problemas de colaboración

Todos los problemas de colaboración empiezan con la etiqueta diagnóstica *Riesgo de complicación de* (o *RC de*) o *Riesgo de complicaciones de*. Por ejemplo:

- Riesgo de Complicación de Fallo Renal.
- Riesgo de Complicación de Úlcera Péptica.
- Riesgo de Complicaciones del Asma.

Esta etiqueta indica que el enfoque enfermero se centra en la reducción de la gravedad de ciertos factores fisiológicos o situaciones. Por ejemplo, en el **Riesgo de Complicación de Hipertensión** la enfermera indica que el paciente tiene un alto riesgo de hipertensión. Si la persona ya es hipertensa, entonces el problema debe ser etiquetado como **Riesgo de Complicaciones de la Hipertensión**. En ambos casos, la enfermera recibirá un informe sobre el estado del problema de colaboración o procederá a valorar la presión arterial del cliente. A continuación se ilustra la diferencia.

Si la enfermera está manejando una categoría o grupo de complicaciones, puede registrar los problemas de colaboración de forma conjunta:

- Riesgo de Complicación de Disfunción Cardíaca.
- Riesgo de Complicaciones de la Inserción de un Marcapasos.

La enfermera puede también nombrar el problema de colaboración de manera que se pueda identificar una causa específica, por ejemplo: *Riesgo de Complicación de Hiperglicemia relacionado con Tratamiento de larga duración con Corticoesteroides*. En muchos casos, sin embargo, es innecesario establecer esa relación.

## ALERTA DE CARPENITO

Cuando formula problemas de colaboración, la enfermera debe asegurarse de que no omite la fórmula *Riesgo de Complicación de*. Esta fórmula designa que se requieren intervenciones prescritas por la enfermera para el tratamiento. Sin la fórmula, el problema de colaboración se puede confundir con un diagnóstico médico, en cuyo caso la participación de la enfermera está subordinada al médico, que es el profesional que tiene la responsabilidad primaria sobre el diagnóstico y tratamiento de las condiciones médicas.

### Diferenciación de Diagnósticos Enfermeros y Problemas de Colaboración

Tanto los diagnósticos enfermeros como los problemas de colaboración incluyen todas las etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Pero en cada caso se requiere una aproximación diferente por parte de la enfermera.

### Valoración y Diagnóstico

En el caso de los diagnósticos enfermeros, la valoración implica la recogida de datos que permitan identificar signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería reales o los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería de alto riesgo. En el caso de los problemas de colaboración, la valoración se centra en la determinación de la estabilidad fisiológica o el riesgo de inestabilidad. La enfermera identifica un problema de colaboración cuando ciertas situaciones



incrementan la vulnerabilidad del cliente o cuando el cliente ha experimentado una complicación. Los problemas de colaboración se asocian a menudo a patología o tratamientos específicos. Por ejemplo, todos los clientes que han sufrido una cirugía abdominal presentan cierto riesgo de padecer problemas del tipo hemorragia y retención urinaria. Se requiere conocimiento enfermero experto para valorar el riesgo específico de un determinado paciente de padecer uno de esos problemas e identificarlos de manera precoz con la finalidad de prevenir complicaciones y la muerte.

Los diagnósticos médicos no son una formulación útil de los problemas del cliente desde el punto de vista de la enfermera. Por ejemplo, diabetes mellitus no es el centro del problema. En su lugar se utiliza hipoglicemia o hiperglicemia. Algunas veces, el diagnóstico médico y los problemas de colaboración utilizan la misma terminología, como en el caso de las convulsiones o la hipercalcemia. La clave es: ¿Puede la enfermera monitorizar esa condición? La enfermera monitoriza la hiper- o hipoglicemia, pero no la diabetes mellitus.

### Objetivos

Los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración tienen diferentes implicaciones para los objetivos. Bulechek y McCloskey (1985) definen los *objetivos* como “-indicadores para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para la evaluación de las intervenciones enfermeras”. Estas autoras continúan diciendo que “- deben existir relaciones identificables, preparadas para ser usadas y lógicas entre los diagnósticos y el plan de cuidados, y las actividades prescritas deben ayudar al cliente a alcanzar los resultados esperados”.

Por lo tanto, los objetivos y las intervenciones pueden ser críticas en la diferenciación de los diagnósticos enfermeros de los problemas de colaboración que las enfermeras tratan.

### Ejercicio Interactivo 4.1

Usted lee en el plan de cuidados lo siguiente:

*Riesgo de disminución del volumen de líquidos durante la cirugía y posible hemorragia postoperatoria.*

**Objetivo:** el cliente presentará una TA y pulso dentro de los límites de la normalidad y ningún signo de sangrado.

#### Intervenciones:

1. Ingesta de líquidos.
2. Signos vitales horarios.
3. Vigilancia de los apósitos para encontrar signos y síntomas de sangrado.
4. Control de diuresis horario.
5. Avisar al médico de los cambios cuando sea necesario.

Durante el cuidado de este cliente, la diuresis disminuye y la frecuencia cardíaca aumenta. ¿Qué haría? (La respuesta al final del capítulo)

Los objetivos del cliente no son apropiados en el caso de los problemas de colaboración. Estos representan criterios que la enfermera no puede usar para evaluar la efectividad o la adecuación de las intervenciones enfermeras. Los problemas de colaboración también tienen objetivos enfermeros. Por ejemplo:

- RC de Hipoglicemia

#### Objetivo de la Enfermera

La enfermera monitorizará los parámetros necesarios para identificar signos precoces de hipoglicemia y colaborará en la estabilización del cliente.

#### Indicadores

Nivel de glucosa en sangre en ayunas

70 – 110 mg/dL

Consciente y orientado

Los indicadores se usan como criterios de monitorización.



¿Redefinir el diagnóstico enfermero?: ¡Mamma mia!!

© AENTDE. Murcia, VII Jornadas de trabajo AENTDE. 2009

## Intervenciones

Las intervenciones enfermeras se pueden clasificar en dos tipos: Intervenciones prescritas por la enfermera e Intervenciones prescritas por el médico (*delegadas*). Independientemente del tipo, todas las intervenciones enfermeras requieren un juicio enfermero inteligente ya que la enfermera es responsable legalmente de intervenir de forma adecuada.

Tanto en el caso de los diagnósticos enfermeros como en el de los problemas de colaboración, la enfermera toma decisiones independientes en relación a las intervenciones enfermeras. Sin embargo, la naturaleza de las decisiones difiere. En el caso de los diagnósticos enfermeros, la enfermera prescribe de forma independiente el tratamiento primario para la consecución de los objetivos. En cambio, en el caso de los problemas de colaboración, la enfermera, de acuerdo con el médico implementa intervenciones prescritas por él así como intervenciones prescritas por la propia enfermera.

*Tratamiento primario:* Describe aquellas intervenciones que son responsables de forma prioritaria del éxito en la consecución de los resultados. Sin embargo, éstas no son las únicas intervenciones que se usan en el tratamiento de la situación diagnosticada. Por ejemplo, Las intervenciones necesarias en un cliente que presenta el diagnóstico enfermero de *Deterioro de la Movilidad Física relacionada con dolor en la incisión* deberían incluir las siguientes:

- Explicar la necesidad del movimiento y la ambulación.
- Enseñar al cliente como sujetar la incisión antes de toser, respirar profundamente, sentarse, o darse la vuelta en la cama.
- Si la medicación analgésica está pautada según el nivel del dolor instruir al cliente para que la demande tan pronto como el dolor reaparezca.
- Evaluar si el alivio de dolor es satisfactorio; si no lo es, contactar con el médico para aumentar la dosificación o disminuir el intervalo entre dosis.
- Planificar las actividades, el baño y la ambulación cuando los niveles de confort del cliente son más adecuados.
- Discutir y negociar los objetivos de ambulación con el cliente.

Todas éstas son intervenciones prescritas por la enfermera. Una intervención prescrita por el médico para este cliente sería: Demerol 75 mg IM/4h. Esta medicación es importante para gestionar el dolor postoperatorio del cliente; Sin embargo, por si solo no puede considerarse un tratamiento primario.

## Monitorización VS Prevención

¿Es la Monitorización una intervención? Las intervenciones van dirigidas a mejorar las condiciones de una persona o a prevenir un problema. *Monitorizar* implica recoger de forma continua datos seleccionados con la finalidad de evaluar si la condición del paciente ha cambiado (mejorado, empeorado, no mejorado, o permanece en el rango de la normalidad). La monitorización no mejora la salud del paciente o previene un problema; en cambio, proporciona la información necesaria para determinar *si se necesitan intervenciones y en ese caso, qué tipos de intervenciones* son necesarias. La monitorización detecta problemas. Está asociada a cada tipo de diagnóstico enfermero y problema de colaboración:

- Para los diagnósticos enfermeros reales – Monitorizar la condición del paciente para detectar la mejoría.
- Para los diagnósticos enfermeros de riesgo – Monitorizar la aparición de signos del problema.
- Para los diagnósticos de salud – Monitorizar la participación del cliente en los cambios de estilo de vida.
- Para los problemas de colaboración – Monitorizar el inicio o cambio en el estado de un problema.

La monitorización no es una intervención, pero es una actividad.



<b>Las enfermeras previenen</b>	<b>Diagnósticos enfermeros</b>
Úlceras por presión	<i>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</i>
Tromboflebitis	<i>Riesgo de perfusión tisular periférica inefectiva</i>
Complicaciones de la inmovilidad	<i>Síndrome del desuso</i>
Aspiración	<i>Riesgo de aspiración</i>
<b>Las enfermeras tratan</b>	<b>Diagnósticos enfermeros</b>
Estados I o II de las úlceras por presión	<i>Deterioro de la integridad cutánea</i>
Problemas de deglución	<i>Deterioro de la deglución</i>
Tos inefectiva	<i>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</i>
<b>Las enfermeras no pueden prevenir</b>	<b>Problemas de colaboración</b>
Convulsiones	Convulsión
Sangrado	Sangrado

### ALERTA DE CARPENITO

Otras disciplinas no pueden añadir intervenciones al plan de cuidados a no ser que éste sea multidisciplinar. Estas intervenciones en un plan de cuidados multidisciplinar indicarían el cuidado que cada disciplina proporciona.

Cuando el plan de cuidados no es multidisciplinar y el fisioterapeuta realiza algunas recomendaciones sobre las intervenciones enfermeras para un cliente, la enfermera determinará si esas intervenciones se van a añadir al plan de cuidados.

Esto es lo mismo que cuando un médico pide una interconsulta a un especialista para visitar un paciente. El especialista no escribe órdenes para el cliente, sino que comunica sus recomendaciones en un informe de consulta. Esta es una distinción muy importante. Antes de añadir las intervenciones que debe realizar la enfermera en un plan de cuidados, ésta debe valorar los recursos disponibles y la adecuación para el cliente en esta situación. Cuando las enfermeras colaboran con el médico, para tratar conjuntamente los problemas, el médico prescribe tratamientos, estudios diagnósticos y terapias. Estas prescripciones no son opcionales. Son legales. Si la enfermera disiente con las prescripciones para el cliente, debe discutir las con el médico y/o la supervisora. Igual que ocurre en cualquier relación de colaboración, las funciones y las actividades a veces se superponen.

**Tabla 4-1 Diagnósticos Enfermeros y Problemas de Colaboración**

	<b>Los diagnósticos enfermeros</b>	<b>Los problemas de colaboración</b>
Valoración	Requieren la recogida de datos sobre los factores de riesgo (Diagnósticos de riesgo) ó signos/síntomas de Diagnósticos Enfermeros reales	No necesitan valoración específica Porque algunos problemas de colaboración se resolverán cuando ciertas condiciones médicas tratamientos o estudios diagnósticos hagan que el cliente tenga un alto riesgo de ocurrencia de una complicación potencial
Enfoque de las Intervenciones	Prevenir el riesgo de Diagnósticos enfermeros Reducir o eliminar un Diagnóstico Enfermero real	Monitorizar la inestabilidad física. Instaurar intervenciones enfermeras para minimizar la gravedad de complicaciones. Consultar con el médico las órdenes médicas para el paciente



## Ejercicio Interactivo 4.2

### Estudio de caso 1

El Sr. Smith de 35 años de edad es ingresado por una posible conmoción cerebral después de un accidente de tráfico, con una orden médica de dieta líquida y valoración neurológica cada hora. Al ingreso, la enfermera registra la información siguiente:

- Consciente y orientado.
- Pupilas 6 mm, iguales y reactivas a la luz.
- TA 120/72, pulso 84, frecuencia respiratoria 20, temperatura 37,2 °C.

Dos horas después, la enfermera realiza el registro siguiente en el curso de enfermería:

- Vómitos.
- Inquietud.
- Pupilas 6 mm, iguales, reducción de la respuesta a la luz.
- TA 140/60, pulso 65, frecuencia respiratoria 12, temperatura 37,2 °C.

**Problema:** Posible aumento de la Presión Intracraneal (PIC)

Responda a las siguientes cuestiones:

P: ¿Puede la enfermera prescribir de forma legal las intervenciones primarias para conseguir el objetivo del cliente (Que sería la reversión del aumento de la PIC)?

P: ¿Se necesitan intervenciones médicas y enfermeras para conseguir el objetivo? (Respuesta al final del capítulo)

### Estudio de caso 2

El Sr. Green, de 45 años de edad, es portador de una incisión por colecistectomía (día 10º de postoperatorio) que no se está curando y que presenta un drenaje continuo y purulento. El cuidado enfermero consiste en:

- Inspección y limpieza de la incisión y la zona circundante cada 8h.
- Aplicación de bolsa.
- Promoción de una óptima nutrición e hidratación para fomentar la curación.

**Problema:** Tejido circundante en riesgo de erosión.

Responda a las siguientes cuestiones:

Q: ¿Puede la enfermera ordenar las intervenciones definitivas para conseguir el objetivo del cliente (que sería mantener la piel circundante intacta)? (Respuesta al final del capítulo)

## Evaluación

La enfermera evalúa el estado y la evolución del cliente de forma diferente en el caso de los diagnósticos enfermeros y de los problemas de colaboración. Cuando la enfermera evalúa un diagnóstico enfermero:

- Valora el estado del paciente.
- Compara sus respuestas con los objetivos.
- Concluye si el cliente está progresando hacia la consecución del resultado.

Por ejemplo, un cliente tiene el siguiente objetivo:

- Caminará 100m con ayuda, el día 18 de Junio.

Hoy, que es día 16 de Junio, el cliente camina 75m con ayuda.

La enfermera concluye que está evolucionando hacia la consecución del objetivo el día 18 de Junio.

La enfermera puede registrar esta evaluación en el registro del curso de enfermería.

Por el contrario, para evaluar los problemas de colaboración, la enfermera:

- Recoge los datos específicos.
- Compara los datos con las normas establecidas.
- Juzga si los datos se encuentran en un rango aceptable.

Por ejemplo, un cliente tiene como objetivo de enfermería:

- La enfermera detectará de forma precoz signos/síntomas de neumonía e intervendrá de



¿Redefinir el diagnóstico enfermero?: ¡Mamma mia!!

© AENTDE. Murcia, VII Jornadas de trabajo AENTDE. 2009

forma colaborativa para estabilizar el cliente.

### Indicadores

Respiración 16–20 por minuto, sonidos respiratorios en ambos hemotórax, no existen sonidos adventicios.

Saturación de oxígeno (pulsioximetría) >95

Los datos clínicos de hoy son frecuencia respiratoria 18, sonidos respiratorios en ambos hemitórax, ausencia de sonidos adventicios y pulsioximetría 98. La enfermera concluye que el cliente está estable.

La enfermera registra los datos de valoración de los problemas de colaboración en el curso del cliente si los hallazgos son significativos. La enfermera evalúa si el problema de colaboración ha mejorado, ha empeorado, está estable, o no se ha modificado. También notifica al médico si son necesarios cambios en el tratamiento.

Por tanto, la evaluación de los diagnósticos enfermeros se centra en el progreso hacia la consecución de los resultados, mientras que la evaluación de los problemas de colaboración se centra en el estado del cliente por comparación a las normas establecidas.

### Resumen

Según Wallace y Ivey (1989), “comprender qué diagnósticos enfermeros son más efectivos y las situaciones en las que el término problema de colaboración se ajusta mejor, ayuda a agrupar la cantidad de información que la enfermera necesita considerar”. El modelo bifocal de práctica clínica proporciona una estructura para facilitar esta comprensión. Esto contribuye a la diferenciación de la enfermería de otras disciplinas de salud, proporcionando, al mismo tiempo una descripción lógica para las enfermeras sobre cuál es el enfoque de la enfermería clínica.

### Respuestas a los ejercicios interactivos

#### 4.1

Avisar al médico, ya que las intervenciones requeridas son tratamientos médicos. Esta situación no es un diagnóstico enfermero, ya que las enfermeras no ordenan el tratamiento requerido. Como problema de colaboración, sería mejor describirlo como en Riesgo de *Complicación de Sangrado*. Un objetivo podría ser “La enfermera monitorizará y gestionará los cambio en el estado”.

#### 4.2

##### Estudio de Caso 1

1. No, las enfermeras, definitivamente no tratan o previenen el aumento de PIC. Colaboran con el médico en el tratamiento definitivo.
2. Si, se necesitan intervenciones médicas y enfermeras.

↓

Si

↓

Problema de Colaboración

#### Riesgo de Complicación Aumento de la Presión Intracraneal

	Riesgo de Complicación	Aumento de la Presión Intracraneal
	↓	↓
Prescribe e implementa intervenciones en el dominio de la enfermería	Monitoriza y evalúa el estado del cliente	Implementa las órdenes prescritas por el médico

En esta situación, la enfermera monitorizará para detectar un aumento de la PIC. La enfermera prescribe también intervenciones que reducen la PIC, pero estas intervenciones no se consideran





primarias y deben ir acompañadas por los tratamientos prescritos por el médico. Este problema es responsabilidad conjunta de médico y enfermera.

### *Estudio de Caso 2*

Si, la enfermera prescribe intervenciones que prevendrán la erosión de la piel como resultado del drenaje de la herida.



Diagnóstico Enfermero



*Riesgo de deterioro de la integridad de la piel relacionado con drenaje purulento de la herida.*

En esta situación, la enfermera prescribirá intervenciones para preservar la piel adyacente. No es necesaria una colaboración con el médico.

Dado que cada cliente es único, el desarrollo de criterios exclusivos que diferencien en todo momento los diagnósticos enfermeros de otros problemas del paciente es difícil. La decisión final de usar o no una etiqueta de diagnóstico enfermero es responsabilidad de cada enfermera hasta que se desarrollen y prueben características definitorias para cada diagnóstico mucho más específicas



# Los retos del Diagnóstico Enfermero: Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español

Rosa González Gutiérrez-Solana Presidenta de AENTDE. Junta de AENTDE

## I. Introducción

De todos es conocida la importancia de la taxonomía NANDA en el desarrollo e implantación de los Diagnósticos Enfermeros en España. Actualmente en todas las Universidades del estado español se estudia, en el currículo básico de enfermería; está incorporada en la base de conocimientos de los sistemas informatizados y es utilizada en la práctica clínica, si bien de forma desigual, en todo el país.

Durante todos estos años, las enfermeras españolas hemos seguido la evolución de esta taxonomía con mucho interés, hemos alabado y/o criticado cada uno de los diagnósticos que se han ido incorporando, y hemos sufrido en muchas ocasiones sus traducciones. Los docentes, tanto en las Universidades como en los programas de Formación Continuada, hemos respetado la taxonomía, realizando recomendaciones para su uso. Cada vez que aparecía un diagnóstico que en nuestro contexto entraba en contradicción con la definición de diagnóstico enfermero, hemos recomendado su no utilización, explicando que el contexto de cada país es el que debe justificar su utilización o no como diagnóstico enfermero.

AENTDE que inicio su andadura en 1996 con el propósito de fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, y de agrupar a todos los enfermeros interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre los profesionales de Enfermería, ha apostado por esta taxonomía diagnóstica realizando traducciones de sus etiquetas, difundiendo a través de sus Congresos los nuevos diagnósticos o modificaciones en su taxonomía e incluso alguno de los miembros de su Junta Directiva se ha incorporado en NANDA Internacional como miembros del Comité para la Taxonomía.

En el Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classification del 2008 ( Enero/ Marzo), la doctora Herman, explicaba los debates que se habían producido, durante una reunión conjunta de los Comités de Taxonomía, Informática, y Desarrollo de Diagnósticos (DDC), con respecto a la definición actual del diagnóstico de enfermería y en el que se debatieron y plantearon a fondo los “diagnósticos fisiológicos” y los “diagnósticos de vigilancia”.

Ante la propuesta de incorporación de un diagnóstico fisiológico como “*Desequilibrio electrolítico*”, los miembros del DDC, se hacían la pregunta que sistemáticamente nos hemos hecho muchas enfermeras españolas, ante otros diagnósticos similares de la actual taxonomía. *¿ Cumple este diagnóstico los requisitos de la definición de un diagnóstico de enfermería? ¿ Es realmente un diagnóstico enfermero?.*

Como ustedes podrán concluir, este diagnóstico, no se adapta a la definición de diagnóstico enfermero, dado que la selección de intervenciones para corregir el desequilibrio electrolítico, requieren de la prescripción médica.

Del resultado de estos debates y otros posteriores en el Comité Directivo de NANDA, surge la propuesta de crear un debate de mayor extensión y consenso, sobre la posibilidad de modificar la definición de diagnóstico enfermero.



## II. Estudio de la validez de la taxonomía II de NANDA en España.

En septiembre de 2001, la junta directiva de AENTDE se propuso comenzar a estudiar la validez de la taxonomía II de NANDA en España.

Basándose en la estructura metodológica del modelo de Fehring se propusieron cuatro facetas de la validez de contenido que denominaremos "validez intrínseca" de las etiquetas diagnósticas. Las facetas que componen esta validez intrínseca son:

- **Claridad de la etiqueta**: La etiqueta es inteligible y fácil de comprender
- **Claridad de la definición**: La definición es inteligible y fácil de comprender
- **Coherencia**: La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta y
- **Capacidad de intervención**: La enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional.

En el caso que nos ocupa la propiedad que nos permite conocer la diferencia entre diagnóstico enfermero y problema interdependiente (según la definición de Diagnóstico enfermero NANDA 9º Congreso. 1990) se trata de la **capacidad de intervención**.

Los valores que puede asumir para esta faceta son:

- 1, ninguna capacidad de intervención independiente;
- 2, poca capacidad de intervención independiente;
- 3, alguna capacidad de intervención independiente;
- 4, bastante capacidad de intervención independiente; y
- 5, mucha capacidad de intervención independiente.

Para cada faceta se calcula un coeficiente ponderado. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.

Así cuando el coeficiente ponderado de capacidad de intervención es inferior a 0,5 podemos afirmar que el problema analizado se abordaría desde una perspectiva de colaboración con otros profesionales. Si la puntuación del coeficiente de capacidad de intervención se sitúa entre 0,5 y 0,75 sería un problema que puede tener intervenciones prescritas autónomamente por las enfermeras, y si es mayor a 0,75 lo consideraríamos claramente un diagnóstico enfermero.

Los resultados del estudio nos indican que:

- 108 etiquetas diagnósticas tienen un coeficiente ponderado de capacidad de intervención mayor a 0,6
- 30 etiquetas tienen un coeficiente ponderado entre 0,6 y 0,5
- 14 etiquetas tienen un coeficiente ponderado entre 0,5 y 0,3 y
- 3 etiquetas tienen un coeficiente muy bajo.

De este estudio se identificaron las siguientes etiquetas con capacidad de intervención inferior a 0,5:



Diagnóstico enfermero	Coefficiente Capacidad de intervención
Retraso en la recuperación quirúrgica	0,48
Automutilación	0,47
Deterioro de la dentición	0,47
Perturbación Del Campo De Energía.	0,47
Riesgo de disreflexia autónoma	0,47
Privación de sueño	0,46
Respuesta disfuncional al destete del respirador	0,46
Retraso en el crecimiento y desarrollo	0,46
Patrón respiratorio ineficaz	0,45
Riesgo de crecimiento desproporcionado	0,44
Trastorno De La Identidad Personal	0,41
Deterioro del intercambio gaseoso	0,37
Disreflexia autónoma	0,36
Dificultad para mantener la ventilación espontánea	0,33
Perfusión tisular ineficaz (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	0,28
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0,27
Disminución del gasto cardíaco	0,25

### III. Definiciones

Ante la propuesta de NANDA de modificación de la definición de diagnóstico enfermero, es conveniente revisar las definiciones.

#### Definición actual de Diagnóstico de enfermería:

*“Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería, proporciona la base para la selección de intervenciones oportunas de enfermería para conseguir unos resultados de los que se considera responsable a la enfermera”. NANDA 9º Congreso. 1990*

#### AENTDE lo define como:

*“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”. AENTDE. Mayo 2001*

Ambas definiciones, centran el diagnóstico enfermero en que, es la enfermera la que prescribe el tratamiento y se responsabiliza de la consecución de los resultados. Hablamos por lo tanto de intervenciones propias, que no requieran prescripción médica para conseguir los resultados.

Durante muchos años, en el contexto español, hemos diferenciado los diagnósticos enfermeros, de los problemas de colaboración, estos problemas L. Carpenito los identificó y nombró en 1983, como diagnósticos interdependientes, duales o colaborativos y están incorporados como



¿Redefinir el diagnóstico enfermero?: ¡Mamma mia!!  
© AENTDE. Murcia, VII Jornadas de trabajo AENTDE. 2009

Complicaciones Potenciales, siguiendo su propuesta terminológica, en los planes de cuidados de muchos hospitales españoles.

*AENTDE los define como "Complicaciones fisiológicas derivadas del diagnóstico y/o tratamiento médico que las enfermeras monitorizan para detectar precozmente su aparición. Se enuncian como C. P. seguido de la complicación que se quiera monitorizar. Las enfermeras realizan intervenciones de **vigilancia** para la detección precoz de la complicación y derivan al médico cuando consideran que los cambios producidos son significativos o pueden requerir modificaciones en el tratamiento". AENTDE febrero 2008*

Propuesta de NANDA de una nueva definición de diagnóstico de enfermería:

*"Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de decisiones que culminaran en un plan de cuidados, y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario. La enfermera será total o parcialmente responsable de la consecución de los resultados deseados".*

Como se puede ver por la definición, se propone incorporar los problemas colaborativos como diagnósticos enfermeros.

**III. Ventajas e inconvenientes, en el contexto español, de esta modificación.**

La Junta Directiva de AENTDE, realizó un debate intentando analizar desde la perspectiva de las enfermeras españolas, que posibles fortalezas y debilidades tendría incorporar los problemas de vigilancia, es decir los problemas conocidos en España como problemas interdependientes, colaborativos o duales, a los diagnósticos enfermeros, con el consabido cambio en la definición de diagnóstico enfermero.

Decidimos recoger las opiniones vertidas de los miembros de la Junta, a través de técnicas de consenso. La fluidez de los miembros de la junta en encontrar debilidades contrastó con la dificultad para encontrar fortalezas. A cada posible fortaleza que enunciaba un miembro de la junta los restantes participantes encontraban su propia debilidad. Los resultados fueron:

Fortalezas:	Pero ...
<p><b>Unificación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supondría, en la práctica, la conversión de NANDA en una taxonomía de las condiciones que requieren la intervención enfermera: una taxonomía de la práctica enfermera.</li> <li>▪ Estarían codificados internacionalmente los problemas colaborativos, que actualmente no están.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La taxonomía NANDA se parecería cada vez más a la CIPE con lo cual sería más idóneo utilizar la CIPE como sistema de clasificación dado que es un sistema internacional válido y con un futuro claro.</li> </ul>



### ¿Porque no?

- La NOC y la NIC ya incluyen intervenciones de la práctica de colaboración y las enfermeras las distinguen cuando las llevan a cabo.  
¿Por qué no también la NANDA?
- Tan importante es diagnosticar y tratar como predecir, prevenir y gestionar.
- Para esto no hace falta incluirlos en los diagnósticos enfermeros. Codifiquémoslos.
- La principal ventaja de los diagnósticos enfermeros era que intentaba poner el foco sobre el área autónoma de la enfermera, aspecto esencial en el contexto español que veníamos de una profesión ATS, exclusivamente colaborativa.
- Para ello están los diagnósticos enfermeros de riesgo.

### Debilidades:

#### Perdida del desarrollo de la competencia autónoma:

- Supondría incrementar notablemente un área ya muy desarrollada que perfectamente está delimitada por los problemas potenciales, con el peligro de descuidar más si cabe, la poca atención que se presta a los diagnósticos enfermeros de competencia autónoma.
- Acabaría utilizándose únicamente diagnósticos de vigilancia, sobre todo en hospitales.
- Se desdibujaría la contribución única que realiza la enfermera dado que la vigilancia también la puede realizar otros profesionales: un técnico, un auxiliar o un médico.
- Cambiar la definición de diagnóstico enfermero, desvirtuaría la esencia de la profesión enfermera.

#### Confusión:

- Las enfermeras están acostumbradas a utilizar el modelo bifocal. El cambio puede conllevar que se hagan un lío.
- Nombrar diagnósticos de enfermería a todos los problemas puede crear confusión, no solo entre las enfermeras, sino también en otros profesionales.
- Son etiquetas médicas para incluirlas como diagnósticos enfermeros. Se podría tener conflicto de competencias con los médicos.
- ¿Se plantea renombrar lo ya nombrado por otra disciplina? ¿Que ventaja habría en ello?

#### Otros:

- Cabría plantearse si todo lo que hacen las enfermeras tiene que derivar de un diagnóstico enfermero. Administrar una inyección o vigilar un gotero no deriva de un diagnóstico enfermero sino de una terapia médica.
- Los problemas colaborativos no han seguido los mismos pasos que los diagnósticos enfermeros para incluirlos juntos.



## V. Conclusiones y Propuestas

### AENTDE por los motivos anteriormente expuestos:

- Reconoce la igual importancia de enunciar y tratar ambos tipos de diagnósticos, dado que ambos son problemas importantes para el paciente.
- No considera conveniente incorporar los Diagnósticos de vigilancia como Diagnósticos Enfermeros ni por lo tanto el cambio de definición de D. Enfermero
- Considera que todo lo que hace una enfermera no tiene que derivar de un diagnóstico enfermero. Existen intervenciones enfermeras que derivan de un diagnóstico o tratamiento médico y reconoce la importancia de su realización.
- Recomienda a las instituciones crear espacios donde las enfermeras puedan intercambiar conocimientos, experiencia con los enfermos, etc.

### AENTDE propone:

- Trabajar por una clasificación internacional de los problemas colaborativos a partir de la clasificación de L. Carpenito, que permita su codificación para facilitar su inclusión en los Planes de Cuidados (con los NOC/ NIC) informatizados.
- Clarificar la taxonomía NANDA creando grupos de trabajo a nivel de cada país que:
  - Estudie la propuesta de excluir de la misma aquellos diagnósticos que por la capacidad de intervención no son Diagnósticos Enfermeros
  - Proponga la inclusión de estos diagnósticos en la clasificación de Problemas de Colaboración.

### AENTDE, por tanto, se compromete a:

- Impulsar y trabajar en líneas que permitan desarrollar las taxonomías que clarifiquen las competencias autónomas y colaborativas de las enfermeras
- Dar a conocer estas taxonomías a través de sus Talleres y Simposia y de la formación que realizan sus miembros.
- Apoyar y favorecer la incorporación de estas dos taxonomías en los sistemas informáticos de las instituciones.



# Nuevos diagnósticos de Enfermería NANDA I 2009-2011

<b>Planificación ineficaz de la Actividad (00199)</b> (2008, LOE 2.2)	
<i>Dominio 5: Percepción / Cognición</i> <i>Clase 5: Cognición</i>	
Definición: Incapacidad para preparar una serie de acciones en un tiempo determinado y bajo determinadas condiciones	
<b>Características Definitorias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalización de temor ante una tarea que debe ser realizada</li> <li>• Verbalización de preocupación ante una tarea que debe ser realizada</li> <li>• Excesiva ansiedad ante una tarea que debe ser realizada</li> <li>• Patrón comportamiento de fracaso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de planificación</li> <li>• Falta de recursos</li> <li>• Falta de secuencia de organización</li> <li>• Dilación</li> <li>• Falta de consecución de objetivos para las actividades escogidas</li> </ul>
<b>Factores de Relación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidad comprometida para procesar la información</li> <li>▪ Respuesta defensiva de huida cuando se enfrenta a una decisión</li> <li>▪ Hedonismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de soporte familiar</li> <li>▪ Falta de soporte de los amigos</li> <li>▪ Percepción no realista de los acontecimientos</li> <li>▪ Percepción no realista de la competencia personal</li> </ul>
<b>Referencias</b>	

<b>Riesgo de Sangrado (00206)</b> (2008, LOE 2.1)	
<i>Dominio 4: Actividad / Reposo</i> <i>Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar</i>	
Definición : Riesgo de disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud	
<b>Factores de Riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aneurisma</li> <li>• Circuncisión</li> <li>• Conocimientos deficientes</li> <li>• Coagulopatía Intravascular Diseminada</li> <li>• Historia de Caídas</li> <li>• Desórdenes Gastrointestinales (ej. úlcera gástrica, pólipos, varices)</li> <li>• Deterioro de la función hepática (ej. cirrosis, hepatitis)</li> <li>• Coagulopatías esenciales (ej. Trombocitopenia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones posparto (ej. atonía uterina, retención placentaria)</li> <li>• Complicaciones relacionadas con el embarazo (Ej. Placenta previa, Mola, Desprendimiento de placenta)</li> <li>• Traumatismo</li> <li>• Efectos colaterales relacionados con el tratamiento (Ej. cirugía, medicación, administración de productos sanguíneos deficitarios en plaquetas, quimioterapia)</li> </ul>
<b>Referencias</b>	





**Disposición para mejorar los procesos de Maternidad (00208)**  
(2008, LOE 2.1)

*Dominio 8: Sexualidad*  
*Clase 3: Reproducción*

**Definición:** Patrón de preparación, mantenimiento y fortalecimiento de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido, saludable

**Características Definitorias**

***Durante el Embarazo:***

- Manifiesta un estilo de vida adecuado antes del parto ( ej. dieta, eliminación, sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal)
- Manifiesta una preparación física adecuada
- Manifiesta el manejo de los síntomas molestos del embarazo
- Demuestra respeto por el bebé no nacido
- Manifiesta una planificación del alumbramiento realista
- Prepara los artículos de cuidado necesarios para el recién nacido
- Busca el conocimiento necesario (ej. periodo de dilatación, parto y cuidado del recién nacido)
- Manifiesta disponibilidad de sistema de soporte
- Mantiene las visitas adecuadas durante el embarazo.

***Durante periodo de dilatación y parto:***

- Manifiesta un estilo de vida apropiado para el período del parto (ej. dieta, eliminación, sueño, movimiento corporal, higiene personal)

- Responde adecuadamente al inicio del parto
- Es proactiva durante el parto y el alumbramiento
- Utiliza técnicas de relajación adecuadas en cada fase del parto
- Demuestra un comportamiento de adherencia al recién nacido
- Utiliza los sistemas de soporte de forma adecuada

***Después del nacimiento: \****

- Demuestra técnicas apropiadas en la alimentación del recién nacido
- Demuestra un cuidado adecuado del pecho
- Demuestra comportamiento de adherencia al recién nacido
- Demuestra las técnicas básicas de cuidados del recién nacido
- Proporciona un entorno seguro al recién nacido
- Manifiesta un estilo de vida apropiado en el posparto (ej. dieta, eliminación, sueño, movimiento corporal, ejercicio, higiene personal).
- Utiliza los sistemas de soporte de forma adecuada

**Referencias**

El término original japonés para "maternidad" es "Shussan Ikuji Koudou" que incluye el nacimiento y el cuidado del recién nacido. Este es uno de los principales conceptos para las matronas japonesas.



<b>Discomfort (00214)</b> (2008, LOE 2-1)	
<i>Dominio 12: Confort</i> <i>Clase 1: Confort físico</i> <i>Clase 2: Confort Ambiental</i> <i>Clase 3: Confort Social</i>	
Definición : Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social	
<b>Características Definitorias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad</li> <li>● Llanto</li> <li>● Deterioro del patrón del sueño</li> <li>● Temor</li> <li>● Síntomas relacionados con la enfermedad</li> <li>● Incapacidad para relajarse</li> <li>● Recursos insuficientes (ej. financieros, soporte social)</li> <li>● Irritabilidad</li> <li>● Falta de control del entorno</li> <li>● Falta de privacidad</li> <li>● Falta de control de la situación</li> <li>● Gemidos</li> <li>● Estímulos ambientales nocivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Informes de sentirse incómodo</li> <li>● Informes de sentir frío</li> <li>● Informes de sentir calor</li> <li>● Informes de síntomas de distrés</li> <li>● Informes de sentirse hambriento</li> <li>● Informes de sentir picor</li> <li>● Informes de falta de satisfacción con la situación</li> <li>● Informes de falta de tranquilidad en la situación</li> <li>● Inquietud</li> <li>● Efectos colaterales del tratamiento (ej. medicación, radiación)</li> </ul>
<b>Referencias</b>	
Kolkaba, K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Co.	

<b>Riesgo de Desequilibrio Electrolítico (00195)</b> (2008, LOE 2-1)	
<i>Dominio 2: Nutrición</i> <i>Clase 5: Hidratación</i>	
Definición : Riesgo de cambio en los niveles de electrolitos en suero que puede comprometer la salud	
<b>Factores de Riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diarrea</li> <li>● Disfunción endocrina</li> <li>● Desequilibrio en los fluidos (ej. deshidratación, intoxicación por agua)</li> <li>● Deterioro de los mecanismos reguladores (ej. Diabetes insípida, Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disfunción Renal</li> <li>● Efectos colaterales del tratamiento (ej. medicación, drenajes)</li> <li>● Vómitos</li> </ul>
<b>Referencias</b>	



**Riesgo de Desequilibrio en la Díada Materno / Fetal (00209)**

(2008, LOE 2.1)

*Dominio 8: Sexualidad**Clase 3: Reproducción*

**Definición :** Riesgo de disrupción en la díada materno / fetal como resultado de condiciones de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo

**Factores de Riesgo**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones del embarazo (ej. rotura prematura de membranas, placenta previa o desprendimiento de placenta, retraso en los cuidados prenatales, gestación múltiple)</li> <li>• Transporte de O<sub>2</sub> comprometido (ej. anemia, enfermedad cardiaca, asma, hipertensión, convulsiones, parto prematuro, hemorragia)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del metabolismo de glucosa (ej. diabetes, uso de esteroides)</li> <li>• Abusos físicos</li> <li>• Abuso de sustancias (ej. tabaco, alcohol, drogas)</li> <li>• Efectos colaterales del tratamiento (ej. Medicación, cirugía, quimioterapia)</li> </ul> |
|---|---|

**Referencias****Motilidad Gastrointestinal Disfuncional\* (00196)**

(2008, LOE 2.1)

*Dominio 3: Eliminación e Intercambio**Clase 2: Función Gastrointestinal*

**Definición :** Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal

**Características Definitorias**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de ventosidades</li> <li>• Calambres abdominales</li> <li>• Distensión abdominal</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Vaciado gástrico acelerado</li> <li>• Residuo gástrico bilioso</li> <li>• Cambio en los sonidos intestinales (ej. ausencia, hipoactividad, hiperactividad)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea</li> <li>• Heces secas</li> <li>• Dificultad en la eliminación de heces</li> <li>• Heces duras</li> <li>• Aumento del residuo gástrico</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Regurgitación</li> <li>• Vómitos</li> </ul> |
|--|---|

**Factores de Relación**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envejecimiento</li> <li>▪ Ansiedad</li> <li>▪ Nutrición enteral</li> <li>▪ Intolerancia alimentaria (ej. gluten, lactosa)</li> <li>▪ Inmovilidad</li> <li>▪ Ingestión de contaminantes (ej. comida, agua)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malnutrición</li> <li>▪ Agentes farmacológicos (ej. narcóticos / opiáceos, laxantes, antibióticos, anestésicos)</li> <li>▪ Prematuridad</li> <li>▪ Sedentarismo</li> <li>▪ Cirugía</li> </ul> |
|---|--|

**Referencias**

## Riesgo de Motilidad Gastrointestinal Disfuncional (00197)

(2008, LOE 2, 1)

*Dominio 3: Eliminación e Intercambio*

*Clase 2: Función Gastrointestinal*

**Definición :** Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal

### Factores de Riesgo

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Cirugía abdominal</li><li>● Envejecimiento</li><li>● Ansiedad</li><li>● Cambios en la alimentación</li><li>● Cambios en la hidratación</li><li>● Disminución de la circulación gastrointestinal</li><li>● Diabetes Mellitus</li><li>● Intolerancias alimentarias (Ej. gluten, lactosa)</li><li>● Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Inmovilidad</li><li>● Infección (Ej. bacteriana, parasitaria, viral)</li><li>● Agentes farmacológicos (Ej. antibióticos, laxantes, narcóticos/opiáceos, inhibidores de la bomba de protones)</li><li>● Prematuridad</li><li>● Sedentarismo</li><li>● Estrés</li><li>● Preparación no higiénica de la comida</li></ul> |
|---|---|

### Referencias

## Ictericia Neonatal (00194)

(2008, LOE 2, 1)

*Dominio 2: Nutrición*

*Clase 4: Metabolismo*

**Definición:** Coloración amarillo anaranjado de la piel y membranas mucosas del recién nacido que ocurre tras 24 horas de vida como resultado de un aumento de producción de bilirrubina en la circulación.

### Características Definitivas

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Perfil sanguíneo anormal (hemólisis; bilirrubina total en suero &gt; 2mg/dL; desorden hereditario; bilirrubina total en suero en nivel de alto riesgo para la edad según nuestro normograma específico)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Picor anormal de la piel</li><li>● Coloración amarillo anaranjado de la piel</li><li>● Esclerótica amarilla</li></ul> |
|---|---|

### Factores de Relación

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pérdida anómala de peso (&gt;7-8% en los recién nacidos con alimentación materna; 15% en recién nacidos a término)</li><li>▪ Patrón de alimentación mal establecido</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dificultades del feto en la transición a la vida extrauterina</li><li>▪ Edad del recién nacido 1-7 días</li><li>▪ Deposición (meconio) retardada</li></ul> |
|---|--|

### Referencias



**Perfusión Tisular Periférica inefectiva (00204)**

(2008, LOE 2.1)

*Dominio 4: Actividad / Reposo**Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar*

**Definición:** Disminución en la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

**Características Definitorias**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ausencia de pulsos</li> <li>● Alteración de la función motora</li> <li>● Alteración de las características de la piel (color, elasticidad, cabello, hidratación, uñas, sensibilidad, temperatura)</li> <li>● Cambio de la presión sanguínea en las extremidades</li> <li>● Claudicación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● El color no retorna a la extremidad cuando se desciende</li> <li>● Retraso en la curación de las heridas periféricas</li> <li>● Disminución de pulsos</li> <li>● Edema</li> <li>● Dolor en las extremidades</li> <li>● Parestesia</li> <li>● Palidez de la piel con la elevación</li> </ul> |
|---|--|

**Factores de Relación**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit de conocimientos de los factores agravantes (Ej. tabaquismo, sedentarismo, obesidad, ingesta de sal, inmovilidad)</li> <li>▪ Déficit de conocimientos de los procesos de enfermedad (Ej. diabetes, hiperlipidemia)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes Mellitus</li> <li>▪ Hipertensión</li> <li>▪ Sedentarismo</li> <li>▪ Tabaquismo</li> </ul> |
|--|---|

**Referencias**

\* Este diagnóstico había llevado anteriormente la etiqueta *Perfusión Tisular Inefectiva (tipo específico: Gastrointestinal)*

**Riesgo de Disminución de la Perfusión Tisular Cardíaca\* (00200)**

(2008, LOE 2.1)

*Dominio 4: Actividad / Reposo**Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar*

**Definición :** Riesgo de disminución en la circulación cardíaca (coronaria)

**Factores de Riesgo**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Anticonceptivos orales</li> <li>● Cirugía cardíaca</li> <li>● Taponamiento cardíaco</li> <li>● Espasmo de la arteria coronaria</li> <li>● Diabetes Mellitus</li> <li>● Abuso de drogas</li> <li>● Elevación de la proteína C-reactiva</li> <li>● Historia familiar de enfermedad de las arterias coronarias</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hiperlipidemia</li> <li>● Hipertensión</li> <li>● Hipovolemia</li> <li>● Hipoxemia</li> <li>● Hipoxia</li> <li>● Falta de conocimientos de los factores de riesgo modificables (Ej. tabaquismo, sedentarismo, obesidad)</li> </ul> |
|---|---|

**Referencias**

\* Este diagnóstico había llevado anteriormente la etiqueta *Perfusión Tisular Inefectiva (tipo específico: Cardíaco)*



<b>Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Inefectiva* (00201)</b> (2008, LOE 2.1)	
<i>Dominio 4: Actividad / Reposo</i>	
<i>Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar</i>	
<b>Definición :</b> Riesgo de disminución en la circulación tisular cerebral	
<b>Factores de Riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tiempo parcial de tromboplastina anormal</li> <li>● Tiempo de protrombina anormal</li> <li>● Segmento ventricular izquierdo acinético</li> <li>● Aterosclerosis aórtica</li> <li>● Disección arterial</li> <li>● Fibrilación auricular</li> <li>● Mixoma auricular</li> <li>● Tumor cerebral</li> <li>● Estenosis carotídea</li> <li>● Aneurisma cerebral</li> <li>● Coagulopatía (Ej. anemia de células falciformes)</li> <li>● Miocardiopatía dilatada</li> <li>● Coagulación Intravascular Diseminada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Embolismo</li> <li>● Traumatismo craneal</li> <li>● Hipercolesterolemia</li> <li>● Hipertensión</li> <li>● Endocarditis infecciosa</li> <li>● Trombosis en la aurícula izquierda</li> <li>● Prótesis valvular mecánica</li> <li>● Estenosis mitral</li> <li>● Neoplasma cerebral</li> <li>● Infarto de miocardio reciente</li> <li>● Síndrome del nódulo sinusal</li> <li>● Abuso de sustancias</li> </ul> Terapia trombolítica Efectos colaterales del tratamiento (bypass cardiopulmonar, medicaciones)
<b>Referencias</b>	

\* Este diagnóstico había llevado anteriormente la etiqueta *Perfusión Tisular Inefectiva (tipo específico: cerebral)*

<b>Riesgo de Perfusión Gastrointestinal Inefectiva* (00202)</b> (2008, LOE 2.1)	
<i>Dominio 4: Actividad / Reposo</i>	
<i>Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar</i>	
<b>Definición :</b> Riesgo de disminución en la circulación gastrointestinal	
<b>Factores de Riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aneurisma aórtico-abdominal</li> <li>● Síndrome compartimental abdominal</li> <li>● Tiempo de tromboplastina parcial anormal</li> <li>● Tiempo de protrombina anormal</li> <li>● Sangrado gastrointestinal agudo</li> <li>● Hemorragia gastrointestinal aguda</li> <li>● Edad &gt; 60 años</li> <li>● Anemia</li> <li>● Coagulopatía (ej. anemia de células falciformes)</li> <li>● Diabetes mellitus</li> <li>● Coagulación intravascular diseminada</li> <li>● Género femenino</li> <li>● Paresis gástrica (ej. Diabetes mellitus)</li> <li>● Varices gastroesofágicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedad gastrointestinal (ej. úlcera duodenal o gástrica, colitis isquémica, pancreatitis)</li> <li>● Inestabilidad hemodinámica</li> <li>● Disfunción hepática</li> <li>● Infarto de miocardio</li> <li>● Eyección ventricular izquierda disminuida</li> <li>● Fallo renal</li> <li>● Accidente vascular cerebral</li> <li>● Traumatismo</li> <li>● Tabaquismo</li> <li>● Efectos colaterales del tratamiento (ej. bypass cardiopulmonar, medicación, anestesia, cirugía gástrica)</li> <li>● Enfermedad vascular (ej. enfermedad vascular periférica, enfermedad aortoiliaca oclusiva)</li> </ul>
<b>Referencias</b>	

\*Este diagnóstico había llevado anteriormente la etiqueta *Perfusión Tisular Inefectiva (tipo específico: Periférico)*



## Disposición para mejorar las Relaciones (00207)

(2006, LOE 2.1)

*Dominio 7: Rol Relaciones*

*Clase 3: Ejecución del Rol*

**Definición :** Patrón de compañerismo que es suficiente para satisfacer las necesidades mutuas y puede ser mejorado

### Características Definitorias

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Expresa deseo de mejorar la comunicación entre compañeros</li><li>● Expresa satisfacción al compartir información e ideas entre compañeros</li><li>● Expresa satisfacción cubriendo las necesidades físicas y psicológicas con los compañeros</li><li>● Demuestra respeto mutuo entre compañeros</li><li>● Consigue los objetivos de desarrollo apropiados según el estado del ciclo familiar</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Demuestra un buen equilibrio entre autonomía y colaboración con los compañeros</li><li>● Demuestra soporte mutuo en las actividades diarias entre compañeros</li><li>● Identifica a cada uno como una persona clave</li><li>● Demuestra comprensión ante el apoyo insuficiente de un compañero (físico, social, psicológico)</li><li>● Expresa satisfacción con las relaciones complementarias entre compañeros</li></ul> |
|---|---|

### Referencias

## Riesgo de Perfusión Renal Inefectiva\* (00203)

(2008, LOE 2.1)

*Dominio 4: Actividad / Reposo*

*Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar*

**Definición :** Riesgo de disminución en la circulación sanguínea hacia el riñón que puede comprometer la salud

### Factores de Riesgo

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Síndrome compartimental abdominal</li><li>● Edad avanzada</li><li>● Necrosis bilateral cortical</li><li>● Quemaduras</li><li>● Cirugía cardíaca</li><li>● Bypass cardiopulmonar</li><li>● Diabetes mellitus</li><li>● Exposición a toxinas</li><li>● Glomerulonefritis femenina</li><li>● Hiperlipidemia</li><li>● Hipertensión</li><li>● Hipovolemia</li><li>● Hipoxemia</li><li>● Hipoxia</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Infección (Ej. sepsis, infección localizada)</li><li>● Malignidad</li><li>● Hipertensión maligna</li><li>● Acidosis metabólica</li><li>● Politraumatismo</li><li>● Polinefritis</li><li>● Estenosis Arterial Renal</li><li>● Enfermedad renal (ej. riñón poliquístico)</li><li>● Tabaquismo</li><li>● Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)</li><li>● Efectos colaterales del tratamiento (ej. medicaciones)</li><li>● Embolismo vascular vasculitis</li></ul> |
|---|--|

### Referencias



<b>Disminución de la Resistencia Individual (00210)</b> (2008, LOE 2.1)	
<i>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés</i> <i>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento</i>	
<b>Definición:</b> Disminución de la habilidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o de crisis.	
<b>Características Definitorias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disminución del interés en actividades académicas</li> <li>● Disminución del interés en actividades vocacionales</li> <li>● Depresión</li> <li>● Culpabilidad</li> <li>● Aislamiento</li> <li>● Baja Autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Percepción de un nivel de salud disminuido</li> <li>● Renovada elevación de distrés</li> <li>● Vergüenza</li> <li>● Aislamiento Social</li> <li>● Utilización de recursos de afrontamiento no adecuados (ej. uso de drogas, violencia, etc.)</li> </ul>
<b>Factores de Relación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factores demográficos que aumentan la posibilidad de mala adaptación</li> <li>▪ Uso de drogas</li> <li>▪ Género</li> <li>▪ Paternidad inconsistente</li> <li>▪ Bajo nivel intelectual</li> <li>▪ Bajo nivel de educación materna</li> <li>▪ Familia numerosa</li> <li>▪ Marginación social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad mental parental</li> <li>▪ Deficitario control de impulsos</li> <li>▪ Pobreza</li> <li>▪ Desórdenes psíquicos</li> <li>▪ Factores sobreañadidos a las condiciones de vulnerabilidad ante situaciones de riesgo</li> <li>▪ Violencia</li> <li>▪ Violencia en el vecindario</li> </ul>
<b>Referencias</b>	

<b>Disposición para mejorar la Resistencia (00212)</b> (2008, LOE 2.1)	
<i>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés</i> <i>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento</i>	
<b>Definición:</b> Patrón de respuestas positivas a una situación adversa o crisis que puede ser mejorada para optimizar el potencial humano	
<b>Características Definitorias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acceso a recursos</li> <li>● Demuestra una visión positiva</li> <li>● Uso efectivo de las estrategias de manejo de conflictos</li> <li>● Aumenta las habilidades personales de afrontamiento</li> <li>● Expresa deseo de mejorar la resistencia</li> <li>● Identifica recursos disponibles</li> <li>● Identifica sistema de soporte</li> <li>● Aumenta las relaciones positivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implicación en actividades</li> <li>● Realiza progresos hacia los objetivos</li> <li>● Presencia de una crisis</li> <li>● Mantenimiento de un entorno seguro</li> <li>● Establecimiento de objetivos</li> <li>● Acepta la responsabilidad de las acciones</li> <li>● Utiliza habilidades de comunicación efectivas</li> <li>● Verbaliza y aumenta el sentido de control</li> <li>● Verbaliza autoestima</li> </ul>
<b>Referencias</b>	





<b>Riesgo de Resistencia Comprometida (00211)</b> (2008, LOE 2.1)	
Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés Clase 2: Respuestas de Afrontamiento	
Definición: Riesgo de disminución en la habilidad para mantener un patrón de respuesta positivo ante una situación adversa o de crisis	
<b>Factores de Riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronicidad de las crisis existentes</li> <li>• Coexistencia de múltiples situaciones adversas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de una nueva crisis adicional (ej: embarazo no planificado, muerte de uno de los cónyuges, pérdida del puesto de trabajo, pérdida del hogar, muerte de un miembro de la familia)</li> </ul>
<b>Referencias</b>	

<b>Descuido personal (00193)</b> (2008, LOE 2.1)	
Dominio 1: Promoción de la Salud Clase 2: Manejo de Salud	
Definición: Conjunto de comportamientos culturalmente enmarcados, que incluyen una o más actividades de autocuidado en las que se produce un fracaso para mantener un estándar socialmente aceptado de salud y bienestar (Gibbons, Lauder & Ludwick).	
<b>Características Definitorias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene personal inadecuada</li> <li>• Higiene del entorno inadecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia a las actividades relacionadas con la salud</li> </ul>
<b>Factores de Relación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome de Capgras</li> <li>▪ Deterioro cognitivo (Ej. Demencia)</li> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Incapacidad para aprender</li> <li>▪ Temor a la institucionalización</li> <li>▪ Disfunción del lóbulo cerebral frontal y de la habilidad para iniciar acciones</li> <li>▪ Deterioro funcional</li> <li>▪ Estilo de vida / Elección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimiento del control</li> <li>▪ Fingirse enfermo</li> <li>▪ Desorden obsesivo-compulsivo</li> <li>▪ Desórdenes de personalidad esquizotípicos</li> <li>▪ Desórdenes de personalidad paranoides</li> <li>▪ Abuso de sustancias</li> <li>▪ Estresores mayores de vida</li> </ul>
<b>Referencias</b>	



**Riesgo de Shock (00205)**

(2006, LOE 2.1)

*Dominio 4: Actividad / Reposo**Clase 4: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar*

**Definición :** Riesgo de un flujo de sangre inadecuado a los tejidos corporales que puede comportar una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida

**Factores de Riesgo**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hipotensión</li> <li>● Hipovolemia</li> <li>● Hipoxemia</li> <li>● Hipoxia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infección</li> <li>● Sepsis</li> <li>● Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica</li> </ul> |
|--|---|

**Referencias****Riesgo de Traumatismo Vascular (00213)**

(2008, LOE 2.1)

*Dominio 11: Seguridad / Protección**Clase 2: Lesión Física*

**Definición :** Riesgo de lesión de una vena y los tejidos circundantes relacionada con la presencia de un catéter y/o perfusión

**Factores de Riesgo**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tipo de catéter</li> <li>● Medida del catéter</li> <li>● Incapacidad para visualizar la zona de inserción</li> <li>● Fijación inadecuada del catéter</li> <li>● Volumen de infusión</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lugar de incisión</li> <li>● Tiempo de duración de la inserción</li> <li>● Tipo de solución (ej: concentración, irritante químico, temperatura, pH)</li> </ul> |
|---|---|

**Referencias**

Viernes 8 de mayo de 2009:

## **Dinámica del trabajo en grupo “Todos estamos invitados”**

- Durante los debates de la mañana, los asistentes ( a nivel individual) deberán identificar fortalezas y debilidades de los argumentos de las ponentes
- EN LOS GRUPOS.- Dinámica de grupos que consta de tres fases:
  - FASE 1.- Cada grupo deberá elegir un/a moderador/a y un/a portavoz.  
Los miembros de los distintos grupos irán exponiendo las fortalezas y debilidades a nivel individual y el grupo deberá recoger en un póster las fortalezas y debilidades seleccionadas como fundamentales por el grupo. El póster deberá ser colgado por el grupo en un lugar indicado previamente por la organización (se deberá haber facilitador material adhesivo para colgarlo y se deberá contemplar la disponibilidad de una sala para puesta en común)
  - FASE 2.- Los portavoces de los grupos expondrán las conclusiones argumentando la selección de las fortalezas y debilidades seleccionadas.
  - FASE 3.- A partir de la exposición de los distintos portavoces, los miembros de la Junta que han hecho de coordinadores de los grupos deberán elaborar un documento a manera de conclusión del trabajo realizado por todos los asistentes a las Jornadas ( que podrá ser leída el día 9 de mayo de 2009 de 12.30h a 13.30h)





## GRUPO

CRITERIOS:

---

### FORMULACIÓN:

• COMPLICACIÓN POTENCIAL

• RIESGO DE COMPLICACIÓN

• OTROS

---

DIAGNÓSTICO NANDA-I

DIAGNÓSTICO  
ENFERMERO

PROBLEMA DE  
COLABORACIÓN

00137 Aflicción crónica

00071 Afrontamiento defensivo

00074 Afrontamiento familiar comprometido

00073 Afrontamiento familiar incapacitante

00069 Afrontamiento inefectivo

00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad

00053 Aislamiento social

00146 Ansiedad

00147 Ansiedad ante la muerte

00193 Descuido personal



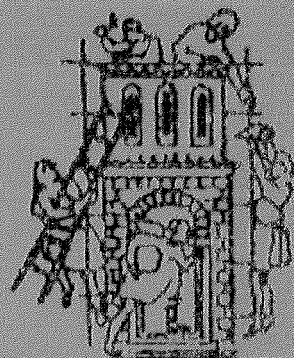
ORGANIZAN



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO

**UCAM**

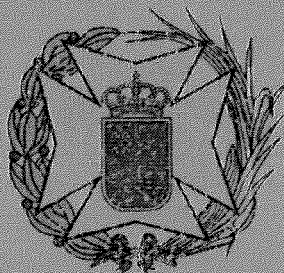
E. U. ENFERMERÍA



**AENTDE**

Asociación Española de Nomenclatura,  
Taxonomía y Diagnósticos de  
Enfermería.

COLABORA



COLEGIO DE ENFERMERÍA  
DE LA REGIÓN DE MURCIA