

# VIII JORNADAS DE TRABAJO AENTDE



## EL NOC EN EL PROCESO DE CUIDADOS

Como citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). VIII Jornadas de Trabajo AENTDE. "El NOC en el proceso de cuidados". A Coruña. AENTDE. 2011.



Licencia Creative Commons

Reconocimiento – NoComercial – Compartirlgual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

VIII JORNADAS DE TRABAJO AENTDE. EL NOC EN EL PROCESO DE CUIDADOS



<http://www.aentde.com>

# VIII JORNADAS DE TRABAJO AENTDE



## CONTENIDO

2	<b>PROGRAMA</b>
4	<b>PRESENTACIÓN PONENCIA</b>
15	<b>NOC EN EL PROCESO DE CUIDADOS. PONENCIA</b>
27	<b>NORMATIVA ISO. ANEXO</b>
36	<b>CASO CLÍNICO</b>
40	<b>DIAGNÓSTICOS NANDA-I</b>



## TRADUCCIÓN

**CARME ESPINOSA I  
FRESNEDO**

## EDICIÓN

**CARME ESPINOSA I  
FRESNEDO**

## EL NOC EN EL PROCESO DE CUIDADOS

### Presentación

Las **VIII Jornadas de AENTDE** pretenden profundizar en el uso del NOC (Clasificación de Resultados Enfermeros) desde la perspectiva de una de sus autoras, la profesora Elisabeth Swanson, y difundir las experiencias de las enfermeras españolas en el desarrollo funcional y la aplicación clínica de la NOC con los sistemas de información en España.

### Objetivos

- Profundizar en el conocimiento para la utilización clínica de la NOC.
- Conocer las líneas de investigación del NOC que se están desarrollando en la Universidad de Iowa.
- Conocer las experiencias de las enfermeras españolas en el desarrollo funcional y la aplicación clínica del NOC que se desarrollan en España.

### Los participantes:

- Identificarán, partiendo de un caso, las opciones de los distintos NOC que consideren más adecuados.
- Reflexionarán sobre el trabajo realizado en el grupo.

### Metodología

La presentación de contenidos teóricos se realizará a través de la Conferencia Magistral.

El desarrollo práctico se llevará a cabo mediante un taller con grupos de análisis y reflexión. (Se recomienda traer al taller el libro de la NOC, aunque hay al menos 1-2 para cada grupo)

# PROGRAMA

---

## Viernes 20 de mayo

- 08.00-09.00 Entrega de documentación
- 09.00-09.30 Acto inaugural
- 09.30-11.30 **Conferencia magistral**
- Invitada:
- Elisabeth Swanson**  
*PhD, RN Associate Professor*  
*College of Nursing. The University of Iowa (Iowa City, IA)*
- Conductora de las jornadas de trabajo:  
Roser Cadena i Caballero
- 11.30-12.00 Pausa-café
- 12.00-14.00 **Experiencias clínicas en el uso del NOC en España**
- Invitados:
- José Luis Aréjula Torres**  
*Enfermero Técnico de Servicios Centrales*  
*Dirección Técnica de Sistemas de Información*  
*Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad*  
*Servicio Madrileño de Salud*
- Rosa González Gutiérrez-Solana**  
*Enfermera*  
*CHU A Coruña*
- Dolors Giró Formatger**  
*Enfermera Referente en metodología y cuidados enfermeros*  
*Servicio de Calidad de Enfermería*  
*Parc de Salut Mar de Barcelona*
- Presenta:  
Susana Martín Iglesias
- 14.00-16.00 Comida
- 16.00-19.00 **Presentación del caso y metodología de trabajo. Trabajo en grupo**
- Conductora de las jornadas de trabajo:  
Roser Cadena i Caballero
- 1.900 **Asamblea de socios de AENTDE**

# PROGRAMA

---

## Sábado 21 de mayo

- 09.00-10.00     **Trabajo grupal:  
Elaboración de las conclusiones**
- Conductora de las jornadas de trabajo:  
Roser Cadena i Caballero
- 10.00-11.30     **Sesión plenaria:  
Presentación de las conclusiones**
- Conductora de las jornadas de trabajo:  
Roser Cadena i Caballero
- 11.30-12.00     Pausa-café
- 12.00-12.30     **Defensa de Póster**
- 12.30-14.00     **Conferencia de Clausura:  
NOC Líneas de Investigación y Futuro**
- Invitada:  
**Elisabeth Swanson**  
*PhD, RN Associate Professor*  
*College of Nursing, The University of Iowa (Iowa City, IA)*
- 1.400            Clausura



**Elizabeth (Liz) Swanson, Ph.D., RN**  
**Associate Professor**  
**The University of Iowa College of Nursing**  
**Iowa City, Iowa 52242 USA**  
**319-335-7051**  
**elizabeth-swanson@uiowa.edu**

## **Cuestión nº uno**

---

- ¿Cuáles son los factores a tomar en cuenta cuando se selecciona un resultado o resultados y los indicadores necesarios?
- Existen dos aproximaciones diferentes que enfocan en la selección inicial de un resultado:
  - **Aproximaciones Generales**
  - **Aproximaciones Específicas**

## **Aproximaciones Generales para la selección de NOC**

---

Taxonomía NOC  
 Especialidad Enfermera  
 Vínculos con otras Clasificaciones  
 Selección de Indicadores

## **Taxonomía**

---

- Estructura de la Taxonomía
  - **Dominios**
    - **Clases**
      - **Resultados**

## **Taxonomía**

---

- **Escoja un Dominio**
- **Escoja una Clase**
- **Revise todos los Resultados del Grupo**

### Ejemplo

**Dominio** Salud Funcional

**Clase** Movilidad

**Resultados** Ambular(0200)  
Equilibrio (0202)  
Realización de Transferencia(0210)  
Movimiento Coordinado (0212)

### Especialidad Enfermera

- Dentro del libro NOC, hay los resultados presentados por 33 grupos de especialidades que revisaron y seleccionaron los resultados relevantes para su práctica respectiva.
- Revise los resultados de la especialidad
- Seleccione la especialidad que se ajusta a su área de práctica:
  - Médico-Quirúrgica
    - Nivel de Confusión Aguda (0916)
    - Equilibrio (0202)
    - Severidad de la Pérdida de Sangre (0413)

### Vínculos: Patrones de Salud de Gordon

- Se han vinculado para ayudar a las enfermeras a identificar resultados relevantes, ya que ellas usan los Patrones de Salud como instrumento de valoración
- Cada resultado se sitúa bajo el patrón específico de salud según el nombre del patrón y su definición
- Ejemplo:
  - Patrón Nutricional-Metabólico
    - Apetito(1014),
    - Higiene Bucal (1100),
    - Peso: Masa Corporal (1006)

### Vínculos: Diagnósticos NANDA-I

- Relación entre los problemas del paciente y el resultado deseado
- Los vínculos ayudan a identificar resultados para un problema de enfermería específico
- ▣ Focalizados en la revisión de definiciones de diagnósticos y resultados
- Ejemplo:
  - Ansiedad
    - Nivel de Ansiedad (1211)
    - Autocontrol de la Ansiedad (1402)
    - Concentración (0905)
    - Afrontamiento de Problemas (1302)

### Vínculos: Clasificación Funcional Internacional (ICF)

- Revisados los niveles de ICF y todos los NOCs
- Alineada ICF con la taxonomía
  - Componentes (Nivel 1) corresponde al dominio
  - Capítulos (Nivel 2) corresponde a las clases
  - Items (Nivel 3) corresponde a los resultados
- Se concluyó que el NOC estaba más vinculado a lógicamente al nivel 2 y no al nivel 3

### Ejemplo de ICF a NOC

ICF	NOC
Funciones Mentales (Nivel 1)	Fisiológico (Dominio)
Funciones de Pensamiento (Nivel 2)	Neurocognitivo (Clase)
Ritmo de Pensamiento (Nivel 3)	Procesamiento de la Información
	Pensamiento Distorsionado
	Nivel de Autocontrol de la Hiperactividad
	Energía Psicomotora (Resultados)

## Selección de Indicadores

- Otros pensamientos relacionados a las aproximaciones indicadas
  - **Seleccione el Resultado**
  - **A continuación seleccione los indicadores específicos para el paciente**
  - **Los indicadores deben estar basados en los datos de valoración**
  - **Los indicadores son más concretos**
  - **No todos los indicadores son adecuados (use NA)**

## Aproximaciones Específicas para la selección de NOC

- Cuestiones/Relación entre el profesional y el paciente
  - **Fuera del ámbito de enfermería**
    - Cuestiones económicas (Trabajador social)
    - Cuestiones Espirituales (Consejero Espiritual)
  - **Colaboración con enfermería**
    - Fisioterapeuta o Dietista
    - Elección del Resultado basada en la discusión
  - **Relación Enfermera-Paciente**
    - Rol primario de la enfermera y juicio clínico

## Diagnóstico Enfermero/

### Problema de Salud

- **Definición**
- **Características Definitorias (CD)**
- **Factores Relacionados (FR)**
- **Factores de Riesgo**

## Ejemplo: Sr. D.

### Cirugía Cardíaca Inminente

- **Afrontamiento Familiar Incapacitante (NANDA-I)**
- **Agitación, distorsión de la realidad respecto al problema de salud, conductas familiares perjudiciales para el bienestar, rechazo (CD)**
- **Discrepancia de los estilos de afrontamiento de los miembros de la familia: evitación de la esposa, Esposo – Prozac, Conversación de la hija (FR)**

## Ejemplo: Sr. D.

- **NOCs**
  - **Afrontamiento de los Problemas de la Familia (2600)**
    - **Afronta los problemas familiares**
    - **Usa estrategias para controlar el conflicto de la familia**
    - **Expresa la necesidad de asistencia familiar**
    - **Expresa libremente, sentimientos y emociones**
    - **Establece la flexibilidad de los roles**

## Ejemplo: Sr. D.

- **Juicio Clínico**
  - **Aceptación del Estado de Salud (1300)**
    - **Reconoce la realidad de la situación de Salud**
    - **Mantiene las relaciones**
    - **Renuncia al concepto previo de salud personal**
    - **Se adapta al cambio en el estado de salud**
    - **Calma**
    - **Búsqueda de información de salud**

## Otro Ejemplo

- Dx Enfermero de Intolerancia a la Actividad
  - **Insuficiente ...energía para llevar a cabo o completar las AVD**
- NOCs basados en la definición
  - **Tolerancia a la Actividad (0005)**
  - **Resistencia (0001)**
  - **Energía Psicomotora (0006)**
  - **Nivel de Autocuidado (0313)**

## Otro Ejemplo (continuación)

- Intolerancia a la Actividad
  - **Características Definitorias**
    - **Tensión arterial, respuesta cardiaca a la actividad, disnea**
  - **NOCs (NOCs Intermedios)**
    - **Signos Vitales (0802)**
    - **Estado Cardiopulmonar (0414)**
  - **Cruciales como NOCs intermedios si el estado del paciente ha de mejorar para conseguir el resultado original de la Tolerancia a la Actividad o Resistencia**

## Diagnóstico Médico

- **Considere los signos/sintomas de la enfermedad como control de la glucemia**
- **Ejemplo: El sr. A. tiene Diabetes Mellitus**
- **NOCs**
  - **Nivel de glucemia (2300)**
  - **Autocontrol de la diabetes (1619)**
  - **Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101)**
  - **Curación de heridas: primera intención(1102)**

## Características del paciente

- **Características personales**
  - **Factores Demográficos**
    - **Edad, Género**
  - **Factores Psicológicos/Cognitivos**
    - **Depresión, Ansiedad, Memoria**
  - **Creencias o Valores Personales**

## Ejemplo: Sra. W.

Diagnosticada de cáncer de mama estadio 2, posee una fe religiosa muy sólida pero se siente como si hubiese sido "abandonada" por Dios. Está deprimida y no quiere hablar con la familia ni con el sacerdote.

## Ejemplo: Sra. W.

- **NOCs**
  - **Estado de comodidad: Psicoespiritual (2011)**
    - **Pérdida de fe**
    - **Depresión**
    - **Sensación de abandono espiritual**
  - **Salud Espiritual (2001)**
    - **Calidad de la fe**
    - **Satisfacción Espiritual**
    - **Interacción con los líderes espirituales**
    - **Capacidad para amar**
    - **Capacidad para rezar**

## VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

### - Severidad de la enfermedad

### - Ejemplo:

La Sra. R. es una mujer de 23 años de edad HIV positiva y extremadamente cansada. Está siendo tratada con profilácticos pero ha sido diagnosticada de neumonía y presenta hipertermia. Es una madre soltera de una niña de 3 años. La Sra. R. llora y dice que su enfermedad es el "inicio del fin".

## Ejemplo: Sra. R.

### - NOCs

- Nivel de miedo (1210)
  - Distrés
  - Tendencia a culpar a los demás
  - Llanto
  - Fatiga
  - Preocupación excesiva por sucesos vitales
  - Preocupación por la fuente del miedo

## ESTADO FUNCIONAL/ CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVDs)

- Afectará la selección del resultado
- Cliente Tetrapléjico
  - Ambular (0200)
  - Equilibrio (0202)
  - Autogestión de los cuidados (1613)
  - Implicación Social (1503)
  - Integridad Tisular: Piel y Membranas mucosas (101) Realización de la transferencia (0210)

## Recursos de Apoyo

Los recursos de apoyo influyen la recuperación del paciente y los resultados que se deben considerar para cada uno son los siguientes:

- Financieros
  - Conducta de Cumplimiento (1601)
  - Autocontrol de la Diabetes (1619)
  - Estado Nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos (1008)
- Apoyo social
  - Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
  - Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2205)

## PREFERENCIAS DEL PACIENTE

- Preferencias del paciente
  - Objetivos de salud
    - Forma Física (2004)
  - Preferencias
    - Equilibrio emocional (1204)
    - Nivel de depresión Depression Level (1208)
  - Consideración de indicadores (NA)
    - Grado de cambio

## Tratamiento Potencial

- Tratamiento potencial
  - Intervención apropiada para el resultado
    - Diagnóstico NANDA-I Confusión Crónica secundaria a enfermedad de Alzheimer
    - Intervenciones que ayudan a mantener al paciente
    - Cognición (0900) Puede ser apropiado, pero no más tarde

## Tratamiento Potencial (continuación)

- **Con el futuro deterioro, otros resultados**
  - Higiene Bucal (1100)
  - Estado Nutricional (1004)
  - Conducta de prevención de caídas (1909)
- **Necesitarán efectuar evaluaciones sistemáticas a medida que el paciente empeora**

## Tratamiento Potencial (continuación)

- Segundo factor
  - Personal enfermero disponible para llevar a cabo la intervención
  - Es crucial disponer de la intervención más apropiada relacionada con el resultado, pero es necesario disponer de personal cualificado
  - Ejemplo: La Sra. S. requiere enseñanza para conseguir un cambio en el resultado conducta de abandono del consumo de tabaco (1625)

## Cuestión nº 2

- Siguiendo cuestión: ¿Es necesario puntuar tanto los indicadores como los resultados?
- ¿Podemos puntuar solamente los indicadores?
- Si puntuamos solo los indicadores, ¿Cómo decidimos cuándo el paciente ha logrado el resultado?
- ¿Es posible establecer un “gold estándar” para los indicadores de cada resultado?

## Puntuar Resultados/Indicadores

- Principios guía para el proceso
  - Crucial para el proceso completo de clasificación
  - El mayor nivel de estandarización que podamos conseguir
  - Necesidad de conseguir una etiqueta de resultado (xxxx) y no cambiar la formulación
  - Número de indicadores para la etiqueta de resultado
  - Trabajar para alcanzar la consistencia de los indicadores para cada resultado

## Puntuar Resultados/Indicadores

- ¿Por qué puntuar la etiqueta de resultado?
  - Documenta nuestra contribución al cuidado
  - Evidencia (con el cambio) que las enfermeras constituyen una diferencia
- ¿Por qué puntuamos los indicadores?
  - Específicos para la situación del paciente
  - Más concretos y fáciles de medir
- **Deben puntuar tanto la etiqueta del resultado como los indicadores, si no pueden puntuar los indicadores, puntuar la etiqueta de resultado**

## Puntuar Resultados/Indicadores

- Seleccione los resultados e indicadores
- Compare el cliente con la persona de referencia (5)
  - Individuo sano de la misma edad y género
- Puntúe el resultado y los indicadores antes de la intervención basado en la comparación
- Valore el resultado/indicadores después de la intervención comparándolos con el estado previo
- El resultado REAL es el cambio en la puntuación

## Puntuar Resultados/Indicadores

- Ejemplo
  - **Resultado/Indicadores se puntúan a "2"**
  - **Intervención y re-evaluación**
  - **Resultado/Indicadores están a "4"**
  - **El cambio es +2 por tanto la intervención ha tenido un impacto**
- Ejemplo:
  - **Resultado/Indicador lo mismo**
  - **Re-evaluación y no cambio o ↓ a "1"**

## Puntuar Resultados/Indicadores

- Uso del juicio enfermero
  - **¿Es este el mejor resultado posible?**
  - **¿Fueron las intervenciones implementadas de forma completa?**
  - **¿La etiqueta fue escogida de forma correcta?**
  - **¿Se usó la persona de referencia correcta para documentar la puntuación del resultado?**
- Estas son cuestiones que hay que formular antes de cambiar los cuidados o los resultados

## Desarrollo de "Gold Standards"

- Investigación sobre eficacia clínica usando grandes bases de datos
- Valorar un gran número de pacientes sobre resultados/indicadores
- Revisar los datos en busca de patrones que se presenten de forma más frecuente
- Quizás el desarrollo infantil: 2 meses (0104)
  - **Indicadores 010402, 010407, 010411, 010415, 010417 más frecuentes en 10,000 pacientes**

## Desarrollo de "Gold Standards"

- El uso de 5 indicadores puede ser probado en diferentes entornos para documentar la consistencia con que aparecen
- Este trabajo es crucial para la estandarización de los indicadores en la representación de la etiqueta del resultado.
- También debería ser la base para describir los comportamientos asociados con los niveles 1, 2, 3, 4 y 5.

## Estandarización Vs. Práctica

- La filosofía es la estandarización
- La práctica entre tanto, maximiza el grado de estandarización
- **Seleccione un NOC y sus indicadores más apropiados para la situación del paciente**
- Ejemplos:
  - **Nuestros hospitales colaboradores han trabajado para especificar un resultado y los indicadores relevantes para su práctica**

## Ejemplo continuación

- El equipo del hospital revisa los indicadores
- Selecciona los que son relevantes para su práctica
- Evaluación estandarizada del impacto de la intervención y registro
- Estado Cardiopulmonar (0414)
  - **Tensión Arterial Sistólica, Tensión arterial diastólica, frecuencia cardíaca apical, saturación de oxígeno, ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria, y ritmo respiratorio,**

## Ejemplo continuación

- Este es su intento para estandarizar la práctica y la evaluación del resultado:

### - Estado Cardiopulmonar (0414)

## Cuestión nº 3

- ¿Cuál es el significado de las puntuaciones 1, 2, 3, 4 y 5?
- Este es nuestro intento para ayudar a cuantificar los indicadores para conseguir una puntuación para evaluar el cambio en el resultado a lo largo del tiempo
- El significado necesita ser creado en la práctica y algunos de nuestros colegas han formulado en palabras las puntuaciones

## Ejemplo de puntuación de escalas

- Este trabajo muestra las descripciones usadas para la puntuación de un indicador de 1-5\*
- El equipo de enfermeras del hospice identificó principios de cuidados (confort, dignidad, elecciones, aceptación y conclusión)
- Seleccionaron Muerte Digna y los indicadores basados en esos principios

\*Brokel, J.M. & Hoffman, F. (2005). Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(1), 37-44.

## Ejemplo continuación

- Basado en el trabajo de las enfermeras del hospice
  - **Muerte Digna fue retirado**
  - **Se han desarrollado nuevos resultados**
    - **Muerte confortable (2007)**
    - **Dignified Life Closure (En Español Muerte Digna) (1307)**
  - **Dignified Life Closure (Muerte Digna) incluye indicadores para los que las enfermeras crearon descriptores**
  - **Muerte confortable incluye un ejemplo de los descriptores**

## Ejemplo de Descriptores

Dolor*	1-Escala de dolor 9-10
	2-Escala de dolor 7-8
	3-Escala de dolor 4-6
	4-Escala de dolor 2-3
	5-Escala de dolor 0-1

\*Muerte confortable (2007)  
Severo a ninguno

## Ejemplo de Descriptores

Expresa afecto*	1-No participa
	2- Muestra afecto por 1-2 personas
	3- Muestra afecto por 3-4 personas
	4- La unidad familiar al completo muestra afecto
	5- Toda la comunidad muestra afecto

\* Dignified Life Closure (Muerte digna) (1307)

### Ejemplo continuación

Pone los asuntos en orden\*

- 1-No desea poner los asuntos en orden
- 2-Está alerta y es capaz de identificar
- 3-Inicia acciones para organizar
- 4-Pone más asuntos en orden
- 5-Pone los asuntos legales, personales, de negocios, financieros en orden

\*Dignified Life Closure (Muerte Digna) (1307)

### Trabajo de las enfermeras del hospice

- Este trabajo fue la base para un proyecto de investigación
- Las enfermeras anotaron las observaciones que describían de manera más exacta la experiencia del paciente-familia
- Sirvieron para documentar la medida de los descriptores y su relevancia para los niveles de puntuación
- Trabajo crucial ya que es un intento de definir el significado clínico de los indicadores
- Intento de estandarizar el resultado y los indicadores

### Cuestión nº 4

- ¿Cuál es el significado clínico de cada uno de los niveles de la escala de los indicadores?
- Esta cuestión es similar a otras anteriores
- Las enfermeras pueden trabajar como equipo para describir el significado clínico y llegar a encontrar un descriptor para los niveles de puntuación
- De nuevo, el principio clave es la estandarización en el mayor nivel posible

### Información adicional sobre las escalas

- Catorce escalas usadas en 358 resultados
- Una escala usada en 298 resultados
- Dado que los resultados se basan en estados, percepciones, conductas, no debe sorprender el uso de diferentes escalas
- Trabajo duro para ser consistente con la etiqueta del resultado, definición e indicadores
- Escala: Nunca a siempre demostrado adecuada con definiciones que comienzan con "Acciones personales"

### Razonamiento para el uso de dos escalas

- Dirigido por el lenguaje
  - **Acciones personales en la definición**
  - **Las conductas se puntúan mejor con el uso de nunca demostrada - siempre demostrada**
  - **Autocuidado de la Ostomía (1615)**
    - **Cambia la bolsa de la ostomía**
    - **Utiliza una técnica de irrigación correcta**
    - **Mantiene una ingesta adecuada de líquidos**
    - **Obtiene material para la ostomía**

### Razonamiento para el uso de dos escalas

- Hay resultados con dos escalas diferentes
- La investigación mostraba indicadores relevantes pero que no permitían a las enfermeras documentar la información necesaria
  - **Higiene Bucal (1100)**
    - **Sangrado (110018)**
- La escala severamente comprometido a no comprometido no encaja, por eso se añade 2ª escala grave a ninguno

## Razonamiento continuación

- Otra cuestión relacionada al uso d indicadores negativos
- Normalmente se refieren a síntomas importantes para el cuidado del paciente
- Ejemplos: doble visión, sangrado, distorsión del gusto, sensibilidad en un determinado punto, fatiga, infección, depresión, dolor en la incisión, hipotensión ortostática

## Solución para retener Información

- Incorporación de segunda escala para medir estados negativos
- Hay 87 resultados con 2 scales
- Ejemplo:
  - Estado de comodidad: física (2010)
    - Aprox. ½ Gravemente-no comprometida
    - Temperatura corporal
    - Vías aéreas permeables
  - Resto Grave-ninguno
    - Cefalea
    - Estreñimiento

## Trabajo que se está iniciando

- Miembros de la facultad examinan los NNNs usados en pacientes con paro cardíaco
- Miembros de la facultad examinan NNNs usados en pacientes que padecen situaciones en las que se requiere la asistencia de los Equipos de Respuesta Rápida (RRT)

## Cuestión nº 5

- ¿Cuáles son las principales líneas de investigación que están siendo desarrolladas en la actualidad para NOC?
- Los estudiantes de Doctorado en Iowa están recogiendo datos
  - Examinando la frecuencia de resultados usados para determinadas poblaciones
  - Examinando qué resultados de usan con determinadas NICs y NANDA-Is
  - Examinando instrumentos de valoración que se usan en los cuidados de larga estancia para construir un NOC para los pacientes de estos servicios

## Trabajo a realizar

- Evaluación clínica de los vínculos
  - En este momento los vínculos se basan en la revisión de la literatura
  - Se necesitan datos de pacientes para validar los vínculos en la práctica
  - Se necesitan diferentes entornos, poblaciones y diagnósticos médicos
  - Se necesita examinar esos vínculos de forma intercultural par encontrar similitudes y diferencias

## Cuestión nº 6

- ¿Que proyectos de investigación se deberían llevar a cabo para avanzar en el trabajo con esta clasificación?
- Se debe preguntar a algunos grupos de especialidades enfermera cuáles son los resultados relevantes para su práctica
  - Enfermeras de unidades peri-operatorias
  - Enfermeras de Trauma
  - Enfermeras de Oncología

## Trabajo a realizar

- Resultados e Indicadores
  - **Necesitamos identificar qué indicadores representan mejor las etiquetas de resultados**
  - **Necesidad de grandes bases de datos que valoren todos los indicadores**
  - **Propósito de estandarización de los indicadores para cada resultado**
  - **Este trabajo será crucial para la Clasificación de Resultados Enfermeros**

## Trabajo a realizar

- Ejemplo
  - Indicador de resultado "calma"
    - **Gritos continuos (puntuación de 1)**
    - **Tres cuartos del día gritando (puntuación de 2)**
    - **La mitad del día gritando (puntuación de 3)**
    - **Un cuarto del día gritando (puntuación de 4)**
    - **Tranquilo, durmiendo todo el día (puntuación de 5)**

## Trabajo a realizar

- Necesitamos continuar identificando los NANDA-Is, NOCs y NICs usados más frecuentemente
  - ¿Existen patrones de resultados que se usan con determinadas intervenciones?
  - ¿Existen patrones de resultados asociados a determinados diagnósticos médicos o enfermeros?
- Necesitamos definir las puntuaciones para los resultados usados más frecuentemente

## Trabajo a realizar

- La calidad de los resultados se ve afectada por
  - **Número de enfermeras**
  - **Formación y nivel de las enfermeras**
- ¿Existen diagnósticos que se asocian de forma consistente con resultados específicos?
- ¿Existen factores del paciente que influyen en la consecución del resultado?
- ¿Cuál es la relación entre determinadas NICs y NOCs?

## Trabajo a realizar

- Y en referencia a la Taxonomía
  - **¿Existen Dominios que reflejen el paciente, la familia y la comunidad?**
  - **¿Las clases son lógicas en relación a los dominios?**
  - **¿Se necesita identificar otras clases?**
  - **¿Existe una relación lógica entre los títulos de cada clase y los resultados incluidos en ella?**



**Elizabeth (Liz) Swanson, Ph.D., RN**  
**Associate Professor**  
**The University of Iowa College of Nursing**  
**Iowa City, Iowa 52242 USA**  
**319-335-7051**  
**elizabeth-swanson@uiowa.edu**

# NOC EN EL PROCESO DE CUIDADOS

**Elizabeth Swanson**

University of Iowa College of Nursing and the  
Center for Classification and Clinical  
Effectiveness May, 2011

*Colegas de AENTDE:*

Me gustaría agradecerles esta oportunidad de trabajar con ustedes para avanzar en el área de la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC). Nuestro equipo NOC respeta el trabajo que han llevado a cabo hasta el momento y está disponible para ayudarles en la medida de sus posibilidades a ampliar sus logros hasta el siguiente nivel. He organizado esta presentación por temas. Los temas de la presentación son cuestiones que la junta de AENTDE propuso a nuestro equipo antes de venir a Coruña, España, para el taller. Estoy deseando participar en la discusión y escuchar sus comentarios.

*¿Cuáles son los factores que deben ser tenidos en cuenta en la selección de un resultado NOC y los indicadores necesarios?*

## Perspectiva general

La manera más directa de identificar los resultados para el uso clínico, es la revisión de la taxonomía NOC, en la que resultados similares están agrupados bajo conceptos enfermeros clave.

Una segunda manera de escoger los resultados es la revisión del listado de resultados identificados por la especialidad enfermera, para ver si los resultados identificados coinciden con los resultados que necesita para evaluar la eficacia de sus intervenciones. Es importante que la práctica especializada esté adecuadamente reflejada en esta clasificación. Una tercera manera de identificar los resultados, es examinar las relaciones provistas para los Patrones Funcionales de Salud de Gordon,

Diagnósticos NANDA-I y las relaciones con International Classification of Functionality (ICF). También creo que necesitamos tener presente el diagnóstico enfermero, ya que la mayoría de los resultados representan la resolución de diagnósticos enfermeros, aunque otros resultados son más genéricos y no están relacionados específicamente con un diagnóstico enfermero. Por ejemplo, *Calidad de vida* es más general y no específico para un diagnóstico enfermero. En el caso de los resultados más generales, puede ser un reto, o no, seleccionar los indicadores para el resultado correspondiente. Además, puede ser que ustedes quieran seleccionar el resultado y más tarde los indicadores específicos para la situación determinada. Esta especificidad puede ser muy útil tanto para ustedes como para sus pacientes y sus familias.

## Perspectiva específica

Más específicamente, existen diferentes factores que influyen en los resultados de los pacientes. Esos factores son: 1) el tipo de problema de salud, 2) el diagnóstico enfermero o médico y los problemas de salud, 3) Las características del paciente, 4) los recursos del paciente, 5) las preferencias del paciente, 6) las capacidades del paciente y 7) el tratamiento potencial o la intervención específica.

## Problemas de salud

Pueden ser clasificados en problemas para 1) ser tratados por otros profesionales de la salud, 2) ser tratados en colaboración con otros profesionales de salud o 3) problemas que son tratados por las enfermeras. Si el problema pertenece al primer grupo – la responsabilidad de identificar el resultado pertenece al dominio de otros profesionales. Ejemplos de esos problemas pueden ser las

cuestiones económicas que deben ser referidas a un trabajador social, o las cuestiones espirituales que deben ser referidas a un consejero espiritual. Pero en el segundo y tercer grupos, la enfermera debe trabajar con otros profesionales y con el paciente, o bien la enfermera con el paciente para identificar el resultado (s). Otros problemas como **ansiedad** o **depresión** pueden acompañar los problemas principales del paciente y la enfermera u otro profesional responsable deberían trabajar conjuntamente para identificar el resultado(s). Esto ocurre frecuentemente cuando la enfermera y el fisioterapeuta o la enfermera y la dietista colaboran en los resultados que pueden lograrse en relación a un programa de rehabilitación o a las instrucciones sobre una nueva dieta. Si el problema de salud es un diagnóstico enfermero, la enfermera debe asumir la responsabilidad primaria sobre la identificación de los resultados del paciente relacionados con el diagnóstico enfermero.

#### **Diagnóstico enfermero o Problema de salud**

Estos resultados deberían basarse en la valoración enfermera o médica del estado del paciente. Cuando se considera un resultado para un paciente, se debe tener en cuenta la definición del diagnóstico, las características definitorias, y los factores relacionados o los factores de riesgo en el caso de un diagnóstico de riesgo. Por ejemplo, *Intolerancia a la Actividad* se define como “Energía fisiológica o psicológica insuficiente para realizar o completar las actividades deseadas de la vida diaria”. Basándonos en esta definición, la enfermera podría seleccionar **Tolerancia a la actividad**, **Resistencia**, **Energía psicomotora** o **Nivel de Autocuidado** como resultados relacionados con la definición.

En los resultados NOC, **Tolerancia a la Actividad** y **Resistencia** están relacionados con una energía

fisiológica insuficiente, mientras que **Energía Psicomotora** se relaciona con una energía psicológica insuficiente. El resultado **Nivel de Autocuidado** podría ser seleccionado cuando la enfermera, de acuerdo con el paciente, están más interesados en la habilidad del paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria requeridas.

Pero cuando consideramos las características definitorias de la *Intolerancia a la Actividad*, tales como la tensión arterial, la respuesta cardíaca a la actividad, disnea y fatiga, resultados tales como **Signos Vitales**, o **Estado Cardiopulmonar** podrían ser seleccionados como resultados intermedios que necesitan mejorar si los pacientes quieren aumentar su tolerancia a la actividad. Si se usa un diagnóstico médico como base para identificar un resultado, se deben tener en cuenta los signos y síntomas de la enfermedad. Por ejemplo, el edema pulmonar puede ser un síntoma del diagnóstico médico **Insuficiencia Cardíaca Congestiva** y puede sugerir la selección de **Efectividad de la Bomba Cardíaca**, **Severidad de la Sobrecarga de Líquidos**, o **Estado Respiratorio**.

Basándonos en la definición del diagnóstico **Riesgo de Intolerancia a la Actividad** (que es la misma que la de Intolerancia a la Actividad pero que va precedida de “riesgo de desarrollar”) se pueden escoger los mismos resultados seleccionados para el diagnóstico *Intolerancia a la Actividad*, ya que este es el problema que debe ser prevenido. Sin embargo, es crucial darse cuenta de que la identificación del riesgo, SUGERIRÁ otros resultados, como **Efectividad de la Bomba Cardíaca**, **Conocimiento: Actividad prescrita**, **Forma Física**, **Estado Respiratorio: Ventilación**, **Perfusión Tisular: Pulmonar**. El hecho de que más de un resultado pueda ser apropiado para un diagnóstico enfermero

específico, justifica el proceso de toma de decisiones clínicas.

### Diagnóstico Médico

En relación al diagnóstico médico del paciente, como enfermera debe disponer de resultados esperados muy específicos que el paciente debe alcanzar. Por ejemplo, si el diagnóstico médico es Diabetes mellitus, el control de la glucosa en sangre es un aspecto muy importante del tratamiento de la enfermedad. Podría ser apropiado seleccionar el resultado NOC *Nivel de Glucosa en Sangre*. Otros dos resultados específicos para este diagnóstico médico y asociado con el diagnóstico enfermero específico de *Conocimientos Deficientes y Manejo Eficaz o Ineficaz del Régimen Terapéutico* son *Autocontrol de la Diabetes* y *Conocimientos: Control de la Diabetes*. Por ejemplo, los resultados sugeridos para el diagnóstico *Deterioro de la Integridad Cutánea*, incluyen los siguientes: *Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas; Curación de la Herida: Por Primera Intención; Curación de la Herida: Por Segunda Intención*. Todos los resultados seleccionados se refieren a cuestiones primordiales del cuidado con las que nosotras las enfermeras estamos muy familiarizadas en el cuidado de los individuos que padecen diabetes.

### Características del Paciente

Las características del paciente pueden afectar la selección de un resultado así como el grado en el que un resultado puede ser conseguido, y por esta razón, éstas deben ser consideradas como factores de ajuste del riesgo. Otras áreas más amplias que deben considerarse incluyen las características personales, enfermedades o características relacionadas con la salud, y recursos disponibles del cliente. Las características personales incluyen factores demográficos, procesos psicológicos / cognitivos, y creencias o valores personales de salud. Factores

demográficos como la edad o el género pueden jugar un papel importante en la selección de los resultados. Algunos resultados NOC, tales como los resultados de *Desarrollo Infantil* se han identificado de forma específica para diferentes edades, mientras que otros, *Autocontrol de la Enfermedad Cardíaca*, en la mayoría de los casos NO serán apropiados para niños. Algunos resultados como *Establecimiento de la Lactancia Materna: Madre o Estado Materno: Puerperio* son obviamente para aplicar en mujeres en edad fértil o de crianza de niños. Otros resultados relevantes según las características demográficas son: *Funcionamiento de la Familia o Cuidado de los Hijos: Seguridad Psicosocial*. La raza y la Etnicidad pueden proporcionar información importante para considerar la predisposición y la respuesta a la enfermedad y pueden indicar creencias culturales que pueden afectar la aceptación de resultados por parte del paciente o la familia. El nivel de educación es importante para la selección de resultados relacionados con los conocimientos y la participación en los cuidados de salud.

**Las variables psicológicas y cognitivas** pueden incluir estados emocionales como la depresión o la ansiedad y procesos como la **concentración**, la **memoria**, el **procesado de la información** y la **toma de decisiones**. Estos factores influyen la respuesta del paciente a la enfermedad, la capacidad de aprendizaje, y la motivación y por tanto necesitan ser considerados cuando se seleccionan resultados para un paciente determinado. Será muy importante no seleccionar **resultados de aprendizaje** para pacientes con una pérdida de la memoria reciente o que no pueden procesar la información, mientras que el *Autocontrol de la Ansiedad* puede ser el resultado más importante para el paciente con ansiedad severa. NOC posee un número de resultados que pueden ser usados para evaluar cambios en la función psicológica y cognitiva a lo largo del tiempo.

## Variables relacionadas con la Salud o la Enfermedad

Variables como la severidad de la enfermedad poseen una gran influencia en la selección de los resultados y consecuentemente en su consecución. Las enfermeras usan una serie de medidas de gravedad del paciente, así como medidas de recursos para captar la severidad de la enfermedad. La severidad de la enfermedad es la que dicta la eliminación o inclusión de resultados. Por ejemplo, la **Movilidad** no se selecciona generalmente para un paciente en una unidad de cuidados críticos, y la **Muerte Confortable** es muy adecuada para pacientes con una enfermedad terminal. El estado funcional así como la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria influirán también en la selección de los resultados. Mientras que **Ambulación** no es un resultado adecuado para un paciente tetrapléjico, **Realización de la Transferencia** puede ser muy importante y apropiado. Además, la **Autogestión de los Cuidados** puede ser apropiada también si el paciente está mentalmente alerta, pero no es capaz de llevar a cabo las actividades de autocuidado físicas.

## Recursos Disponibles

Este componente está relacionado con los recursos de apoyo que influyen en la recuperación y los resultados del paciente. Éstos pueden incluir recursos financieros, sociales, familiares y de salud que pueden influir en los estilos de vida, condiciones de vida, y acceso al sistema sanitario. Todos ellos deben ser considerados en la identificación de los resultados del paciente. Un cambio en la **Conducta de Cumplimiento** o el **Autocontrol de la Diabetes** no ocurrirá si los pacientes no disponen de los recursos económicos suficientes para comprar la medicación o los equipos necesarios (pte de revisión para adaptación cultural). Los factores sociales incluyen el apoyo social, relaciones sociales y la

disponibilidad de alguien que pueda ayudar al paciente cuando lo necesite. La **Severidad de la Soledad** o el **Rendimiento del Cuidador Principal: Cuidados Directos** pueden convertirse en resultados importantes si el apoyo social no existe o si un cuidador necesita aprender procedimientos y actividades múltiples para proporcionar los cuidados en el domicilio.

## Preferencias del Paciente

Este aspecto está relacionado con la consideración de las elecciones del paciente. La inclusión del paciente y/o la familia en el proceso de toma de decisiones para la selección de los resultados del paciente, asegurará que sus preferencias sean consideradas. Las preferencias estarán influidas por las percepciones personales del paciente sobre la salud, los objetivos de salud deseados, preferencias relacionadas con el tratamiento, creencias religiosas, creencias culturales y preferencias personales. Cada uno de estos factores puede determinar qué resultados son aceptables por parte del paciente o de la familia. Si el paciente cree que su salud es satisfactoria, puede estar menos inclinado a aceptar resultados dirigidos a medir la mejora en la salud general, tales como **Forma Física**. Si el paciente es incapaz de aceptar diagnósticos emocionales o psicológicos a causa de sus creencias religiosas o culturales, puede que no encuentre aceptables resultados del tipo **Equilibrio Emocional** o **Nivel de Depresión**. Además de colaborar en la selección de los resultados, también deben colaborar en la selección de la puntuación de los indicadores así como en la determinación del nivel de cambio que el paciente quiere conseguir.

## Tratamiento Potencial posible

La disponibilidad de intervenciones y la posibilidad de que sean realizadas debería ser considerado en la selección de los resultados. La Clasificación de

Intervenciones Enfermeras incluye intervenciones enfermeras y recomendaciones sobre el nivel de formación del personal que debe realizarlas. Un primer paso es determinar si una intervención es apropiada para conseguir un resultado específico para un paciente en concreto. Si el diagnóstico de un paciente es *Confusión Crónica* secundaria a enfermedad de Alzheimer, las intervenciones enfermeras han de ser capaces de ayudar al paciente a mantener su estado cognitivo actual durante un período. Pero con el deterioro cognitivo subsiguiente, esas intervenciones pueden no ser apropiadas o útiles. En ese caso, la enfermera difícilmente seleccionará ***Orientación Cognitiva*** o ***Cognición***, como resultado en el cual se han de obtener mejoras; y a medida que avanza el deterioro cognitivo, otros resultados relacionados con la ingesta nutricional, la seguridad, y la higiene pueden aumentar su relevancia. De la misma manera, si un paciente presenta el diagnóstico *Incontinencia Urinaria Total* secundaria a tetraplejia, no existen tratamientos disponibles en la actualidad para conseguir el resultado de ***Continencia Urinaria***, pero el mantenimiento del paciente en una puntuación de 5 en ***Severidad de la Infección*** o ***Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas***, puede ser un resultado importante. Un segundo factor a tener en cuenta, es si se dispone de personal de enfermería con el nivel necesario para ejecutar las intervenciones. Si la enseñanza a un paciente o familia precisa la presencia de una enfermera, entonces debe estar disponible una enfermera con las capacidades necesarias para proporcionar estos cuidados, si se selecciona un resultado de conocimientos.

***La puntuación de los Resultados / Indicadores: ¿Es necesario puntuar tanto los Indicadores como los Resultados? ¿O podemos puntuar solamente los indicadores? Si puntuamos solamente los indicadores, ¿Cómo decidimos que el paciente ha alcanzado el resultado? ¿Es posible establecer un***

***“gold” estándar para los indicadores de cada resultado? ¿Cómo podríamos hacerlo?***

La parte fundamental de esta respuesta que el equipo de investigación quiere transmitir, es que la estandarización de la etiqueta de resultado y sus indicadores es crucial para la totalidad del proceso. Es importante disponer del máximo grado de estandarización que podamos – este es el principio guía del trabajo.

Generalmente, la revisión de los resultados NOC (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2008) proporciona los medios para determinar el estado del resultado y son fácilmente identificables realizando una comparación uno a uno de los datos que representan el estado actual con un resultado específico. Sí, necesitan puntuar tanto los resultados como los indicadores. Las enfermeras somos miembros clave del equipo de salud y debemos ser capaces de documentar y medir el impacto de nuestras intervenciones. La puntuación de la etiqueta del resultado proporciona a las enfermeras la evidencia que permite mostrar el efecto de las intervenciones enfermeras escogidas para tratar al paciente. Si no disponemos de esa información, es difícil mostrar que la enfermería constituye alguna diferencia. Si no pueden puntuar los indicadores, como mínimo DEBEN puntuar la etiqueta de resultado. Es fundamental que documentemos nuestros cuidados de enfermería y comencemos a recoger datos sobre la influencia que los cuidados tienen en estos resultados.

Si pueden puntuar los indicadores, deben hacerlo ¿Cuál es el procedimiento que usan? Han seleccionado el resultado y lo han puntuado, entonces empiezan a revisar los indicadores. ¿Cómo llegan a esta puntuación? El equipo sugiere que durante el proceso utilicen a una persona de referencia (un individuo sano del mismo género y edad similar) sobre la que puntar el resultado y los indicadores

antes de implementar la intervención. Aquí tienen un ejemplo práctico: Por ejemplo, valoran los resultados seleccionados de forma basal (cuando comparan con su persona de referencia) y puntúan un “2”. Después realizan la intervención y 48 horas más tarde la puntuación es “4” por lo que tenemos un cambio de +2. El RESULTADO real es el cambio identificado en la puntuación del resultado después de la intervención enfermera. Un cambio en la puntuación del resultado, es una indicación de que el resultado ha sido afectado por la intervención. En situaciones especiales con individuos ancianos o que padecen enfermedades terminales, el mejor resultado es que no se produzca ningún cambio o que éste sea mínimo. Por tanto, en estas situaciones es el juicio de la enfermera lo que determina si el que no haya ningún cambio o que éste sea mínimo, es **el mejor resultado** en este momento para el paciente o si la intervención enfermera no es apropiada y se necesitan otro tipo de intervenciones.

Existe otra información importante cuando se usa la persona de referencia. La persona de referencia debe ser de la misma edad y género que la persona cuidada. La enfermera debe comparar su paciente (un hombre de 60 años) con un hombre de 60 años, sano. PERO ES CRUCIAL QUE LA MEDIDA DE LOS RESULTADOS SEA COMPARABLE ENTRE POBLACIONES. Cuando el paciente presenta una enfermedad crónica como la artritis y la enfermera trabaja para mejorar la movilidad del paciente, la comparación NO es el hombre de 60 años de edad con artritis, sino un hombre sano de la misma edad. De nuevo, la “referencia” es el individuo sano del mismo género y edad similar.

Pero si pretendemos usar la perspectiva del “gold estándar”, debemos basarnos en la investigación de la eficacia, en la que se valora un número muy amplio de pacientes sobre el mismo resultado para identificar los indicadores probados que reflejen el resultado.

Este tipo de investigación requiere el uso de bases de datos enfermeras muy amplias, que nos permitan identificar los indicadores relevantes que realmente reflejen la etiqueta del resultado. Esto podría también permitirnos identificar palabras que describan las puntuaciones 1, 2, 3, 4 y 5. Esto sería un trabajo crucial para el desarrollo del “gold estándar”. Más tarde compartiré con ustedes un ejemplo sobre un equipo de enfermeras, que en una escala limitada, desarrollaron descriptores para las puntuaciones 1, 2, 3, 4 y 5.

Me gustaría repetir, la perspectiva ideal es puntuar el resultado considerando todos los indicadores relevantes, y después puntuar respectivamente cada uno de los indicadores. Esta es una tarea importante y el equipo opina que es la perspectiva ideal. Nuestro objetivo es, a partir de futuros trabajos de investigación, identificar 7 – 10 indicadores representativos y estandarizados para la etiqueta del resultado. En estos casos, el grupo de indicadores asociados se usarían para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Pero hasta que dispongamos de un cuerpo de trabajo en esta área, es importante que identifiquen el resultado relevante y a continuación que seleccionen los indicadores específicos MÁS apropiados para la situación del paciente. Por ejemplo, algunos de nuestros hospitales colaboradores han adquirido el hábito de revisar los indicadores del resultado escogidos y seleccionar únicamente aquellos que serán evaluados de forma consistente. Cada resultado posee un grupo de indicadores que son usados para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Por tanto, los indicadores son más concretos y se miden a lo largo de la escala de Likert de 5 puntos. En la práctica, este equipo sugiere que tras la selección del(los) resultado(s) apropiado(s), se seleccionen los indicadores que sean más apropiados para el paciente. Esto les ayuda a estandarizar el registro y la medida del impacto de

la intervención ya que los indicadores son más concretos que la etiqueta de resultado. Por ejemplo, en el resultado **Estado Cardiopulmonar**, pueden escoger los indicadores de presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardíaca apical, saturación de oxígeno, ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria y ritmo respiratorio.

Las enfermeras deberían basar la puntuación del resultado en un juicio general sobre las puntuaciones de los indicadores enfermeros sensibles. Aquí es donde entra el juicio de la práctica enfermera. Quizás, a partir de los 7 indicadores que escogen para representar el resultado para este paciente, la puntuación del resultado general es “3”. Entonces implementan las intervenciones y vuelven a evaluar el resultado a partir de los mismos 7 indicadores. Después de la intervención de *Precauciones Cardíacas* usando las actividades de aplazar el baño, restringir el fumar, proporcionar comidas en poca cantidad y frecuentes, y sustituir la sal artificial y limitar la ingesta de sodio, evalúan al paciente en los indicadores escogidos para el resultado **Estado Cardiopulmonar**: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardíaca apical, saturación de oxígeno, ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria y ritmo respiratorio. Puede ser que el resultado esté a “4”, la mejora de “3” a “4” demuestra el inicio del impacto de la intervención enfermera *Precauciones Cardíacas* en esta situación de cuidados del paciente. El resultado ha sido conseguido.

*¿Cuál es el significado de la puntuación uno, dos, tres, cuatro y cinco?*

Este es el ejemplo de las palabras descriptoras para los indicadores seleccionados en un resultado al que me había referido con anterioridad. En lo que respecta a proporcionar significado clínico a las puntuaciones, ¡las enfermeras del Hospice en el Norte

de Iowa hicieron exactamente eso! Un equipo de enfermeras (Brokel & Hoffman, 2005) revisaron y seleccionaron el resultado, **Muerte Digna**. Más tarde, todas ellas revisaron el resultado seleccionado e identificaron 10 indicadores del resultado en base a los principios del cuidado enfermero que querían conseguir en su práctica. Los principios eran confort, dignidad, opciones, aceptación y conclusión. Después de la identificación de estos indicadores, revisaron la literatura sobre cómo los pacientes y sus familias responden al proceso de morir. Para ayudar en la definición de la escala de los indicadores, a cada uno de ellos se le adjudicaron descriptores que estaban presentes en la literatura revisada.

Es importante resaltar que este trabajo fue la base para un proyecto de investigación y que los datos se recogieron en un Hospice de seis camas. Se solicitó a las enfermeras que al ingreso del paciente marcaran la puntuación que correspondía a la observación que mejor describía la respuesta del paciente-familia al proceso de muerte. Este método fue usado para documentar la medida de las descripciones de los indicadores a partir del nivel desarrollado por las enfermeras. Este es un trabajo fundamental ya que constituye el inicio de un intento de presentar el significado clínico de los niveles de esta escala desde “nunca demostrado” hasta “siempre demostrado”. Además, es un intento de estandarizar la etiqueta del resultado basándose en indicadores seleccionados que representan el resultado.

A continuación se presenta un ejemplo de su trabajo.

Indicadores	Definiciones Operacionales
<b>Expresa Alivio del Dolor</b>	1.- <i>Dolor Manifestado en la Escala: 9 – 10</i> 2.- <i>Dolor Manifestado en la Escala: 7 – 8</i> 3.- <i>Dolor Manifestado en la Escala: 4 – 6</i> 4.- <i>Dolor Manifestado en la Escala: 2 – 3</i> 5.- <i>Dolor Manifestado en la Escala: 0 – 1</i>
<b>Se Muestra tranquilo y relajado</b>	1.- <i>Llanto, gemidos, quejas, agitación continuos.</i> 2.- <i>Llanto, gemidos, quejas, agitación tres cuartas partes del día</i> 3.- <i>Llanto, gemidos, quejas, agitación la mitad del día</i> 4.- <i>Llanto, gemidos, quejas, agitación una cuarta parte del día</i> 5.- <i>Relajado y durmiendo durante todo el día</i>
<b>Completa Objetivos Significativos</b>	1.- <i>No muestra interés en saber /trabajar para conseguir los objetivos</i> <i>o</i> <i>estos son irreales</i> 2.- <i>Realiza un esfuerzo muy limitado para identificar objetivos</i> <i>realistas</i> 3.- <i>Identifica / establece objetivos significativos y solicita ayuda</i> 4.- <i>Regularmente realiza tareas dirigidas a conseguir / completar los</i> <i>objetivos</i> 5.- <i>Verbaliza que los objetivos se han conseguido o consigue objetivos</i> <i>importantes</i>

### *¿Cuál es el significado clínico de cada nivel de las escalas en los indicadores?*

De nuevo, esta pregunta es similar a las dos anteriores y las enfermeras pueden trabajar en equipo para adjudicar significado clínico a los respectivos descriptores basados en los indicadores seleccionados. Pero puede haber información adicional sobre las escalas que puede ser útil.

Hemos intentado limitar el número de escalas de medida usadas en la clasificación, actualmente existen 14 escalas usadas en los 385 resultados en la cuarta edición. Hay 298 resultados que usan una sola escala. A medida que los resultados se desarrollan, establecemos una escala basada en los indicadores identificados en la literatura para el resultado. Dado que los resultados se refieren a estados, percepciones y comportamientos, no debe sorprender que se necesiten diferentes escalas para ajustar el enfoque del resultado. Los autores de los resultados trabajan para mantenerse dentro de los formatos de la definición, de los formatos de las etiquetas y de la consistencia indicadores. En consecuencia, puede haber diferentes escalas usadas en un mismo resultado. La razón es que se trata de escalas que en cierto modo dependen del lenguaje. Si la definición del resultado incluye acciones personales y está basada en comportamientos, la escala “nunca demostrado a consistentemente demostrado” tiene más sentido que la escala “severamente comprometido a no comprometido”. El significado

clínico proviene de la discusión previa sobre las observaciones específicas para documentar las puntuaciones de la escala de Likert.

*¿Por qué tenemos dos escalas en algunos de los resultados?*

Tras la prueba de NOC en la clínica apareció un problema, algunos indicadores eran difíciles de usar ya que contenían dobles negaciones para poder ajustarse a la escala de medida. Las enfermeras creían que era importante documentar los indicadores negativos ya que se centraban en los signos y síntomas indicando complicaciones de la situación de los pacientes y además eran frecuentemente monitorizados por las enfermeras en la práctica. Como solución a este problema, se añadió una segunda escala de medida a 87 resultados en la cuarta edición.

Por ejemplo, el resultado **Función sensorial: Visión** usa dos escalas: “Severa desviación del rango normal” a “No desviación del rango normal” y “severa a ninguna” para los indicadores. La puntuación global está basada en la escala de desviación. Pero existían los indicadores negativos que hacían esta escala difícil de usar. Por ejemplo, dolores de cabeza, mareos, tensión ocular y visión borrosa y todos los síntomas y signos que pueden ser útiles a las enfermeras. La adición de la segunda escala permite a la enfermera puntuar la severidad del dolor de cabeza, los mareos, la tensión ocular y la visión borrosa del paciente, en lugar de identificar que los dolores de cabeza, los mareos, la tensión ocular o la visión borrosa están desviadas del rango normal. Esto proporciona mejores datos y más información en el cambio del estado de los pacientes. Este cambio en el formato hace estos indicadores más fáciles de usar por la enfermera.

*¿Cuáles son las principales líneas de investigación que están siendo desarrolladas en la actualidad por NOC?*

Se necesita evaluación clínica y probar las relaciones publicadas en los libros. Las instituciones clínicas que usan los tres lenguajes pueden agregar y analizar los datos recogidos para determinar cuáles son los resultados y las intervenciones seleccionados tanto en relación a los diagnósticos enfermeros como médicos. Los datos también se pueden analizar para determinar qué diagnósticos, resultados e intervenciones se seleccionan para poblaciones de pacientes agrupadas por edad, diagnóstico médico u otros parámetros de interés. Las relaciones pueden también ser testadas en estudios de investigación que se centran en poblaciones determinadas de pacientes o en servicios de atención específicos. El feedback recibido de parte de los clínicos y otros profesionales que usan este trabajo, ayudará a los autores a perfeccionar las relaciones para futuras ediciones. Los anteriores libros de relaciones han sido traducidos a cinco idiomas, aumentando las oportunidades de revisión internacional del trabajo de relaciones. Esto es importante, ya que puede haber diferencias culturales en la forma en que estas clasificaciones se relacionan. Los diagnósticos enfermeros, las intervenciones y los resultados – especialmente *Diagnósticos Enfermeros NANDA-International: Definiciones & Clasificación 2009 – 2011* (2009), la quinta edición de *Clasificación de las Intervenciones Enfermeras* (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008), y la cuarta edición de *Clasificación de Resultados Enfermeros* (Moorhead, et al., 2008), a las que nos referimos de forma conjunta como NNN - constituyen el proyecto original para proporcionar un panorama general del pensamiento enfermero, así como la estructura y el contenido para el desarrollo del conocimiento

enfermero, la planificación de cuidados, y la toma de decisiones clínicas.

Las relaciones entre los diagnósticos enfermeros y las condiciones clínicas, con las intervenciones y resultados enfermeros son esencialmente una “síntesis de síntesis” que integra el conocimiento enfermero en un todo cohesivo. Las relaciones en este texto proporcionan un “mapa de ruta conceptual” específico para la disciplina o un proyecto original para relacionar los diagnósticos, las intervenciones y los resultados que prepara a las enfermeras para el panorama general en la era conceptual emergente. Las relaciones pueden ser usadas para diseñar cuidados basados en la evidencia para poblaciones de pacientes o para pacientes individuales. Proporcionan un lenguaje estandarizado que puede ser usado en el desarrollo de sistemas electrónicos de información enfermeros. Las relaciones pueden ayudar a los profesores a enseñar la toma de decisiones clínicas y a desarrollar planes de estudio y pueden ser usadas por los investigadores para probar las intervenciones enfermeras, para evaluar las conexiones sugeridas en las relaciones, y para desarrollar teorías de rango medio.

*¿Cuáles son los proyectos futuros de investigación que se necesita desarrollar para avanzar en el trabajo de la clasificación NOC?*

Existen numerosos proyectos de investigación que ustedes pueden generar a partir de las ideas que han presentado en este taller. Necesitamos revisar de forma consistente el trabajo que realizamos a diario para poder formular nuestras ideas. Por ejemplo, se necesita documentar el trabajo de enfermería sobre los diagnósticos que tratan habitualmente, las intervenciones que usan para tratar esos diagnósticos y los resultados obtenidos como respuesta a las intervenciones. Si es posible, este trabajo debería realizarse a nivel local, regional, nacional e

internacional a través de bases de datos enfermeras específicas. Se necesitan grandes bases de datos clínicas para valorar la eficacia enfermera, generar hipótesis que se puedan probar usando diseños de investigación controlados, y refinar las relaciones entre los diagnósticos, intervenciones y resultados usando evidencia clínica. Estos usuarios de bases de datos son esenciales para el desarrollo del conocimiento enfermero, para la práctica basada en la investigación y para influir en la política sanitaria. Los clínicos, que están muy ocupados, sin embargo, no pueden perder el tiempo una y otra vez en buscar cada uno de los lenguajes estandarizados ordenados alfabéticamente en un sistema electrónico.

El desarrollo del conocimiento enfermero requiere la evaluación de la eficacia de diferentes intervenciones enfermeras y la adecuación del proceso de toma de decisiones en la selección de intervenciones que resuelvan un diagnóstico o que consigan un determinado resultado. Kautz y Van Horn (2008) han ilustrado de forma muy convincente cómo los lenguajes NNN pueden ser usados en el desarrollo de guías de práctica clínica basada en la evidencia, tanto para la práctica clínica como para la investigación y concluyen afirmando que “el uso y continuo desarrollo de un lenguaje uniforme, estandarizado, captura la esencia de la práctica enfermera y además ayuda a avanzar el conocimiento enfermero de manera que proporcione el marco adecuado para la práctica basada en la evidencia” (p.18).

La coherencia entre los diagnósticos, las intervenciones y los resultados mostrada en forma de relaciones basadas en la evidencia es fundamental para asegurar la mejora de la calidad y la seguridad. El trabajo de los vínculos contenidos en este libro proporciona numerosas relaciones que requieren prueba y evaluación en el entorno clínico. Cuestiones sobre cuál de las intervenciones sugeridas puede

conseguir el mejor resultado para un diagnóstico concreto, cuál de los resultados es el que mejor se puede conseguir para una población determinada de pacientes, y cuál de los diagnósticos e intervenciones están asociados a diagnósticos médicos específicos, son sencillamente una muestra de las cuestiones que es necesario responder. Estudios como el de Peters (2000), prueban la utilización de los resultados e intervenciones con poblaciones específicas de pacientes e incrementan el cuerpo de conocimientos.

Además de estudiar las relaciones entre intervenciones y resultados, las relaciones entre el entorno, la estructura de la organización del sistema sanitario, el proceso de cuidados, y los resultados del paciente también deben ser estudiadas. Sin este tipo de datos, las organizaciones disponen de poca información sobre la que ajustar el tipo de personal que necesitan, o determinar el coste-efectividad de cambios estructurales o de procesos en la prestación de cuidados de enfermería. Las cuestiones relacionadas con el estudio de los factores organizacionales que influyen en los resultados del paciente han ganado preponderancia en estos últimos tiempos.

La identificación de los factores del paciente que inciden en la consecución de los resultados, referida a factores de riesgo, es otra área que necesita la realización de estudios sobre la eficacia de las intervenciones enfermeras. Es necesario identificar los condicionantes personales para reducir o eliminar los efectos de los factores de confusión en estudios donde los casos no están asignados de forma aleatoria a diferentes tratamientos, como es típico en la mayoría de las investigaciones sobre eficacia. La identificación de los factores personales que influyen en la consecución de resultados para un determinado diagnóstico o la eficacia de una intervención en pacientes con características personales variables o

circunstancias de vida diversas, mejorará el cuerpo de conocimientos y permitirá a las enfermeras la provisión de cuidados de la más alta calidad posible. A medida que la investigación sobre la eficacia y la práctica basada en la evidencia ganan preponderancia en enfermería, tanto los factores personales como los organizacionales que deben ser considerados en el análisis de datos, están siendo identificados en la literatura (Titler, Dochterman, & Reed, 2004).

Tal y como ustedes nos han hecho saber – Las puntuaciones de las escalas de los indicadores necesitan estar más especificadas. Si se acuerdan, eso es lo que las enfermeras del Hospice hicieron con el resultado muerte digna (etiqueta que en la actualidad se ha retirado). Les estoy retando a revisar grandes grupos de datos de pacientes y seleccionar y seleccionar aquellos que representan en una escala las diferentes puntuaciones de 1, 2, 3, 4 y 5. Por ejemplo, si el indicador para un resultado es aparece calmado y sus observaciones después de revisar numerosos registros les ayuda a basar las puntuaciones en determinados comportamientos, podrían obtener un resultado como el siguiente:

Puntuación de 1 Llanto, gemidos, quejas, agitación continuos

Puntuación de 2 Llanto, gemidos, quejas, agitación tres cuartas partes del día

Puntuación de 3 Llanto, gemidos, quejas, agitación la mitad del día

Puntuación de 4 Llanto, gemidos, quejas, agitación continua una cuarta parte del día

Puntuación de 5 Relajado y durmiendo durante todo el día

En este ejemplo ustedes han usado muchos datos de un gran número de pacientes (o operacionalizado) sus puntuaciones en el comportamiento del indicador.

¿Algunos resultados se seleccionan más frecuentemente para algunos diagnósticos enfermeros? ¿Los resultados seleccionados para un determinado diagnóstico varían en función del entorno de cuidados, por ejemplo cuidados críticos, cuidados a domicilio, o cuidados de larga duración? ¿Los resultados seleccionados para un determinado diagnóstico enfermero varían en función de la edad, sexo, educación o estatus socio-económico del paciente? Así mismo, ¿Existen intervenciones determinadas o combinaciones de intervenciones que producen mejores resultados de enfermería? Este tipo de información tendría un valor incalculable para designar protocolos para comenzar a tomar decisiones y realizar juicios sobre el cuidado enfermero. También es importante examinar las relaciones entre los diagnósticos, intervenciones y resultados o componentes seleccionados de NNN que reflejen la parte importante de la especialidad, en las especialidades clínicas enfermeras.

### References

Brokel, J.M. & Hoffman, F. (2005). Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(1), 37-44.

Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey Dochterman, J. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Mosby: St. Louis, Mo.

Herdman, H. (Ed.) (2009). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009-2011*. Blackwell: Oxford, England.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Mass, M., McCloskey Dochterman, J., Moorhead, S., & Swanson, E. (Eds.) (2<sup>nd</sup> ed.). (2006). *NANDA, NOC,*

*and NIC Linkages: Nursing diagnoses, outcomes and interventions*. Mosby: St. Louis, Mo.

Kautz, D.D. & Van Horn, E. (2008). An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based guidelines. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(1), 14-19.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.) (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (4<sup>th</sup> ed.). Mosby: St. Louis, Mo.

Titler, M., Dochterman, J., & Reed, D. (2004). *Guidelines for conducting effectiveness research in nursing & other health care services*. Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness: Iowa City, Iowa.

*Liz Swanson, PhD, RN*

*Associate Professor*

*College of Nursing*

*Iowa City, Iowa*

319-335-7006 or [elizabeth-swanson@uiowa.edu](mailto:elizabeth-swanson@uiowa.edu)

319-335-7051 Center's Phone number

*The Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*

[http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing\\_knowledge/clinical\\_effectiveness/index.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/index.htm)

ISO TC 215/SC N

Fecha: 2010 – 10 – 15

ISO/CDIS

ISO TC215/SC/WG 3

Secretariado: ANSI

**Health Informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems****REVISION OF ISO 18104:2003 Health Informatics: Integration of a reference terminology model for nursing.**

---

**INTRODUCCIÓN**

El documento que se presenta a continuación, corresponde al anexo C de la normativa ISO que se refiere a la integración de un modelo de terminología de referencia enfermero en un sistema electrónico.

Este documento se halla en proceso de discusión, y por tanto no es definitivo, sin embargo, la junta directiva de AENTDE, la organización y el comité científico de estas jornadas, considera importante que los participantes puedan acceder a este tipo de documentación.

La normativa en cuestión es una norma compleja, que va mucho más allá de los aspectos contemplados en este anexo, sin embargo, para los efectos del presente taller, se considera suficiente con esta información. Una vez que la norma esté aprobada, se podrá consultar de forma pública en la web de ISO.

El documento es complejo y en algunas ocasiones controvertido, sin embargo, se considera oportuno que las enfermeras que acuden a este taller tengan la oportunidad de consultarlo. Diferentes organizaciones internacionales están, en estos momentos haciendo sus aportaciones al texto original, y por tanto, es posible que algunos aspectos de éste sean modificados.

AENTDE ha obtenido el permiso expreso de la agencia ISO para trabajar con la parte del documento que les adjuntamos a continuación en el entorno de las VIII jornadas de trabajo.

### Atención

Este Documento no es un Estándar Internacional ISO. Se distribuye para revisión y comentario. Está sujeto a cambios sin previo aviso y no deben referirse a él como Estándar Internacional.

Los receptores de este borrador están invitados a enviar, junto con sus comentarios, notificación de cualquier patente en referencia a derechos que conozcan, y proporcionar la documentación necesaria.

### Aviso de Copy-right

Este documento ISO es un borrador de trabajo o borrador de comité y está protegido con Copy-right por ISO. Mientras que la reproducción de borradores de trabajo o borradores de comités está permitido a los participantes del desarrollo de los estándares ISO sin otra autorización por parte de ISO, ni este documento ni cualquier extracto del mismo puede ser reproducido, almacenado o transmitido de ningún modo para ningún otro propósito sin la autorización escrita de ISO.

Las demandas de premissa para reproducir este documento para su venta deben dirigirse a tal como se indica a continuación o al miembro de ISO del país del demandante:

[Indicar dirección completa, número de teléfono, número de fax, número de telex, y dirección e-mail, según convenga, del gestor del Copy-right del responsable de ISO para el secretariado del TC o del SC en el marco en el cual el documento ha sido preparado.]

La reproducción con el propósito de venta puede estar sujeta a pago de divisas o acuerdo para su licencia.

Los infractores pueden ser perseguidos

## Anexo C. Diagnósticos Enfermeros y Actividades Enfermeras en Contexto (Informativo)

### C.1.- Introducción

#### C.1.1.- Competencias de la Práctica Enfermera

*La Enfermería comprende el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de cualquier edad, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en cualquier entorno. La enfermería incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado de las personas enfermas, discapacitadas o moribundas [1].* La mayoría de las definiciones de enfermería reflejan el amplio enfoque contenido en esta afirmación del Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Aunque son más frecuentemente los individuos, las familias, grupos o comunidades también pueden ser objeto de la enfermería, por ejemplo, la valoración comunitaria de salud, es un rol enfermero en algunos países. El enfoque primario de la enfermería son *las respuestas de los individuos, familias y grupos a problemas de salud / sucesos vitales reales o potenciales [2], [3].* Otras definiciones enfatizan en la toma de decisiones clínicas y las habilidades de razonamiento diagnóstico requeridas para la práctica enfermera [4], [5].

Aunque esté basado en las definiciones de enfermería de los cuerpos profesionales o regulativos de la profesión, el ámbito de la enfermería está gobernado en cada país por leyes, decretos sobre la práctica y regulaciones profesionales. Dentro de los límites establecidos por dichas reglas, la práctica variará dependiendo de las

necesidades clínicas, las instituciones, la política local, y la competencia y el nivel de formación. Al margen de esas variaciones, las enfermeras son responsables ante sus pacientes y los cuerpos regulativos de los juicios y decisiones que toman así como de las acciones que emprenden o delegan en otros. Son estos juicios, decisiones y acciones los que constituyen la práctica enfermera y los que se hallan en la esencia del proceso de cuidados.

### **C.1.2.- El Proceso de Cuidados**

Las enfermeras forman parte generalmente de un equipo multidisciplinar que en algunos casos incluye a la persona que recibe los cuidados (así como aquellos que le proporcionan apoyo) como participantes en igualdad. Todos los profesionales de la salud siguen un proceso similar de recogida de datos, interpretación de los hallazgos, decisión sobre las acciones, actuación y evaluación de los efectos de aquello que se ha realizado. Una valoración enfermera, sea completa y holística o bien rápida y focalizada, proporciona la información necesaria para acordar con el paciente y los cuidadores qué es necesario hacer, cuándo y quién debe realizarlo. El razonamiento clínico tiene como finalidad la interpretación de los datos de la valoración e identificación de las acciones apropiadas, usando líneas-guía basadas en la evidencia, cuando éstas existen. La evaluación del cuidado es una parte muy importante y continua del proceso de cuidados, que concluye con la evaluación final del resultado.

Los estándares de enfermería estipulan que el registro cuidadoso del proceso de cuidados es crucial para la seguridad del paciente así como la continuidad y calidad del cuidado. Este Estándar Internacional (IS) también se aplica a los registros electrónicos: El propósito de este anexo es describir los elementos principales de la práctica enfermera, proporcionando una base para los requisitos necesarios para las terminologías en las que se basa el registro electrónico de los diagnósticos e intervenciones enfermeras. Se facilitan definiciones profesionales (no tanto técnicas) para estos conceptos y se describen las relaciones entre ellos. Las secciones C.1.3 y C.1.4 expuestas a continuación, se refieren a conceptos adicionales relevantes como: modelos de información y terminologías; expresiones pre y post- coordinadas.

### **C.1.3.- Modelos de Información y Terminologías**

Un modelo de información es “una especificación estructurada, expresada gráfica y/o narrativamente, de los requisitos de información de un dominio. Un modelo de información describe las clases de información requeridas y las propiedades de las mismas, incluyendo los atributos, relaciones y estados” [SKMT Glossary candidate definition]. Un ejemplo de modelo de información es el Modelo de Información de Referencia HL7 (Health Level Seven International – <http://www.hl7.org> ).

La interfaz entre el modelo de información para una determinada aplicación, como por ejemplo el Dossier Electrónico de Salud), y la terminología usada para publicar el contenido del sistema necesita una gestión muy cuidadosa para minimizar el riesgo de comunicación imprecisa. Por ejemplo, si el modelo de información para un sistema incluye el campo llamado “historia familiar”, publicar en ese campo el término “diabetes” significa: *El paciente presenta una historia familiar de diabetes*. Sin embargo, si esta relación entre el modelo de información y la terminología no se lleva a cabo cuando los datos se recuperan, por ejemplo, para publicar un mensaje, el significado puede cambiar a *el paciente padece diabetes*.

Un cierto número de asociaciones de estándares están trabajando conjuntamente con la finalidad de desarrollar una aproximación general para resolver las cuestiones relacionadas con la interfaz entre los modelos de

información y las terminologías – ver Terminfo project en la web de HL7 <http://www.hl7.org/special/committees/terminfo/index.cfm>.

En muchos casos está claro qué clases, atributos, relaciones y estados no pertenecen a la terminología, por ejemplo, los nombres de cada paciente y del personal de la institución, las fechas en las que se entra en el sistema, o la relación entre un diagnóstico enfermero y su posible causa. En otros casos es menos claro – presencia, ausencia y negación son ejemplos en los que tanto la información del modelo como la terminología se superponen. En las secciones C2 – C4 expuestas a continuación se clarifica donde puede haber esta superposición en la representación de los diagnósticos y las intervenciones enfermeras.

#### **C1.4.- Expresiones Pre- y Post- Coordinadas**

Una terminología que contiene expresiones pre-coordinadas es la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE – <http://www.icn.ch/pillarsprograms/about-icnpr>). Ésta consiste en un número de ejes que contienen expresiones “atómicas” de conceptos, por ejemplo, familia, enseñar, riesgo, adherencia al tratamiento. Los usuarios pueden combinar las expresiones atómicas de los diferentes ejes para componer un diagnóstico enfermero o una intervención enfermera. A esto se le denomina representaciones pre-coordinadas.

La definición de la representación de un concepto post-coordinado es: *una representación compuesta de un concepto para el que se han usado conceptos de uno o más sistemas formales, combinados mediante mecanismos internos o externos a los sistemas formales* [SKMT Glossary candidate definition].

#### **C.2.- Valoración y Diagnóstico Enfermero**

La valoración es un proceso durante el cual se recogen los datos referidos al receptor de los cuidados sobre su estado de salud así como sus “respuestas a problemas de salud o situaciones vitales reales o potenciales” [6]. Las intervenciones que se usan durante la valoración son la escucha, la observación o la medida. Por ejemplo, en una primera visita a domicilio se usa un marco generalista, holístico; Para valorar el nivel de dolor o de consciencia se debe usar una escala apropiada al contexto clínico. El objeto de ISO/ TS 22789:2010 *Health informatics: Conceptual framework for patient findings and problems in terminologies* es la representación de los hallazgos de la valoración.

Las enfermeras pueden llevar a cabo valoraciones diagnósticas relacionadas, por ejemplo, con el crecimiento y desarrollo, el comportamiento, la capacidad parental, el funcionamiento familiar, etc, a menudo en colaboración con profesionales de la salud mental o trabajadores sociales, y como parte de su rol colaborativo con los médicos, las enfermeras a menudo valoran aspectos de la enfermedad o del manejo de las heridas. Algunos ejemplos incluyen: valorar el riesgo de complicación del tratamiento; monitorizar el progreso del tratamiento; valorar la habilidad de la persona para llevar a cabo un plan de tratamiento. Con la formación apropiada, las enfermeras en algunos países llevan a cabo valoraciones e investigación con el propósito específico de diagnosticar y tratar desórdenes “médicos” se refiere a situaciones fisiopatológicas?. La representación de esos diagnósticos no es el objeto de este Estándar Internacional.

Los datos de la valoración son interpretados por la enfermera, normalmente junto con el sujeto del cuidado y se llega a una conclusión, por ejemplo, se realiza un juicio clínico. En muchos países, este juicio se denomina diagnóstico enfermero. En otros se le denomina problema enfermero o necesidad enfermera. En este Estándar Internacional, estos últimos términos se contemplan como sinónimos de diagnóstico enfermero, el cual se define

como: *una etiqueta asignada a un hallazgo de la valoración, evento, situación, u otro problema de salud que indica que el mismo es considerado por la enfermera y que requiere unos cuidados significativos.*

Un diagnóstico enfermero expresado de forma completa debe contener, además de la formulación diagnóstica, las causas o “factores de relación” y los datos de la valoración en los que se apoya el juicio (“características definitorias” del diagnóstico) [7]. La formulación completa informa las decisiones sobre las intervenciones a realizar, por ejemplo, “Dolor en el brazo relacionado con fricción del cabestrillo” requeriría intervenciones diferentes a “dolor en el brazo relacionado con fractura”.

Dada la gran variedad de posibles causas para cada diagnóstico, las terminologías que representan los diagnósticos enfermeros no incluyen expresiones pre-coordinadas para estos factores de relación y características definitorias – La representación de estas relaciones se facilitan en el modelo de información de las aplicaciones. Los instrumentos de apoyo a la toma de decisiones que ayudan a los profesionales de la práctica a formular sus juicios clínicos deberían usar la representación codificada de los diagnósticos enfermeros para crear estas relaciones entre los diagnósticos en el dossier electrónico y la función de apoyo al conocimiento.

### ***C.3.- Objetivos / Resultados Esperados***

El diagnóstico enfermero se usa como base para acordar los objetivos o resultados esperados con el sujeto de los cuidados cuando esto es apropiado. Los objetivos expresados explícitamente permiten una comprensión compartida de lo que pueden esperar todas las partes. La expresión de los objetivos se puede entender como futuros hallazgos encontrados en los diagnósticos, por ejemplo, temperatura corporal inferior a 38°C; No dolor; capaz de subir y bajar escaleras. Del mismo modo que con los resultados reales (ver capítulo C.5 más adelante), un resultado esperado / objetivo puede ser expresado como un diagnóstico enfermero o como un hallazgo de la valoración y definido como: una etiqueta asignada a un diagnóstico enfermero o un hallazgo de la valoración para indicar que el resultado será conseguido si se realizan o si no se realizan acciones específicas explícitas.

En el dossier electrónico, los objetivos (hallazgos futuros o diagnósticos) no deben ser confundidos con hallazgos actuales o pasados o con los diagnósticos presentes o pasados. Esta diferenciación se maneja generalmente desde el modelo de información, por ejemplo, usando el código de estado de ánimo de HL7.

### ***C.4.- Plan de Cuidados e Intervenciones Enfermeras***

#### ***C.4.1.- Plan de Cuidados***

El Plan de Cuidados enfermero es un proceso de toma de decisiones que se traduce en una agenda de acciones que se deben realizar para resolver los diagnósticos que presenta el sujeto de los cuidados. Del mismo modo que con otros elementos del proceso de cuidados, la planificación es a menudo colaborativa e implica al sujeto de cuidados y las personas que le ayudan. Las decisiones sobre las acciones enfermeras se basan en líneas guías basadas en la evidencia (cuando éstas existen), así como en el conocimiento a cerca de lo que es eficaz para el abordaje de dichos diagnósticos, o que ha sido eficaz en este sujeto anteriormente. Debería notarse que la valoración, la planificación y la actuación pueden ser virtualmente simultáneas en una situación de emergencia de manera que es posible que no exista un plan explícito.

El término Plan de Cuidados se refiere habitualmente al registro escrito de la agenda de los cuidados que se deben realizar. El plan de cuidados enfermero es una herramienta de comunicación que se usa para clarificar a todos aquellos profesionales implicados en el plan quién es responsable de hacer qué, cuándo y dónde. Puede

ser tan simple como una lista de comprobación o tan complejo como un plan paso a paso de un procedimiento con objetivos temporizados y resultados esperados: el detalle y la complejidad del plan depende de la comunicación que se necesite. Los planes de cuidados deben estar basados en planes estándar o vías clínicas de cuidados – éstas proveen detalles específicos para el manejo de pacientes con determinado tipo de problemas o que han de recibir determinado tipo de procedimientos. Pueden importarse al registro y pueden ser adaptados a las necesidades específicas del sujeto de cuidados. En algunos países, este tipo de agenda de *acciones que se deben realizar* en un contexto específico se denomina “órdenes”.

- Un plan de cuidados incluye normalmente fechas y horas y debería incluir:
- Objetivos / Resultados esperados, que han sido negociados con el usuario
- Acciones condicionales (si...entonces....)
- Fecha de revisión
- Nombre de los individuos responsables de llevar a cabo las acciones
- Identificación del equipo / productos requeridos por el usuario
- Localización de las acciones [8].

Todos estos aspectos del plan normalmente son gestionados por el modelo de información y usan texto libre. Cuando se requieren acciones enfermeras codificadas, se usan las expresiones de las acciones de la terminología para publicar las partes relevantes del plan.

#### C.4.2.- Acciones Enfermeras

La agenda de acciones que se deben realizar debe incluir diferentes tipos de acciones como investigaciones, valoraciones, cuidados, tratamientos, educación y derivación. Debería incluir la formulación explícita de “no intervención” e “intervenciones que no deben realizarse” [8]. Este último tipo de acciones no están dentro de los objetivos del IS ya que la experiencia en el manejo de la negación de este tipo en las terminologías que representan los conceptos enfermeros es limitado. El modelo contextual en SNOMED CT incluye aspectos de negación pero es un área diferente donde las relaciones entre la terminología y los modelos de información debe clarificarse.

El registro debe incluir acciones que se realizaron en el pasado, que se están realizando en la actualidad, que se detuvieron antes de estar completadas, que se han planificado para el futuro, etc. La diferenciación del estado en el que se encuentran estas acciones se debe gestionar, bien a través de la propia terminología, bien a través del modelo de información. Para apoyar el uso en todos estos contextos, las expresiones de las acciones enfermeras deben presentarse usando la forma verbal neutral, por ejemplo, *observación* mejor que *observar* u *observado* (ver nota 3 en 7.2.1).

El término intervención enfermera y actividad enfermera, se usan a menudo como sinónimos. Por ejemplo, el CIE define una intervención enfermera como “una acción realizada en respuesta a un diagnóstico enfermero con la finalidad de producir un resultado enfermero” [9]. Saba define una intervención enfermera como “una actividad enfermera única – tratamiento, procedimiento o actividad - designada para alcanzar un resultado relacionado con un diagnóstico” [10]. La definición de la Clasificación de Intervenciones Enfermeras [11] es “cualquier tratamiento, basado en el juicio y el conocimiento clínico que una enfermera realiza para mejorar los

resultados del paciente / cliente”. Estos ejemplos no incluyen de forma explícita la valoración o evaluación de las intervenciones que son componentes esenciales de la práctica enfermera y están incluidos en los registros enfermeros. Por esta razón el término acciones se usa en el IS incluyendo las intervenciones de valoración y evaluación así como cualquier otra acción que comporte la consecución de un resultado.

El CIE también enfatiza que el enfoque de la práctica enfermera incluye “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el desarrollo de las políticas así como en la gestión del paciente y del sistema de salud”. Estas son acciones enfermeras más amplias que normalmente no están recogidas en el dossier de salud y que, por tanto, quedan fuera del enfoque de este IS.

#### C.4.3.- Evaluación y Resultados

La evaluación del progreso y la eficacia del cuidado es una parte continua del proceso de cuidados. La monitorización de las respuestas del sujeto de cuidados a las acciones enfermeras hace posible que éstas sean cambiadas o finalizadas si no son eficaces o si ya no se necesitan. En enfermería, la evaluación del resultado identifica el nivel del cambio en un diagnóstico enfermero o la consecución de objetivos relacionados con el diagnóstico enfermero. La evaluación de la propia persona sobre el progreso y los resultados es esencial para las enfermeras.

Se han identificado tres patrones para la evaluación de los resultados en enfermería [8]:

1.- Una medida del estado de un diagnóstico enfermero realizada después de una intervención enfermera [9]

Ejemplo:

Diagnóstico 1 – Sueño extremadamente alterado

Diagnóstico 2 – Sueño moderadamente alterado

Resultado = Mejora en el Patrón del Sueño

2.- Cambio / Sin cambio en un hallazgo medido u observado antes y después de la acción.

Ejemplo:

Hallazgo 1 – Duerme 2-3 horas por noche

Hallazgo 2 – Duerme 6 horas por noche

Resultado = Mejora en el Patrón del Sueño

3.- Consecución o progreso hacia un resultado – También denominado resultado esperado. Éste será identificado por el cambio / sin cambio en un hallazgo medido u observado antes y después de una acción.

Ejemplo:

Objetivo . Dormir un mínimo de 5 horas por noche

Hallazgo después de la intervención: Duerme 6 horas por noche

Resultado = Objetivo conseguido (mejora del patrón del sueño)

Basándonos en este análisis, un resultado enfermero puede ser expresado como un diagnóstico enfermero o como un hallazgo de valoración y puede ser definido como: *Una etiqueta que se adjudica a un diagnóstico*

enfermero para indicar que la enfermera y el sujeto de cuidados lo consideran como el resultado del cuidado enfermero.

Podría ser que se necesiten unas cuantas expresiones genéricas en las terminologías que apoyen la representación de los resultados enfermeros, como “objetivo conseguido”, “objetivo parcialmente conseguido”, “mejorado”, “sin cambio”, “empeorado”.

NOTA: La diferenciación de los resultados que son producto de las acciones enfermeras y los que son producto de acciones de otros (incluyendo la persona) es una cuestión compleja y fuera del enfoque de la presente discusión.

### *C.5.- Relación entre Diagnósticos, Acciones y Resultados*

#### **C.5.1.- En la Práctica**

Los tipos de conceptos que son importantes para la representación de la práctica enfermera en los dossiers electrónicos de salud y las comunicaciones (y por tanto que deben incluirse en las terminologías) se listan a continuación junto con sus relaciones:

- **Hallazgos de la Valoración:** Datos que resultan de las acciones de valoración enfermera.
- **Diagnósticos Enfermeros:** Juicios sobre los datos de la valoración; Forman la base para el establecimiento de objetivos y la decisión de las acciones enfermeras.
- **Objetivos (Resultados Esperados):** Hallazgos o diagnósticos enfermeros que se anticipan como futuros resultados de valoración; se basan en los diagnósticos y los datos de valoración y constituyen la base para la decisión sobre las acciones.
- **Acciones Enfermeras:** Se planifican y se llevan a cabo ( o se abandonan, se completan parcialmente, etc). Se basan en los diagnósticos enfermeros y los objetivos.
- **Resultados:** Hallazgos o diagnósticos enfermeros identificados a través de la valoración posterior a las acciones enfermeras; reflejan algún o ningún cambio en los hallazgos o diagnósticos identificados previamente a las acciones.

#### **C.5.2.- En las Terminologías**

Los sistemas de registro de los pacientes y las funcionalidades de apoyo en la toma de decisiones pueden requerir vínculos entre hallazgos y diagnósticos; diagnósticos, objetivos y resultados; diagnósticos, acciones y resultados, etc. Por ejemplo, se podría pedir a las enfermeras que consideren las acciones específicas basadas en la evidencia para un determinado diagnóstico. Los investigadores podrían querer investigar las relaciones existentes entre una acción enfermera y diferentes resultados. Estos tipos de vínculos están especificados en los recursos de conocimientos como las guías de práctica y [12] los vínculos entre estos diferentes elementos en las aplicaciones electrónicas se gestionan en el modelo de información, no en los sistemas terminológicos.

En resumen:

- La representación de los diagnósticos y las acciones enfermeras es el objeto de este Estándar Internacional (IS).

- La representación de los hallazgos es el objeto de ISO/TS 22789:2010 *Health informatics: Conceptual framework for patient findings and problems in terminologies*
- La designación o el etiquetado de los hallazgos o diagnósticos enfermeros como objetivos o resultados es normalmente gestionado por el modelo de información por ejemplo, el código de estado de ánimo HL7.
- Los “estados” de los hallazgos y diagnósticos (presencia, ausencia, negación, certeza, sucesos pasados o presentes, etc) están fuera del enfoque de este IS. Estos deberían ser gestionados en la terminología o en el modelo de información – Cuando las terminologías incluyen este componente, se necesita una guía para la implementación para gestionar cualquier superposición.
- El estado de las acciones enfermeras se debe gestionar a través de la terminología o del modelo de información Cuando las terminologías incluyen este componente, se necesita una guía para la implementación para gestionar cualquier superposición.
- El conocimiento de las relaciones entre los elementos del proceso de cuidados se gestiona en el modelo de información, no en las terminologías.

### C.6.- Referencias

- [1] International Council of Nurses 2010 <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- [2] International Council of Nurses (1987) *Position statement*. Geneva: ICN.
- [3] American Nurses Association (2004) *Nursing: Scope and Standards of Practice*.
- [4] Royal College of Nursing (2007) *Defining Nursing*. [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/78569/001998.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78569/001998.pdf)
- [5] American Nurses Association (1980) *Nursing: A social policy statement*.
- [6] North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2008 *Nursing diagnosis: definitions and classification 2009-2011*. NANDA International, Philadelphia
- [7] North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) <http://www.nanda.org/NursingDiagnosisFAQ.aspx#NDxBasics>
- [8] Royal College of Nursing (2011) *Recording nursing in electronic records*. In press
- [9] International Council of Nurses (2005). *International Classification for Nursing Practice – Version 1.0*. Geneva: ICN.
- [10] Saba, V.K. (2007), *Clinical Care Classification (CCC) System Manual: A Guide to Nursing Documentation*. New York City, NY: Springer Publishing Company.
- [11] University of Iowa (2010) *Nursing Interventions Classification (NIC) overview*. [http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing\\_knowledge/clinical\\_effectiveness/nicoverview.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/nicoverview.htm)
- [12] Johnson M et al (2005) *NANDA, NOC, and NIC Linkages. Nursing diagnoses, outcomes, and interventions*. Mosby.

# caso clínico

Florentino P. tiene 54 años de edad. Fumador de 1 paquete de tabaco al día. Es propietario de una empresa multinacional constructora. Es hipertenso mal controlado ya que no sigue el tratamiento. Diabético tipo 2 mal controlado e hipercolesterolémico. IMC: 32.

*Diagnóstico médico: Síndrome metabólico de 10 años de evolución.*

Estando en una reunión inicia dolor centro-torácico, retroesternal con irradiación a brazos y mandíbula. Sudoración abundante. Los asistentes a la reunión avisan al equipo de SVA extrahospitalario que le encuentra con cuadro de dolor; consciente; TA: 180/100; FC: 105 x'; FR: 20 x'; SAT. O2: 94% aire ambiente. Tras efectuar ECG se diagnostica de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y se inicia tratamiento con (AAS, Enoxaparina, Clopidogrel [*Antiagregante plaquetario*]), el paciente es trasladado al servicio de urgencias.

En el servicio de urgencias se repite ECG observándose aumento de segmento ST en cara anterior. Se practica fibrinólisis con TNK (Tenecteplase). El paciente evoluciona con dispnea progresiva que requiere Nitroglicerina en perfusión EV y Furosemida, motivo por el que ingresa en el servicio de Coronarias para monitorización y control.

En el servicio de Coronarias: Ingresa con TA: 130/80; FC: 80x'; FR: 22x'; SAT O2: 92% con ventimask 50%; Exploración física. crepitantes húmedos a la auscultación pulmonar. No Ingurgitación Yugular. No edemas, pulsos palpables y simétricos.

*Diagnóstico Médico: Infarto Agudo de Miocardio. Insuficiencia ventricular Izquierda.*

## **Valoración de Enfermería al ingreso en el servicio de Coronarias:**

- P. **Percepción Manejo de Salud:** No valorado.
- P. **Nutricional Metabólico:** IMC: 32. Dieta absoluta.
- P. **Eliminación:** Eliminación digestiva y urinaria dentro de la normalidad.
- P. **Actividad ejercicio:** No valorado.
- P. **Reposo y sueño:** uso habitual de hipnóticos. No recuerda el nombre.
- P. **Cognitivo Perceptivo:** Aunque no lo manifiesta verbalmente, la enfermera observa que el paciente "parece aterrado".
- P. **Autopercepción Autoconcepto:** No valorado.
- P. **Rol Relaciones:** Casado, tres hijos.
- P. **Sexual Reprodutor:** No valorado.
- P. **Adaptación Tolerancia al Estrés:** Manifiesta preocupación por todo lo que ha dejado pendiente. No pregunta por la evolución de su problema.
- P. **Valores Creencias:** No valorado.

Florentino P. evoluciona favorablemente, al cabo de tres días, es trasladado al servicio de hospitalización.

**Valoración de enfermería al ingreso en el servicio de hospitalización (La valoración se realiza en las primeras 24h del ingreso, en momentos distintos):**

P. **Percepción Manejo de Salud:** Florentino manifiesta que hace ya tiempo que debería haber hecho algo con su vida, pero claro, con el trabajo, las preocupaciones, la crisis y demás, cada vez lo ha ido postponiendo pensando que a él no le iba a pasar nada.

En general no se pone enfermo, algún resfriado en invierno y nada más, pero desde que le diagnosticaron la diabetes y todo lo demás, tiene que tomar muchos medicamentos, hacer dieta, dice que no es compatible con el tipo de vida que debe llevar.

P. **Nutricional Metabólico:** Por cuestiones de trabajo come casi siempre fuera de casa. A veces también cena fuera de casa. Ya le dijeron hace 10 años cuando le diagnosticaron la diabetes y lo demás que debería seguir una dieta, dejar el tabaco, disminuir las grasas, tomarse las cosas con más calma... ¡Que más quisiera él! Por más que se lo plantea, parece que en lugar de perder peso, está aumentando, y eso que algunos días no cena.

P. **Eliminación:** Cree que no tiene problema, al menos no lo percibe como tal, lo que le dicen sus conocidos de que a cierta edad empiezan los problemas de próstata él aún no lo ha notado y con todo lo que tiene, la verdad es que no presta mucha atención a la necesidad de eliminación, ni digestiva ni urinaria.

P. **Actividad Ejercicio:** Dice que eso de que los ejecutivos se pasan los días jugando al golf debe ser en América, porque aquí no hay tiempo para eso. Si pudiera le gustaría probar el golf, no por nada, solo que dicen que es divertido y no es necesario correr, ni sudar, en general nunca ha sido deportista y no le llama la atención ningún tipo de deporte. Le gusta el fútbol, pero como espectador, no para jugar. Por otro lado, cree que se ha sobrevalorado los beneficios del ejercicio, y a fin de cuentas “con lo que yo trabajo ya hago suficiente ejercicio, no le parece?”.

Es autónomo para todas las actividades de la vida diaria.

P. **Reposo y Sueño:** Manifiesta que ahora que está en la planta está empezando a dormir, en coronarias era imposible, cuando le parecía que iba a coger el sueño, venía una enfermera a mirarle la tensión o a darle medicación o a.... lo que fuera. Además, ahora parece que todo evoluciona mejor, “creo que al final voy a poder contarlo”. Al principio también tenía miedo de dormirse por si no se despertaba, “tuve la sensación de que me iba a morir”.

P. **Cognitivo Perceptivo:** Ahora ya no siente dolor. Eso es lo mejor de todo, ya que aquel dolor era insoportable, no se parecía a nada que hubiera sentido con anterioridad. Necesita analizar con calma lo que ha pasado, quiere saber por qué le ha pasado y si se puede repetir. Le gustaría hacer algo para prevenir que esto se vuelva a repetir, aunque con las obligaciones que tiene no sabe si eso será posible, además, dice “una cosa es lo que uno se propone o lo que le gustaría y otra cosa es lo que es posible hacer. Yo no voy a cambiar de trabajo solo por esto... no puedo, no se hacer nada más”.

P. **Autopercepción Autoconcepto:** Cree que tiene una buena vida, una familia que le quiere, un trabajo que le permite “vivir bien” y que le gusta. Tiene la percepción de que ha conseguido todo lo que se ha propuesto y espera que eso no tenga que cambiar. “Ya se sabe, los médicos y las enfermeras siempre exagerais un poco las cosas”. Aunque al principio se sentía atemorizado por la enfermedad, ahora, al encontrarse mejor, cree que tomando la medicación será suficiente para seguir con su vida y que no “me vuelva a repetir”. Florentino manifiesta que esto que le ha pasado es un “accidente” y que no tiene por qué repetirse aunque siga haciendo

la vida que ha hecho siempre. No reconoce que tiene dificultades para adaptar su vida a las nuevas condiciones que le impone el problema de salud actual. Aunque tanto la enfermera como el médico le muestran pruebas de lo que le ha pasado, él dice que eso ha sido por culpa de la situación de crisis actual, que le ha hecho estar un poco más nervioso, pero que a él no le va a volver a pasar nada, considera que él es más fuerte que la mayoría de las personas “yo no soy como esos hombres débiles que se asustan por una nimiedad”

**P. Rol Relaciones:** Está casado y tiene tres hijos, dos de ellos en la universidad. Su mujer es decoradora de interiores y también tiene mucho trabajo, sobretodo ahora que los niños ya son mayores. Los dos mayores están en la universidad y casi no les ven por casa, el tercero está acabando el bachillerato, así que también irá a la universidad en los próximos años.

De momento no ha hecho preguntas sobre las cuestiones sexuales, será necesario observar la evolución y ver si es necesario hablar con él y con su mujer.

Su esposa le visita a diario, aunque no se queda todo el tiempo con él. Florentino dice que ella está muy ocupada y que ahora que está bien, no es necesario que esté todo el tiempo en el hospital.

Los hijos de Florentino le visitan, aunque al observar la relación, la enfermera tiene la sensación de que es una relación algo distante.

**P. Sexual Reprodutor:** Pendiente de valorar más adelante, la enfermera opina que aún no es el momento de tratar el tema ya que el paciente no ha manifestado ninguna inquietud ni ha formulado ninguna pregunta.

**P. Adaptación Tolerancia al Estrés:** Florentino no parece aceptar que el nivel de estrés al que está sometido por su trabajo pueda tener relación con el problema que ha padecido. “Toda la vida he hecho el mismo tipo de trabajo, así que, ¿por qué me iba a pasar esto ahora a causa del estrés cuando hace tantos años que me dedico a lo mismo?”. Dice que eso de tomarse las cosas con calma puede que haya personas que lo pueden hacer, pero que él es como es, y que si ha llegado hasta aquí puede llegar todavía más lejos. La empresa además, ¿como iba a subsistir si él dejara las riendas? Nadie puede hacer su trabajo, él es quien tiene que tomar las decisiones, por lo menos hasta que su hijo, el menor, que es el único que muestra interés por el negocio familiar, pueda hacerse cargo. Además aquí en el hospital hay muy buenos médicos, se siente “como un chaval, y eso que aún no han acabado conmigo”.

**P. Valores Creencias:** En su familia todo el mundo es católico, ¿como tiene que ser!.

Eso de cambiar las costumbres de vida cuando uno tiene un problema es de personas débiles, y él dice que no lo es. Procurará tomar los medicamentos y controlar las comidas, pero no puede hacer nada respecto al trabajo. El tabaco.... Bueno mirará de reducirlo, que por cierto, esto de no fumar durante tantos días ya le está poniendo nervioso ¿No dicen los médicos que no me tengo que poner nervioso? pues que me dejen fumar un cigarrillo y verán como me relajo!

## INFORME DE ALTA

El Sr. Florentino P. ingresó en el servicio de hospitalización hace cinco días procedente del servicio de coronarias en el que había ingresado con diagnóstico médico de Infarto Agudo de Miocardio. Insuficiencia Ventricular Izquierda.

Durante el ingreso del Sr. Florentino, la evolución del problema cardíaco se ha producido dentro de los parámetros esperados. Se identificaron las siguientes complicaciones potenciales:

- CP: Neurológicas: Cefalea (Nitroprusiato); disminución del nivel de consciencia.
- CP Respiratorias: Aumento PCP; Disnea.
- CP Cardio/Circulatoria: Arritmia; Disminución del Gasto Cardíaco; Hemorragia (Anticoagulantes y Fibrinólisis).
- CP: Renal: Disminución de la diuresis; Disminución de la TA.
- CP: Shock.

El paciente evoluciona dentro de la normalidad del proceso sin presentar ninguna de las complicaciones monitorizadas.

Al ingreso en el servicio de hospitalización y tras la valoración por parte de la enfermera, los diagnósticos enfermeros que se detectaron fueron:

- Intolerancia a la actividad
- Riesgo de nivel de glucemia inestable
- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades metabólicas
- Afrontamiento defensivo
- Afrontamiento ineficaz
- Se mantiene la monitorización sobre las complicaciones potenciales

Estos diagnósticos fueron tratados durante el ingreso con el siguiente resultado:

- Intolerancia a la actividad: En la actualidad el Sr. Florentino presenta una tolerancia a la actividad acorde con la evolución del problema cardíaco.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable: Los niveles de glucemia se han mantenido en el nivel adecuado durante todo el ingreso.
- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades metabólicas: Se ha administrado una dieta baja en calorías y anti-diabética, aunque nos cuestionamos la continuidad de esta dieta en el domicilio.
- Afrontamiento defensivo: No se han producido avances importantes en la resolución de este diagnóstico.
- Afrontamiento ineficaz: No se han producido avances importantes en la resolución de este diagnóstico.

En el momento del alta hospitalaria, y tras la valoración continuada realizada al Sr. Florentino durante su estancia, a parte de los diagnósticos que no se han resuelto de forma definitiva, se han detectado otros diagnósticos para ser valorados con mayor precisión por los servicios de Atención Primaria. Estos diagnósticos son:

- Sedentarismo
- Gestión ineficaz de la propia salud
- Trastorno del patrón del sueño

Q.

# DIAGNÓSTICOS NANDA-I

## **Gestión ineficaz de la propia salud (00078)**

(1994, 2008, NDE 2.1)

*Dominio 1: Promoción de la salud*

*Clase 2: Gestión de la salud*

Definición Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

### Características definitorias

Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.

Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.

En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

Verbaliza deseos de manejar la enfermedad.

Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.

### Factores relacionados

Complejidad del sistema de cuidados de la salud.

Complejidad del régimen terapéutico.

Conflicto de decisiones.

Dificultades económicas.

Demandas excesivas (p. ej., individuales, familiares).

Conflicto familiar.

Patrones familiares de cuidado de la salud.

Inadecuación del número de claves para la acción.

Déficit de conocimientos.

Régimen.

Percepción de barreras.

Impotencia.

Percepción de gravedad.

Percepción de susceptibilidad.

Percepción de beneficios.

Déficit de soporte social.

## **Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)**

(1975, 2000)

*Dominio 2: Nutrición*

*Clase 1: Ingestión*

Definición Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

### Características definitorias

Factores biológicos.

Factores económicos.

Incapacidad para absorber los nutrientes.

Incapacidad para digerir los alimentos.

Incapacidad para ingerir los alimentos.

Factores psicológicos.

### Factores relacionados

Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

## **Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)**

(2006, NDE 2.1)

*Dominio 2: Nutrición*

*Clase 4: Metabolismo*

**Definición** Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.

### **Factores de riesgo**

Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes (p. ej., plan de acción)

Nivel de desarrollo.

Aporte dietético.

Monitorización inadecuada de la glucemia.

Falta de aceptación del diagnóstico.

Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes (p. ej., plan de acción).

Falta de plan terapéutico de la diabetes (p. ej., plan de acción).

Manejo de la medicación.

Estado de salud mental.

Nivel de actividad física.

Estado de salud física.

Embarazo.

Períodos de crecimiento rápido.

Estrés.

Aumento de peso.

Pérdida de peso.

## **Trastorno del patrón de sueño (00198)**

(2006, Nde 2.1)

*Dominio 4: Actividad/reposo*

*Clase 1: Sueño/reposo*

**Definición** Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

### **Características definitorias**

Cambio en el patrón normal de sueño.

Quejas verbales de no sentirse bien descansado.

Insatisfacción con el sueño.

Disminución de la capacidad para funcionar.

Informes de haberse despertado.

Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.

### **Factores relacionados**

Humedad, temperatura ambiental.

Responsabilidades como cuidador.

Cambio en la exposición a la luz diurna-oscuridad.

Interrupciones (p. ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio).

Falta de intimidad/control del sueño.

Iluminación.

Ruidos.

Olores nocivos.

Sujeciones físicas.

Compañero de sueño.

Mobiliario desconocido en el dormitorio.

## **Sedentarismo (00168)**

(2004, NDE 2.1)

*Dominio 4: Actividad/reposo*

*Clase 2: Actividad/ejercicio*

**Definición** Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

### **Características definitorias**

Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.

Demuestra falta de condición física.

Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física.

### **Factores relacionados**

Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud

Falta de interés.

Falta de motivación.

Falta de recursos (p. ej., tiempo, dinero, compañía, instalaciones).

Falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico.

## **Intolerancia a la actividad (00092)**

(1982)

*Dominio 4: Actividad/reposo*

*Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar*

**Definición** Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

### **Características definitorias**

Presión arterial anormal en respuesta a la actividad.

Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad.

Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias.

Cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia.

Malestar debido al esfuerzo.

Disnea de esfuerzo.

Informes verbales de fatiga.

Informes verbales de debilidad.

### **Factores relacionados**

Reposo en cama.

Debilidad generalizada.

Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.

Inmovilidad.

Sedentarismo

## **Afrontamiento defensivo (00071)**

(1988, 2008, NDE 2.1)

*Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés*

*Clase 2: Respuestas de afrontamiento*

**Definición** Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

### **Características definitorias**

Negación de problemas obvios.  
Negación de debilidades evidentes.  
Dificultad para establecer relaciones.  
Dificultad para mantener relaciones.  
Dificultad en percibir pruebas de la realidad.  
Grandiosidad.  
Risa hostil.  
Hipersensibilidad a las críticas.  
Hipersensibilidad a los desaires.  
Falta de seguimiento de la terapia.  
Falta de seguimiento del tratamiento.  
Falta de participación en la terapia.  
Falta de participación en el tratamiento.  
Proyección de culpa.  
Proyección de responsabilidad.  
Racionalización de los fracasos.  
Distorsión de la realidad.  
Ridiculización de los demás.  
Actitud de superioridad hacia otros.

### **Factores relacionados**

Conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores.  
Sistema de soporte deficiente.  
Miedo a fallar.  
Miedo a la humillación.  
Miedo a las repercusiones.  
Falta de capacidad de recuperación.  
Bajo nivel de confianza en los demás.  
Bajo nivel de confianza en sí mismo.  
Incertidumbre.  
Expectativas irreales del yo.

## **Afrontamiento ineficaz (00069)**

(1978, 1998)

*Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés*

*Clase 2: Respuestas de afrontamiento*

**Definición** Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

### **Características definitorias**

Abuso de agentes químicos.

Cambio en los patrones de comunicación habituales.

Reducción en el uso de apoyo social.

Conducta destructiva hacia los otros.

Conducta destructiva hacia sí mismo.

Dificultad para organizar la información.

Fatiga.

Alta tasa de enfermedad.

Incapacidad para prestar atención a la información.

Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.

Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.

Solución inadecuada de los problemas.

Falta de conducta dirigida al logro de objetivos.

Falta de resolución de los problemas.

Mala concentración.

Asunción de riesgos.

Trastornos del sueño.

Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.

Expresiones de incapacidad para pedir ayuda.

Expresiones de incapacidad para el afrontamiento.

### **Factores relacionados**

Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas.

Trastorno en los patrones de liberación de la tensión.

Diferencias de género en las estrategias de afrontamiento.

Alto grado de amenaza.

Incapacidad para conservar las energías adaptativas.

Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.

Inadecuado nivel de percepción de control.

Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante.

Inadecuación de los recursos disponibles.

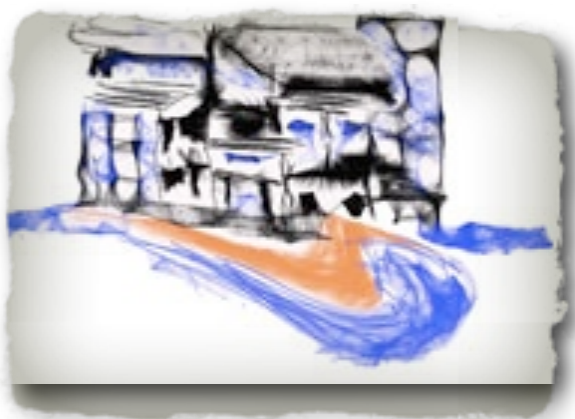
Inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones.

Crisis de maduración.

Crisis situacionales.

Incertidumbre.

# VIII JORNADAS DE TRABAJO AENTDE



A Coruña, 20-21 de mayo de 2011

