

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Describir las fases del proceso de enfermería.
2. Identificar las principales características del proceso de enfermería.
3. Identificar el objetivo de la valoración.
4. Identificar las cuatro principales actividades asociadas a la fase de valoración.
5. Diferenciar los datos objetivos y subjetivos y los datos primarios y secundarios.
6. Identificar tres métodos de recogida de datos y dar ejemplos de cómo es útil cada uno de ellos.
7. Comparar los métodos dirigido y no dirigido de entrevista.
8. Comparar las preguntas abiertas y cerradas, dando ejemplos y enumerando las ventajas y desventajas de cada una de ellas.
9. Describir los aspectos importantes en el marco de la entrevista.
10. Contrastar varias estructuras usadas para la valoración de la enfermería.

TÉRMINOS CLAVE

Base de datos, 182

Buena relación, 186

Cefalocaudal, 190

Datos, 180

Datos objetivos, 183

Datos subjetivos, 183

Entrevista, 186

Entrevista dirigida, 186

Entrevista no dirigida, 186

Exploración de cribado, 190

Inferencias, 194

Pistas, 194

Pregunta dirigida, 187

Pregunta neutra, 187

Preguntas abiertas, 187

Preguntas cerradas, 186

Proceso de enfermería, 178

Revisión de sistemas, 190

Signos, 183

Síntomas, 183

Validación, 194

Valoración, 180

El proceso de enfermería en acción

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los objetivos se han alcanzado, o el ciclo puede continuar con una reevaluación, o el plan asistencial puede modificarse.

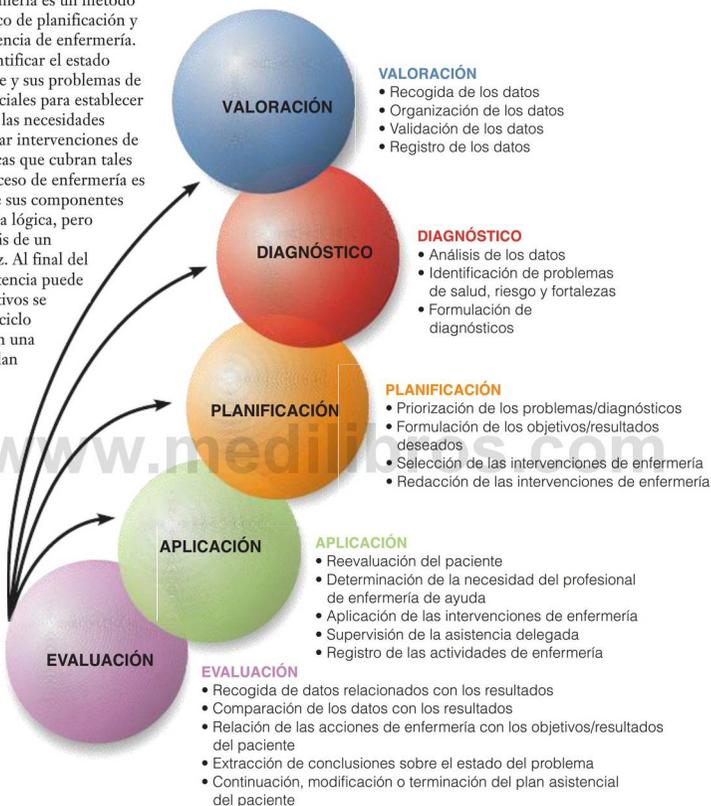


Figura 11-1 ■ El proceso de enfermería en acción.

El **proceso de enfermería** es un método racional y sistemático de planificación y dispensación de cuidados de salud individualizados. Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia de salud para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. El paciente puede ser un individuo, una familia, una comunidad o un grupo.

Hall creó el término *proceso de enfermería* en 1955, y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron los primeros en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería.

Desde entonces, varios profesionales de enfermería han descrito el proceso de la enfermería y organizado las fases de diferentes formas.

Visión general del proceso de enfermería

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los *Standards of Nursing Practice* de la *American Nurses Association* (ANA). La figura 11-1 ■ ilustra el proceso de enfermería en acción.

Amanda Aquilini, una abogada de 28 años casada, ingresó en el hospital con fiebre, tos productiva y respiraciones rápidas y costosas. Al recoger la anamnesis de enfermería, la enfermera Mary Medina, DE, encontró que Amanda había padecido un «catarro de pecho» durante dos semanas y que había experimentado disnea de esfuerzo. Ayer presentó fiebre y empezó a notar «dolor» en los «pulmones».



VALORACIÓN La evaluación física de la enfermera Medina revela que las constantes vitales de Amanda son: temperatura, 39,4 °C; pulso, 92; respiraciones, 28; y presión arterial, 122/80 mmHg. La enfermera Medina observa que la piel de Amanda está seca, las mejillas enrojecidas y tiene tiritorina. La auscultación revela crepitantes inspiratorios con reducción del murmullo vesicular en el pulmón derecho.



DIAGNÓSTICO Después del análisis, la enfermera Medina formula un diagnóstico de enfermería: *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias* relacionada con moco acumulado que obstruye las vías respiratorias.



PLANIFICACIÓN La enfermera Medina y Amanda colaboran para establecer objetivos (p. ej., restablecer un patrón respiratorio eficaz y la ventilación pulmonar); fijar criterios para valorar el resultado (p. ej., tener una excursión simétrica respiratoria de al menos 4 cm y así sucesivamente); e idear un plan asistencial que incluya, entre otros, ejercicios con tos y respiraciones profundas cada 3 horas, ingestión de 3.000 ml de líquidos diarios y drenaje postural diario.



APLICACIÓN Amanda está de acuerdo en practicar los ejercicios con respiraciones profundas cada 3 horas durante el día. Además, verbaliza que es consciente de la necesidad de aumentar la ingestión de líquidos y de planificar sus actividades matutinas para acomodarse al drenaje postural.



EVALUACIÓN Tras la evaluación de la excursión respiratoria, la enfermera Medina detecta que la paciente no recupera la ventilación máxima. Ella y Amanda reevalúan el plan asistencial y lo modifican para aumentar los ejercicios con tos y respiraciones profundas a cada 2 horas.

Figura 11-1 ■ (Cont.)

Fases del proceso de enfermería

Las normas de práctica dentro del *Ámbito y Normas de la Práctica de Enfermería* (v. cuadro 1-2, en p. 16) incluyen seis fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, aplicación y evaluación (ANA, 2010). El examen nacional de licenciatura para profesionales de enfermería homologados (NCLEX) utiliza cinco fases: valoración, análisis, planificación, aplicación y evaluación. En este texto, y en la mayoría de los demás, se emplean cinco fases: valoración, diagnóstico (que incluye la identificación de resultados y el análisis), planificación, aplicación y evaluación. Aunque los profesionales de enfermería pueden usar diferentes términos para describir las fases (o pasos) del proceso de enfermería, las actividades de la enfermería que usan el proceso son parecidas. Por ejemplo, la *aplicación* puede llamarse también *intervención*.

En la tabla 11-1 se muestra una visión general del proceso de enfermería en cinco fases. Cada una de ellas se genera en profundidad en este y los siguientes capítulos de esta unidad. Las fases del proceso de enfermería no son entidades separadas sino subprocesos continuos que se solapan (figura 11-2 ■). Por ejemplo, la valoración, que puede considerarse la primera fase del proceso de enfermería, también se hace durante las fases de aplicación y evaluación. Por ejemplo, mientras el profesional de enfermería administra medicamentos (aplicación), observa continuamente el color de la piel del paciente, su nivel de consciencia y otras características.

Cada fase del proceso de enfermería afecta a otras; están estrechamente interrelacionadas. Por ejemplo, si se obtienen datos inadecuados durante la valoración, los diagnósticos de enfermería serán incompletos o incorrectos; la imprecisión también se reflejará en la planificación, la aplicación y la evaluación.

Características del proceso de enfermería

El proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional de enfermería para responder al estado de salud cambiante del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente de ser el centro de todo, el enfoque del proceso en la resolución de los problemas y la toma de decisiones, el estilo interpersonal y colaborador, la aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico.

- Los datos de cada fase proporcionan información sobre la siguiente. Las observaciones de la evaluación alimentan nuevas valoraciones. Por ello, el proceso de enfermería es un acontecimiento o secuencia de acontecimientos que se repite regularmente (un ciclo) y que cambia continuamente (dinámico) en lugar de permanecer sin cambios (estático).
- El proceso de enfermería se centra en el paciente. El profesional de enfermería organiza el plan asistencial en función de los problemas del paciente en lugar de los objetivos de enfermería. En la fase de valoración, el profesional de enfermería obtiene datos para determinar los hábitos, rutinas y necesidades del paciente, lo que capacita al profesional de enfermería para incorporar al máximo las rutinas del paciente en el plan asistencial.
- El proceso de enfermería es una adaptación de la resolución de los problemas (v. capítulo 10 ∞) y de la teoría de sistemas (v. capítulo 24 ∞). Puede verse paralelo pero separado del proceso usado por los médicos (el modelo médico). Ambos procesos: a) comienzan con los datos obtenidos y el análisis; b) basan la acción (intervención o tratamiento) en una declaración del problema (diagnósti-

co de enfermería o médico), y c) incluyen un componente evaluador. Pero el modelo médico se centra en los sistemas fisiológicos y el proceso morboso, mientras que el proceso de enfermería se dirige a las respuestas del paciente a la enfermedad real o potencial.

- La toma de decisiones está implicada en todas las fases del proceso de enfermería. Los profesionales de enfermería pueden ser muy creativos en la determinación de cuándo y cómo usar los datos para tomar decisiones. No están ligados a respuestas estándar y pueden aplicar su repertorio de habilidades y conocimientos a la ayuda de los pacientes. Esto facilita la individualización del plan asistencial de enfermería.
- El proceso de enfermería es interpersonal y colaborador. Exige que el profesional de enfermería se comunique de manera directa y constante con los pacientes y con los familiares para cubrir sus necesidades. También exige que los profesionales de enfermería colaboren, como miembros del equipo de asistencia de salud, en un esfuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al paciente.
- La característica de aplicación universal del proceso de enfermería traduce que se usa como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos de salud, con pacientes de todos los grupos de edad.
- Los profesionales de enfermería usan diversas habilidades del pensamiento crítico para desempeñar el proceso de enfermería (capítulo 10 ∞). La tabla 11-2 proporciona ejemplos de pensamiento crítico en el proceso de enfermería.

Valoración

La **valoración** es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los **datos** (información) (figura 11-3 ■). En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro del objetivo. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración de enfermería inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo (tabla 11-3). Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar. La *Joint Commission* (2008) exige que cada paciente cuente con una valoración de enfermería inicial que consista en una anamnesis y una exploración física realizadas y registradas en las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario.

La revisión de 2010 de la *Norma 1: Valoración* de la ANA añade varios aspectos importantes en esta etapa del proceso de enfermería. Entre ellos se incluyen obtener las propias perspectivas de los pacientes sobre su enfermedad; identificar barreras a la comunicación; reconocer el impacto de las actitudes, valores y creencias del profesional de enfermería en el proceso de valoración; incluir la dinámica familiar en la valoración y poner más énfasis en la protección de la privacidad de los datos.

TABLA 11-1 Visión general del proceso de enfermería

FASE Y DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Valoración Recoger, organizar, validar y registrar los datos del paciente	Establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en torno a la salud	Establecer una base de datos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Obtener una anamnesis. ■ Realizar una exploración física. ■ Revisar los registros del paciente. ■ Revisar la bibliografía de enfermería. ■ Consultar a las personas de apoyo. ■ Consultar con los profesionales de la salud. Actualizar los datos cuando sea necesario. Organizar los datos. Validar los datos. Comunicar/registrar los datos.
Diagnóstico Analizar y sintetizar los datos	Identificar las fortalezas del paciente y los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería colaboradoras e independientes Preparar una lista de problemas de enfermería y colaboradores	Interpretar y analizar los datos. <ul style="list-style-type: none"> ■ Comparar los datos con los estándares. ■ Agrupar los datos (generar hipótesis posibles). ■ Identificar huecos e inconsistencias. Determinar las fortalezas, riesgos, diagnósticos y problemas del paciente. Formular diagnósticos de enfermería y declaraciones en colaboración del problema. Registrar los diagnósticos de enfermería en el plan asistencial.
Planificación Determinar cómo evitar, reducir o resolver los problemas prioritarios identificados del paciente; cómo reforzar las fortalezas del paciente, y cómo ejecutar las intervenciones de enfermería de una manera organizada, individualizada y dirigida a los objetivos	Idear un plan individualizado de asistencia que especifique los objetivos/resultados deseados del paciente y las intervenciones de enfermería relacionadas	Establecer prioridades/resultados en colaboración con el paciente. Escribir los objetivos/resultados deseados. Seleccionar las estrategias/intervenciones de enfermería. Consultar con otros profesionales de la salud. Escribir las intervenciones de enfermería y el plan asistencial de enfermería. Comunicar el plan asistencial a los profesionales de la salud relevantes.
Aplicación Realización (o delegación) y registro de las intervenciones de enfermería planificadas	Ayudar al paciente a alcanzar los objetivos/ resultados deseados; favorecer el bienestar; evitar las enfermedades; restaurar la salud, y facilitar el afrontamiento a la alteración de la función	Reevaluar al paciente para actualizar la base de datos. Determinar la necesidad de ayuda para el profesional de enfermería. Realizar las intervenciones de enfermería planificadas. Comunicar qué acciones de enfermería se realizaron. <ul style="list-style-type: none"> ■ Registrar la asistencia y las respuestas del paciente a ellas. ■ Dar informes verbales cuando sea necesario.
Evaluación Medida del grado en el cual se han cumplido los objetivos/resultados e identificar los factores que de forma positiva o negativa influyen en el logro de los objetivos	Determinar si continuar, modificar o terminar el plan asistencial	Colaborar con el paciente y recoger datos relacionados con los resultados deseados. Juzgar si se han conseguido los objetivos/resultados. Relacionar las acciones de enfermería con los resultados del paciente. Tomar decisiones sobre el estado de salud. Revisar y modificar el plan asistencial como se indicó o terminar la asistencia de enfermería. Registrar la consecución de los resultados y la modificación del plan asistencial.

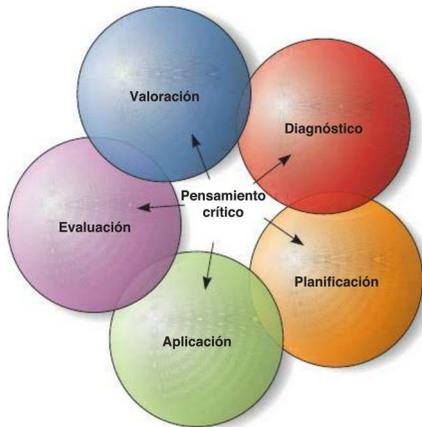


Figura 11-2 ■ Las cinco fases solapadas del proceso de enfermería. Cada fase depende de la precisión de las otras fases. Cada una de ellas implica un pensamiento crítico.

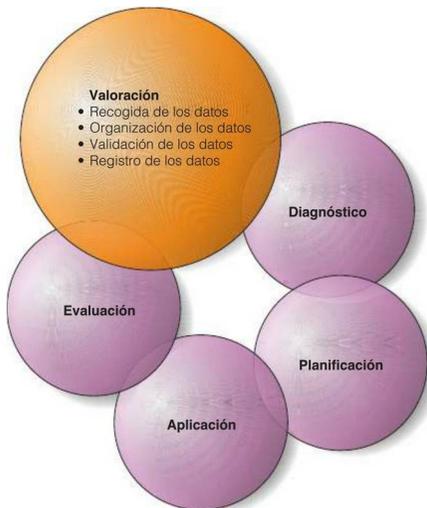


Figura 11-3 ■ Valoración. El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas.

TABLA 11-2 Ejemplos de pensamiento crítico en el proceso de enfermería

FASE DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO
Valoración	Hacer observaciones fidedignas Distinguir los datos relevantes de los irrelevantes Distinguir los datos importantes de los que no lo son Validar los datos Organizar los datos Categorizar los datos en función de una estructura Reconocer las suposiciones Identificar omisiones en los datos
Diagnóstico	Encontrar patrones y relaciones entre las pistas Hacer inferencias Suspender el juicio cuando faltan datos Enunciar el problema Comparar los patrones con las normas Identificar los factores que contribuyen al problema
Planificación	Formar generalizaciones válidas Transferir el conocimiento de una situación a otra Desarrollar criterios de evaluación Establecer hipótesis Hacer conexiones interdisciplinarias Priorizar los problemas del paciente Generalizar los principios de otras ciencias
Aplicación	Aplicar el conocimiento para realizar intervenciones Comprobar las hipótesis
Evaluación	Decidir si las hipótesis eran correctas Hacer evaluaciones basadas en los criterios

Tomado de *Nursing Process and Critical Thinking*, 4th ed. (pp. 66–69), by J. M. Wilkinson, 2007, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. Adaptado con autorización.

Obtención de datos

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una **base de datos** es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería (cuadro 11-1), la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de la salud.

Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Por ejemplo, el antecedente de reacción alérgica a penicilina es una parte vital de la historia. Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son también ejemplos de datos históricos. Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes, como dolor, náuseas,

TABLA 11-3 Tipos de valoración

TIPO	MOMENTO EN QUE SE REALIZA	OBJETIVO	EJEMPLO
Valoración inicial	Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones	Valoración de enfermería del ingreso
Valoración centrada en el problema	Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería	Determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración	Valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en una UCI Valoración de la capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo mientras se le ayuda con el baño
Valoración urgente	Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente	Identificar problemas peligrosos para la vida Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto	Valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulación de una persona durante una parada cardíaca Valoración de las tendencias suicidas o potencial de violencia
Revaloración al cabo de un tiempo	Varios meses después de la valoración inicial	Comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes	Revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno

patrones del sueño y prácticas religiosas. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa del profesional de enfermería y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria.

Tipos de datos

Los **datos subjetivos**, denominados también **síntomas** o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

Los **datos objetivos** se llaman también **signos** o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

Los datos constantes son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

La base de datos completa nos permite contar con datos basales para comparar las respuestas de los pacientes ante las intervenciones de enfermería o médicas. La tabla 11-4 recoge ejemplos de datos objetivos y subjetivos.

Fuentes de los datos

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras

personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible.

Paciente

La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos. Entre ellos están los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados o desconfiados, o que no hablan la lengua del profesional de enfermería (D'Amico y Barbarito, 2007). Si el paciente duda a la hora de comunicar los datos, ha de recordársele que la privacidad de todos los datos recopilados está protegida y que dichos datos solo se compartirán con personas que tengan una necesidad legítima relacionada con su salud para conocerlos. En caso necesario, conviene que el profesional revise los mandatos de la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996, para poder explicar la situación de una forma que el paciente la pueda entender. En la página web del *Department of Health and Human Services* de EE. UU. está disponible la información resumida sobre la HIPAA en términos comprensibles para los profesionales de enfermería y para los pacientes.

Personas de apoyo

Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad, el estrés que experimentó antes de la enfermedad, las

CUADRO 11-1 Componentes de la anamnesis de enfermería

DATOS BIOGRÁFICOS

Nombre, dirección, edad, sexo, estado civil, ocupación, preferencia religiosa, financiación de la asistencia médica y fuentes habituales de asistencia médica del paciente.

SÍNTOMA PRINCIPAL O RAZÓN DE LA CONSULTA

La respuesta dada a la pregunta «¿Qué es lo que le pasa?» o «Dígame la razón por la que vino hoy al hospital o la clínica». El síntoma principal debe registrarse con las propias palabras del paciente.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

- Cuando comenzaron los síntomas
- Si el inicio de los síntomas fue brusco o gradual
- Con qué frecuencia aparece el problema
- Localización exacta de la molestia
- Carácter de la queja (p. ej., intensidad del dolor o calidad del esputo, vómito o secreción)
- Actividad que realizaba el paciente cuando ocurrió el problema
- Fenómenos o síntomas asociados al síntoma principal
- Factores que agravan o alivian el problema

ANTECEDENTES

- *Enfermedades*: como la varicela, la parotiditis, el sarampión, la rubéola, infecciones estreptocócicas, escarlatina, fiebre reumática, hepatitis, poliomielitis y otras enfermedades significativas
- *Vacunas* y la fecha del último recuerdo del tétanos
- *Alergia* a fármacos, animales, insectos o sustancias ambientales, el tipo de reacción que ocurre y cómo se trató la reacción
- *Accidentes y lesiones*: cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente, el tipo de lesión, el tratamiento recibido y cualquier complicación
- *Hospitalización por enfermedades graves*: razones de la hospitalización, fechas, intervención quirúrgica realizada, evolución y complicaciones
- *Medicamentos*: todos los medicamentos actuales con y sin receta, como ácido acetilsalicílico, pulverizadores nasales, vitaminas o laxantes

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES

Para asegurarnos de los factores de riesgo de ciertas enfermedades se obtienen las edades de los hermanos, padres y abuelos y su estado actual de salud o, si han fallecido, la causa de la muerte. Debe prestarse una especial atención a trastornos como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, las enfermedades alérgicas, la artritis, la tuberculosis, las hemorragias, el alcoholismo y cualquier trastorno mental.

ESTILO DE VIDA

- *Hábitos personales*: la cantidad, frecuencia y duración de consumo de cualquier sustancia (tabaco, alcohol, café, cola, té y drogas recreativas e ilegales)
- *Dieta*: descripción de una dieta típica un día normal o cualquier dieta especial, número de comidas principales y entre horas al día, quién cocina y hace la compra, patrones de alimentación étnicos y alergias
- *Patrones de sueño*: momentos habituales en el día de sueño/vigilia, dificultades para dormir y remedios usados para ello
- *Actividades de la vida diaria (AVD)*: cualquier dificultad experimentada en las actividades básicas de la alimentación, aseo, vestido, evacuación y locomoción

- *Actividades instrumentales de la vida diaria*: cualquier dificultad experimentada en la preparación de alimentos, la compra, el transporte, el cuidado de la casa, el lavado de la ropa y la capacidad para usar el teléfono, manejar los aspectos económicos y manejar los medicamentos
- *Ocio/aficiones*: ejercicio y tolerancia, aficiones y otros intereses, y vacaciones

DATOS SOCIALES

- *Relaciones familiares y amigos*: el sistema de apoyo del paciente en los momentos de estrés (¿quién le ayuda cuando lo necesita?), qué efecto tiene la enfermedad del paciente en la familia y si algún problema familiar está afectando al paciente. Véase también la exposición de la valoración de la familia en el capítulo 24 ∞.
- *Afilación étnica*: costumbres y creencias sobre la salud; prácticas culturales que pueden afectar a la asistencia y la recuperación. Véase también una guía para la valoración étnica/cultural en el capítulo 18 ∞.
- *Educación*: datos sobre el mayor nivel educativo obtenido por el paciente y cualquier dificultad previa con el aprendizaje.
- *Antecedentes laborales*: el estado laboral actual, el número de días que ha faltado del trabajo por la enfermedad, cualquier accidente laboral, cualquier riesgo laboral con un potencial de enfermedad o accidente futuro, la necesidad del paciente de cambiar de trabajo por enfermedades anteriores, la situación laboral del cónyuge o pareja y la forma de cuidar a los niños y la satisfacción general del paciente con el trabajo.
- *Estado económico*: información sobre cómo paga el paciente su asistencia médica (incluido qué tipo de cobertura médica y de hospitalización tiene) y si la enfermedad del paciente representa una preocupación económica.
- *Condiciones de la casa y del vecindario*: las medidas de seguridad en el hogar y los ajustes hechos en las instalaciones físicas que pueden ser necesarios para ayudar al paciente a manejar una incapacidad física, una intolerancia a la actividad y las actividades de la vida diaria; la disponibilidad de servicios en el vecindario y comunitarios para cubrir las necesidades del paciente.

DATOS PSICOLÓGICOS

- *Principales factores estresantes* experimentados y percepción de ellos por parte del paciente
- *Patrón de afrontamiento habitual* con un problema serio o un nivel alto de estrés
- *Estilo de comunicación*: capacidad de verbalizar las emociones adecuadas; comunicación no verbal, como los movimientos oculares, los gestos, el uso del contacto y la postura; las interacciones con personas de apoyo, y la congruencia del comportamiento no verbal y de la expresión verbal

PATRONES DE ASISTENCIA DE SALUD

Todos los recursos de asistencia de salud que el paciente está usando y usó en el pasado. Entre ellos están el médico general, los especialistas (p. ej., oftalmólogo o ginecólogo), el odontólogo, el curandero, la clínica de salud o el centro de salud; si el paciente considera que la asistencia que se le proporciona es adecuada, y si el acceso a la asistencia de salud constituye algún problema.

además de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente.

Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o un paciente que está inconsciente o confundido. En algunos casos (un paciente del que se abusó física o emocionalmente, por ejemplo), la persona que da la

información puede querer seguir siendo anónima. Antes de obtener datos de las personas de apoyo, el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente, si es capaz de ello, autorice tal fuente de información. El profesional de enfermería debe además indicar en el historial de enfermería que los datos se obtuvieron de una persona de apoyo.

TABLA 11-4 Ejemplos de datos objetivos y subjetivos

SUBJETIVOS	OBJETIVOS
«Me siento débil cuando hago ejercicio.»	Presión arterial 90/50* Pulso apical 104 Piel pálida y sudorosa
El paciente señala que tiene dolor abdominal cólico. Dice: «Tengo molestias en el estómago.»	Vomitó 100 ml de un líquido verdoso Abdomen duro y ligeramente distendido Sonidos intestinales activos auscultados en los cuatro cuadrantes
«Estoy fatigado.»	Sonidos pulmonares claros en los dos lados; disminución en lóbulo inferior derecho El paciente lloró durante la entrevista
La esposa dice: «No parece tan triste hoy.» (Esto es subjetivo y una fuente de datos secundaria.)	Sujeta una Biblia abierta Tiene una pequeña cruz de plata sobre la mesilla
«Me gustaría ver al capellán antes de la intervención quirúrgica.»	

*La presión arterial obtenida con un manguito externo y un manómetro puede considerarse un dato secundario o indirecto, ya que no mide directamente la presión dentro de las arterias.

La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales de la salud se considera subjetiva si no se basa en hechos. Si la hija del paciente dice: «Papá está hoy muy confuso», se trata de un dato subjetivo secundario porque es una interpretación de la hija sobre la conducta del paciente. El profesional de enfermería debe intentar verificar la confusión comunicada entrevistando directamente al paciente. Pero si la hija dice: «Papá cree que estamos en 1941», esto puede considerarse un dato objetivo secundario ya que la hija escuchó decir esto a su padre directamente.

Historia del paciente

La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales de la salud. La historia del paciente también contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado civil del paciente. Al revisar esta historia antes de entrevistar al paciente, el profesional de enfermería puede evitar plantear preguntas para las que ya tiene respuesta. La repetición de preguntas puede ser estresante y molesta para los pacientes y hacer que se molesten por la falta de comunicación que hay entre los profesionales de la salud. Los tipos de historia de los pacientes son la historia médica, la historia terapéutica y la historia de laboratorio.

La historia médica (p. ej., la anamnesis médica, la exploración física, el informe quirúrgico, las notas de evolución y las consultas hechas a médicos) es a menudo una fuente de los patrones de salud y enfermedad presentes y pasados del paciente. Esta historia puede proporcionar a los profesionales de enfermería información sobre las conductas de afrontamiento del paciente, sus prácticas de salud, las enfermedades previas y los problemas alérgicos.

La historia de los tratamientos proporcionados por otros profesionales de la salud, como los trabajadores sociales, los nutricionistas, los dietistas o los fisioterapeutas, ayuda al profesional de enfermería a obtener datos relevantes no expresados por el paciente. Por ejemplo, un informe de una agencia social sobre las condiciones de vida de un paciente o de una agencia de asistencia de salud domiciliaria sobre las condiciones del hogar también pueden ser útiles al profesional de enfermería que realiza una valoración.

La historia de laboratorio también proporciona información sobre salud pertinente. Por ejemplo, la determinación de la glucemia permite a los profesionales de la salud vigilar la administración de medicamentos hipoglucemiantes por vía oral. Cualquier dato de laboratorio sobre un paciente debe compararse con lo normal para ese laborato-

rio dentro de esa prueba en particular y para la edad, el sexo y otras características. Los estudios diagnósticos ordenados habitualmente se comentan en el capítulo 34 .

El profesional de enfermería debe considerar siempre la información que hay en la historia del paciente a la luz de la situación actual. Por ejemplo, si la anotación médica más reciente tiene 10 años de antigüedad, es probable que las prácticas de salud y las conductas de afrontamiento hayan cambiado. Los pacientes mayores pueden tener numerosos antecedentes previos. Estos son muy útiles y contribuyen a comprender completamente la historia de salud, en especial si la memoria del paciente está alterada.

Profesionales de la salud

Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales de la salud sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o actual con el paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a las instituciones de salud.

Bibliografía

La revisión de la bibliografía de enfermería y relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos. Una revisión de la bibliografía comprende la siguiente información, aunque no se limita a ella:

- Modelos o normas con las que comparar las observaciones (p. ej., tablas de altura y peso, tareas normales para el nivel de desarrollo de un grupo de edad)
- Prácticas de salud culturales y sociales
- Creencias espirituales
- Datos de valoración necesarios para trastornos específicos del paciente
- Intervenciones de enfermería y criterios de evaluación relevantes para los problemas de salud de un paciente
- Información sobre los diagnósticos médicos, tratamientos y pronósticos
- Métodos actuales y observaciones de la investigación

Métodos de obtención de los datos

Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

En realidad, el profesional de enfermería usa los tres métodos a la vez cuando valora a los pacientes. Por ejemplo, durante la entrevista del paciente, el profesional de enfermería observa, escucha, plantea preguntas y retiene información para la exploración física.

Observación

Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas. En la tabla 11-5 se muestran ejemplos de datos de pacientes observados a través de los sentidos.

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos, y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara de un paciente se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión arterial. Pueden producirse errores al seleccionar, organizar e interpretar los datos. Por ejemplo, un profesional de enfermería podría no notar ciertos signos, porque sean inesperados o porque no se adaptan a las concepciones previas sobre la enfermedad del paciente. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa. Por ejemplo, los profesionales de enfermería que atienden a recién nacidos aprenden a ignorar los ruidos habituales de las máquinas de la sala de neonatología, pero responden con rapidez al movimiento o llanto de un lactante.

El profesional de enfermería experimentado es a menudo capaz de atender una intervención (p. ej., dar un baño de cama o vigilar una infusión intravenosa) y al mismo tiempo realizar observaciones importantes (p. ej., notar un cambio en el estado respiratorio o en el color de la piel). El estudiante primerizo debe aprender a hacer observaciones y a completar tareas de forma simultánea.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observadores, habitualmente centrados primero en el paciente. Por ejemplo, un profesional de enfermería camina por la habitación de un paciente y observa en el siguiente orden:

1. Signos clínicos de sufrimiento (p. ej., palidez o enrojecimiento, respiración laboriosa y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional).
2. Amenazas a la seguridad del paciente, reales o anticipadas (p. ej., una barandilla bajada).
3. La presencia y funcionamiento de equipo asociado (p. ej., equipo intravenoso y oxígeno).
4. El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.

Entrevista

Una *entrevista* es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identi-

TABLA 11-5 Uso de los sentidos para observar los datos del paciente

SENTIDO	EJEMPLO DE DATOS DEL PACIENTE
Visión	Aspecto general (p. ej., tamaño del cuerpo, peso general, postura, aseo); signos de dolor o molestias; gestos faciales y corporales; color y lesiones de la piel; anomalías del movimiento; conducta no verbal (p. ej., signos de ira o ansiedad); objetos religiosos o culturales (p. ej., libros, iconos, velas, rosarios)
Olfato	Olores corporales o del aliento
Audición	Ruidos pulmonares y cardíacos; ruidos intestinales; capacidad para comunicarse; lengua hablada; capacidad para iniciar una conversación; capacidad para responder cuando se le habla; orientación en el tiempo, las personas y el lugar; pensamientos y sensaciones sobre sí mismo, otros y el estado de salud
Tacto	Temperatura y humedad de la piel; fuerza muscular (p. ej., agarre con la mano); frecuencia y ritmo del pulso, y volumen; lesiones que se palpan (p. ej., bultos, masas, nódulos)

ficar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería, que forma parte de la valoración del ingreso.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La **entrevista dirigida** está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado (p. ej., en una situación urgente).

Por el contrario, durante una **entrevista no dirigida**, o entrevista construida sobre la buena relación, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La **buena relación** es la comprensión entre dos o más personas.

Durante la entrevista para obtener información suele ser adecuada una combinación de los métodos dirigido y no dirigido. El profesional de enfermería comienza determinando las áreas que preocupan al paciente. Si, por ejemplo, un paciente expresa su preocupación por una intervención quirúrgica, el profesional de enfermería deja momentáneamente de explorarlo y le proporciona apoyo. Simplemente captar la preocupación, sin tratarla, puede dejar la impresión de que el profesional de enfermería no se ocupa de las preocupaciones del paciente o no las considera importantes.

TIPOS DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA Las preguntas se clasifican a menudo en cerradas y abiertas y en neutras o dirigidas. Las **preguntas cerradas**, que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un «sí» o un «no», o respuestas cortas directas que dan información específica. Las preguntas cerradas comienzan con «cuándo», «dónde», «quién», «qué», «haces (o hiciste)» o «eres (o fuiste)». Ejemplos de preguntas cerradas son: «¿Qué medicamento tomó?» «¿Le duele ahora? Muéstrame dónde»; «¿Qué edad tiene?» «¿Cuándo se cayó?» A menudo se utilizan preguntas cerradas

cuando se necesita información rápidamente; por ejemplo, en una situación de urgencia. La persona muy estresada y la que tiene dificultades para comunicarse encontrará estas preguntas cerradas más fáciles de responder que las abiertas.

Las **preguntas abiertas**, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta específica solo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. Tales preguntas dan a los pacientes libertad para divulgar solo la información que están dispuestos a revelar. La pregunta abierta es útil al comienzo de una entrevista o para cambiar los temas y desencadenar actitudes.

Las preguntas abiertas pueden comenzar por «qué» o «cómo». Ejemplos de estas preguntas abiertas son: «¿Cómo se ha sentido últimamente?» «¿Qué le ha traído al hospital?» «¿Cómo se sintió en esa situación?» «¿Contaría algo más sobre cómo se siente con su hijo?» «¿Qué le gustaría contarme respecto al día de hoy?»

El tipo de pregunta que un profesional de enfermería elige depende de las necesidades del paciente en ese momento. Los profesionales de enfermería encuentran a menudo necesario usar una combinación de preguntas cerradas y abiertas a través de una entrevista para cumplir los objetivos de la entrevista y obtener la información necesaria. Véanse en la tabla 11-6 las ventajas y desventajas de las preguntas abiertas y cerradas.

Una **pregunta neutra** es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas.

Ejemplos de ellas son: «¿Cómo se siente respecto a eso?» «¿Por qué cree que necesita esa operación?» Una **pregunta dirigida**, en cambio, suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente. Ejemplos de ellas son: «Usted está preocupado por la intervención quirúrgica de mañana, ¿no es cierto?» «Se tomará las medicinas, ¿no?» La pregunta dirigida al paciente da la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto puede originar datos también imprecisos.

Debe procurarse evitar la pregunta «por qué». Los pacientes tal vez no puedan dar argumentos que expliquen su conducta y podrían sentirse amenazados ante una inquisición tan directa (Williams, 2008). Como el objetivo de las preguntas es obtener la mejor información posible, todo aquello que sitúa al paciente a la defensiva interferirá con la consecución de este objetivo.

PLANIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA Y MARCO Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, por ejemplo, el informe quirúrgico, la información sobre la enfermedad actual o la bibliografía sobre el problema de salud del paciente. El profesional de enfermería también revisa el formulario de recogida de datos de la institución para identificar qué datos debe recoger y qué datos puede recoger según su criterio en función del paciente específico. Si no se dispone de un formulario, la mayoría de los profesionales de enfermería prepara una guía para la entrevista que le ayude a recordar temas y determinar qué preguntas plantear. La guía

TABLA 11-6 Algunas ventajas y desventajas de las preguntas abiertas y cerradas

PREGUNTAS ABIERTAS

Ventajas

1. Dejan hablar al entrevistado.
2. El entrevistador es capaz de escuchar y observar.
3. Revelan que los pensamientos del entrevistado son importantes.
4. Pueden revelar la falta de información del entrevistado, el entendimiento inadecuado de las palabras, una base de referencia, los prejuicios o los estereotipos.
5. Pueden proporcionar información al entrevistador que este no ha pedido.
6. Pueden revelar la afectividad del entrevistado respecto a un aspecto.
7. Pueden atraer el interés y la confianza por la libertad que proporcionan.

Desventajas

1. Llevan más tiempo.
2. Pueden darse solo respuestas cortas.
3. Puede omitirse información valiosa.
4. A menudo obtienen más información de la necesaria.
5. Las respuestas son difíciles de registrar y hacerlo exige habilidad.
6. El entrevistador necesita habilidad para controlar una entrevista con preguntas abiertas.
7. Las respuestas exigen perspicacia y sensibilidad por parte del entrevistador.

PREGUNTAS CERRADAS

Ventajas

1. Las preguntas y las respuestas pueden controlarse de forma eficaz.
2. Requieren menos esfuerzo para el entrevistado.
3. Pueden ser menos amenazantes, ya que no exigen explicaciones ni justificaciones.
4. Llevan menos tiempo.
5. La información puede obtenerse en menos tiempo que si se dejara hablar a voluntad.
6. Las respuestas son fáciles de registrar.
7. Las preguntas son fáciles de usar y pueden manejarlas entrevistadores poco habilidosos.

Desventajas

1. Pueden proporcionar demasiada poca información y exigen preguntas de seguimiento.
2. Pueden no revelar lo que el entrevistado siente.
3. No permiten al entrevistado dar información posiblemente valiosa.
4. Pueden inhibir la comunicación y transmitir falta de interés por parte del entrevistador.
5. El entrevistador puede dominar la entrevista con preguntas.

comprende una lista de temas principales y secundarios en lugar de una serie de preguntas.

Los profesionales de enfermería y los pacientes tienen que sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores. Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

Momento Los profesionales de enfermería deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares y otros profesionales de la salud sean mínimas. Los profesionales de enfermería deben programar las entrevistas con los pacientes en sus casas en el momento que elija el paciente.

Lugar Una sala bien iluminada y ventilada que esté relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. Además, es deseable un lugar donde nadie pueda escuchar ni ver al paciente.

Disposición de los asientos Al estar de pie y mirar al paciente que está en la cama en una silla desde arriba, el profesional de enfermería intimida al paciente. Cuando un paciente está en la cama, el profesional de enfermería puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama. La posición es menos formal que sentarse detrás de una mesa o permanecer a los pies de la cama. Durante una entrevista del ingreso inicial, un paciente puede sentirse menos asustado si se coloca una mesa sobre la cama entre el paciente y el profesional de enfermería. Sentarse sobre la cama del paciente le arrinconan y hace muy difícil dejar de mirarse directamente.

Una disposición del asiento del profesional de enfermería detrás de un mostrador y el paciente sentado al otro lado crea un marco formal que sugiere una reunión laboral entre un superior y un subordinado. Por el contrario, una disposición de los asientos en que las partes se sientan en dos sillas colocadas en ángulos rectos respecto a un mostrador o una mesa o separados unos centímetros sin ninguna mesa entre ellos, crea una atmósfera menos formal y el profesional de enfermería y el paciente tienden a sentirse en términos iguales. En los grupos, una disposición en forma de herradura o circular puede evitar una posición superior o de jerarquía.

Distancia La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. La *proxémica* es el estudio del uso del espacio. Como especie, los seres humanos somos muy territoriales, aunque raramente somos conscientes de ello hasta que se viola nuestro espacio. La mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia de 60 a 90 cm durante una entrevista. Algunos pacientes requieren más o menos espacio, dependiendo de sus necesidades personales y culturales. Puede obtenerse información adicional en el capítulo 18 .

Lenguaje No comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. El profesional de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en lengua común, y son necesarios intérpretes y traductores si el paciente y el profesional de enfermería no hablan la misma lengua o dialecto (una variación en un lenguaje hablada en una región geográfica particular). La traducción de los términos médicos es una habilidad especializada, porque no todas las personas que dominan la forma conversacional de una lengua están familiarizadas con los términos anatómicos o de

ASISTENCIA SEGÚN LA CULTURA **Espacio personal**

- La distancia aceptada entre las personas que toman parte en una conversación varía en función de las culturas. En algunas, la distancia puede ser de menos de 30 cm (en ciertas partes de Oriente Medio), o mayores que esta distancia (en algunas culturas europeas), y de hasta 90 cm (determinadas culturas asiáticas).
- Los hombres en todas las culturas suelen necesitar más distancia que las mujeres.
- El nerviosismo aumenta la necesidad de espacio.
- El contacto visual directo aumenta la necesidad de espacio.
- El contacto físico se utiliza únicamente cuando tiene una finalidad terapéutica. El tacto, incluso el de una simple mano en el hombro, puede malinterpretarse, sobre todo entre personas de distinto sexo.

salud. Pero los intérpretes pueden juzgar las palabras precisas y también opinar sobre los significados sutiles que exigen una explicación adicional o aclaración en función de la lengua y etnia específicas. Pueden editar la fuente original para hacer el significado más claro o más adecuado para el nivel cultural.

Si se dan documentos escritos al paciente, el profesional de enfermería debe determinar que el paciente pueda leerlo en su lengua nativa. Se prefiere la traducción en directo ya que el paciente puede plantear preguntas para aclararse. Los profesionales de enfermería deben ser prudentes cuando pidan a los familiares, visitas o personal no profesional de la institución que les ayuden en la traducción. Los aspectos de la confidencialidad o la desigualdad de sexos pueden interferir con una comunicación eficaz. Servicios como *AT&T Language Line* están disponibles 24 horas al día en unas 170 lenguas, con una tarifa que paga el médico. Muchas instituciones grandes poseen sus propios servicios de traducción de guardia para lenguas o dialectos que se hablan con frecuencia en la zona.

Entre los pacientes que hablan inglés puede haber diferencias para comprender la terminología. Los pacientes de diferentes partes del país pueden tener acentos fuertes, o los pacientes peor educados y los adolescentes pueden adscribir diferentes significados a las palabras. Por ejemplo, *cool* puede significar «guay» para un paciente y «frío» para otro. El profesional de enfermería debe confirmar siempre que se le entiende de manera precisa.

ESTADIOS DE UNA ENTREVISTA Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La apertura La apertura puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado.

El establecimiento de una buena relación es un proceso de creación de buena voluntad y confianza. Puede empezar con un saludo («Buenos días, Sr. Johnson») o una presentación («Buenos días, soy Becky James, una estudiante de enfermería»), acompañado de gestos no verbales como una sonrisa, un apretón de manos y un gesto amable. El profesional de enfermería debe tener cuidado de no exagerar este estadio; una charla demasiado superficial puede despertar ansiedad sobre lo que sigue y puede no parecer sincera.

En la orientación, el profesional de enfermería explica el propósito y naturaleza de la entrevista, por ejemplo, qué información se necesita, cuánto tardará y qué se espera del paciente. El profesional de enferme-

PAUTAS PARA LA PRÁCTICA Comunicación durante una entrevista

- Escuchar atentamente, usando todos los sentidos y hablando lenta y claramente.
- Usar un lenguaje que el paciente comprenda, y aclarar los puntos que no entienda.
- Plantear preguntas que sigan una secuencia lógica.
- Plantear solo una pregunta a la vez. Las preguntas múltiples limitan al paciente a una opción y pueden confundirlo.
- Reconocer el derecho del paciente a ver las cosas de la forma que le parecen y no de la forma que le parecen al profesional de enfermería o a otros.
- No imponer nuestros valores al paciente.
- Evitar usar ejemplos personales, como decir: «Si yo fuera usted...».
- Transmitir de forma no verbal respeto, preocupación, interés y aceptación.
- Ser consciente del lenguaje corporal propio y del paciente.
- Ser consciente de la inflexión, el tono y la afectación de la voz propia y del paciente.
- Sentarse y hablar con el paciente (estar al mismo nivel).
- Usar y aceptar el silencio para ayudar al paciente a buscar más ideas y organizarlas.
- Usar el contacto visual y mostrar calma, simpatía y que se dispone de tiempo.

ría le dice al paciente cómo se usará la información y suele establecer que el paciente tiene el derecho de no proporcionar datos.

Lo que sigue es un ejemplo de introducción en una entrevista:

Paso 1: Establecer una buena relación

Profesional de enfermería: Hola, Srta. Goodwin, soy la Srta. Fellows. Soy una estudiante de enfermería y voy a ayudar en su asistencia durante el día de hoy.

Paciente: Hola, ¿eres una estudiante de una escuela universitaria? *Profesional de enfermería:* Sí, este es mi último año. ¿Conoce el campus?

Paciente: ¡Oh, sí! Soy una gran aficionada al fútbol americano. Mi sobrino se graduó en 2008 y con frecuencia voy a ver partidos con él.

Profesional de enfermería: ¡Eso es genial! Suena divertido.

Paciente: Sí, me divierto mucho.

Paso 2: Orientación

Profesional de enfermería: ¿Me puedo sentar con usted unos minutos para hablar sobre su atención mientras esté aquí?

Paciente: Muy bien, ¿qué quiere saber?

Profesional de enfermería: Bien, para planificar su asistencia después de la operación me gustaría saber algunas cosas sobre sus actividades diarias habituales y lo que espera encontrar en el hospital. Tomaré notas mientras habla para registrar los puntos importantes y tenerlos disponibles para otros miembros del personal que también cuidarán de usted.

Paciente: Vale. Me parece bien.

Profesional de enfermería: Si hay algo sobre lo que no desee hablar, por favor dígalo con total libertad. Todo lo que me diga será confidencial y solo lo compartirán otros que tengan el derecho legal de saberlo.

Paciente: Claro, de acuerdo.

El cuerpo En el cuerpo de la entrevista, el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan confortables y sirvan al objetivo de la entrevista (v. capítulo 26 ∞). Para comunicarse durante una entrevista, véase «Pautas para la práctica».

El cierre El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, el término el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón, por ejemplo fatiga. El cierre

es importante para mantener la buena relación y la confianza y para facilitar futuras interacciones. Para cerrar una entrevista suelen usarse las siguientes técnicas:

1. Ofrecerse a responder preguntas: «¿Tiene alguna pregunta?» «Estaría encantado de responder cualquier pregunta». Asegúrese de dejar tiempo para que la persona responda, o la oferta se considerará insincera.
2. Concluir diciendo: «Bien, esto es todo lo que necesito saber por ahora»; o «Bien, esas eran todas las preguntas que tenía por ahora». Preceder la frase con la palabra «bien» señala generalmente que el final de la interacción está cerca.
3. Dar las gracias al paciente: «Gracias por su tiempo y su ayuda. Las preguntas que me ha respondido serán útiles para planificar su asistencia de enfermería.» También puede estrechar la mano al paciente.

Consideraciones según la edad

Valoración

NIÑOS

Considerar este ejemplo: una niña de 4 años ingresa tras una intervención quirúrgica urgente por un apéndice perforado. Está despierta y alerta, pero no quiere hablar. Sus padres han dormido poco en las últimas 24 horas y están muy ansiosos.

- Obtener datos para la valoración en esta situación exige que el profesional de enfermería sea sensible con las necesidades que tienen los padres de sueño y tranquilidad respecto a su hija; al mismo tiempo, el profesional de enfermería debe recoger información para completar una base de datos adecuada para tomar decisiones apropiadas sobre la asistencia de enfermería. La valoración implicará monitorizar la dolencia de la niña cuando se recupere de la intervención quirúrgica, así como estar alerta ante posibles problemas.
- Los padres serán la principal fuente de datos subjetivos, aunque hay que animar a la niña a decir al profesional de enfermería cómo se siente.
- Los datos objetivos recogidos son las constantes vitales incluido el nivel de respuesta al dolor; la hemorragia o secreción por la incisión; la movilidad; la integridad de los vendajes; las vías intravenosas, los catéteres, las sondas nasogástricas u otros dispositivos médicos, y la afectación.
- Como los niños forman parte de las familias, la valoración incluirá la observación de la dinámica familiar y preguntas que podrían conducir a la asistencia del sistema familiar.

4. Expresar su preocupación por el bienestar y futuro de la persona: «Espero que todo le vaya bien».
5. Planificar la siguiente reunión, si es que va a haber alguna, o establecer lo que sucederá después. Incluya el día, la hora, el tema y el objetivo: «Nos reuniremos de nuevo el día 15 a las 9:00 de la mañana para ver cómo se encuentra entonces». O «Srta. Goodwin, soy responsable de prestarle asistencia tres mañanas a la semana mientras esté usted aquí. Estaré aquí todos los lunes, martes y miércoles entre las 8 de la mañana y el mediodía. En esos momentos podré ajustar su asistencia en lo que sea necesario».
6. Proporcionar un resumen para verificar la precisión y el acuerdo. Resumir sirve a varios propósitos: ayuda a terminar la entrevista, el paciente se asegura de que el profesional de enfermería le ha escuchado, comprueba la precisión de las percepciones del profesional y ayuda al paciente a notar el progreso y un sentido de avance. «Revisemos lo que hemos tratado en esta entrevista.» Los resúmenes son particularmente útiles para los pacientes que están ansiosos o tienen dificultades para acabar con el tema. «Bien, me parece que usted está especialmente preocupado por su hospitalización y el dolor en el pecho, porque su padre falleció de un ataque al corazón hace 5 años. ¿Es eso correcto? Comentará esto con usted mañana y decidiremos qué debemos hacer para ayudarle.»

Exploración

La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión (v. capítulo 30 ∞).

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del examinador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El profesional de enfermería suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta. Después el profesional toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso. El método **cefalocaudal** o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de forma individual, es decir, el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo (p. ej., los pulmones). Estas técnicas se comentan con detalle en los capítulos 29 y 30 ∞.

En lugar de hacer una exploración completa, el profesional de enfermería puede centrarse en un problema específico observado en la valoración de enfermería, como la incapacidad para orinar. En ocasiones, el profesional de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente (p. ej., la disnea) antes de completar la exploración.

El profesional de enfermería también puede realizar una exploración de cribado. Una **exploración de cribado**, también llamada **revisión de sistemas**, es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales. Un ejemplo de una exploración de cribado es la valoración de enfermería del momento del ingre-

so que se muestra en la figura 11-4 ■. Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y altura ideales o las normas de temperatura corporal o presión arterial.

Organización de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito (o electrónico) para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente, como aquel que se centra en los datos osteomusculares de los pacientes ortopédicos.

Modelos/estructuras conceptuales

La mayoría de las escuelas de enfermería e instituciones de salud ha desarrollado su propio formato de valoración estructurado. Muchos se basan en modelos o estructuras de enfermería seleccionados (v. capítulo 3 ∞). Tres ejemplos son la estructura patrón de salud funcional de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy.

Gordon (2010) proporciona una estructura de 11 patrones de salud funcionales (cuadro 11-2). Gordon usa la palabra *patrón* para referirse a una secuencia de conductas recurrentes. El profesional de enfermería recoge datos sobre la conducta disfuncional y la funcional. De este modo, usando la estructura de Gordon para organizar los datos, los profesionales de enfermería son capaces de discernir los patrones emergentes.

Orem (2001) perfila ocho requisitos de autoasistencia universales de los seres humanos (cuadro 11-3). Roy (2008) señala los datos que tienen que recogerse en función del modelo de adaptación de Roy y clasifica la conducta observable en cuatro categorías: fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia (cuadro 11-4).

La figura 11-4 es una herramienta de recogida de datos concisos que se organiza teniendo en cuenta los sistemas corporales y de preocupaciones específicas de enfermería (p. ej., cribado en busca de caídas y procesos alérgicos); no utiliza ninguno de los modelos de enfermería en particular. En el cuadro 11-5 se muestran los datos para el caso clínico de Amanda Aquilini de la figura 11-4 tras organizarlos en función de los 11 patrones de salud funcionales de Gordon. Obsérvese que las categorías en el cuadro difieren de los de la figura 11-4. Como regla general, el profesional de enfermería organiza los datos usando el mismo modelo sobre el que se basó la herramienta de recogida de datos. Pero aquí se proporcionan diferentes modelos para demostrar diferencias en la estructura organizadora y para demostrar que el profesional de enfermería no se limita a la estructura exacta proporcionada por la herramienta de obtención de datos.

Modelos de bienestar

Los profesionales de enfermería usan modelos de bienestar para ayudar a los pacientes a identificar riesgos para la salud y explorar estilos de vida y conductas de salud, creencias, valores y actitudes que engendren niveles de bienestar. Estos modelos suelen incluir lo siguiente:

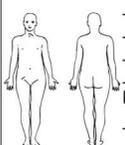
- Anamnesis
- Evaluación de la forma física
- Valoración nutricional

DATOS DEL INGRESO	Fecha <u>16-4-11</u> Hora <u>3:15 p.m.</u> Idioma principal <u>Inglés</u> Día de llegada: <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Camilla <input checked="" type="checkbox"/> Andando De: <input type="checkbox"/> Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Residencias <input type="checkbox"/> Otros Médico que hace el ingreso <u>R. Katz</u> Notificada <u>5 p.m.</u> ORIENTACIÓN A UNIDAD Sí NO Sí NO Banda en brazo correcta <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas de visita <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Banda de alergia <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Normas sobre tabaco <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Teléfono <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TV, luces, controles Normativa eléctrica <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> de cama, luces de Mat. educativo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> llamada, barandillas <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unidad de enfermería <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PSICOSOCIALES Estrés reciente <u>Ninguno</u> Mecanismo de afrontamiento <u>No evaluado por fatiga</u> Sistema de apoyo <u>Marido, compañeros, amigos</u> Calma: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ansiedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <u>Músculos faciales tensos; temblor</u> Religión <u>Católica, desearía otros sacramentos</u> Consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Consumo de drogas: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
	Médico de familia <u>R. Katz</u> Peso <u>60 kg.</u> Altura <u>1,55 cm.</u> PA <u>D</u> L <u>122/80</u> Temp. <u>39,4 °C</u> Pulso <u>92</u> débil Resp. <u>28</u> superficiales Fuente de la información <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otro Incapaz de dar datos <input type="checkbox"/> Razón de ingreso (inicio, duración, percepción del pac.) (=Dolor en el pecho 2 semanas, disnea de esfuerzo, «Dolor pulmonar, fiebre», «El médico dice que tengo neumonía»)	NEUROLOGICOS Orientado: <input checked="" type="checkbox"/> Persona <input checked="" type="checkbox"/> Lugar <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Comatoso Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Iguales <input type="checkbox"/> Desiguales <input checked="" type="checkbox"/> Reactivas <input type="checkbox"/> Perezosas <input type="checkbox"/> Otras <u>3 mm.</u> Fuerza en extremidades: <input checked="" type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Desigual Habla: <input checked="" type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Otros
ALERGIAS Y REACCIONES Fármacos <u>Penicilina</u> Alimentos/Otros _____ Signos y síntomas <u>Erantema, náuseas</u> Reacción transfusional <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Contrastes/marisco <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	OSTEO-MUSCULARES ADM normal de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Contracturas <input type="checkbox"/> Tumefacción <input checked="" type="checkbox"/> Dolor articular <input type="checkbox"/> Otros <u>↓ relacionada con fatiga cuando tose</u>	RESPIRATORIOS Patrón: <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Desigual <input checked="" type="checkbox"/> Superficial <input checked="" type="checkbox"/> Disnea <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>murmulo vesicular reducido</u> Ruidos respiratorios: <input type="checkbox"/> Claros <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>crepitanes inspiratorios</u> Secreciones: <input type="checkbox"/> Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>esputo rosado y espeso</u> Tos: <input type="checkbox"/> Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Productiva <input type="checkbox"/> Productiva seca
MEDICAMENTOS Med. actuales <u>Levotiroxina</u> Dosis/frec. <u>0,1 mg. al día</u> Última dosis <u>16-4, 8 a.m.</u> Disposición de med.: <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Seguro *Junto a la cama	CARDIOVASCULARES Pulsos: frecuencia apical <u>92</u> <input checked="" type="checkbox"/> Reg. <input type="checkbox"/> Irreg. <input type="checkbox"/> Marcapasos F = fuerte D = débil A = ausente D = Doppler Radial D <u>92</u> I _____ Pedio D _____ I _____ Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente Lugar _____ Perfusión: <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Sudoroso <input type="checkbox"/> Frio (Caliente)	DIGESTIVOS Mucosa oral <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>pálida y seca</u> Ruidos intestinales: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Otros <u>Abdomen blando</u> Cambio de peso: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N/V Frecuencia deposiciones/ carácter <u>1/día; blanda</u> Última dep. <u>15-4-11</u> <input type="checkbox"/> Ostomía (tipo) _____ Equip. _____
ANTECEDENTES MÉDICOS <input checked="" type="checkbox"/> Sin problemas importantes <input type="checkbox"/> Gastro <input type="checkbox"/> Cardíacos <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Hiper/hipotensión <input type="checkbox"/> Ictus <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Respiratorios <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>Un hijo en 2004</u> Intervenciones quirúrgicas/procedimientos Fecha <u>Apendicectomía</u> <u>1985</u> <u>Tiroidectomía parcial</u> <u>2004</u>	GENITORINARIO Orina: última micción <u>Esta mañana</u> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Incontinencia <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>cantidad y frecuencia desde enfermedad</u> <input type="checkbox"/> Sonda (tipo) _____ Otros _____ Última menstruación <u>1-4-11</u> <input type="checkbox"/> Secreción vaginal/peniana Otros _____	AUTOCUIDADO Necesidad de ayuda con: <input type="checkbox"/> Ambulación <input type="checkbox"/> Evacuación <input type="checkbox"/> Comidas <input checked="" type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Vestido <u>Mientras se encuentra fatigado</u> <u>Amanda Aquilini (mujer, edad 28)</u> <u>#4637651</u>
DISPOSITIVOS DE AYUDA ESPECIALES <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Dispositivo de acceso venoso <input type="checkbox"/> Dentaduras <input type="checkbox"/> Ortesis <input type="checkbox"/> Prótesis auditivas <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Catéter epidural <input type="checkbox"/> Otros <u>Ninguno</u>	OBJETOS VALIOSOS Paciente informada de que el hospital no se hace responsable de las pertenencias personales Objetos de valor: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> Dado a _____ Paciente/firma <u>Ninguno</u>	

NORTH BROWARD HOSPITAL DISTRICT NURSING ADMINISTRATION ASSESSMENT

Figura 11-4 ■ Valoración de Amanda Aquilini.

Herramienta de valoración de enfermería cortesía de North Broward Hospital District, Broward County, Florida. Reproducido con autorización.

NUTRICIÓN	Aspecto general: <input checked="" type="checkbox"/> Bien nutrido <input type="checkbox"/> Emaciado <input type="checkbox"/> Otros _____																			
	Apetito: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Justo <input checked="" type="checkbox"/> Malo -x2 Dieta <u>Líquida</u> Patrón de comidas <u>5/día días</u> <input type="checkbox"/> Come solo <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Alimentación total																			
EVALUACIÓN CUTÁNEA	Color: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rojo <input checked="" type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Oscuro <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Ictérico <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>Mejillas rojas y calientes</u> Descripción general <u>Cicatrices quirúrgicas:</u> <u>CID abdomen; anterior en cuello</u>																			
	 Nota de cultivos obtenidos _____																			
	CRITERIOS DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN® ESTADO GENERAL DE LA PIEL CONTROL VESICAL E INTESTINAL ESTADO DE REHABILITACIÓN																			
	<table border="1"> <tr> <th>Grado</th> <th>Grado</th> <th>Grado</th> </tr> <tr> <td>0 Turgencia (elasticidad adecuada, piel húmeda y caliente)</td> <td>0 Siempre capaz de pedir ayuda</td> <td>0 Ando completamente</td> </tr> <tr> <td>1 Escasa turgencia, piel fría y seca</td> <td>1 Incontinencia de orina</td> <td>1 Ando con ayuda</td> </tr> <tr> <td>2 Zonas moteadas, rojos o denudadas</td> <td>2 Incontinencia fecal</td> <td>2 Sólo ando a la cama o la silla</td> </tr> <tr> <td>3 Úlceras/lesiones existentes</td> <td>3 Completamente incontinente</td> <td>3 Confinado a la cama</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 Confinado a la cama</td> <td>4 Inmóvil en la cama</td> </tr> </table>		Grado	Grado	Grado	0 Turgencia (elasticidad adecuada, piel húmeda y caliente)	0 Siempre capaz de pedir ayuda	0 Ando completamente	1 Escasa turgencia, piel fría y seca	1 Incontinencia de orina	1 Ando con ayuda	2 Zonas moteadas, rojos o denudadas	2 Incontinencia fecal	2 Sólo ando a la cama o la silla	3 Úlceras/lesiones existentes	3 Completamente incontinente	3 Confinado a la cama		4 Confinado a la cama	4 Inmóvil en la cama
Grado	Grado	Grado																		
0 Turgencia (elasticidad adecuada, piel húmeda y caliente)	0 Siempre capaz de pedir ayuda	0 Ando completamente																		
1 Escasa turgencia, piel fría y seca	1 Incontinencia de orina	1 Ando con ayuda																		
2 Zonas moteadas, rojos o denudadas	2 Incontinencia fecal	2 Sólo ando a la cama o la silla																		
3 Úlceras/lesiones existentes	3 Completamente incontinente	3 Confinado a la cama																		
	4 Confinado a la cama	4 Inmóvil en la cama																		
CRIBADO DE CAÍDAS	ESTADO NUTRICIONAL ESTADO MENTAL																			
	<table border="1"> <tr> <th>Grado</th> <th>Grado</th> <th>Grado</th> </tr> <tr> <td>0 Se lo come todo</td> <td>0 Alerta y despierto</td> <td>0 Ausente</td> </tr> <tr> <td>1 Come muy poco</td> <td>1 Confuso</td> <td>1 Uno presente</td> </tr> <tr> <td>2 Rechaza comida o menudo</td> <td>2 Desorientado/senil</td> <td>2 Dos presentes</td> </tr> <tr> <td>3 Alimentación por sonda</td> <td>3 Estuporoso</td> <td>3 Tres o más presentes</td> </tr> <tr> <td>4 Alimentación intravenosa</td> <td>4 Inconsciente</td> <td></td> </tr> </table>		Grado	Grado	Grado	0 Se lo come todo	0 Alerta y despierto	0 Ausente	1 Come muy poco	1 Confuso	1 Uno presente	2 Rechaza comida o menudo	2 Desorientado/senil	2 Dos presentes	3 Alimentación por sonda	3 Estuporoso	3 Tres o más presentes	4 Alimentación intravenosa	4 Inconsciente	
	Grado	Grado	Grado																	
	0 Se lo come todo	0 Alerta y despierto	0 Ausente																	
1 Come muy poco	1 Confuso	1 Uno presente																		
2 Rechaza comida o menudo	2 Desorientado/senil	2 Dos presentes																		
3 Alimentación por sonda	3 Estuporoso	3 Tres o más presentes																		
4 Alimentación intravenosa	4 Inconsciente																			
TOTAL <u>3</u> Referirse a protocolo de cuidado cutáneo																				
Si se marcan uno o más de los siguientes, instituir precauciones/plan asistencial de caídas <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Antecedentes de caídas <input type="checkbox"/> Marcha inestable <input type="checkbox"/> Confusión/desorientación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si se marcan dos o más de los siguientes instituir precauciones/plan asistencial de caídas <input type="checkbox"/> Edad mayor de 80 <input type="checkbox"/> Utiliza bastón andador, asno <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Alteración de la visión <input type="checkbox"/> Urgencia/frecuencia en evacuación <input type="checkbox"/> Múltiples diagnósticos <input type="checkbox"/> Audición alterada <input type="checkbox"/> Medicamentos/sedantes/diuréticos, etc. <input type="checkbox"/> Incapacidad para comprender o seguir instrucciones																				
TÍTULO/FIRMA PROFESIONAL ENFERMERÍA FECHA HORA <u>Mary Medina, DE</u> <u>16-4-11</u> <u>3:30 pm</u> TÍTULO/FIRMA PROFESIONAL ENFERMERÍA FECHA HORA																				

EDUCACIÓN/PLAN PARA EL ALTA

- ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? «El médico dice que tengo neumonía». «Me pondrán una vía».
- ¿Qué información quiere saber o necesita sobre su enfermedad?
- ¿Le gustaría que su familia/cónyuge participaran en su asistencia? Mi esposo, Michael
- ¿Cuánto tiempo espera estar en el hospital? «1-2 días»
- ¿Qué le preocupa al abandonar el hospital?

MARQUE EL CUADRADO ADECUADO

- ¿Necesitará el paciente ayuda tras el alta con AVD/función física? Sí No Desconocido
- ¿Tiene el paciente familia capaz y dispuesta a proporcionarle asistencia después del alta? Sí No Desconocido Sin familia
- ¿Es necesaria más ayuda de la que puede proporcionarle la familia? Sí No Desconocido
- ¿Ingresos previos en últimos 6 meses? Sí No Desconocido

El paciente vive con Marido y una niña
 Alta planeada a Casa
 Comentarios: La fatiga y la ansiedad pueden haber interferido con el aprendizaje. Volver a enseñar más tarde cualquier cosa tratada en el ingreso

Notificados los servicios sociales Sí No

NOTAS

Dolor agudo en el pecho cuando tose y disnea con el esfuerzo. Dice que era incapaz de llevar a cabo el ejercicio habitual la semana pasada. La tos le aliviaba «si permanecía sentada durante un tiempo». Náuseas asociadas a la tos. «Tiritona» ocasional.
A veces se asustaba y decía «no puedo respirar».
Bien aseada, pero «demasiado cansada para maquillarme». Evalúa apoyos como «buenos»
(p. ej., relación con su marido). Está «preocupada» por su hija. Dice que su marido estará fuera de la ciudad hasta mañana. Dejó a su hija de 3 años con un vecino. Muy preocupada por su trabajo (es abogada).
«Nunca me pondré al día». Tomó agua a media noche y no ha comido nada hoy.
Expansión torácica menor de 3 cm, sin aleteo nasal ni uso de músculos accesorios. Ruidos respiratorios y crepitantes insp. en región superior e inferior tórax (D). Está de acuerdo en recoger la orina durante 24 h. 1.000 ml de suero glucosado al 5% IV iniciados en brazo (D), 100 ml/h. Relleno capilar lento. Mantener el cabezera de la cama elevado para facilitar la respiración.

Figura 11-4 ■ (Cont.)

CUADRO 11-2 Tipología de Gordon de los 11 patrones funcionales de la salud

- **Patrón de percepción de la salud/manejo de la salud.** Describe el patrón percibido por el paciente de salud y bienestar y cómo manejar la salud.
- **Patrón nutricional-metabólico.** Describe el patrón del paciente de consumo de alimentos y líquidos respecto a la necesidad metabólica e indicadores del patrón de aporte local de nutrientes.
- **Patrón de evacuación.** Describe los patrones de función excretora (intestinal, vesical y cutánea).
- **Patrón de actividad-ejercicio.** Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y actividades recreativas.
- **Patrón de sueño-vigilia.** Describe patrones de sueño, reposo y relajación.
- **Patrón cognitivo-perceptivo.** Describe patrones sensitivo-perceptivos y patrones cognitivos.
- **Patrón de autopercepción y autoconcepto.** Describe el patrón de concepto y percepciones que el paciente tiene de sí mismo (p. ej., idea/valor de uno mismo, comodidad, imagen corporal, estado afectivo).
- **Patrón de rol-relación.** Describe el patrón del paciente de la participación en el rol y las relaciones.
- **Patrón de sexualidad-reproductivo.** Describe los patrones del paciente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe patrones reproductivos.
- **Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés.** Describe el patrón de afrontamiento general del paciente y eficacia del patrón en cuanto a tolerancia al estrés.
- **Patrón de valores-creencias.** Describe los patrones de valores, creencias (incluidos espirituales) y objetivos que guían las elecciones y decisiones del paciente.

Tomado de *Manual of Nursing Diagnosis*, 12th ed. (pp. 2–5), by M. Gordon, 2010, Boston: Jones & Bartlett. Reproducido con autorización.

- Análisis del estrés vital
- Estilo de vida y hábitos de salud
- Creencias sobre la salud
- Salud sexual
- Salud espiritual
- Relaciones
- Estimación del riesgo para la salud

Véanse los detalles en el capítulo 17 ∞.

Modelos ajenos a la enfermería

Las estructuras y modelos procedentes de otras disciplinas también pueden ser útiles para organizar los datos. Estas estructuras son más estrechas que el modelo exigido en la enfermería; por tanto, el profesional de enfermería suele necesitar combinarlos con otros métodos para obtener una anamnesis completa.

Modelo de los sistemas o aparatos corporales

El modelo de los sistemas o aparatos corporales se centra en las anomalías de los siguientes sistemas o aparatos anatómicos:

- Sistema tegumentario
- Aparato respiratorio
- Aparato cardiovascular
- Sistema nervioso
- Sistema osteomuscular
- Aparato digestivo
- Aparato genitourinario
- Aparato reproductor
- Sistema inmunitario

Jerarquía de Maslow de las necesidades

La jerarquía de Maslow de las necesidades agrupa datos relativos a:

- Necesidades fisiológicas (necesidades para la supervivencia)
- Necesidades respecto a la inocuidad y la seguridad
- Necesidades de amor y pertenencia
- Necesidades de autoestima
- Necesidad de autorealización

Véanse los detalles en el capítulo 16 ∞.

CUADRO 11-3 Modelo de autocuidado de Orem**REQUISITOS UNIVERSALES PARA EL AUTOCUIDADO**

1. El mantenimiento de una inspiración suficiente de aire.
2. El mantenimiento de una ingestión suficiente de agua.
3. El mantenimiento de una ingestión suficiente de alimentos.
4. La provisión de asistencia asociada a procesos de evacuación.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. La prevención de riesgos para la vida humana, la función humana y el bienestar humano.
8. La promoción de la función y desarrollo humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (Normalidad se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y con los talentos del sujeto.)

Adaptado de *Nursing: Concepts of Practice*, 8th ed. (p. 225), by D. E. Orem, 2001, St. Louis, MO: Mosby, con autorización de Elsevier Science.

CUADRO 11-4 Modelo de adaptación de Roy**MODOS ADAPTATIVOS**

1. Necesidades fisiológicas
 - Actividad y reposo
 - Nutrición
 - Evacuación
 - Líquidos y electrolitos
 - Oxigenación
 - Protección
 - Regulación: temperatura
 - Regulación: los sentidos
 - Regulación: sistema endocrino
2. Autoconcepto
 - Físico
 - Personal
3. Función de rol
4. Interdependencia

Tomado de *The Roy Adaptation Model*, 3rd ed., by C. Roy, 2008, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Adaptado con autorización.

CUADRO 11-5 Datos de Amanda Aquilini, organizados según patrones de salud funcionales

PERCEPCIÓN DE LA SALUD/MANEJO DE LA SALUD

- Es consciente y comprende el diagnóstico médico
- Da información exhaustiva sobre las enfermedades e intervenciones quirúrgicas
- Cumple el régimen de levotiroxina
- Relata la progresión de la enfermedad con detalle
- Espera obtener un régimen antibiótico e «irse a casa en uno o dos días»
- Establece el patrón habitual de comidas de «3 comidas al día»

NUTRICIONAL/METABÓLICO

- 158 cm de altura; pesa 56 kg
- Patrón habitual de comidas de «tres comidas al día»
- «No tiene apetito» desde que está «acatarrada»
- Hoy no ha comido; últimos líquidos a media noche
- Nauseosa
- Temperatura oral de 39,4 °C
- Menor turgencia cutánea

EVACUACIÓN

- No suele tener problemas
- Reducción de frecuencia y cantidad urinaria × 2 días
- Última deposición ayer, formada, dice que era «normal»

ACTIVIDAD/EJERCICIO

- Ningún trastorno osteomuscular
- Dificultad para dormir por la tos
- «No puedo respirar tumbada»
- Dice que «se siente débil»
- Disnea con el esfuerzo
- Hace ejercicio todos los días

COGNITIVO/PERCEPTIVO

- Ningún déficit sensorial
- Pupilas de 3 mm, iguales, reacción rápida
- Orientada en tiempo, lugar y personas
- Reactiva, pero fatigada
- Responde adecuadamente a estímulos verbales y físicos
- Memoria reciente y lejana intactas
- Dice que «se fatiga» al hacer ejercicio
- Dice que «le duelen los pulmones», sobre todo al toser
- Experimenta tirtona
- Refiere náuseas

ROLES/RELACIONES

- Vive con su marido y una hija de 3 años
- Marido fuera de la ciudad; volverá mañana por la tarde
- Niña con vecino hasta que su marido vuelva
- Refiere «buenas» relaciones con amigos y compañeros
- Madre trabajadora, abogada

AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

- Expresa «preocupación» e «inquietud» por haber dejado a su hija con los vecinos hasta que su marido vuelva
- Bien arreglada, dice: «Estoy demasiado cansada para maquillarme»

AFRONTAMIENTO/ESTRÉS

- Ansiosa: «No puedo respirar»
- Músculos faciales tensos; temblor
- Expresa su preocupación sobre el trabajo: «Nunca me pondré al día»

VALORES/CREENCIAS

- Católica
- Ninguna práctica especial deseada salvo unión de enfermos
- Clase media, orientación profesional
- No desea ver al capellán ni al sacerdote en este momento

MEDICAMENTOS/ANTECEDENTES

- Levotiroxina, 1 mg al día
- Antecedentes de apendicectomía, tiroidectomía parcial

VALORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA

- 28 años
- Altura 158 cm; peso 56 kg
- Temperatura 39,4 °C
- Pulsos radiales débiles y regulares
- Presión arterial 122/80 sentada
- Piel caliente y pálida, mejillas enrojecidas
- Mucosas pálidas y secas
- Respiración superficial; expansión torácica < 3 cm
- Tos productiva de pequeñas cantidades de esputo rosado pálido
- Crepitanes inspiratorios auscultados en las regiones superior e inferior derechas
- Reducción de ruidos respiratorios en el lado derecho
- Abdomen blando, sin distensión
- Cicatrices quirúrgicas antiguas: zona anterior del cuello, cuadrante inferior derecho del abdomen
- Sudorosa

Teorías del desarrollo

El profesional de enfermería puede utilizar varias teorías del desarrollo físico, psicosocial, cognitivo y moral en situaciones específicas. Ejemplos de ellas son:

- Períodos de edad y tareas del desarrollo de Havighurst
- Cinco estadios del desarrollo de Freud
- Ocho fases del desarrollo de Erikson
- Fases de Piaget del desarrollo cognitivo
- Estadios de Kohlberg del desarrollo moral

Véase información adicional en el capítulo 20 ∞.

Validación de datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de

enfermería se basan en esta información. La **validación** es el acto de «comprobar dos veces» o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias. Las **pistas** son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las **inferencias** son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas (p. ej., un profesional de enfermería observa las pistas de enrojecimiento, calor y tumefacción en una incisión; el profesional de enfermería infiere que la incisión está infectada).

- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

No hay que validar todos los datos. Por ejemplo, los datos como la altura, el peso, la fecha de nacimiento y la mayoría de los estudios de laboratorio que pueden medirse en una escala precisa pueden aceptarse como objetivos. Como regla, el profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería (datos subjetivos) y los de la exploración física (datos objetivos), o cuando las declaraciones del paciente difieren en diferentes momentos en la valoración. En la tabla 11-7 se ofrecen pautas para validar los datos.

Para recoger los datos de forma precisa, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de sus propios sesgos, valores y creencias y separar los hechos de las inferencias, interpretaciones y suposiciones (v. capítulo 10 ). Por ejemplo, un profesional de enfermería que está viendo a un hombre que coloca el brazo contra su pecho podría suponer que está experimentando dolor torácico, cuando de hecho es la mano la que le duele.

Para construir una base de datos precisa, los profesionales de enfermería deben validar las suposiciones hechas respecto a la conducta física o emocional del paciente. En el ejemplo previo, el profesional de enfermería debería preguntar al paciente por qué coloca el brazo

contra su pecho. La respuesta del paciente puede validar la suposición del profesional u originar más preguntas. La figura 11-4 indica que el profesional de enfermería auscultó el corazón y los pulmones de Amanda Aquilini para validar su declaración de que «le dolía el pulmón» y tenía «disnea» al hacer ejercicio. No validar las suposiciones puede conducir a una valoración de enfermería imprecisa o incompleta y podría poner en peligro la seguridad del paciente.

Registro de datos

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería registra la toma del desayuno por parte del paciente (dato objetivo) como «240 ml de café, 120 ml de zumo, 1 huevo y 1 tostada», en lugar de un «buen apetito» (un juicio). Un juicio o conclusión como un «buen apetito» o un «apetito normal» pueden tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original (v. capítulo 15 ).

TABLA 11-7 Validación de los datos de la valoración

DIRECTRICES

Comparar datos objetivos y subjetivos para verificar las afirmaciones del paciente con sus observaciones.

Aclarar cualquier afirmación ambigua o vaga.

Asegurarse de que sus datos son coherentes con las pistas y no son inferencias.

Comprobar dos veces los datos que sean muy anormales.

Determinar la presencia de factores que puedan interferir con la medida precisa.

Usar referencias (libros, revistas, informes de investigaciones) para explicar los fenómenos.

EJEMPLO

Las percepciones del paciente de «sentirse caliente» deben compararse con la medida de la temperatura corporal.

Paciente: «Me siento mal a veces sí y a veces no desde hace 6 semanas».

Profesional: «Describe cómo es su enfermedad. Dígame qué quiere decir con "a veces sí y a veces no"».

Observación: piel seca y reducción de turgencia cutánea.

Inferencia: deshidratación.

Acción: recoger datos adicionales necesarios para hacer una inferencia en la fase de diagnóstico. Por ejemplo, determinar la ingestión de líquidos del paciente, la cantidad y aspecto de la orina y la presión arterial.

Observación: un pulso en reposo de 30 latidos por minuto o una presión arterial de 210/95.

Acción: repetir la medida. Usar otra parte del equipo cuando sea necesario confirmar anomalías, o pedir a alguien más que recoja el mismo dato.

Un lactante que llora tendrá una frecuencia respiratoria anormal y necesitará tranquilizarse antes de poder hacer una valoración precisa.

Un profesional de enfermería considera que las zonas purpúreas pequeñas o negro azuladas tumefactas que hay debajo de la lengua de un paciente anciano son anormales hasta que lee sobre los cambios físicos del envejecimiento. Tales varices son comunes.

Puntos de pensamiento crítico

La Sr. T., de 82 años de edad, está en el hospital para una artroplastia de cadera.

1. ¿Cuáles son los temas clave de información que deben obtenerse respecto a sus antecedentes?
2. ¿Qué sistemas fisiológicos son los más importantes para recoger datos antes de la intervención quirúrgica?

3. ¿Qué le diría exactamente para determinar si estará alguien en casa para ayudarlo después del alta?
4. ¿A qué otras fuentes de datos sería adecuado acceder para este caso?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 11 Revisión

PUNTOS CLAVE

- El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y proporción de una asistencia de enfermería individualizada a sujetos, familias, comunidades y grupos.
- Los objetivos del proceso de enfermería son identificar el estado de salud y las necesidades asistenciales reales o potenciales del paciente, establecer planes para abordar las necesidades específicas e impartir y evaluar intervenciones específicas de enfermería que cubran esas necesidades.
- El proceso de enfermería se organiza en cinco fases interrelacionadas e interdependientes: valoración, diagnóstico, planificación, aplicación y evaluación.
- El proceso de enfermería puede utilizarse en todos los marcos asistenciales. Es cíclico y dinámico, centrado en el paciente, interpersonal y colaborador, aplicable de forma universal, se centra en la solución de problemas y en la toma de decisiones y requiere pensamiento crítico.
- La valoración consiste en obtener, organizar, validar y registrar los datos.
- El diagnóstico es el análisis de los datos, la identificación de problemas de salud reales o potenciales del paciente y la formulación de enunciados de diagnóstico.
- La planificación implica la definición de prioridades, la formulación de los objetivos/resultados deseados y la selección de intervenciones de enfermería.
- La aplicación consiste en ejecutar las intervenciones de enfermería. Incluye la nueva valoración del paciente, la determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería, la supervisión de los cuidados que se deleguen y la documentación de las actividades de enfermería.
- La evaluación es el proceso consistente en comparar datos y resultados para determinar la situación del problema. Incluye la revisión y la modificación del plan de atención.
- La valoración implica la participación activa del paciente y el profesional de enfermería en la obtención de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente.
- Los datos subjetivos son las percepciones personales del paciente, a menudo obtenidas durante la anamnesis de enfermería.
- Los datos objetivos (p. ej., los datos observados y recogidos durante la exploración física) son detectables por un observador.
- El paciente es la principal fuente de datos. Las fuentes secundarias son los miembros de su familia u otras personas de apoyo, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los análisis de laboratorio y de diagnóstico y la bibliografía especializada relevante.
- Los métodos primarios de recogida de datos son la observación, la entrevista y la exploración.
- La observación es una habilidad deliberada y consciente que utiliza todos los sentidos.
- El profesional de enfermería usa una combinación de entrevistas dirigida y no dirigida (incluidas preguntas cerradas y abiertas) para obtener la anamnesis de enfermería.
- Los modelos de enfermería proporcionan formatos para recoger y organizar los datos del paciente.
- La valoración de enfermería debe ser completa y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en ella.
- Algunos datos deben validarse. Los datos subjetivos pueden usarse para validar los datos objetivos y viceversa.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuál de los siguientes comportamientos es más representativo de la fase de *diagnóstico de enfermería* del proceso de enfermería?
 1. Identificar los principales problemas o necesidades.
 2. Organizar los datos sobre los antecedentes familiares del paciente.
 3. Establecer los objetivos a corto y largo plazo.
 4. Administrar un antibiótico.
2. ¿Cuál de las siguientes conductas indicaría que el profesional de enfermería estaba utilizando la fase de valoración del proceso de enfermería para proporcionar asistencia de enfermería?
 1. Propone hipótesis.
 2. Genera resultados deseados.
 3. Revisa los resultados de las pruebas de laboratorio.
 4. Registra la asistencia.
3. ¿Cuál de los siguientes elementos se clasifica mejor como dato subjetivo secundario?
 1. El profesional de enfermería comprueba una pérdida de peso de 5 kg desde la última visita.
 2. La esposa dice que el paciente ha perdido todo el apetito.
 3. El profesional de enfermería palpa un edema en las extremidades inferiores.
 4. El paciente dice que siente un dolor intenso al subir las escaleras.
4. El profesional de enfermería desea determinar los sentimientos del paciente respecto a un diagnóstico reciente. ¿Con qué pregunta de la entrevista es más probable que obtenga esta información?
 1. «¿Qué le dijo el médico sobre su diagnóstico?»
 2. «¿Está usted preocupado por cómo el diagnóstico le afectará en el futuro?»
 3. «Hábleme de sus reacciones frente al diagnóstico.»
 4. «¿Cómo está su familia respondiendo al diagnóstico?»
5. El uso de un marco conceptual o teórico para recoger y organizar los datos de la valoración garantiza alguno de los estos aspectos. ¿Cuál?
 1. Correlación de los datos con otros miembros del equipo de salud.
 2. Demostración de una asistencia rentable.
 3. Utilización de la creatividad y la intuición en la génesis del plan de cuidados.
 4. Recogida de toda la información necesaria para una valoración completa.
6. ¿Cuál de los siguientes es el objetivo de la valoración?
 1. Establecer una base de datos de respuestas de los pacientes ante su estado de salud.
 2. Identificar los puntos fuertes y los problemas del paciente.
 3. Desarrollar un plan de atención individualizado.
 4. Aplicar los cuidados, prevenir la enfermedad y promover el bienestar.
7. En la actividad de validación de la fase de valoración del proceso de enfermería, ¿cuál de las siguientes tareas es realizada por el profesional de enfermería?
 1. Recoge datos subjetivos.
 2. Aplica un marco de trabajo para los datos recopilados.
 3. Confirma que los datos son completos y exactos.
 4. Introduce los datos en el registro del paciente.
8. ¿Cuál de las siguientes es una característica importante del proceso de enfermería?
 1. El interés en las necesidades del paciente.
 2. Su naturaleza estática.
 3. El interés en la fisiología y en la enfermedad.
 4. Su uso exclusivo por y con los profesionales de enfermería.
9. ¿Cuál de los siguientes puntos es verdadero en relación con el uso del método de observación para la recopilación de datos?
 1. En la observación, el profesional de enfermería utiliza únicamente el sentido de la vista.
 2. La observación se realiza solo cuando no se están realizando a la vez otras intervenciones de enfermería.
 3. Los datos deben reunirse según se van produciendo, y no en ningún orden en concreto.
 4. Los datos observados deben interpretarse en relación con otras fuentes de datos recopilados.
10. ¿Cuál de los siguientes puntos representa una planificación eficaz de la realización de una entrevista? Seleccione todas las respuestas correctas.
 1. Mantener la iluminación tenue para no fatigar los ojos del paciente.
 2. Garantizar que nadie puede escuchar la conversación.
 3. Mantenerse cerca de la cabecera del paciente mientras este se encuentra en la cama o la silla.
 4. Mantenerse a unos 60 cm de distancia del paciente durante la entrevista.
 5. Utilizar un formulario estándar para asegurarse de que en la entrevista se tratan todos los datos relevantes.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A .

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, vídeos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

Mignan, M. A., & Maklebust, J. (2009). The nursing process and pressure ulcer prevention: Making the connection. *Advances in Skin and Wound Care*, 22, 83–92. doi:10.1097/01.ASW.0000345279.13156.D0
 En este artículo, los autores proponen una serie de formas de que el profesional de enfermería mantenga la integridad del proceso de enfermería, mientras procede a la prevención de las úlceras por decúbito y a la intervención terapéutica de las mismas. La pregunta que se plantea es: ¿cómo pueden las fases del proceso de enfermería mantenerse interrelacionadas entre sí cuando existen intervalos de tiempo entre cada una de ellas?

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2621–2629. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x

BIBLIOGRAFÍA

American Nurses Association. (1973). *Standards of nursing practice*. Kansas City, MO: Author.
 American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of nursing practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
 D'Amico, D., & Barbarito, C. (2007). *Health & physical assessment in nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
 Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis* (12th ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.

Hall, L. (1955, June). Quality of nursing care. *Public Health News*. Newark, NJ: State Department of Health.
 Johnson, D. E. (1959). A philosophy of nursing. *Nursing Outlook*, 7, 198–200.
 The Joint Commission. (2008). *2009 Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook*. Chicago, IL: Author.
 Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
 Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York, NY: Putnam.
 Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
 Wiedenbach, E. (1963). The helping art of nursing. *American Journal of Nursing*, 63(11), 54–57. doi:10.2307/34453018
 Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
 Williams, C. L. (2008). *Therapeutic interaction in nursing* (2nd ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Alfaro-Lefevre, R. A. (2008). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
 Alfaro-Lefevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
 Armstrong, J., & Mitchell, E. (2008). Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nursing Older People*, 20(1), 35–40.
 Broom, M. (2007). Exploring the assessment process. *Paediatric Nursing*, 19(4), 22–25.
 Chabeli, M. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: A literature review. *Health SA Gesondheid*, 12(4), 69–89.
 Craig, L. H. (2007). A guide to taking a patient's history. *Nursing Standard*, 22(13), 42–48.
 Funkesson, K., Anbäckén, E., & Ek, A. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1109–1119. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.04.016
 Gobbo, J. (2008, May). Strategies for promoting client's adaptation to renal failure based on nursing process. *West African Journal of Nursing*, 18(1), 55–61.
 Huizenga, J. (n.d.). *White paper: Patient safety and language barriers—Strategies for an accurate and timely diagnosis*. Monterey, CA: Language Line Services. Retrieved from <http://www.language-line.com/page/bimedical>
 Mannion, E. (2007). The development of the nursing process and the care plan. *Irish Nurse*, 8(7), 28–30.
 Potter, P., & Frisch, N. (2007). Holistic assessment and care: Presence in the process. *Nursing Clinics of North America*, 42, 213–228. doi:10.1016/j.cnur.2007.03.005
 Qureshi, N., Wilson, B., Santaguida, P., Little, J., Carroll, J., Allanson, J., & Raina, P. (2009). NIH State-of-the-Science Conference: *Family history and improving health* (Evidence Report/Technology Assessment No. 198, AHRQ Publication No. 09-E016). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
 Stewart, C. J., & Cash, Jr., W. B. (2008). *Interviewing principles and practices* (12th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

www.medilibros.com

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Diferenciar diagnósticos de enfermería de acuerdo al estado.
2. Identificar los componentes de un diagnóstico de enfermería.
3. Comparar los diagnósticos de enfermería, los diagnósticos médicos y los problemas conjuntos.
4. Identificar los pasos básicos del proceso diagnóstico.
5. Describir los diversos formatos para escribir diagnósticos de enfermería.
6. Enumerar las pautas para escribir un diagnóstico de enfermería.
7. Describir la evolución del movimiento del diagnóstico de enfermería, incluido el trabajo que está actualmente en progreso.

TÉRMINOS CLAVE

Calificadores, 201

Características definidoras, 202

Diagnóstico, 200

Diagnóstico del bienestar, 201

Diagnóstico de enfermería, 200

Diagnóstico de enfermería de riesgo, 201

Diagnóstico de promoción de la salud, 201

Diagnóstico sintromico, 208

Estándar, 203

Etiología, 200

Etiquetas diagnósticas, 200

Factores de riesgo, 201

Formato PES, 207

Funciones dependientes, 202

Funciones independientes, 202

Norma, 203

Taxonomía, 200

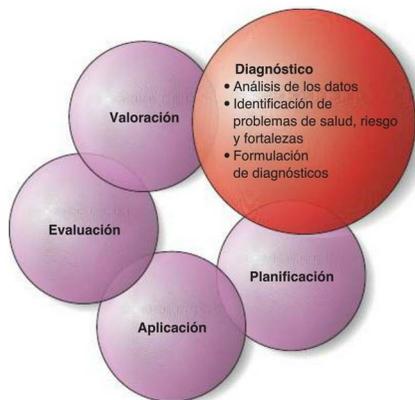


Figura 12-1 ■ Diagnóstico. La segunda fase central del proceso de enfermería.

Diagnósticos de enfermería de la NANDA

Para usar el concepto de diagnósticos de enfermería de forma eficaz con el fin de generar y completar un plan asistencial de enfermería, el profesional de enfermería debe familiarizarse con las definiciones de los términos usados y los componentes de los diagnósticos de enfermería.

Definiciones

El término *diagnosticar* se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término **diagnóstico** es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos se llaman **etiquetas diagnósticas**, y la declaración del problema del paciente, que consiste en la etiqueta diagnóstica más la **etiología** (relación causal entre un problema y sus factores relacionados o de riesgo), se llama **diagnóstico de enfermería**.

En 1990, la NANDA adoptó una definición funcional oficial del diagnóstico de enfermería: «... un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable» (*NANDA International*, 2009, p. 419). Esta definición implica lo siguiente:

- Los profesionales de enfermería (profesionales diplomados) son responsables de hacer diagnósticos de enfermería, aunque otro personal auxiliar pueda contribuir con datos al proceso de diagnóstico y realizar una asistencia de enfermería especificada. En *Nursing: Scope and Standards of Practice, Second Edition* (2010) de la *American Nurses Association* se afirma que los profesionales de enfermería son responsables de analizar los datos para determinar los diagnósticos u otras cuestiones. La norma especifica que los profesionales de enfermería deben usar sistemas de clasificación normalizados al nombrar los diagnósticos. La *Joint Commission* exige pruebas de diagnósticos de enfermería en los registros médicos de los pacientes (2009).
- El dominio de diagnósticos de enfermería comprende solo los estados de salud para los que los profesionales de enfermería están formados y autorizados a tratar. Por ejemplo, los profesionales de enfermería generalistas no están formados para diagnosticar ni tratar enfermedades como la diabetes mellitus; esta tarea está definida legalmente dentro de la práctica de la medicina. No obstante, los profesionales de enfermería pueden diagnosticar y tratar los *Conocimientos deficientes*, el *Afrontamiento ineficaz*, o el *Desequilibrio nutricional*, todos ellos respuestas humanas al diagnóstico médico de la diabetes mellitus.
- Un diagnóstico de enfermería es un juicio hecho solo después de una recogida exhaustiva y sistemática de los datos.
- Los diagnósticos de enfermería describen un proceso continuo de estados de salud: las desviaciones de la salud, los factores de riesgo y áreas relacionadas con la promoción del crecimiento personal.

Estados de los diagnósticos de enfermería

«Estado se refiere a la actualidad o potencialidad del diagnóstico o a su categorización» (*NANDA International*, 2009, p. 44). Las clases de diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado son: actual, promoción de la salud, riesgo y bienestar.

1. Un **diagnóstico actual** es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Ejemplos de diagnóstico actual son *Patrón respiratorio ineficaz* y *Ansiedad*. Un diagnóstico de enfermería actual se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería; la planificación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería (figura 12-1 ■).

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería comenzaron formalmente en 1973, cuando dos miembros del equipo de la *Saint Louis University*, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, percibieron la necesidad de identificar las funciones de los profesionales de enfermería en un marco de asistencia ambulatoria. La *First National Conference* para identificar los diagnósticos de enfermería fue patrocinada por la *Saint Louis University School of Nursing and Allied Health Professions* en 1973. Después se celebraron conferencias nacionales en 1975, 1980 y posteriormente cada 2 años.

El reconocimiento internacional llegó con la *First Canadian Conference* en Toronto en 1977 y la *International Nursing Conference* en mayo de 1987 en Calgary, Alberta, Canadá. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que reconocía la participación y contribución de los profesionales de enfermería de EE. UU. y Canadá. En 2002, la organización cambió de nombre por el de *NANDA International*, para reflejar mejor el interés mundial por el diagnóstico en enfermería.

El objetivo de la *NANDA International* es definir, refinar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica de enfermería de uso general para profesionales de enfermería diplomados. Una **taxonomía** es un sistema de clasificación o grupo de categorías dispuesto sobre un solo principio o grupo de principios. Los miembros de la NANDA son profesionales de enfermería, especialistas clínicos, profesores, directores de enfermería, decanos, teóricos e investigadores. El grupo ha aprobado en la actualidad más de 200 diagnósticos de enfermería para uso clínico y pruebas. La versión actual, Taxonomía II, puede encontrarse en el apéndice C de la página web de recursos del estudiante.

NOTA DE INVESTIGACIÓN

¿Por qué los profesionales de enfermería no utilizan diagnósticos de su disciplina?

Paganin, Moraes, Pokorski y Rabelo (2008) querían determinar los factores institucionales, profesionales y personales que podrían interferir en el uso por parte de los profesionales de enfermería de los diagnósticos de su especialidad en los centros hospitalarios. Se entregó a 21 profesionales de unidades médicas, departamentos de urgencias y unidades de cuidados intensivos un cuestionario para que lo rellenaran con un conjunto de posibles factores. También se recopilaron los datos demográficos correspondientes. Los factores que afectan más frecuentemente al uso de diagnósticos de enfermería eran institucionales: nivel de carga de trabajo, número de pacientes por profesional de enfermería y tareas administrativas. Aunque la mayoría de estos profesionales afirmaron que tenían experiencia en el proceso de enfermería, incluido el diagnóstico, muchos refirieron que la falta de práctica en su aplicación suponía una barrera para su empleo. Los profesionales con graduación más reciente

en escuelas de enfermería refirieron menos factores inhibidores que aquellos que habían completado sus estudios bastante tiempo antes.

IMPLICACIONES

Los autores sugieren que el uso de registros de salud electrónicos podría ayudar a reducir las barreras para el empleo del diagnóstico de enfermería al facilitar y relacionar los datos pertinentes. Si los signos y los síntomas introducidos en sistemas electrónicos se relacionaran para establecer posibles diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, los profesionales podrían tener más visible el proceso de enfermería y su uso les sería más sencillo. Aunque esta intervención aborda únicamente las barreras primarias, cualquier cambio que incorpore los procesos y el diagnóstico de enfermería en las actividades de enfermería rutinarias es un esfuerzo que vale la pena.

- Un **diagnóstico de promoción de la salud** está relacionado con la preparación de los pacientes para aplicar conductas que mejoren su estado de salud. Estos nombres de diagnósticos empiezan con la frase *Disposición para mejorar*; por ejemplo, *Disposición para mejorar la nutrición*.
- Un **diagnóstico de enfermería de riesgo** es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de **factores de riesgo** indica que es probable que aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga. Por ejemplo, todas las personas ingresadas en un hospital tienen alguna posibilidad de adquirir una infección; sin embargo, un paciente con diabetes o una alteración del sistema inmunitario tiene un mayor riesgo que otros. Por tanto, un profesional de enfermería debería usar la etiqueta de *Riesgo de infección* para describir el estado de salud del paciente.
- Un **diagnóstico del bienestar** «describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad» (NANDA Internacional, 2009, p. 420). Al igual que los diagnósticos de promoción de la salud, estos diagnósticos comienzan por la frase *Disposición para mejorar*. Ejemplos de diagnóstico del bienestar serían *Disposición para mejorar el bienestar espiritual* o *Disposición para mejorar el afrontamiento familiar*.

Componentes de los diagnósticos de enfermería de la NANDA

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definidoras. Cada componente sirve a un objetivo específico.

Problema (etiqueta diagnóstica) y definición

La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados. También puede sugerir alguna intervención de enfermería.

Para que sean útiles en la clínica, las etiquetas diagnósticas deben ser específicas; cuando la palabra *especificar* sigue a una etiqueta de la NANDA, el profesional de enfermería determina el área en la que ocurre el problema; por ejemplo, *Conocimientos deficientes (medicamentos)* o *Conocimientos deficientes (ajuste de la dieta)*.

Los **calificadores** son palabras añadidas a algunas etiquetas de la NANDA para dar un significado adicional a la declaración diagnóstica; por ejemplo:

- **Deficiente** (cantidad, calidad o grado inadecuado; no es suficiente; incompleto)
- **Alterado** (mal hecho, debilitado, dañado, reducido, deteriorado)
- **Reducido** (de menor tamaño, cantidad o grado)
- **Ineficaz** (que no produce el efecto deseado)
- **Comprometido** (vulnerable a una amenaza)

Cada etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA conlleva una identificación que aclara su significado. Por ejemplo, la definición de la etiqueta diagnóstica *Intolerancia al ejercicio* se muestra en la tabla 12-1.

TABLA 12-1 Componentes de un diagnóstico de enfermería

DIAGNÓSTICO Y DEFINICIÓN	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
<i>Intolerancia al ejercicio</i> : energía fisiológica o psicológica insuficiente para soportar o completar las actividades diarias necesarias o deseadas	Reposo en cama o inmovilidad Debilidad generalizada Desequilibrio entre aporte/demandas de oxígeno Estilo de vida sedentario	Informe verbal de fatiga o debilidad Respuesta anormal de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial a la actividad Cambios electrocardiográficos que reflejan arritmias o isquemia Molestias o disnea con el ejercicio

Tomado de NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2009–2011, by NANDA International, 2009, Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell. Adaptado con autorización.

TABLA 12-2 Ejemplos de diagnósticos de enfermería con etiologías diferentes

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (PROBLEMA)	PACIENTE	ETIOLOGÍA
Estreñimiento	Al Martínez	Consumo prolongado de laxantes
	Jerry Wong	Inactividad e ingestión insuficiente de líquidos
Ansiedad	Tanya Brown	Amenaza a la integridad fisiológica; posible diagnóstico de cáncer
	Caitlin Shea	Efectos del envejecimiento (reducción de la audición, de visión, de movilidad)

parte del proceso de envejecimiento y responde con aceptación. La Sra. Vidan, sin embargo, está respondiendo con ira y hostilidad porque ve su enfermedad como una amenaza para su identidad personal, su rol y su autoestima.

El diagnóstico médico de un paciente es el mismo mientras el proceso morboso está presente, pero los diagnósticos de enfermería cambian a medida que lo hacen las respuestas del paciente. La respuesta de la Sra. Vidan a su enfermedad puede cambiar con el tiempo y hacerse parecida a la de la Sra. Cain.

Los profesionales de enfermería tienen responsabilidades relacionadas con los diagnósticos médicos y de enfermería. Los diagnósticos de enfermería se relacionan principalmente con **funciones independientes**, es decir, las áreas de la asistencia de salud que son únicas de la enfermería y están separadas y aparte del tratamiento médico. Sin embargo, el profesional de enfermería sigue siendo responsable de identificar y dar respuesta a los datos que indiquen problemas médicos reales o potenciales.

Es posible que el profesional de enfermería prescriba toda la asistencia para un diagnóstico de enfermería, pero el profesional de enfermería puede prescribir la mayoría de las intervenciones necesarias para la prevención o la resolución. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes con un diagnóstico de enfermería de *Dolor* tiene órdenes médicas de analgésicos, pero muchas intervenciones de enfermería independientes también pueden aliviar el dolor (p. ej., sugerencia guiada de imágenes o educación del paciente para no moverse mucho en caso de tener una incisión). Con respecto a los diagnósticos médicos, los profesionales de enfermería están obligados a realizar los tratamientos recetados por el médico, es decir, **funciones dependientes**. Véase en el capítulo 13 un ejemplo de una exposición de las intervenciones de enfermería dependientes e independientes.

Diferenciación entre los diagnósticos de enfermería y los problemas conjuntos

Un problema conjunto es un tipo de problema potencial que los profesionales de enfermería manejan usando intervenciones independientes y prescritas por el médico. Las intervenciones de enfermería independientes para un problema conjunto se centran sobre todo en la vigilancia del estado del paciente y la prevención del desarrollo de la posible complicación. El tratamiento definitivo del trastorno exige intervenciones médicas y de enfermería.

Los problemas conjuntos están presentes cuando hay una enfermedad o tratamiento particular; es decir, cada enfermedad o tratamiento tiene complicaciones específicas que se asocian siempre a él. Por ejemplo, una declaración de un problema conjunto es «posible complicación de una neumonía: atelectasia, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, pericarditis y meningitis».

Los diagnósticos de enfermería, por el contrario, implican respuestas humanas, que varían mucho de una persona a otra. Por tanto, no podemos esperar que el mismo grupo de diagnósticos de enfermería ocurra con todas las personas que tienen una enfermedad o trastorno particular; además, puede ocurrir que haya un solo diagnóstico de enfermería en respuesta a varias enfermedades. Por ejemplo, todas las pacientes que acaban de dar a luz tienen problemas conjuntos parecidos, como «posible complicación del parto: hemorragia posparto», pero no todas las nuevas madres tienen los mismos diagnósticos de enfermería. Algunas pueden experimentar *Deterioro parental* (retardo del vínculo afectivo), pero la mayoría no; algunas pueden tener unos *Conocimientos deficientes*, mientras que otras no. De este modo, los profesionales de enfermería usan los diagnósticos de enfermería en lugar de los problemas conjuntos siempre que sea posible, ya que los diagnósticos de enfermería están más individualizados para un pacien-

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente. Como se muestra en la tabla 12-1, las etiologías probables de la *Intolerancia al ejercicio* son el estilo de vida sedentario, la debilidad generalizada y otras. Diferenciar entre las posibles etiologías en el diagnóstico de enfermería es esencial porque cada una puede exigir diferentes intervenciones de enfermería. La tabla 12-2 ofrece ejemplos de problemas que tienen diferentes etiologías y por tanto exigen diferentes intervenciones.

Características definidoras

Las **características definidoras** son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería actuales, las características definidoras son los signos y síntomas del paciente. En los diagnósticos de enfermería del riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello, los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería del riesgo.

Las listas de la NANDA de características definidoras todavía se están desarrollando y refinando. En algunos casos, las características se enumeran por separado en función de si son de naturaleza objetiva o subjetiva.

Diferenciación entre diagnósticos de enfermería y diagnósticos médicos

Un diagnóstico de enfermería es un juicio de enfermería y se refiere a un trastorno que los profesionales de enfermería, en virtud de su educación, experiencia y pericia, están autorizados a tratar. Un diagnóstico médico está realizado por un médico y se refiere a un trastorno que solo un médico puede tratar. Los diagnósticos médicos se refieren a los procesos morbosos: respuestas fisiopatológicas específicas que son bastante uniformes entre diversos pacientes. Por el contrario, los diagnósticos de enfermería describen la respuesta humana, las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad o problema de salud. Véase cómo estas respuestas varían entre los individuos:

Mary Cain, de 70 años, y Kristi Vidan, de 20, tienen artritis reumatoide. Sus enfermedades son muy parecidas. Los estudios radiográficos muestran que, en ambas pacientes, la extensión de la inflamación y el número de articulaciones afectadas son parecidos, y las dos experimentan un dolor casi constante. La Sra. Cain ve su enfermedad como

TABLA 12-3 Comparación entre los diagnósticos de enfermería, los diagnósticos médicos y los problemas conjuntos

	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	PROBLEMAS CONJUNTOS
Ejemplo	<i>Intolerancia al ejercicio relacionada con reducción del gasto cardíaco</i>	Infarto de miocardio	Posible complicación de infarto de miocardio; insuficiencia cardíaca congestiva
Descripción	Describir las respuestas humanas al proceso morboso o el problema de salud; consiste en declaraciones en una, dos o tres partes, que habitualmente incluyen el problema y la causa	Describe la enfermedad y el trastorno; no considera otras respuestas humanas; suele consistir en no más de tres palabras	Implica respuestas humanas, sobre todo complicaciones fisiológicas de la enfermedad, pruebas o tratamientos; consiste en una declaración en dos partes de la situación/ fisiopatología y de la posible complicación
Orientación y responsabilidad del diagnóstico	Orientada al sujeto; los profesionales de enfermería son responsables del diagnóstico	Orientado al trastorno; médico responsable del diagnóstico; el diagnóstico no está dentro del ámbito de la práctica de enfermería	Orientado a la fisiopatología; los profesionales de enfermería son responsables del diagnóstico
Objetivo de enfermería	Tratar y prevenir	Ejecutar órdenes médicas para el tratamiento y vigilar el estado del trastorno	Prevenir y vigilar el inicio o estado del trastorno
Acciones de enfermería	Independientes	Dependientes (básicamente)	Algunas acciones independientes, pero sobre todo vigilar y prevenir
Duración	Puede cambiar con frecuencia	Sigue siendo la misma mientras la enfermedad esté presente	Se presenta cuando están presentes la enfermedad o situación
Sistema de clasificación	El sistema de clasificación está desarrollado y se está usando, pero no se acepta de forma universal	Sistema de clasificación bien desarrollado aceptado por la profesión médica	Sistema de clasificación no aceptado de forma universal

te específico y subrayan respuestas humanas frente a las cuales el profesional de enfermería puede tomar una acción de forma independiente. La tabla 12-3 compara los diagnósticos de enfermería, los problemas médicos y los problemas conjuntos.

Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. En el pensamiento crítico, la persona revisa los datos y analiza las explicaciones antes de formarse una opinión. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en partes (razonamiento deductivo). La síntesis es lo opuesto, es decir, juntar las partes en un todo (razonamiento inductivo). Véase el capítulo 10 ∞ para revisar los conceptos del razonamiento deductivo e inductivo.

El proceso diagnóstico lo usan continuamente la mayoría de los profesionales de enfermería. Un profesional de enfermería con experiencia puede entrar en la habitación de un paciente e inmediatamente observar datos significativos y extraer conclusiones sobre el paciente. Como resultado de la adquisición de conocimientos, habilidades y experiencia en el marco de la práctica, el profesional de enfermería experto puede sentir que estos procesos mentales los hace de forma automática. Pero los profesionales de enfermería novatos necesitan pautas para comprender y formular los diagnósticos de enfermería. El proceso diagnóstico tiene tres pasos:

- Análisis de los datos
- Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas
- Formulación de las declaraciones diagnósticas

Análisis de los datos

En el proceso diagnóstico, el análisis implica los siguientes pasos:

1. Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas).
2. Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras).
3. Identificar lagunas e incoherencias.

Para los profesionales de enfermería con experiencia, estas actividades ocurren de forma continua en lugar de secuencial.

Comparación de los datos con los estándares

Los profesionales de enfermería recurren al conocimiento y la experiencia para comparar los datos del paciente con los estándares y normas e identificar pistas significativas y relevantes. Un **estándar o norma** es una medida, regla, modelo o patrón aceptado de forma general. El profesional de enfermería usa una amplia variedad de estándares, como los patrones de crecimiento y desarrollo, las constantes vitales normales y los valores de laboratorio normales. Una pista se considera significativa si tiene alguna de las siguientes características:

- Apunta a un cambio positivo o negativo en el estado de salud o patrón de un paciente. Por ejemplo, el paciente dice: «Recientemente he notado dificultad para respirar mientras subo las escaleras» o «No he fumado durante 3 meses».
- Se diferencia de las normas de la población del paciente. El paciente puede considerar que un patrón (p. ej., tomar muchas comidas ligeras y tener poco apetito) es normal. Pero este patrón puede no ser saludable y exigir más estudio.

TABLA 12-4 Comparación entre las pistas y los estándares y las normas

TIPO DE PISTA	PISTAS DEL PACIENTE	ESTÁNDAR/NORMA
Desviación de las normas de la población	La altura es de 158 cm. Mujer con constitución pequeña. Peso de 109 kg.	Las tablas de peso y altura indican que el peso «ideal» para una mujer de 158 cm con una constitución pequeña es de 49-53 kg.
Retraso del desarrollo	El niño tiene 17 meses. Los padres dicen que el niño no ha intentado hablar. El niño se ríe muy alto y hace sonidos como arrullos.	Los niños suelen decir sus primeras palabras a los 10-12 meses de edad.
Cambios en el estado de salud habitual del paciente	Dice: «No tengo hambre estos días». Come solo el 15% del alimento de la bandeja del desayuno. Ha perdido 13 kg en los últimos 3 meses.	El paciente suele tomarse tres comidas equilibradas al día. Los adultos suelen mantener un peso estable.
Conducta disfuncional	La madre de Amy dice que Amy no ha salido de su cuarto durante 2 días. Amy tiene 16 años. Amy ha dejado de ir al colegio y evita todo contacto social.	A los adolescentes les suele gustar ver a sus compañeros; el grupo social es muy importante. La conducta funcional comprende el acudir a clase.
Cambios en la conducta habitual del paciente	La Sra. Stuart dice que últimamente su marido se enfada con facilidad. «Ayer incluso chilló al perro.» «Parece muy tenso.»	El Sr. Stuart suele estar relajado y tener un trato fácil. Es amable y le gustan los animales.

- Indica un retraso del desarrollo. Para identificar pistas significativas, el profesional de enfermería debe ser consciente de los patrones normales y cambios que se producen cuando la persona crece y se desarrolla. Por ejemplo, a los 9 meses de edad un lactante suele ser capaz de sentarse solo sin apoyo. El lactante que no ha cumplido estas tareas necesita una valoración adicional por posibles retrasos en el desarrollo.

La tabla 12-4 enumera ejemplos específicos de las pistas del paciente y normas con las que pueden compararse.

Agrupación de pistas

La agrupación de los datos o las pistas es un proceso que determina la relación entre los hechos y determina si hay presencia algún patrón, ya representen los datos incidentes aislados o no sean significativos. Este es el comienzo de la síntesis.

El profesional de enfermería puede agrupar los datos de manera individual (como en la tabla 12-5) combinando datos de diferentes áreas de valoración para formar un patrón. O el profesional de enfermería puede comenzar con una estructura, como los patrones de salud funcional de Gordon, y organizar los datos subjetivos y objetivos en las categorías apropiadas (v. cuadro 11-3 y tabla 11-4). Este último es un método deductivo de agrupación de los datos (v. capítulo 10 ∞).

Los profesionales de enfermería con experiencia pueden agrupar los datos a medida que los recogen e interpretarlos, como se muestra en observaciones o pensamientos como «tengo la sensación de que...» o «esta pista no se ajusta al cuadro». El profesional de enfermería sin experiencia no tiene la base de conocimientos ni la experiencia clínica que le ayuden a reconocer las pistas. De este modo, el principiante debe tomar unas notas cuidadosas de la valoración, investigar los datos en busca de pistas anormales y usar los libros de texto para comparar las pistas del paciente con las características definitorias y factores causales de los diagnósticos de enfermería aceptados.

La agrupación de los datos implica la realización de inferencias sobre los datos. El profesional de enfermería interpreta el posible significado de las pistas, y etiqueta los grupos de pistas con posibles hipótesis diagnósticas. La agrupación de los datos de Amanda Aquilini se muestra en la tabla 12-5, en donde los datos se agrupan en función de etiquetas diagnósticas estandarizadas.

Identificación de lagunas e incoherencias en los datos

Una valoración hábil minimiza las lagunas e incoherencias en los datos. Sin embargo, el análisis de los datos debe incluir una comprobación final para asegurarse de que los datos son correctos y completos.

Las incoherencias son datos conflictivos. Las posibles fuentes de datos conflictivos comprenden el error de medida, las expectativas e informes incoherentes o no fiables. Por ejemplo, un profesional de enfermería puede aprender de la anamnesis de enfermería que el paciente comunica que no había visto a un médico desde hacía 15 años, aunque durante la exploración física dice: «Mi médico me mide la presión arterial todos los años». Todas las incongruencias deben aclararse antes de que pueda establecerse un patrón válido. Véase «Validación de datos» en el capítulo 11 ∞.

Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas

Después de analizar los datos, el profesional de enfermería y el paciente pueden identificar de forma conjunta fortalezas y problemas. Este es sobre todo un proceso de toma de decisiones (v. capítulo 10 ∞).

Determinación de problemas y riesgos

Tras la agrupación de los datos, el profesional de enfermería y el paciente identifican juntos problemas que apoyan los diagnósticos actuales, del riesgo o los problemas conjuntos (figura 12-2 ■ y tabla 12-3).

TABLA 12-5 Formulación de diagnósticos de enfermería para Amanda Aquilini

PATRÓN DE SALUD FUNCIONAL	GRUPOS DE PISTAS DEL PACIENTE	INFERENCIAS (IDENTIFICACIÓN PROVISIONAL DE LOS PROBLEMAS)	FORMULACIÓN DE DECLARACIONES DIAGNÓSTICAS
Percepción/manejo de la salud	Sin pistas significativas	Sin problemas	Sin problemas. <i>Fortaleza:</i> muestra estilo de vida sano, comprende y cumple los regímenes terapéuticos
Nutricional/metabólico (incluye hidratación)	«Sin apetito» desde que tiene el «catarro». No ha comido hoy; últimos líquidos hoy a media noche. Nauseosa × 2 días Últimos líquidos esta media noche Temperatura oral 39,4 °C Piel caliente y pálida Mejillas enrojecidas Mucosas secas Piel poco turgente <i>Pistas sobre patrón de evacuación:</i> reducción de frecuencia y cantidad de orina × 2 días	<i>Desequilibrio nutricional: por defecto</i> <i>Déficit de volumen de líquidos</i>	<i>Desequilibrio nutricional: por defecto</i> relacionado con reducción del apetito y náuseas y aumento del metabolismo (secundario a proceso morboso) <i>Fortaleza:</i> peso normal para la altura <i>Déficit de volumen de líquidos</i> relacionado con ingestión insuficiente para sustituir la pérdida de líquidos secundaria a la fiebre, la diáforesis y la anorexia
Evacuación	Reducción de frecuencia y cantidad de orina × 2 días	Las pistas consisten en datos sobre la evacuación, pero en realidad son síntomas de un problema de volumen de líquido en el patrón de salud funcional nutricional/metabólico	Ningún problema de evacuación
Actividad/ejercicio	Dificultad para dormir debido a la tos «No puedo respirar tumbada» Dice: «Me siento débil» Disnea con el ejercicio <i>Pistas sobre patrón cognitivo/perceptivo:</i> Reactiva pero fatigada «No puedo pensar bien, estoy cansada» <i>Pistas sobre el patrón cardiovascular:</i> Pulsos radiales débiles y regulares Frecuencia del pulso 92	<i>Alteración del patrón de sueño</i> <i>Intolerancia al ejercicio</i>	<i>Alteración del patrón de sueño</i> relacionada con tos, dolor, ortopnea, fiebre y diáforesis <i>Intolerancia al ejercicio</i> relacionada con debilidad general, desequilibrio entre aporte/demanda de oxígeno reactiva <i>Fortaleza:</i> ningún trastorno osteomuscular, el nivel de energía normal es satisfactorio, hace ejercicio con regularidad
Cognitivo/perceptivo	Refiere dolor en el tórax, en especial cuando tose Reactiva pero fatigada «No puedo pensar bien, estoy cansada»	<i>Dolor agudo</i> <i>Son datos cognitivos/perceptivos,</i> pero reflejan síntomas de problemas en el patrón de actividad/ejercicio	<i>Dolor agudo (tórax)</i> relacionado con tos secundaria a neumonía <i>Fortaleza:</i> ninguna deficiencia cognitiva ni sensorial
Roles/relaciones	Marido fuera de la ciudad; volverá mañana por la tarde Hija con vecino hasta que el marido vuelva	<i>Interrupción de los procesos familiares</i> relacionada con enfermedad de la madre y falta de disponibilidad temporal del padre para cuidar a la niña	<i>Riesgo de interrupción de los procesos familiares</i> relacionado con enfermedad de la madre y falta de disponibilidad temporal del padre para cuidar a la niña <i>Fortaleza:</i> vecinos disponibles y con deseo de ayudar

(Continúa)

TABLA 12-5 Formulación de diagnósticos de enfermería para Amanda Aquilini (cont.)

PATRÓN DE SALUD FUNCIONAL	GRUPOS DE PISTAS DEL PACIENTE	INFERENCIAS (IDENTIFICACIÓN PROVISIONAL DE LOS PROBLEMAS)	FORMULACIÓN DE DECLARACIONES DIAGNÓSTICAS
Autopercepción/autoconcepto	Expresa «preocupación» e «inquietud» por haber dejado a su hija con los vecinos hasta que su marido vuelva	La pista es un síntoma de un problema en el patrón de afrontamiento/estrés	Ningún problema de percepción/concepto de sí misma
Afrontamiento/estrés	Ansiosa: «No puedo respirar» Músculos faciales tensos; temblor Expresa preocupación por el trabajo: «Nunca me pondré al día» <i>Pistas sobre el patrón rol/relación:</i> Marido fuera de la ciudad; volverá mañana por la tarde Hija con vecino hasta que el marido vuelva <i>Pistas sobre los patrones de autopercepción/autoconcepto</i> Expresa «preocupación» e «inquietud» por haber dejado a su hija con los vecinos	<i>Ansiedad</i> relacionada con dificultad para respirar; incapacidad para trabajar y para cuidar a su hija	<i>Ansiedad</i> relacionada con dificultad para respirar y preocupación respecto
Medicamentos/ anamnesis	Ninguna pista significativa	Ningún problema	Ningún problema
Valoración física			
■ Cardiovascular	Pulsos radiales débiles y regulares Frecuencia del pulso 92	Las pistas son síntomas solo; síntomas de problemas de ejercicio/reposo y oxigenación	Sin problema cardiovascular
■ Oxigenación	Piel caliente, pálida y húmeda Respiraciones superficiales; expansión torácica 3 cm Tos productiva de pequeñas cantidades de volumen de líquido de esputo rosado pálido espeso Crepitantes inspiratorios auscultados por las zonas superior e inferior derechas de los pulmones Reducción de ruidos respiratorios en el lado derecho Mucosas pálidas y secas	<i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionada con proceso morboso	<i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionada con secreciones viscosas y expansión superficial del tórax, déficit de volumen de líquidos y fatiga
■ Piel	Cicatrices quirúrgicas antiguas	Ningún problema ahora	Problemas antiguos; resueltos

Las pistas significativas y grupos de datos de Amanda Aquilini que se extrajeron de la figura 11-4 y cuadro 11-5 se muestran en la tabla 12-5. En este ejemplo, el profesional de enfermería y el paciente identificaron ocho problemas provisionales: *Desequilibrio nutricional: por defecto*, *Déficit de volumen de líquidos*, *Ateración del patrón de sueño*, *Intolerancia al ejercicio*, *Dolor agudo (torácico)*, *Interrupción de los procesos familiares*, *Ansiedad* y *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias*.

Nótese que algunos datos pueden indicar un posible problema, pero cuando se agrupan con otros datos el posible problema desaparece. Por ejemplo, los siguientes datos de Amanda Aquilini, «reducción de la frecuencia y cantidad urinaria \times 2 días», indican un posible problema de evacuación urinaria. Pero cuando estos datos se consideran junto a los datos asociados a *Déficit de volumen de líquidos*, el profesional de enfermería elimina la evacuación urinaria como un problema.

Determinación de fortalezas

En esta fase, el profesional de enfermería y el paciente también establecen las fortalezas, recursos y capacidades para el afrontamiento del paciente. La mayoría de las personas tiene una percepción más clara de sus problemas o debilidades que de sus fuerzas y ventajas, lo que a menudo toman como garantía. Al hacer un inventario de las fortalezas, el paciente puede desarrollar un concepto e imagen de sí mismo más definidos. Las fortalezas pueden ser una ayuda para movilizar los procesos sobre la salud y regenerativos.

Podría decidirse que la fortaleza de un paciente está dentro de los límites de normalidad para la edad y la altura, lo que capacita al paciente para afrontar mejor la intervención quirúrgica. En otro caso, las fortalezas del paciente podrían ser la falta de alergias y no ser un fumador.

Las fortalezas de un paciente pueden encontrarse en el registro de valoración de enfermería (salud, vida casera, educación, recreación, ejer-

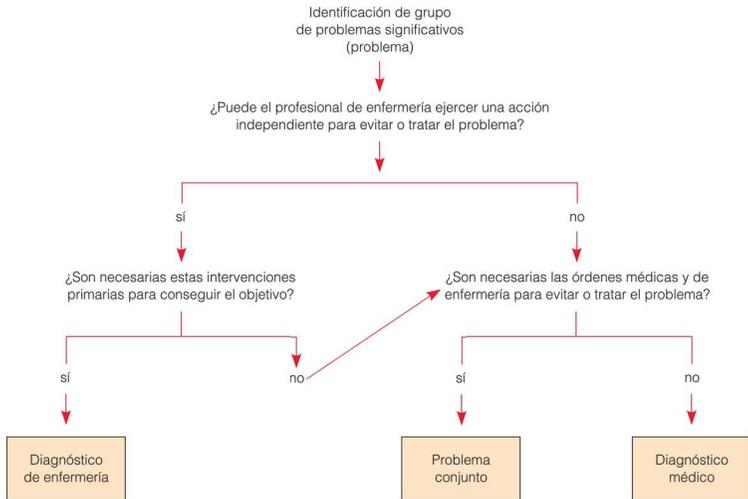


Figura 12-2 ■ Árbol de decisión para diferenciar entre los diagnósticos de enfermería, los problemas conjuntos y los diagnósticos médicos.

cicio, trabajo, familia y amigos, creencias religiosas y sentido del humor, por ejemplo), la exploración de salud y los registros del paciente. Véanse en la tabla 12-5 las fortalezas identificadas para Amanda Aquilini.

Formulación de las declaraciones diagnósticas

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se escriben en declaraciones de dos o tres partes, pero hay variaciones:

Declaraciones básicas en dos partes

La declaración básica en dos partes comprende lo siguiente:

1. **Problema (P):** declaración de la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA)
2. **Etiología (E):** factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas

Las dos partes están unidas por las palabras *relacionado con* en lugar de *debido a*. La frase *debido a* implica que una parte causa o es responsable de la otra. Por el contrario, la frase *relacionado con* implica simplemente una relación. Se muestran algunos ejemplos de diagnósticos de enfermería en dos partes en el cuadro 12-1.

En las etiquetas de la NANDA que contienen la palabra *especificar*, el profesional de enfermería debe añadir las palabras que indiquen el problema de forma más concreta. El formato sigue siendo en dos partes. Por ejemplo, *Incumplimiento (especificar)* sería *Incumplimiento (dieta para la diabetes)* relacionado con la negación de padecer la enfermedad. Para su fácil alfabetización, muchas listas de la NANDA se disponen con palabras calificadoras después de la palabra principal (p. ej., *Infección, riesgo de*). Evite escribir declaraciones diagnósticas de esa manera; en su lugar, escribálas como se dirían en una conversación normal (p. ej., *Riesgo de infección*).

Declaraciones básicas en tres partes

La declaración básica del diagnóstico de enfermería en tres partes se denomina **formato PES** y comprende lo siguiente:

1. **Problema (P):** refiere la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA)
2. **Etiología (E):** factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas
3. **Signos y síntomas (S):** características definidoras manifestadas por el paciente

Los diagnósticos de enfermería actuales pueden registrarse usando la declaración en tres partes (cuadro 12-2) porque se han identificado los signos y los síntomas. Este formato no puede usarse para diagnósticos de riesgo porque el paciente no tiene signos ni síntomas del diagnóstico.

El formato PES se recomienda especialmente para profesionales que diagnostican por primera vez, ya que los signos y síntomas validan por qué se eligió ese diagnóstico y describen el problema de una forma más descriptiva. El formato PES puede crear declaraciones del problema muy largas, lo que a veces oscurece el problema y su etiología.

CUADRO 12-1 Declaración diagnóstica básica en dos partes

PROBLEMA	RELACIONADO CON	ETIOLOGÍA
<i>Estreñimiento</i>	relacionado con	consumo prolongado de laxantes
<i>Ansiedad intensa</i>	relacionada con	amenaza a integridad fisiológica; posible diagnóstico de cáncer

CUADRO 12-2 Declaración diagnóstica básica en tres partes

PROBLEMA	RELACIONADO CON	ETIOLOGÍA	MANIFESTADO POR	SIGNOS Y SÍNTOMAS
<i>Baja autoestima situacional</i>	relacionada con (r/c)	sentimientos de rechazo por parte del marido	manifestado por (m.p.)	hipersensibilidad a crítica; dice: «No sé si puedo controlar mi propia vida» y rechaza refuerzo positivo

Para minimizar las declaraciones largas del problema, el profesional de enfermería puede registrar los signos y síntomas en las notas de enfermería en lugar de en el plan asistencial. Otra posibilidad, recomendada para estudiantes, es enumerar los signos y síntomas en el plan asistencial por debajo del diagnóstico de enfermería, agrupando los datos subjetivos (S) y objetivos (O). Los signos y síntomas son fácilmente accesibles, y el problema y la etiología destacan claramente. Por ejemplo:

Incumplimiento (dieta diabética) relacionado con ira no resuelta sobre un diagnóstico, que se manifiesta por:

- S «Olvidé tomarme las pastillas.»
 «No puedo vivir sin tomar azúcar.»
 O Peso de 98 kg [aumento de 4,5 kg]
 Presión arterial 190/100

Declaraciones en una parte

Algunas declaraciones diagnósticas, como los diagnósticos de enfermería del bienestar y los sindrómicos, constan solo de la etiqueta de la NANDA. A medida que las etiquetas diagnósticas se refinan, tienden a ser más específicas, de manera que pueden derivarse intervenciones de enfermería de la propia etiqueta. Por tanto, puede no ser necesaria ninguna etiología.

La NANDA ha especificado que cualquier diagnóstico de bienestar se desarrollará como declaraciones en una parte comenzando con las palabras *Disposición para mejorar* seguido del nivel deseado de bienestar (p. ej., *Disposición para mejorar el rol parental*). En la actualidad, la lista de la NANDA comprende varios diagnósticos del bienestar. Algunos de ellos son *bienestar espiritual*, *proceso de embarazo y confort*.

El **diagnóstico sindrómico** es aquel que se asocia a un cúmulo de otros diagnósticos (Alfaro-Lefevre, 2010). En la actualidad, en la lista de *NANDA International* hay siete diagnósticos sindrómicos. Por ejemplo, puede sufrirse un *Riesgo de síndrome de desuso*, en pacientes encamados durante un tiempo prolongado. Entre los grupos de diagnósticos asociados con este síndrome se incluyen *Deterioro de la movilidad física*, *Riesgo de deterioro de la integridad tisular*, *Riesgo de intolerancia al ejercicio*, *Riesgo de estreñimiento*, *Riesgo de infección*, *Riesgo de lesión*, *Riesgo de impotencia*, *Deterioro del intercambio gaseoso*, y otros.

Variaciones de los formatos básicos

Las variaciones de las declaraciones básicas en una, dos o tres partes son las siguientes:

1. Escribir *etiología desconocida* cuando las características definitorias están presentes pero el profesional de enfermería no conoce la causa ni los factores contribuyentes. Un ejemplo es *Incumplimiento (régimen farmacológico)* relacionado con causa desconocida.
2. Usar la frase *factores complejos* cuando hay demasiados factores etiológicos o cuando son demasiado complejos de establecer en una frase corta. Las causas actuales de la autoestima baja crónica, por ejemplo, pueden ser largos y complejos, como el siguiente

diagnóstico de enfermería: *Autoestima baja crónica* relacionada con factores complejos.

3. Usar la palabra *posible* para describir el problema o su causa. Cuando el profesional de enfermería cree que son necesarios más datos sobre el problema del paciente o su causa, se introduce la palabra *posible*. Ejemplos son *Autoestima baja* relacionada posiblemente con pérdida de empleo y rechazo de la familia; *Alteración de los procesos de pensamiento* relacionada posiblemente con entorno no familiar.
4. Uso de *secundario* para dividir la causa en dos partes, lo que hace la declaración más descriptiva y útil. La parte que sigue a *secundario* es a menudo un proceso fisiopatológico o morboso, o un diagnóstico médico, como en *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* relacionado con reducción de la circulación periférica secundaria a diabetes.
5. Añadir una segunda parte a la respuesta general o etiqueta de la NANDA para hacerla más precisa. Por ejemplo, el diagnóstico *Deterioro de la integridad cutánea* no indica la localización del problema. Para hacer esta etiqueta más específica, el profesional de enfermería añade un descriptor como: *Deterioro de la integridad cutánea (cara lateral izquierda del tobillo)* relacionado con reducción de la circulación periférica.

Problemas conjuntos

Carpenito-Moyet (2009) ha sugerido que todos los problemas conjuntos (multidisciplinares) comiencen con la etiqueta diagnóstica *Posible complicación* (PC). Los profesionales de enfermería deben incluir en la declaración diagnóstica la posible complicación que están vigilando y la enfermedad o tratamiento presente que puede producirla. Por ejemplo, si el paciente ha sufrido una lesión craneal y podría presentar una hipertensión craneal, el profesional de enfermería debe escribir lo siguiente:

Posible complicación de la lesión craneal:
 aumento de la presión intracraneal

Cuando se vigilan varias complicaciones asociadas a la enfermedad o el trastorno, el profesional de enfermería establece la enfermedad y la sigue de una lista de complicaciones:

Posible complicación de la hipertensión inducida por el embarazo:
 convulsiones, sufrimiento fetal, edema pulmonar, insuficiencia hepática/renal, parto prematuro, hemorragia en SNC

En algunas situaciones, una causa podría ser útil para sugerir intervenciones. Los profesionales de enfermería deberían escribir la causa cuando: a) aclara la identificación del problema; b) puede expresarse de forma concisa, y c) ayuda a aconsejar acciones de enfermería. Véanse los ejemplos en el cuadro 12-3.

Evaluación de la calidad de la declaración diagnóstica

Además de usar el formato correcto, los profesionales de enfermería deben considerar el contenido de sus declaraciones diagnósticas. Las

CUADRO 12-3 Problemas conjuntos

ENFERMEDAD/SITUACIÓN	COMPLICACIÓN	RELACIONADO CON	ETIOLOGÍA
Posible complicación del parto:	hemorragia	relacionada con	atonía uterina fragmentos de placenta retenidos distensión vesical
Posible complicación del tratamiento diurético:	arritmia	relacionada con	potasio sérico reducido

declaraciones deberían, por ejemplo, ser precisas, concisas, descriptivas y específicas. El profesional debe validar siempre las declaraciones diagnósticas con el paciente y comparar los signos y síntomas del paciente con las características definidoras de la NANDA. En los problemas de riesgo, el profesional de enfermería compara los factores de riesgo del paciente con los de la NANDA. Tras escribir los diagnósticos de enfermería, el profesional de enfermería los contrasta con los criterios de la tabla 12-6.

Evitación de errores en el razonamiento diagnóstico

Cierto grado de error es inherente a cualquier empresa humana y el diagnóstico no es una excepción. Pero es importante que los profesionales de enfermería hagan diagnósticos de enfermería muy precisos. Los profesionales de enfermería pueden evitar algunos errores comunes del razonamiento reconociéndolos y aplicando las habilidades apropiadas del pensamiento crítico. El error puede darse en cualquier punto del proceso diagnóstico: la recogida de datos, la interpretación de los datos y la agrupación de los datos.

Las siguientes recomendaciones ayudan a minimizar el error diagnóstico:

- **Verificar.** Plantear posibles explicaciones de los datos, pero tener en cuenta que todos los diagnósticos son solo provisionales hasta que se verifiquen. Comenzar y terminar el proceso diagnóstico hablando con el paciente y la familia. Cuando se recojan datos, preguntarles cuáles son sus problemas de salud y cuáles creen que son sus causas. Al final del proceso, pedirles que confirmen la precisión y relevancia de sus diagnósticos.

- **Construir una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica.** Los profesionales de enfermería deben aplicar el conocimiento obtenido de muchas áreas diferentes para reconocer las pistas y patrones significativos y generar hipótesis sobre los datos. Por nombrar solo algunos, los principios de la química, la anatomía y la farmacología ayudan al profesional de enfermería a comprender los datos del paciente de diferentes formas.
- **Disponer de un conocimiento de trabajo de lo que es normal.** Los profesionales de enfermería necesitan saber las normas de la población en cuanto a las constantes vitales, las pruebas de laboratorio, el desarrollo del habla, los ruidos respiratorios y otros. Además, los profesionales de enfermería deben determinar lo que es habitual para cada persona, teniendo en cuenta su edad, estructura física, estilo de vida, cultura y la propia percepción de la persona de lo que es su estado normal. Por ejemplo, la presión arterial normal en los adultos se sitúa entre 110/60 y 140/80. Pero un profesional de enfermería puede obtener una lectura de 90/50, que es perfectamente normal para un paciente en particular. El profesional de enfermería debería comparar las observaciones actuales con los datos basales del paciente siempre que fuera posible.
- **Consultar los recursos.** Los profesionales de enfermería novatos y experimentados consultan los recursos adecuados siempre que tienen dudas sobre el diagnóstico. La bibliografía profesional, los colegas y otros profesionales son recursos adecuados. El profesional de enfermería debe usar un libro de diagnósticos de enfermería para determinar si los signos y síntomas del paciente se ajustan realmente a la etiqueta de la NANDA escogida.
- **Basar los diagnósticos en patrones, es decir, en comportamientos en el tiempo, mejor que en incidentes aislados.** Por ejemplo, aun-

Consideraciones según la edad

Diagnóstico

NIÑOS

Muchos aspectos relacionados con el desarrollo en pediatría no se consideran problemas ni enfermedades, aunque les beneficiaría una intervención de enfermería. Cuando se aplican a niños y familias, los diagnósticos pueden reflejar un trastorno o estado de salud. Por ejemplo, los padres de un recién nacido pueden sentirse ansiosos por aprender todo lo que puedan sobre el cuidado del niño y sobre el crecimiento y desarrollo infantiles. La valoración del sistema familiar podría llevar al profesional de enfermería a concluir que la familia está lista y capaz, e incluso ansiosa, de asumir las nuevas funciones y responsabilidades de ser padres. Un diagnóstico adecuado para tal tipo de familia sería *Disposición para mejorar los procesos familiares*, y la asistencia de enfermería se dirigiría a educar y proporcionar refuerzo y apoyo a los padres.

ANCIANOS

Los ancianos tienden a sufrir múltiples problemas con las necesidades físicas y psicosociales complejas que surgen cuando están enfermos. Si el profesional de enfermería ha realizado una valoración exhaustiva y precisa, pueden seleccionarse diagnósticos de enfermería para cubrir todos los problemas y, al mismo tiempo, priorizar las necesidades especiales. Por ejemplo, si un paciente ingresa con una insuficiencia cardíaca congestiva grave, la primera atención se centrará en la *Disminución del gasto cardíaco* y el *Exceso de volumen de líquidos*, con intervenciones seleccionadas para mejorar estos aspectos con rapidez. A medida que estos problemas mejoren, otros diagnósticos de enfermería, como la *Intolerancia al ejercicio* y los *Conocimientos deficientes* relacionados con el nuevo régimen farmacológico, podrían exigir más atención. Todos forman parte del mismo problema médico de la insuficiencia cardíaca congestiva, pero cada diagnóstico de enfermería tiene resultados específicos esperados e intervenciones de enfermería. Las fortalezas del paciente deben ser consideraciones esenciales en todas las fases del proceso de enfermería.

TABLA 12-6 Directrices para escribir una declaración diagnóstica de enfermería

DIRECTRIZ	DECLARACIÓN CORRECTA	DECLARACIÓN INCORRECTA O AMBIGUA
1. Expresarlo en términos de un problema, no de una necesidad.	<i>Déficit de volumen de líquidos</i> (problema) relacionado con fiebre	<i>Reposición de líquidos</i> (necesidad) relacionada con la fiebre
2. Escribir la declaración de manera que sea correcta legalmente.	<i>Deterioro de la integridad cutánea</i> relacionada con inmovilidad (legalmente aceptable)	<i>Deterioro de la integridad cutánea</i> relacionado con posición inadecuada (implica responsabilidad legal)
3. Usar declaraciones desprovistas de opiniones.	<i>Angustia espiritual</i> relacionada con incapacidad para acudir a los servicios religiosos por inmovilidad (sin opinión)	<i>Angustia espiritual</i> relacionada con reglas estrictas que exigen acudir a la iglesia (opinión)
4. Asegurarse de que los dos elementos de la declaración no dicen lo mismo.	<i>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</i> relacionado con inmovilidad	<i>Deterioro de la integridad cutánea</i> relacionado con úlceras en zona sacra (la respuesta y la causa probable son las mismas)
5. Asegurarse de que la causa y el efecto están correctamente expresados (es decir, la etiología causa el problema o pone al paciente en riesgo de sufrirlo).	<i>Dolor: cefalea intensa</i> relacionada con el abandono de narcóticos por miedo a adicción.	<i>Dolor</i> relacionado con cefalea intensa
6. Escribir el diagnóstico de forma específica y precisa para proporcionar una orientación y planificar una intervención de enfermería.	<i>Deterioro de la mucosa oral</i> relacionado con menor salvación secundaria a radiación del cuello (específico)	<i>Deterioro de la mucosa oral</i> relacionado con sustancia nociva (vago)
7. Usar la terminología de enfermería en lugar de la terminología médica para describir la respuesta del paciente.	<i>Riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionado con acumulación de secreciones en los pulmones (terminología de enfermería)	<i>Riesgo de neumonía</i> (terminología médica)
8. Usar la terminología de enfermería en lugar de la terminología médica para describir la causa probable de la respuesta del paciente.	<i>Riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionado con acumulación de secreciones en los pulmones (terminología de enfermería)	<i>Riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionado con enfisema (terminología médica)

que Amanda Aquilini está preocupada hoy por haber dejado a su hija con un vecino, es probable que esta preocupación se resuelva sin intervención al día siguiente. Por tanto, el profesional de enfermería que hace el ingreso no debe diagnosticar *Interrupción de los procesos familiares*, sino *Riesgo de interrupción de los procesos familiares*.

- **Mejorar las habilidades del pensamiento crítico.** Estas habilidades ayudan al profesional de enfermería a ser consciente de los errores en el pensamiento y a evitarlos, como un exceso de generalización, el estereotipo y el hacer suposiciones sin garantía. Véase capítulo 10 ∞.

Desarrollo continuo de los diagnósticos de enfermería

La primera taxonomía de los diagnósticos de enfermería era alfabética. Algunos no consideraban científico este orden y por eso se buscó una

estructura jerárquica. En 1982, la NANDA aceptó los «nueve patrones del hombre unitario» (basado en los modelos de enfermería de Callista Roy y Martha Rogers, v. capítulo 3 ∞) como un principio organizador. En 1984, la NANDA renombró los «patrones del hombre unitario» como «patrones de respuesta humanos» basándose en el trabajo de Marjorie Gordon (Kim, McFarland y McLane, 1984), como se enumera en el cuadro 12-4.

Al haberse refinado, revisado y aceptado nuevos diagnósticos, la taxonomía se llama ahora Taxonomía II. La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos de enfermería. Los dominios y las clases se muestran en la figura 12-3 ■. Los diagnósticos ya no se agrupan por los patrones de Gordon, sino que se codifican en función de siete ejes: concepto diagnóstico, asunto del diagnóstico, valoración, lugar, edad, tiempo y estado del diagnóstico. Además, los diagnósticos se listan ahora alfabéticamente por concepto, no por la primera palabra.

La revisión y refinamiento de las etiquetas diagnósticas continúa a medida que se comentan etiquetas nuevas y modificadas en cada conferencia bianual. Los profesionales de enfermería envían diagnósticos al *Diagnostic Committee Review*, que revisa y «estadifica» el diagnóstico en función de lo bien desarrollado y apoyo que esté. El equipo de directores de la NANDA da la aprobación final para la incorporación del diagnóstico a la lista oficial de etiquetas. Los diagnósticos de la lista de la NANDA no son productos acabados, sino que se aprueban para uso clínico y estudios adicionales. Muchos de los presentes en la lista se han estudiado muy poco.

En 1997 la NANDA cambió el nombre de su revista oficial de *Nursing Diagnosis* por el de *Nursing Diagnosis: The International Journal of Nursing Language and Classification*, que hoy se conoce como *International Journal of Nursing Terminologies and Classifica-*

CUADRO 12-4 Patrones de respuesta humana

1. *Intercambio:* dar y recibir mutuamente
2. *Comunicación:* envío de mensajes
3. *Relación:* establecimiento de vínculos
4. *Valoración:* asignación de valor relativo
5. *Elección:* selección de alternativas
6. *Movimiento:* actividad
7. *Percepción:* recepción de información
8. *Conocimiento:* significado asociado a información
9. *Impresión:* conciencia subjetiva de información

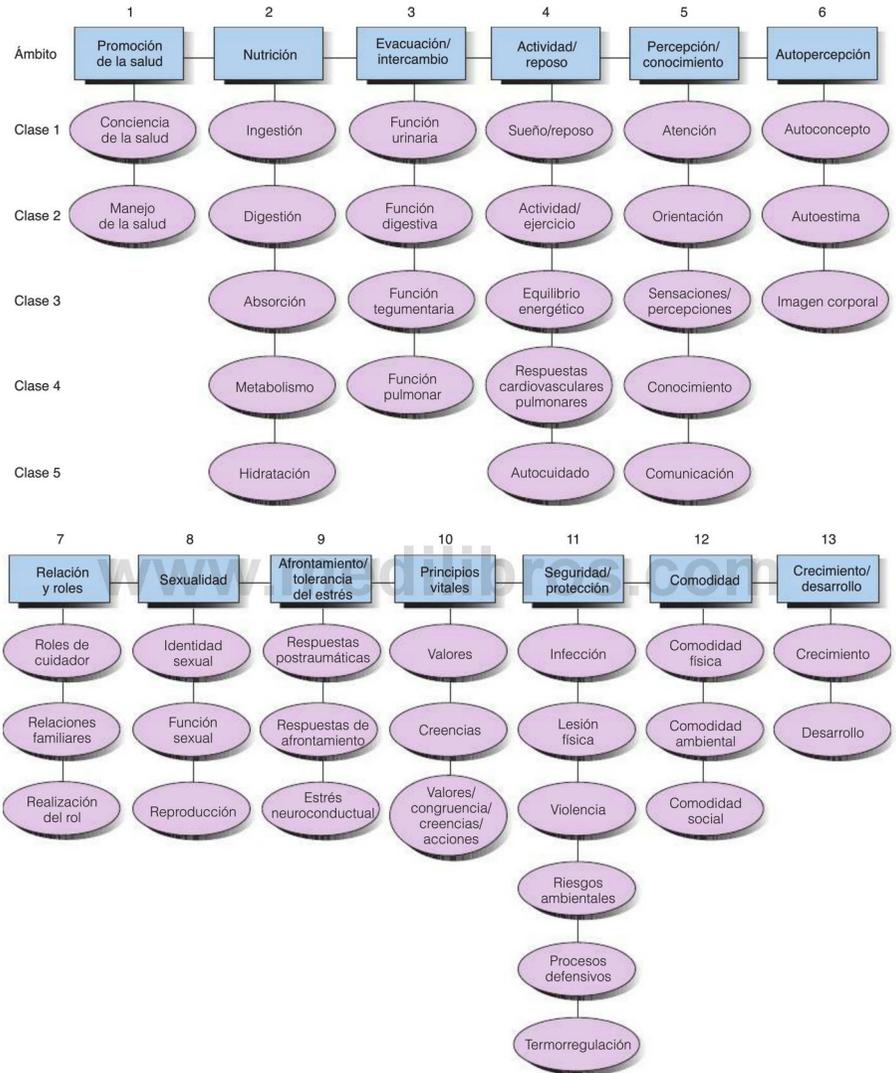


Figura 12-3 ■ Taxonomía II.

Tomado de NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications, 2009–2011 (pp. 368-369), by NANDA International, 2009, Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell. Reproducido con autorización.

Critical Thinking Checkpoint: Answers

tions. El subtítulo subraya que el diagnóstico de enfermería forma parte de un sistema de desarrollo mayor de lenguaje de enfermería estandarizado. Este sistema comprende clasificaciones de las intervenciones de enfermería (NIC, del inglés *nursing interventions*) y de los resultados de enfermería (NOC, del inglés *nursing outcomes*) que están desarrollando otros grupos de investigación y están ligados a las etiquetas diagnósticas de la NANDA. La NIC y la NOC se comentan con más detalle en el capítulo 13 ∞.

Los grupos de investigación están examinando lo que los profesionales de enfermería hacen desde estas tres perspectivas diferentes (diagnósticos, intervenciones y resultados) para aclarar y comunicar el papel que estos profesionales desempeñan en el sistema de asistencia de salud. Un lenguaje estandarizado también capacitará a los profesionales de enfermería para formar un grupo mínimo de datos estandarizados necesarios para los registros computarizados del paciente.

Puntos de pensamiento crítico

Un paciente ha recibido recientemente el diagnóstico de que padece un cáncer de pulmón. Alguien ha escrito el diagnóstico de enfermería de *Ansiedad* en el plan asistencial.

1. ¿Qué datos/características definidoras apoyarían este diagnóstico de enfermería?
2. ¿Qué factores relacionados podrían existir en esta situación?
3. ¿Qué otros diagnósticos de enfermería esperaría encontrar en este caso?
4. Otro diagnóstico de enfermería en el plan asistencial dice «Cáncer de pulmón relacionado con tabaco». ¿Está este diagnóstico escrito en un formato aceptable? Si no es así, ¿por qué no?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 12 Revisión

PUNTOS CLAVE

- El objetivo de la *NANDA International* es definir, refinar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica de enfermería.
- El diagnóstico es una declaración o una conclusión referente a la naturaleza de un fenómeno.
- Los modelos profesionales de asistencia mantienen que los profesionales de enfermería diplomados son responsables de hacer diagnósticos de enfermería, aunque otros puedan contribuir a los datos o impartir la asistencia.
- Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del paciente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.
- Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar intervenciones de enfermería independientes con el fin de conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable.
- Los diagnósticos de enfermería tienen como estados posibles: actual, promoción de la salud, riesgo y bienestar.
- Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: el problema (y su definición), la causa y las características definidoras. Cada componente sirve a un objetivo específico.
- Los diagnósticos de enfermería difieren de los médicos y los problemas conjuntos en la orientación, la duración y el objetivo de enfermería.
- Un problema conjunto es un tipo de posible problema que los profesionales de enfermería manejan usando intervenciones independientes y prescritas por el médico.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. El profesional de enfermería se encuentra realizando la fase de diagnóstico (diagnóstico de enfermería) del proceso de enfermería en un paciente con un trastorno convulsivo. ¿Qué paso existe entre el análisis de los datos y la formulación de la declaración diagnóstica?
 1. Valorar las necesidades del paciente.

- Las tres fases del proceso de enfermería son el análisis de los datos; la identificación de los problemas, los riesgos y las fortalezas del paciente; y la formulación de elementos diagnósticos.
- En el análisis y procesamiento de los datos, el profesional de enfermería compara los datos con estándares para identificar pistas significativas, grupos de datos y las lagunas e incoherencias.
- Las pistas significativas son las que: a) señalan un cambio en el estado de salud o patrón de un paciente; b) varían de las normas de la población del paciente, o c) indican un retraso en el desarrollo.
- Es importante identificar las fortalezas del paciente además de sus problemas.
- El formato básico para la declaración de un diagnóstico de enfermería es «problema relacionado con la etiología». Pero existen variaciones de este formato.
- El desarrollo de una taxonomía de etiquetas diagnósticas de enfermería es un proceso continuo.
- Los principios organizadores de la Taxonomía II de la NANDA son los siete ejes: concepto diagnóstico, asunto del diagnóstico, valoración, lugar, edad, tiempo y estado de diagnóstico.
- Se está progresando en un lenguaje de enfermería unificado y estandarizado que incluya los diagnósticos de enfermería de la NANDA, una clasificación de las intervenciones de enfermería y una clasificación de los resultados de enfermería.

2. Perfilar los problemas y fortalezas del paciente.
 3. Determinar qué intervenciones tienen más probabilidades de éxito.
 4. Estimar el costo de varios métodos diferentes.
2. En la declaración diagnóstica «Exceso de volumen de líquidos relacionado con reducción del retorno venoso manifestado por edema

(tumefacción) de las extremidades inferiores», ¿cuál de las siguientes es la causa del problema?

- Exceso de volumen de líquidos.
 - Reducción del retorno venoso.
 - Edema.
 - Desconocida.
3. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos de enfermería contiene los componentes adecuados?
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador relacionado con el curso impredecible de la enfermedad.*
 - Riesgo de caídas relacionado con la tendencia al colapso cuando se tiene dificultad para respirar.*
 - Deterioro de la comunicación relacionado con accidente cerebrovascular.*
 - Privación del sueño secundaria a fatiga y un ambiente ruidoso.*
4. Una de las principales ventajas de la declaración diagnóstica en tres partes, como el formato problema-etología-signo/síntoma (PES), es:
- Reduce el costo de la asistencia de salud.
 - Mejora la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente.
 - Centra la ayuda del profesional de enfermería en los elementos de salud y bienestar.
 - Estandariza la organización de los datos del paciente.
5. Un problema conjunto (multidisciplinar) está indicado en lugar de un diagnóstico de enfermería o médico:
- Si son necesarias las intervenciones médica y de enfermería para tratar el problema.
 - Cuando pueden utilizarse acciones de enfermería independientes para tratar el problema.
 - En casos donde las intervenciones de enfermería son las principales acciones necesarias para tratar el problema.

- Cuando no puede determinarse ningún diagnóstico médico (enfermedad).
6. En el caso de que un paciente sea propenso a desarrollar un problema de salud, ¿qué tipo de estado de diagnóstico de enfermería elige el profesional de enfermería?
- Un diagnóstico de enfermería de riesgo.
 - Un diagnóstico de enfermería de bienestar.
 - Un diagnóstico de enfermería de promoción de la salud.
 - Un diagnóstico de enfermería actual.
7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con el estado de la ciencia referente al diagnóstico de enfermería?
- La taxonomía original ha demostrado tener un ámbito adecuado.
 - La estructura de organización de la taxonomía se basa en el trabajo de Florence Nightingale.
 - Se necesita más investigación para validar y refinar los nombres de los diagnósticos.
 - Los nuevos nombres de los diagnósticos son aprobados por medio del voto de los profesionales de enfermería homologados.
8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones ofrecería una pista importante al comparar los datos con las normas? Seleccione todas las respuestas correctas.
- El paciente ha avanzado en parte hacia una meta establecida (p. ej., pérdida de peso).
 - La vista del paciente está dentro del intervalo normal solo cuando lleva gafas.
 - Un niño puede controlar los esfínteres a los 18 meses de edad.
 - Una mujer que envió recientemente afirma que «no puede llorar».
 - Un estudiante de instituto de 16 años dice que pasa 6 horas al día haciendo los deberes cinco noches a la semana.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A .

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, videos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18, 5-17.
Este artículo analiza un estudio de investigación en el que fue evaluada la documentación referida a diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería de 85 hospitales, a través de la revisión de gráficos antes y después de la asistencia a clases sobre el proceso de enfermería. La calidad de los diagnósticos, intervenciones y resultados mejoró estadísticamente, lo que implica que la documentación era más precisa y completa y que utilizaba un lenguaje más correcto.

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

Morales-Asencio, J. M., Morilla-Herrera, J. C., Martín-Santos, F. J., Gonzalo-Jiménez, E., Cuevas-Fernández-Gallego, M., Borhill de las Nieves, C., ... Rivas-Campos, A. (2008). The association between nursing diagnoses resource utilisation, and patient and caregiver outcomes in a nurse-led home care service: Longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 189-196.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro-LaFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
American Nurses Association. (2010). *Nursing: scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
Carpento-Moyet, L. J. (2009). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (13th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
The Joint Commission. (2009). *Accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
Kim, M. J., McFarland, G. K., & McLane, A. M. (Eds.). (1984). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference*. St. Louis, MO: Mosby.
NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009-2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S., & Rabelo, E. R. (2008). Factors that inhibit the use of nursing language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19, 10-157.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Carpento-Moyet, L. J. (2008). *Nursing process and clinical documentation: Nursing diagnosis and collaborative*

problems (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Carpento-Moyet, L. J. (2009). *Handbook of nursing diagnosis* (13th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2008). *Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning* (5th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. C. (2008). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
Gordon, M. (1982). Historical perspective: The National Group for Classification of Nursing Diagnoses. In M. J. Kim & D. A. Moritz (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fourth national conference*. New York, NY: McGraw-Hill.
Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis* (12th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
Ladwig, G. B., & Ackley, B. J. (2007). *Mosby's guide to nursing diagnosis* (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Identificar las actividades que se producen en el proceso de planificación.
2. Comparar y contrastar la planificación inicial, la planificación en curso y la planificación para el alta.
3. Explicar cómo los estándares de asistencia y los planes asistenciales desarrollados previamente pueden individualizarse y usarse para crear un plan asistencial de enfermería exhaustivo.
4. Identificar las directrices para escribir planes asistenciales de enfermería.
5. Identificar los factores que el profesional de enfermería debe considerar cuando establece las prioridades.
6. Instaurar los objetivos en el establecimiento de los objetivos/resultados deseados del paciente.
7. Comentar la clasificación de los resultados de enfermería, incluida una explicación de cómo usar los resultados e indicadores para planificar la asistencia.
8. Identificar las directrices para escribir los objetivos/resultados deseados.
9. Describir el proceso de selección y elección de intervenciones de enfermería.
10. Exponer la clasificación de las intervenciones de enfermería, incluida una explicación de cómo usar las intervenciones y las actividades para planificar la asistencia.

www.medilibros.com

TÉRMINOS CLAVE

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC), 229
Clasificación de los resultados de enfermería (NOC), 223
Establecimiento de prioridades, 221
Fundamento, 219
Indicador, 223
Instrucción, 219
Intervención de enfermería, 215

Intervenciones conjuntas, 227
Intervenciones dependientes, 227
Intervenciones independientes, 227
Mapa conceptual, 219
Normas, 217
Objetivos/resultados deseados, 222
Plan asistencial de enfermería formal, 215
Plan asistencial de enfermería informal, 215

Plan asistencial estandarizado, 215
Plan asistencial individualizado, 215
Plan asistencial multidisciplinar, 219
Planes asistenciales conjuntos, 219
Planificación para el alta, 215
Procedimientos, 217
Protocolos, 217
Vías críticas, 219



Figura 13-1 ■ Planificación. La tercera fase del proceso de enfermería, en la que el profesional de enfermería y el paciente elaboran objetivos/resultados deseados e intervenciones de enfermería para evitar, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente (figura 13-1 ■). Una **intervención de enfermería** es «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente/cliente» (Bulechek, Butcher y Dochterman, 2008, p. xxi). El producto final de la fase de planificación es un plan asistencial del paciente.

Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente sino que le animan a participar activamente hasta donde sea posible. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos que ponen en marcha el plan asistencial; por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos.

Tipos de planificación

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución de salud. Toda la planificación es multidisciplinar (implica a los proveedores de asistencia de salud que interactúan con el paciente) e incluye al paciente y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo. Este profesional tiene la ventaja de que observa el lenguaje corporal del paciente y, además, puede obtener alguna información intuitiva de la que no puede disponerse en una base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.

Planificación en curso

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día. Usando los datos de la valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado
2. Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno
3. Decidir en qué problemas centrarse durante el turno
4. Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente

Planificación para el alta

La **planificación para el alta**, el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan asistencial de todos los pacientes. Como la estancia media de los pacientes en hospitales de procesos agudos se ha acortado, a las personas se les da a menudo el alta cuando todavía precisan asistencia. Aunque a muchos pacientes se les da el alta para ir a otras instituciones (p. ej., instituciones de cuidados prolongados), este tipo de asistencia cada vez se presta más en el domicilio. La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente. Para obtener detalles sobre la planificación para el alta, véase «Continuidad de la atención» en el capítulo 7 ∞.

Desarrollo de los planes asistenciales de enfermería

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan formal o informal de asistencia. Un **plan asistencial de enfermería informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería puede pensar: «La Sra. Phan está muy cansada, tendré que reforzar su educación cuando esté descansada». Un **plan asistencial de enfermería formal** es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del paciente. El beneficio más obvio de un plan asistencial escrito formal es que proporciona una asistencia continua.

Un **plan asistencial estandarizado** es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes (p. ej., todos los pacientes con infarto de miocardio). Un **plan asistencial individualizado** se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado. Es importante que todos los cuidadores trabajen hacia los mismos resultados y que, si están disponibles, usen métodos que han demostrado su eficacia con un paciente en particular. Los profesionales de enfermería también usan el plan asistencial formal para obtener ayuda sobre qué necesidades registrar en las notas de la evolución del paciente y como guía para delegar y asignar al personal la asistencia de los pacientes. Cuando los profesionales de enfermería usan los diagnósticos de enfermería del paciente para crear objetivos e intervenciones de enfermería, el resultado es un plan integral e individualizado de asistencia que cubre las necesidades únicas del paciente.

Los planes asistenciales comprenden acciones que los profesionales de enfermería deben realizar para abordar los diagnósticos de

enfermería del paciente y obtener los resultados esperados. El profesional de enfermería comienza el plan cuando el paciente ingresa en la institución y los actualiza a lo largo de la estancia del paciente en respuesta a los cambios en el estado del paciente y a las evaluaciones de la consecución del objetivo. Durante la fase de planificación, el profesional de enfermería debe: a) decidir qué necesidades del paciente necesitan planes individualizados y una asistencia habitual, y b) escribir resultados deseados individualizados e intervenciones de enfermería para los problemas del paciente que requieren atención de enfermería más allá de la asistencia habitual planificada previamente.

El plan asistencial completo para un paciente se compone de varios documentos diferentes que: a) describen la asistencia habitual necesaria para cubrir las necesidades básicas (p. ej., el baño, la nutrición); b) refleja los diagnósticos de enfermería y los problemas conjuntos, y c) especifica las responsabilidades de enfermería en el desempeño del plan médico de asistencia (p. ej., evitar que el paciente coma o beba antes de la intervención quirúrgica; programar una prueba de laboratorio). Un plan completo de asistencia integra funciones de enfermería dependientes e independientes en un sistema integral significativo y proporciona un recurso central de información sobre el

paciente. La figura 13-2 ■ ilustra los diferentes documentos posibles de un plan asistencial de enfermería.

Métodos estandarizados de planificación de la asistencia

La mayoría de las instituciones de salud ha elaborado diversos planes estandarizados para prestar asistencia de enfermería esencial a grupos especificados de pacientes que comparten ciertas necesidades (p. ej., todos los pacientes con neumonía). El personal de enfermería elabora y acepta modelos de asistencia, planes asistenciales estandarizados, normas y procedimientos con el fin de: a) asegurar que se cumplen los criterios mínimos aceptables, y b) favorecer el uso eficiente del tiempo de los profesionales de enfermería eliminando la necesidad de crear actividades comunes que se han usado durante mucho tiempo en muchos pacientes en una unidad de enfermería.

Los modelos de asistencia describen acciones de enfermería para pacientes con trastornos médicos parecidos en lugar de para individuos, y describen una asistencia de enfermería factible más que ideal. Definen las intervenciones de las que son responsables los profesionales de enfermería; no contienen intervenciones médicas. Los modelos de asis-

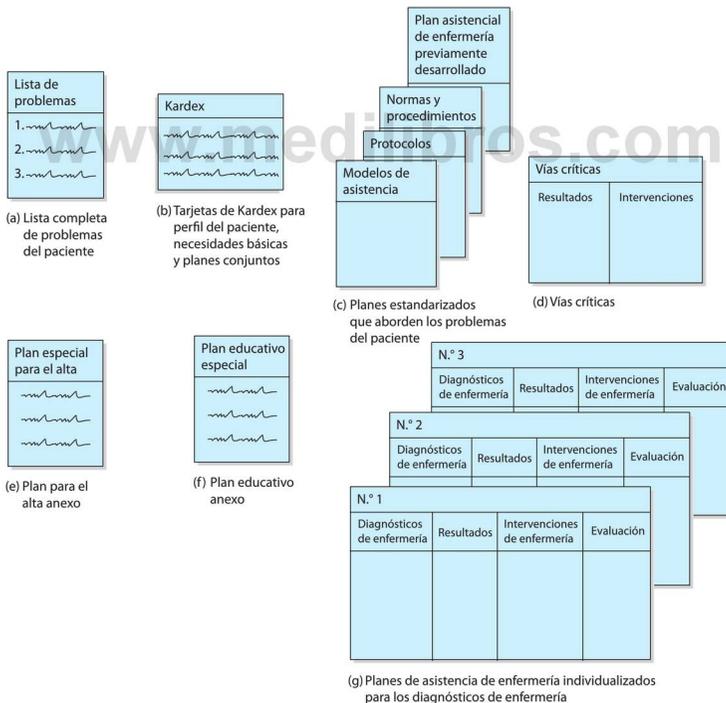


Figura 13-2 ■ Documentos que pueden incluirse en un plan asistencial completo del paciente.

Tomado de *Nursing Process & Critical Thinking*, 4th ed. (p. 461), by J. M. Wilkinson, 2007, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Adaptado con autorización.

tencia suelen ser registros de la institución y no parte del plan asistencial del paciente, pero pueden referirse al plan (p. ej., un profesional de enfermería podría escribir «Véanse modelos de asistencia para el caterismo cardíaco»). Los modelos de asistencia pueden o no organizarse en función de problemas o diagnósticos de enfermería. Se escriben desde la perspectiva de las responsabilidades de enfermería. La figura 13-3 ■ muestra los modelos de asistencia para un paciente con tromboflebitis.

Los planes asistenciales estandarizados son guías previamente desarrolladas para la asistencia de enfermería de un paciente que tiene unas necesidades que surgen con frecuencia en la institución (p. ej., un diagnóstico de enfermería específico o todos los diagnósticos de enfermería asociados a un trastorno médico en particular). Se escriben desde la perspectiva de lo que podemos esperar de la asistencia del paciente. Aunque los dos tienen ciertas similitudes, poseen importante diferencias. La figura 13-4 ■ muestra un plan asistencial estandarizado para *Déficit de volumen de líquidos*. Los planes asistenciales estandarizados:

- Se mantienen con el plan asistencial individualizado del paciente en la unidad de enfermería. Cuando se da de alta al paciente, se convierten en parte del registro médico permanente.

- Proporcionan intervenciones detalladas y contienen adiciones o eliminaciones de los modelos de asistencia de la institución.
- Suelen escribirse en el formato del proceso de enfermería:
Problema → Objetivos/resultados deseados → Intervenciones de enfermería → Evaluación
- Incluyen con frecuencia listas, líneas en blanco o espacios vacíos para que el profesional de enfermería individualice los objetivos e intervenciones de enfermería.

Como los modelos de asistencia y los planes asistenciales estandarizados, los **protocolos** se imprimen para indicar las acciones que suelen ser necesarias para un grupo particular de pacientes. Por ejemplo, una institución puede tener un protocolo para ingresar un paciente en una unidad de cuidados intensivos o para atender a un paciente que recibe una analgesia epidural continua. Los protocolos pueden incluir órdenes del médico de atención primaria e intervenciones de enfermería. Según la institución, los protocolos pueden o no incluirse en el registro permanente del paciente.

Las **normas y procedimientos** se elaboran para gobernar el manejo de situaciones que se producen con frecuencia. Por ejemplo, un

MODELOS DE ASISTENCIA: paciente con tromboflebitis

- Objetivo:**
1. Vigilar la aparición de signos y síntomas tempranos de alteración del aparato respiratorio.
 2. Comunicar pronto cualquier signo o síntoma anormal al personal médico.
 3. Iniciar las acciones de enfermería apropiadas cuando aparezcan signos o síntomas de alteración del estado respiratorio.
 4. Instaurar el protocolo de intervención urgente si el paciente presenta una disfunción cardiopulmonar.

DATOS DE APOYO: el objetivo de estos modelos de asistencia es evitar, vigilar, comunicar y registrar la respuesta del paciente a un diagnóstico de tromboflebitis. La tromboflebitis pone al paciente en situación de riesgo de embolia pulmonar. Las consecuencias hemodinámicas de la obstrucción embólica del flujo sanguíneo pulmonar son un aumento de la resistencia vascular pulmonar, un aumento de la carga ventricular derecha, una reducción del gasto cardíaco y el desarrollo del choque y la parada pulmonar.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: las evaluaciones de enfermería realizadas cada 3-4 horas deben vigilar la aparición de los siguientes signos/síntomas:

- Disnea
- Dolor subesternal brusco
- Pulso rápido/débil
- Síncope
- Ansiedad
- Fiebre
- Tos/hemoptisis
- Frecuencia respiratoria acelerada
- Dolor torácico pleurítico
- Cianosis

MEDIDAS DE ENFERMERÍA URGENTES:

- Alentar el consumo de líquidos para evitar la deshidratación.
- Mantener el tratamiento anticoagulante por vía intravenosa como se ha prescrito (véase protocolo para la administración de anticoagulante).
- Mantener el reposo en cama prescrito.
- Evitar la estasis venosa por medias elásticas mal ajustadas; comprobar cada 3-4 horas.
- Alentar los ejercicios de flexión dorsal de las extremidades inferiores mientras se esté en la cama.

PLANES INDIVIDUALIZADOS/ÓRDENES MÉDICAS/DE ENFERMERÍA ADICIONALES

No masajear las extremidades inferiores.
Ingresos y diuresis cada 8 horas.

Iniciado por: S. Ibarra, DE

Fecha: 9-4-11

Figura 13-3 ■ Modelos de asistencia para la tromboflebitis.

Tomado de *Nursing Process & Critical Thinking*, 4th ed. (p. 461), by J. M. Wilkinson, 2007, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Reproducido con autorización.

Etiología	Resultados deseados	Intervenciones de enfermería (identificar la frecuencia)
<p> <input checked="" type="checkbox"/> Disminución de ingestión oral <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Depresión <input checked="" type="checkbox"/> Fatiga, debilidad <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida excesiva de líquidos <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre o aumento del metabolismo <input checked="" type="checkbox"/> Diaforesis <input checked="" type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Otros _____ Características definidoras <input checked="" type="checkbox"/> Ingestión insuficiente <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio negativo de ingresos y pérdidas <input checked="" type="checkbox"/> Mucosas secas <input checked="" type="checkbox"/> Escasa turgencia cutánea <input type="checkbox"/> Orina concentrada <input type="checkbox"/> Hipernatremia <input checked="" type="checkbox"/> Pulso débil y rápido <input type="checkbox"/> Reducción de PA <input type="checkbox"/> Pérdida de peso </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> Diuresis >30 ml/h <input checked="" type="checkbox"/> Densidad de la orina 1005-1025 <input checked="" type="checkbox"/> Na⁺ sérico dentro de límites normales <input checked="" type="checkbox"/> Mucosas húmedas <input checked="" type="checkbox"/> Turgencia cutánea elástica <input checked="" type="checkbox"/> Sin pérdida de peso <input checked="" type="checkbox"/> Ingestión en 8 horas: <u>400 ml oral</u> Otros: _____ </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar ingresos y pérdidas cada <u>1</u> hora <input checked="" type="checkbox"/> Peso diario <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar electrolitos séricos X <u>1</u> o hasta normal <input checked="" type="checkbox"/> Evaluar turgencia cutánea y mucosas cada <u>8</u> h <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar temperatura cada <u>4</u> h <input checked="" type="checkbox"/> Administrar tratamiento IV prescrito (vigilar en función de protocolo para tratamiento intravenoso) <u>1000 ml solución glucosada al 5% a 100ml/h</u> <input checked="" type="checkbox"/> Ofrecer 250 ml de líquidos por vía oral cada <u>1</u> h Tipo <u>claros, frío</u> <input checked="" type="checkbox"/> Instruir al paciente respecto a cantidad, tipo y esquema de ingestión de líquidos <input checked="" type="checkbox"/> Evaluar comprensión del tipo de pérdida de líquidos; educar en función de ello <input checked="" type="checkbox"/> Cuidados orales a demanda con <u>colutorio</u> <input checked="" type="checkbox"/> Instituir medidas para reducir la fiebre (p. ej., reducir temperatura de la habitación, quitar cubiertas de la cama, ofrecer líquidos fríos) Otras órdenes de enfermería: _____ <u>Vigilar densidad de la orina en cada turno</u> _____ _____ _____ _____ </p>
<p>Plan iniciado por: <u>M. Medina, DE</u> Fecha <u>15-4-11</u></p>		
<p>Plan/resultado evaluado _____ Fecha _____</p>		
<p>Plan/resultado evaluado _____ Fecha _____</p>		
<p>Paciente: <u>Amanda Aquilini</u></p>		

Figura 13-4 ■ Un plan asistencial estandarizado para el diagnóstico de enfermería *Déficit de volumen de líquidos*.

hospital puede tener una norma que especifique el número de visitas que un paciente puede recibir. Algunas normas y procedimientos son parecidos a los protocolos y especifican lo que se va a hacer, por ejemplo, en el caso de una parada cardíaca. Si una norma cubre una situación pertinente para la asistencia de un paciente, suele anotarse en el plan asistencial (p. ej., «Remisión a los servicios sociales en función del manual de normas»). Las normas son registros institucionales y no forman parte del plan asistencial ni del registro permanente.

Una **instrucción** es un documento escrito sobre las normas, reglas, regulaciones u órdenes respecto a la asistencia del paciente. Las instrucciones dan a los profesionales de enfermería la autoridad de realizar acciones específicas en ciertas circunstancias, a menudo cuando no se dispone de inmediato de un médico. En una unidad de cuidados críticos hospitalaria, un ejemplo común es la administración urgente de medicamentos antiarrítmicos cuando el patrón de la monitorización cardíaca del paciente cambia. En el marco domiciliario, un médico puede escribir una instrucción para que el profesional de enfermería obtenga pruebas sanguíneas de un paciente que ha estado recibiendo un cierto tratamiento durante un período prescrito.

Ya estén los planes asistenciales escritos a mano, informatizados o estandarizados, la asistencia de enfermería debe individualizarse para ajustarse a las necesidades únicas de cada paciente. En la práctica, un plan asistencial suele consistir en secciones impresas previamente y creadas por el profesional de enfermería. El profesional de enfermería usa planes asistenciales estandarizados para problemas comunes y predecibles y elabora un plan individual para problemas inusuales o que precisan una atención especial. Por ejemplo, un plan asistencial estandarizado para todos los pacientes con un diagnóstico médico de neumonía incluiría probablemente un diagnóstico de *Déficit de volumen de líquidos* y dirigiría al profesional a valorar el estado de hidratación del paciente. En una unidad respiratoria o médica este sería un diagnóstico de enfermería común; por tanto, el profesional de enfermería de Amanda Aquilini fue capaz de obtener un plan estandarizado que dirigiera la asistencia que habitualmente precisan pacientes con *Déficit de volumen de líquidos* (v. figura 13-4). Pero el diagnóstico de enfermería de *Riesgo de interrupción de los procesos familiares* no sería común a todos los pacientes con neumonía; es específico de Amanda. Por tanto, el profesional de enfermería debe crear los objetivos e intervenciones de enfermería para ese diagnóstico.

Formatos de los planes asistenciales de enfermería

Aunque los formatos difieren entre instituciones, el plan asistencial se organiza a menudo en cuatro secciones: 1) diagnósticos de enfermería; 2) objetivos/resultados deseados; 3) intervenciones de enfermería, y 4) evaluación. Algunas instituciones usan un plan de tres secciones en el que la evaluación se hace en la sección de los objetivos o en las notas del profesional de enfermería; otros tienen un plan en cinco secciones que añade los datos de la valoración antes de los diagnósticos de enfermería.

Planes asistenciales para estudiantes

Como los planes asistenciales para estudiantes son una actividad educativa, así como un plan asistencial, pueden ser más largos y detallados que los planes asistenciales usados por los profesionales de enfermería diplomados. Para ayudar a los estudiantes a aprender a escribir planes asistenciales, los educadores pueden exigir que la mayor parte del plan sea un trabajo original. También pueden modificar el plan añadiendo «Fundamento» tras las intervenciones de enfermería. Un **fundamento** es el principio científico dado como base para seleccionar una intervención de enfermería en particular. También pueden

necesitar los estudiantes citar la bibliografía que apoye el fundamento aducido. Véase un ejemplo de plan asistencial de enfermería en las páginas 231-232.

Otro método para organizar y representar la información de un plan asistencial consiste en utilizar un mapa conceptual. Un **mapa conceptual** es una herramienta visual en la que se rodean con círculos o cuadros de diferentes formas ideas o datos que se conectan con líneas o flechas que indican sus relaciones (figura 13-5 ■). Los mapas del concepto son esfuerzos creativos. Pueden tomar muchas formas diferentes y englobar varias categorías de datos, en función de la interpretación que el creador hace del paciente y de su estado de salud. El mapa conceptual de Amanda Aquilini en este capítulo es otra forma de dibujar el plan asistencial de enfermería y comprende recuadros únicos que encierran la valoración, el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las intervenciones. Las flechas representan el flujo de las fases del proceso de enfermería (v. «Mapa de conceptos» en p. 233). Se utilizan a menudo mapas conceptuales diferentes a los de enfermería para representar relaciones complejas entre ideas, procesos, acciones y otros. Algunos se llaman mapas mentales (v. capítulo 10 ∞). A menudo se pide a los estudiantes que completen organigramas fisiopatológicos o mapas conceptuales como una forma de aprender y demostrar los vínculos que hay entre los procesos morbosos, los datos de laboratorio, los medicamentos, los signos y los síntomas, los factores de riesgo y otros datos relevantes.

Planes asistenciales informatizados

Los ordenadores cada vez se usan más para elaborar y almacenar planes asistenciales de enfermería. El ordenador puede generar planes asistenciales estandarizados e individualizados. Los profesionales de enfermería acceden al plan asistencial almacenado del paciente desde una terminal localizada en la unidad de enfermería o en la habitación del paciente. En un plan individualizado, el profesional de enfermería elige el diagnóstico adecuado de un menú sugerido por el ordenador. El ordenador enumera entonces los posibles objetivos e intervenciones de enfermería para esos diagnósticos; el profesional de enfermería elige los que son adecuados para el paciente y tecldea en algún objetivo e intervención adicional o acción de enfermería no enumerado en el menú. El profesional de enfermería puede leer el plan en la pantalla o imprimir una copia de trabajo actualizada.

Planes asistenciales multidisciplinares (conjuntos)

Un **plan asistencial multidisciplinar** es un plan estandarizado que perfila la asistencia requerida para los pacientes con trastornos predecibles (habitualmente médicos). Estos planes, habitualmente llamados **planes asistenciales conjuntos y vías críticas**, ponen en orden la asistencia que debe prestarse cada día durante la estancia predicha para el tipo específico de trastorno. Como el plan asistencial de enfermería tradicional, un plan asistencial multidisciplinar puede especificar resultados e intervenciones de enfermería que resuelvan el problema del paciente (incluidos diagnósticos de enfermería). Pero ello incluye tratamientos médicos que deben realizar también otros profesionales de la salud.

El plan suele organizarse con una columna para cada día, enumerando las intervenciones que deberán hacerse y los resultados del paciente que deben alcanzarse cada día. Hay muchas columnas sobre el plan asistencial multidisciplinar en forma de número prefijado de días para el grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) del paciente. Para más información, véase el capítulo 6 ∞. Los planes asistenciales multidisciplinares no incluyen actividades de enfermería detalladas. Deben extraerse de los modelos de asistencia y de los planes asistenciales estandarizados pero no reemplazarlos.

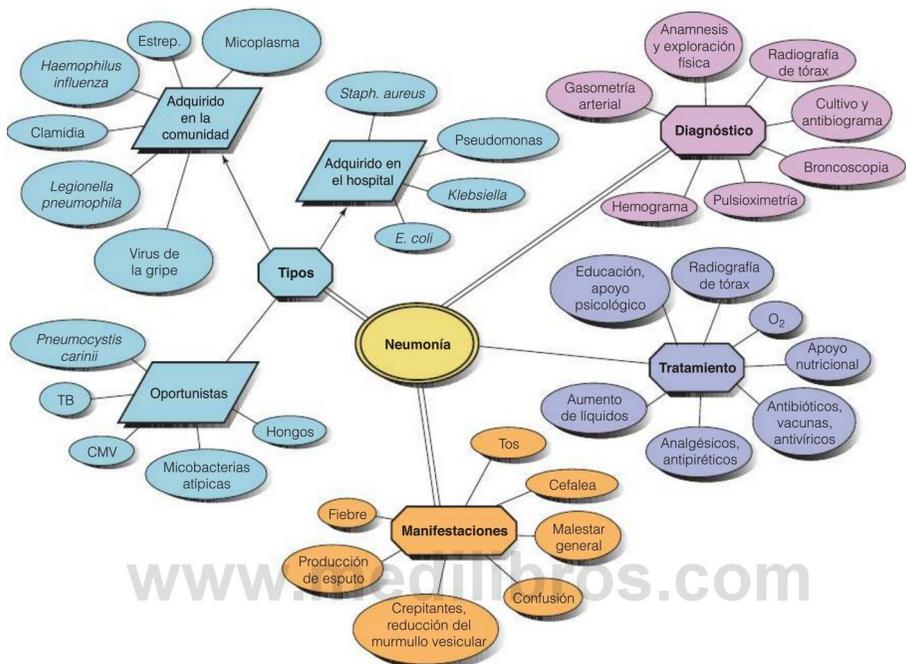


Figura 13-5 ■ Una muestra del mapa conceptual fisiopatológico.

Directrices para escribir planes asistenciales de enfermería

El profesional de enfermería debe usar las siguientes pautas cuando escribe planes asistenciales de enfermería:

1. **Fecha y firmar el plan.** La fecha en que se escribe el plan es esencial para la evaluación, revisión y planificación futura. La firma del profesional de enfermería demuestra responsabilidad ante el paciente y la profesión de la enfermería, ya que podrá evaluarse la eficacia de las acciones de enfermería.
2. **Usar encabezados de la categoría.** «Diagnósticos de enfermería», «Objetivos/resultados deseados», «Intervenciones de enfermería» y «Evaluación» son los encabezados comunes. Incluya una fecha para la evaluación de cada objetivo.

Usar símbolos y palabras clave médicas estandarizadas/aprobadas en lugar de completar frases para comunicar sus ideas, a no ser que las normas de la institución determinen otra cosa. Por ejemplo, escribir «girar y volver a colocar/2 h» en lugar de «girar y volver a colocar al paciente cada 2 h». O escribir «limpiar la herida con H₂O₂/12 h» en lugar de «limpiar la herida del paciente con peróxido de hidrógeno dos veces al día, mañana y noche». Véase en la tabla 15-4  una lista de abreviaturas médicas estándar.

4. **Ser específico.** Como los profesionales de enfermería trabajan ahora en turnos de diferentes duraciones, algunos de 12 horas y otros de 8 horas, es incluso más importante ser específico sobre el momento esperado de una intervención. Si la intervención dice «cambiar vendajes de la herida/turno», esto podría significar cambiarlo dos veces en 24 horas o tres veces en 24 horas, dependiendo de la duración del turno. Este error de comunicación es incluso mucho más grave cuando se ordenan medicamentos con «cada cambio de turno». Escribir momentos concretos durante el período de 24 horas ayudará a aclarar la situación.
5. **Referirse a libros de procedimientos u otras fuentes de información en lugar de incluir todos los pasos en un plan escrito.** Por ejemplo, escribir «vea el libro de procedimientos de la unidad para el cuidado de la traqueostomía» o unir un plan de enfermería estándar sobre tal procedimiento como asistencia de radiación-implantación y asistencia preoperatoria o postoperatoria.
6. **Ajustar el plan a las características especiales del paciente asegurándose de incluir las elecciones del paciente, como sus preferencias sobre el momento de la asistencia y el método usado.** Esto refuerza la individualidad del paciente y su sensación de control. Por ejemplo, la intervención de enfermería escrita «proporcionar zumo de ciruelas en el desayuno en lugar de otros zumos» debería indicar que el paciente ha mostrado su preferencia en este sentido.

7. **Asegurarse de que el plan de enfermería incorpora aspectos preventivos y de mantenimiento de la salud así como aspectos que la restauren.** Por ejemplo, llevar a cabo la intervención «realizar ejercicios activos en el ADM (arco de movilidad) con ayuda a las extremidades afectadas cada 2 horas» se dirige al objetivo de prevenir contracturas articulares y mantener la fuerza muscular y la movilidad de las articulaciones.
8. **Asegurarse de que el plan contiene intervenciones para la valoración continua del paciente** (p. ej., «inspeccionar la herida/2 horas»).
9. **Incluir actividades conjuntas y de coordinación en el plan.** Por ejemplo, el profesional de enfermería puede escribir intervenciones para preguntar a un nutricionista o fisioterapeuta aspectos específicos relacionados con la asistencia del paciente.
10. **Incluir planes para el alta del paciente y sus necesidades de asistencia domiciliaria.** El profesional de enfermería comienza el plan para el alta tan pronto el paciente ingresa. A menudo es necesario consultar y hacer disposiciones con el profesional de enfermería comunitario, el trabajador social e instituciones específicas que aporten al paciente información y el equipo necesario. Añadir educación y planes para el alta como complemento si son largos y complejos.

El proceso de planificación

En el proceso de elaboración de los planes asistenciales para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades
- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente
- Selección de intervenciones de enfermería
- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes asistenciales

Establecimiento de prioridades

El **establecimiento de prioridades** es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo qué diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuáles segundo y así sucesivamente. En lugar de diagnósticos ordenados por importancia, los profesionales de enfermería pueden agruparlos en diagnósticos con prioridad alta, media o baja. Los problemas que amenazan la vida, como un deterioro de la función respiratoria o cardíaca, se consideran de prioridad alta. A los problemas que amenazan la salud, como las enfermedades agudas y la menor capacidad de afrontamiento, se les asigna una prioridad media porque pueden dar lugar a un desarrollo tardío o causar cambios físicos o emocionales destructivos. Un problema con prioridad baja es aquel que surge de necesidades de desarrollo normales o que requiere solo un mínimo apoyo de enfermería.

Los profesionales de enfermería usan con frecuencia la jerarquía de necesidades de Maslow cuando establecen las prioridades (v. figura 16-3). En la jerarquía de Maslow, las necesidades fisiológicas (como las de aire, alimento y agua) son básicas para la vida y reciben una mayor prioridad que la necesidad de seguridad o actividad. Las necesidades de crecimiento, como la autoestima, no se perciben como «básicas» en este esquema. De este modo, los diagnósticos de enfermería como *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias* y *Deterioro del intercambio gaseoso* serían más prioritarios que diagnósticos de enfermería como *Ansiedad* o *Afrontamiento ineficaz*.

No es necesario abordar antes todos los diagnósticos con prioridad alta que los demás. El profesional de enfermería puede abordar par-

cialmente un diagnóstico con una prioridad alta y después otro con una prioridad menor. Además, como el paciente puede tener varios problemas, el profesional de enfermería se enfrenta a menudo con más de un diagnóstico a la vez. La tabla 13-1 enumera las prioridades asignadas a los diagnósticos de enfermería de Amanda Aquilini, que se identificaron en el capítulo 12 ∞.

Las prioridades cambian a medida que lo hacen las respuestas, problemas y tratamientos del paciente. El profesional de enfermería debe considerar varios factores cuando asigna prioridades, como:

1. **Los valores y creencias del paciente respecto a la salud.** Los valores referidos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente. Por ejemplo, un paciente puede creer que estar en casa para los niños es más urgente que un problema de salud. Cuando hay este tipo de diferencia de opinión, el paciente y el profesional de enfermería deben comentarlo abiertamente y resolver cualquier conflicto. Pero, en una situación de amenaza para la vida, el profesional de enfermería suele tener que tomar la iniciativa.
2. **Las prioridades del paciente.** Implicar al paciente en la priorización y planificación de la asistencia fomenta la cooperación. Pero a veces la percepción del paciente de lo que es importante entra en conflicto con el conocimiento del profesional de enfermería de los posibles problemas o complicaciones. Por ejemplo, un paciente anciano puede creer que el giro y el cambio de posición en la cama no son importantes, y preferir que no se le moleste. Pero el profesional de enfermería, consciente de las posibles complicaciones del reposo en cama prolongado (p. ej., debilidad muscular y úlceras por presión), precisa informar al paciente y trabajar con él para realizar estas intervenciones necesarias.
3. **Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente.** Si escasean el presupuesto, el equipo o el personal en la institución de salud, entonces a un problema se le puede dar una prioridad menor de lo habitual. Los profesionales de enfermería del marco domiciliario, por ejemplo, no tienen los recursos de un hospital. Si no se dispone de los recursos necesarios, podría ser necesario posponer la solución a ese problema, o podría ser necesario remitir al paciente a otro centro. Los recursos del paciente, como su capacidad económica o su capacidad para el afrontamiento, también pueden influir en el establecimiento de prioridades. Por ejemplo, un paciente desempleado puede diferir el tratamiento dental; una paciente cuyo marido está en fase terminal y depende de ella puede sentirse incapaz de afrontar las pautas nutricionales dirigidas a perder peso.
4. **La urgencia del problema de salud.** Sea cual sea el sistema usado, las situaciones con riesgo vital exigen al profesional de enfermería la asignación de una prioridad alta. Por ejemplo, en la tabla 13-1, aunque Amanda Aquilini está ansiosa por el cuidado de su hijo, su *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias* tiene mayor prioridad. Situaciones que afectan a la integridad del paciente, es decir, aquellas que podrían tener un efecto negativo o destructivo sobre él, también tienen una prioridad alta. Estos problemas, como el consumo de drogas y la alteración radical del autoconcepto debida a una amputación, pueden ser destructivos para el individuo y para la familia.
5. **Plan de tratamiento médico.** Las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con el tratamiento de otros profesionales de la salud. Por ejemplo, una prioridad alta para el paciente podría ser poder andar; pero, si el régimen terapéutico del profesional de la salud exige un reposo largo en cama, la ambulancia debe poseer una prioridad baja en el plan asistencial

TABLA 13-1 Asignación de prioridades a los diagnósticos de enfermería para Amanda Aquilini

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PRIORIDAD	FUNDAMENTO
<i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionada con: 1) secreciones viscosas secundarias a <i>Déficit de volumen de líquidos</i> y 2) expansión torácica superficial secundaria a dolor y fatiga	Prioridad alta	La pérdida de la función respiratoria es un problema que pone en peligro vida. La principal preocupación del profesional de enfermería debe ser la promover la oxigenación de Amanda abordando las causas de este problema.
<i>Déficit de volumen de líquidos:</i> ingestión insuficiente para sustituir la pérdida de líquidos relacionada con la fiebre y la diaforesis	Prioridad alta	El <i>Déficit de volumen de líquidos</i> es peligroso para la vida. Aunque no muy grave en Amanda, es un problema con una prioridad alta, porque también contribuye a una <i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> . Los esfuerzos conjuntos por mejorar su hidratación ya han empezado (líquidos intravenosos). El profesional de enfermería debe valorar de forma inmediata y continua y promover la hidratación de Amanda.
<i>Ansiedad</i> relacionada con: 1) dificultad para respirar y 2) preocupación por el trabajo y su función de madre	Prioridad media	Aunque Amanda está preocupada por el trabajo y su función como madre, estos no constituyen amenazas vitales. Además, el tratamiento de su problema más prioritario, <i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> , aliviará una de las causas de este problema (disnea). Mientras tanto, el profesional de enfermería debe proporcionar alivio sintomático a la ansiedad de Amanda durante períodos de disnea, porque la ansiedad extrema podría reducir aún más su oxigenación, hacerla respirar de forma ineficaz y aumentar el consumo de oxígeno.
<i>Riesgo de interrupción de procesos familiares</i> relacionado con enfermedad de la madre y posible falta de disponibilidad temporal del padre para cuidar a la niña	Prioridad baja	La niña de Amanda está siendo cuidada en la actualidad. Si el marido de Amanda vuelve como está planeado, este problema no se convertirá en ningún problema real. No son necesarias intervenciones en este momento, excepto para la valoración continua e infundir tranquilidad.
<i>Desequilibrio nutricional: por defecto</i> relacionado con reducción del apetito, náuseas y aumento del metabolismo secundario a proceso morboso	Prioridad baja	Este problema no supone en la actualidad ninguna amenaza para la salud, pero podría serlo si fuera a persistir. Se resolverá con casi toda seguridad en 1 o 2 días cuando se trate el problema médico. Si el problema médico no se resuelve con rapidez, cambiará a una prioridad media.
<i>Déficit del autocuidado: baño/higiene</i> relacionado con debilidad secundaria a limpieza ineficaz de las vías respiratorias y alteración del patrón de sueño	Prioridad baja	Este problema se debe a otros problemas con mayor prioridad; por tanto, se resolverá cuando estos se resuelvan. Mientras tanto, el profesional de enfermería debe ayudar a Amanda con el baño y otras actividades para apoyarla y conservar su energía hasta que esté lo suficientemente fuerte para reanudar su propio cuidado.
<i>Alteración del patrón de sueño</i> relacionada con tos, dolor, ortopnea, fiebre y diaforesis	Prioridad baja	La falta de sueño es una amenaza para la salud. Pero, por el momento (hasta la noche), el profesional de enfermería no necesita abordar este problema. La <i>Alteración del patrón de sueño</i> contribuye a la <i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> de Amanda, pero no es la principal causa. Por tanto, las medidas para promocionar el sueño serán una prioridad baja hasta la tarde. Después de que el profesional de enfermería haya atendido las necesidades de oxigenación e hidratación de Amanda, la prioridad de este problema cambiará.
<i>Dolor agudo (torácico)</i> relacionado con la tos secundaria a neumonía	No presente en el plan asistencial	El profesional de enfermería no escribió <i>dolor</i> como un problema en el plan asistencial, porque el <i>dolor</i> se tratará en la causa de la <i>Alteración del patrón de sueño</i> y la <i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> . Las causas del dolor (tos y neumonía) se tratarán con medicamentos (intervenciones conjuntas). Las acciones de enfermería independientes abordan el problema en lugar de la causa y serían las mismas que las acciones de enfermería para la <i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> .

de enfermería. El profesional de enfermería puede hacer ejercicios que faciliten la ambulación o enseñarlos más adelante, siempre que el estado de salud del paciente lo permita. El diagnóstico de enfermería relacionado con la ambulación no se ignora; simplemente se difiere.

Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería (figu-

ra 13-6 ■). En un plan asistencial, los **objetivos/resultados deseados** describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería. Los términos **objetivo** y **resultado deseados** se usan de forma intercambiable en este texto, excepto cuando se comenta y usa el lenguaje estandarizado. Algunas referencias bibliográficas también usan los términos **resultado esperado**, **resultado predicho**, **criterio para el resultado** y **objetivo**.

Parte de la bibliografía de enfermería diferencia los términos definiendo los objetivos como declaraciones amplias sobre el estado del pacien-



Figura 13-6 ■ La enfermera Medina y Amanda colaboran en el establecimiento de objetivos y criterios del resultado y elaboran un plan asistencial.

te y los resultados deseados como los criterios observables más específicos usados para evaluar si los objetivos se han cumplido. Por ejemplo:

Objetivo (amplio): Mejora del estado nutricional.
Resultado deseado (específico): Ganar 2,5 kg para el 25 de abril.

Cuando los objetivos se establecen de manera amplia, como en este ejemplo, el plan asistencial debe incluir los objetivos y los resultados deseados. A veces se combinan en una sola declaración unida por las palabras «manifestado por», como sigue:

Mejora del estado nutricional manifestada por aumento del peso de 2,5 kg el 25 de abril.

Escribir primero el objetivo general y amplio puede ayudar a los estudiantes a pensar en los resultados específicos que son necesarios, pero el objetivo amplio es solo un punto de comienzo para la planificación. Es el resultado observable y específico el que debe escribirse en el plan asistencial y usarse para evaluar el progreso del paciente. La tabla 13-2 muestra los objetivos amplios y los resultados específicos.

Clasificación de los resultados de enfermería

En todas las fases del proceso de enfermería es necesario un lenguaje estandarizado o común si se van a incluir todos los datos de enfermería en bases de datos computarizadas que se analicen y utilicen en la práctica de la enfermería. Los líderes e investigadores de la enfermería han

estado trabajando desde 1991 para elaborar una taxonomía, la **clasificación de los resultados de enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification)**, que describa los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería. En la taxonomía, unos 385 resultados pertenecen a uno de siete dominios (p. ej., salud fisiológica o salud familiar) y a una clase dentro del dominio (p. ej., nutrición bajo salud fisiológica o bienestar familiar bajo salud familiar). A cada resultado de la NOC se le asigna un identificador de cuatro dígitos, indicado en este texto entre corchetes, y una definición. La tabla 13-3 muestra un resultado de la NOC asociado al movimiento.

«Un resultado del paciente sensible hacia la enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una(s) intervención(es) de enfermería» (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2008, p. 30). Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Son conceptos variables, lo que quiere decir que las respuestas de los pacientes a las intervenciones pueden valorarse con el tiempo. En este sentido difieren de un objetivo, que se alcanza o no se alcanza. Para medirlo, un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican a un paciente en particular. Un **indicador** es «el estado específico del paciente que es más sensible a las intervenciones de enfermería y para el cual pueden definirse procedimientos de medida» (Moorhead et al., 2008, p. 36). Los indicadores se expresan también en términos neutros, pero cada resultado comprende una escala de cinco puntos (una medida) que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador (v. Apéndice B en la web de recursos del estudiante). Cuando usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado deseado en un plan asistencial, el profesional de enfermería escribe la etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular, el valor según la NOC en el inicio (estado inicial del paciente) y el objetivo del resultado (lugar en la escala de medida que se desea para cada indicador). Por ejemplo, al usar el resultado de la NOC en la tabla 13-3 para el paciente diagnosticado en la tabla 13-2, los resultados deseados individualizados se leerían como sigue:

Nivel de movilidad:

Indicadores: Camina (independiente con dispositivo de ayuda), se mueve con facilidad

Valor NOC en el inicio: 2 (sustancialmente comprometido)

Valor del objetivo del resultado: 4 (ligeramente comprometido)

Dicho en el lenguaje tradicional, el objetivo se leería: «El paciente tendrá una movilidad mejor, manifestada por su capacidad para transferirse independientemente y caminar con dispositivo de ayuda (andador) y para moverse con facilidad».

TABLA 13-2 Resultados deseados de los diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESPUESTAS SALUDABLES OPUESTAS (OBJETIVOS)	RESULTADOS DESEADOS: EL PACIENTE
<i>Deterioro de la movilidad física:</i> incapacidad para soportar el peso sobre la pierna izquierda relacionada con inflamación de la articulación de la rodilla	Mejora de la movilidad Capacidad para apoyar el peso sobre la pierna izquierda	Camina con muletas al final de la semana. Se sujeta sin ayuda al final del mes.
<i>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias</i> relacionada con escaso esfuerzo para la tos, secundario a dolor en incisión y miedo a dañarse los tejidos	Limpieza eficaz de las vías respiratorias	Tiene los pulmones limpios a la auscultación durante todo el período postoperatorio. No tiene palidez ni cianosis cutánea a las 12 horas de la operación. En las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica muestra un buen esfuerzo para la tos.

TABLA 13-3 Ejemplos de un resultado estandarizado del paciente (NOC)

Dominio I: salud funcional

Clase C: movilidad

Resultado: movilidad [0208]

Definición: capacidad para moverse de forma resuelta en ambiente propio, independientemente, con o sin dispositivo de ayuda

PUNTAJACIÓN GENERAL DE MOVILIDAD	PUNTAJACIÓN GENERAL DE MOVILIDAD				
	MUY REDUCIDO	SUSTANCIALMENTE REDUCIDO	MODERADAMENTE REDUCIDO	LIGERAMENTE REDUCIDO	SIN REDUCIR
INDICADORES					
Equilibrio	1	2	3	4	5
Coordinación	1	2	3	4	5
Modo de andar	1	2	3	4	5
Movimiento muscular	1	2	3	4	5
Movimiento articular	1	2	3	4	5
Colocación del cuerpo	1	2	3	4	5
Transferencia	1	2	3	4	5
Carrera	1	2	3	4	5
Salto	1	2	3	4	5
Gateo	1	2	3	4	5
Ambulación	1	2	3	4	5
Movimiento con facilidad	1	2	3	4	5

Tomado de *Nursing Outcomes and Classification (NOC)*, 4th ed. (p. 502), by S. Moorhead, M. Johnson, M. L. Maas, and E. Swanson, Eds., 2008, St. Louis, MO: Mosby. Reproducido con autorización.

Propósito de los objetivos/resultados deseados

Aunque los objetivos y los resultados no coinciden necesariamente como concepto, algunas personas utilizan ambos términos de forma indistinta. En referencia a la NOC, los objetivos pueden cumplirse o no, mientras que el progreso hacia los resultados puede describirse a lo largo de un espectro continuo y en comparación con los estados anteriores (Moorhead et al., 2008). Los objetivos/resultados deseados sirven a los siguientes propósitos:

1. **Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería.** Las ideas para las intervenciones llegan con más facilidad si los resultados deseados establecen clara y específicamente lo que el profesional de enfermería espera conseguir.
2. **Sirven de criterio para evaluar el progreso del paciente.** Aunque elaborados en el paso de planificación del proceso de enfermería, los resultados deseados sirven de criterio para juzgar la eficacia de las intervenciones de enfermería y el progreso del paciente en el paso de evaluación (v. capítulo 14 ,).
3. **Capacitan al paciente y al profesional de enfermería para determinar cuándo se ha resuelto el problema.**
4. **Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro.** A medida que se cumplen los objetivos, el paciente y el profesional de enfermería pueden ver que sus esfuerzos han merecido la pena. Esto proporciona motivación para continuar siguiendo el plan, en especial cuando es necesario realizar cambios difíciles del estilo de vida.

Objetivos a corto y largo plazo

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Un objetivo a corto plazo sería «el paciente elevará el brazo derecho hasta la altura del hombro el viernes». En el mismo contexto, un objetivo/resultado a largo plazo sería «el paciente recuperará el uso completo en 6 semanas». Los objetivos a corto plazo son útiles para pacientes que: a) exigen asistencia de salud durante un período corto, o b) se sienten

frustrados por los objetivos a largo plazo que parecen difíciles de alcanzar y que necesitan la satisfacción de conseguir un objetivo a corto plazo. En el marco de la asistencia de pacientes con procesos agudos, gran parte del tiempo del profesional de enfermería se dedica a las necesidades inmediatas del paciente, de manera que la mayoría de los objetivos es a corto plazo. Pero los pacientes en este marco también precisan objetivos/resultados a largo plazo que guíen la planificación de su alta a instituciones de estancias largas o a una asistencia domiciliar, en especial en el ambiente de la asistencia gestionada. Los resultados se usan a menudo en pacientes que viven en casa y tienen problemas de salud crónicos y en pacientes que viven en residencias, instituciones de estancias prolongadas y centros de rehabilitación.

Relación entre los objetivos/resultados deseados y los diagnósticos de enfermería

Los objetivos y resultados derivan de los diagnósticos de enfermería del paciente, sobre todo de la etiqueta diagnóstica. La etiqueta diagnóstica contiene la respuesta morbosa; establece qué debería cambiar. Por ejemplo, si el diagnóstico de enfermería es *Riesgo de déficit de volumen de líquidos* relacionado con diarrea o ingestión inadecuada secundaria a náuseas, la expresión del objetivo esencial sería:

El paciente restablecerá el equilibrio hídrico, manifestado por una diuresis y pérdidas fecales equilibradas con la ingestión de líquidos, una turgencia cutánea normal y mucosas húmedas.

En este ejemplo, un objetivo general (equilibrio hídrico) se establece como el opuesto al problema (*Riesgo de déficit de volumen de líquidos*) y después se sigue de una lista de resultados observables. Si se consiguen, los resultados probarán que el problema, el *Déficit de volumen de líquidos* se ha evitado.

Para todos los diagnósticos de enfermería, el profesional de enfermería debe escribir el resultado o resultados deseados que, cuando se

consiguen, demuestran directamente la resolución del problema. Cuando elabore los objetivos/resultados deseados, plante las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el problema del paciente?
2. ¿Cuál es la respuesta saludable opuesta?
3. ¿Qué aspecto tendrá el paciente o cómo se comportará si se consigue una respuesta saludable? (¿qué será capaz de ver, escuchar, medir, palpar, oler u observar de otro modo con mis sentidos?)
4. ¿Qué deberá hacer el paciente o cómo para demostrar la resolución del problema o la capacidad de que este se resolviera?

Componentes de la declaración del objetivo/resultado deseado

La declaración del objetivo/resultado deseado debe tener los siguientes cuatro componentes:

1. **Sujeto.** El sujeto, un nombre, es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente, como su pulso o diuresis. El sujeto se omite a menudo en los objetivos; se supone que el sujeto es el paciente a no ser que se indique otra cosa.
2. **Verbo.** El verbo especifica las acciones que debe realizar el paciente, por ejemplo, lo que el paciente va a hacer, aprender o experimentar. Deben usarse verbos que denoten conductas directamente observables, como *administrar*, *mostrar* o *caminar*. Véanse algunos ejemplos en el cuadro 13-1.
3. **Condiciones o modificadores.** Las condiciones o modificadores pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestra la conducta. Explican qué, dónde, cuándo o cómo. Por ejemplo:
Camina con la ayuda de un bastón (cómo).

CUADRO 13-1 Ejemplos de verbos de acción

Aplicar	Describir	Mover
Ayudar	Diferenciar	Nombrar
Beber	Dormir	Preparar
Comentar	Elegir	Respirar
Comparar	Enumerar	Reunir
Compartir	Explicar	Seleccionar
Comunicar	Girar	Sentarse
Declarar	Hablar	Transferir
Definir	Identificar	Verbalizar
Demostrar	Injectar	

Tras acudir a dos clases de grupo sobre la diabetes, enumera signos y síntomas de la diabetes (cuándo).
Cuando llega a casa, mantiene el peso al nivel existente (dónde).
Comenta la pirámide de los alimentos y las raciones diarias recomendadas (qué).

No es necesario incluir las condiciones si el criterio de realización indica claramente lo que se espera.

4. **Criterio de realización deseada.** El criterio indica el estándar con el que se evalúa la realización o el nivel en el cual el paciente realizará la conducta especificada. Estos criterios pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad. Para establecer un criterio de consecución en el tiempo, el profesional de enfermería debe preguntar «¿cuánto tiempo?». Para establecer un criterio de precisión, el profesional de enfermería pregunta «¿qué tal?». De forma análoga, el profesional de enfermería pregunta «¿hasta dónde?» y «¿cuál es el estándar esperado?» para establecer los criterios de distancia y calidad, respectivamente. Son ejemplos:
Pesaba 75 kg en abril (tiempo).
Enumera cinco de los seis signos de la diabetes (precisión).
Camina una manzana diaria (tiempo y distancia).
Administra insulina usando una técnica aséptica (calidad).

La tabla 13-4 ilustra el formato que debe usarse para escribir los resultados. La tabla 13-5 enumera los resultados deseados que se elaboraron para Amanda Aquilini.

Directrices para escribir los objetivos/resultados deseados

Las siguientes guías pueden ayudar a los profesionales de enfermería a escribir objetivos y resultados deseados útiles:

1. Escribir los objetivos y resultados en términos de respuestas del paciente, no de actividades de enfermería. Comenzar cada declaración de objetivos con *el paciente hará* puede ayudar a centrarse en el objetivo de las conductas del paciente y sus respuestas. Evitar declaraciones que comiencen con *hacer capaz, facilitar, permitir, dejar* o verbos análogos seguidos de las palabras *al paciente*. Estos verbos indican lo que el profesional de enfermería espera conseguir, no lo que el paciente hará.
Correcto: El paciente beberá 100 ml de agua a la hora (conducta del paciente).
Incorrecto: Mantener hidratado al paciente (acción de enfermería).
2. Asegurarse de que los resultados deseados son realistas para las capacidades y limitaciones del paciente y para el tiempo designa-

TABLA 13-4 Componentes de los objetivos/resultados deseados

SUJETO	VERBO	CONDICIONES/MODIFICADORES	CRITERIOS DE RENDIMIENTO DESEADO
Paciente	bebe	2.500 ml de líquido	diario (tiempo)
Paciente	administra	dosis correcta de insulina	uso de técnica aséptica (estándar de calidad)
Paciente	enumera	tres riesgos del tabaco	(precisión indicada por «tres riesgos»)
Paciente	recuerda	cinco síntomas de la diabetes	(precisión indicada por «cinco síntomas») antes del alta (tiempo)
Paciente	camina	la longitud del pasillo sin bastón	la fecha del alta (tiempo)
Tobillo del paciente	mide	menos de 25 cm de circunferencia	en 48 horas (tiempo)
Paciente	realiza	ejercicios en ADM con la pierna como se le ha enseñado	cada 8 horas (tiempo)
Paciente	identifica	alimentos ricos en sal de una lista	antes del alta (tiempo)
Paciente	declara	los objetivos de sus medicamentos	antes del alta (tiempo)

TABLA 13-5 Resultados deseados para Amanda Aquilini

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA*

Limpeza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con secreciones viscosas y expansión superficial del tórax secundaria a déficit de volumen de líquidos, dolor y fatiga

Déficit de volumen de líquidos: ingestión insuficiente para reponer pérdida de líquido relacionada con vómitos, fiebre y diaforesis

Ansiedad relacionada con dificultad para respirar y preocupación sobre las funciones laboral y parental

Riesgo de interrupción de procesos familiares relacionado con enfermedad de la madre y falta de disponibilidad temporal del padre para cuidar a la niña

Desequilibrio nutricional: por defecto relacionado con reducción del apetito, náuseas y aumento del metabolismo secundario a proceso morboso

Déficit del autocuidado: baño/higiene relacionado con intolerancia a la actividad secundaria a la limpieza de las vías respiratorias y a la alteración de los patrones del sueño

Alteración del patrón de sueño relacionada con tos, dolor, ortopnea y diaforesis

DECLARACIONES DE OBJETIVO (NOC)/RESULTADOS DESEADOS

Estado respiratorio: intercambio gaseoso [0402], manifestado por:

- Falta de palidez y cianosis (piel y mucosas)
 - Uso de técnica de respiración/tos adecuada tras instrucción
 - Tos productiva
 - Excursión simétrica torácica de al menos 4 cm
- En 48-72 horas siguientes:
- Pulmones limpios a la auscultación
 - Respiraciones 12-22/min, pulso menor de 100 latidos/min
 - Inhala volumen normal de aire en espirómetro incentivador

Equilibrio hídrico [0601], manifestado por:

- Diuresis mayor de 30 ml/h vómitos
- Densidad específica de la orina 1.005-1.025
- Buena turgencia cutánea
- Mucosas húmedas
- Declara la necesidad de ingestión oral de líquido

Control de la ansiedad [1402], manifestado por:

- Escucha y sigue las instrucciones para una técnica correcta de respiración y tos, incluso durante períodos de disnea
- Verbaliza la comprensión del trastorno, las pruebas diagnósticas y los tratamientos (al final del día)
- Reduce su comunicación de miedo y ansiedad; ninguna en 12 horas
- Voz estable, no temblorosa
- Frecuencia respiratoria de 12-22/min
- Expresa libremente preocupaciones y posibles soluciones sobre las funciones laboral y parental

Afrontamiento familiar [2600], manifestado por:

- Dice que se han hecho disposiciones satisfactorias para el cuidado de la niña
- La paciente y su marido se comunican eficazmente y trabajan juntos para solucionar los problemas
- Los miembros de la familia expresan sentimientos y se proporcionan apoyo mutuo

Estado nutricional: ingestión de nutrientes [1009], manifestado por:

- Consume al menos el 85% de cada comida
- Mantiene el peso presente
- Verbaliza la importancia de una nutrición adecuada
- Verbaliza el aumento del apetito

Autocuidado: actividades de la vida diaria [0300], manifestado por:

- Camina hasta el baño sin disnea, fatiga, respiración ineficaz o insuficiente
- En las 24 horas siguientes, se lava con ayuda en la cama; en las 48 horas siguientes, se lava con ayuda en el lavabo; en las 72 horas siguientes, se lava en la ducha sin disnea
- Comunica satisfacción y bienestar con las necesidades higiénicas

Sueño [0004], manifestado por:

- Sueño observado en rondas nocturnas
- Dice que se siente descansada
- No experimenta ortopnea

*Los diagnósticos de enfermería se enumeran en orden de prioridad.

do, si se indica. Las limitaciones son recursos económicos, equipo, apoyo familiar, servicios sociales, condición física y mental y tiempo. Por ejemplo, el resultado «mide la insulina de forma precisa» puede no ser realista para un paciente con mala visión debido a unas cataratas.

3. Asegurarse de que los objetivos y resultados deseados son compatibles con los tratamientos de los otros profesionales. Por ejem-

plo, el resultado «el paciente aumentará el tiempo fuera de la cama en 15 minutos al día» no es compatible con el reposo en cama prescrito por el médico.

4. Asegurarse de que todos los objetivos derivan solo de un diagnóstico de enfermería. Por ejemplo, el objetivo «el paciente aumentará la cantidad de nutrientes ingeridos y progresará en la capacidad de alimentarse por sí mismo» deriva de dos diagnósticos de

enfermería: *Déficit del autocuidado (alimentación) y Desequilibrio nutricional: por defecto*. Mantener la declaración del objetivo relacionada con un solo diagnóstico facilita la evaluación de la asistencia al asegurar que las intervenciones de enfermería planificadas están claramente relacionadas con el diagnóstico.

5. Usar términos mensurables y observables para los resultados. Evitar palabras que sean vagas y exijan una interpretación o juicio por parte del observador. Por ejemplo, frases como *aumento diario del ejercicio* y *mejora del conocimiento de la nutrición* pueden significar cosas diferentes para personas diferentes. Si se usan en los resultados, estas frases pueden llevar a desacuerdo sobre si el resultado se consiguió. Estas frases pueden ser adecuadas para un objetivo amplio, pero no son suficientemente claras ni específicas para guiar al profesional de enfermería cuando se evalúan las respuestas del paciente.
6. Asegurarse de que el paciente considere los objetivos/resultados deseados importantes y valiosos para él. Algunos resultados, como los de problemas relacionados con la autoestima, la crianza de los hijos y la comunicación, implican elecciones que es mejor que haga el paciente o hacerlas en colaboración con él.

Algunos pacientes pueden saber qué desean conseguir con respecto a su problema de salud; otros pueden desconocer todos los posibles resultados. El profesional de enfermería debe escuchar activamente al paciente para determinar valores personales, objetivos y resultados deseados en relación con las preocupaciones actuales sobre la salud. Los pacientes suelen estar motivados y emplean la energía necesaria en alcanzar objetivos que consideran importantes. Véase «Plan asistencial de enfermería» en las páginas 231-232 para consultar los resultados deseados de tres diagnósticos de enfermería de Amanda Aquilini.

Selección de intervenciones y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.

Cuando no es posible cambiar los factores causales, el profesional de enfermería elige intervenciones que traten los signos y síntomas o las características definidoras de la terminología de la *NANDA International* (2009). Ejemplos de esta situación serían *Dolor* relacionado con la incisión quirúrgica y *Ansiedad* relacionada con el desconocimiento de la causa.

Las intervenciones de los diagnósticos de enfermería de riesgo deben centrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del paciente, que también se encuentran en la segunda cláusula. La identificación correcta de la causa durante la fase de diagnóstico proporciona la base para elegir intervenciones de enfermería satisfactorias. Por ejemplo, la etiqueta diagnóstica *Intolerancia al ejercicio* puede tener varias causas: dolor, debilidad, estilo de vida sedentario, ansiedad o arritmias cardíacas. Las intervenciones variarán en función de la causa del problema.

Tipos de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería se identifican y escriben durante la fase de planificación del proceso de enfermería; pero en realidad se realizan durante la fase de aplicación. Las intervenciones de enfermería comprenden la asistencia directa y la indirecta, así como los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería, iniciadas por el

médico y otros tratamientos iniciados por el proveedor. La asistencia directa es una intervención realizada por el profesional de enfermería a través de la interacción con el paciente. La atención indirecta es una intervención delegada por el profesional de enfermería en otra persona o realizada en otro lugar, pero en nombre del paciente, como una colaboración o tratamiento interdisciplinar del entorno asistencial.

Las **intervenciones interdependientes** son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales de la salud. Recordar del capítulo 12 **∞** que los diagnósticos de enfermería son problemas del paciente que pueden tratarse sobre todo mediante intervenciones de enfermería independientes. Al realizar una actividad autónoma, el profesional de enfermería determina que el paciente requiere ciertas intervenciones de enfermería, que bien realiza o delega en otros profesionales, y es responsable de la decisión y de las acciones. Un ejemplo de acción independiente es la planificación y proporción de asistencia oral especial a un paciente después de diagnosticarle un *Deterioro de la mucosa oral*.

Las **intervenciones dependientes** son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión de un médico u otro proveedor de cuidados de salud con autorización para escribir órdenes para los profesionales de enfermería. Las órdenes del médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería para que administre medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. Con el paciente, el profesional de enfermería es responsable de la valoración de la necesidad de las órdenes médicas, de su explicación y de su administración. Las intervenciones de enfermería pueden escribirse para individualizar la orden médica en función del estado del paciente. Por ejemplo, para una orden médica de «ambulancia progresiva, según tolerancia», un profesional de enfermería podría escribir lo siguiente:

1. Sentarse a los pies de la cama durante 5 minutos, 12 horas después de la operación.
2. Mantenerse de pie al lado de la cama 24 horas después de la operación; observar la aparición de palidez, mareo y debilidad.
3. Comprobar pulso antes y después de caminar. No continuar si el pulso es mayor de 110.

Las **intervenciones conjuntas** son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo de salud, como los fisioterapeutas, los trabajadores sociales, los dietistas y los médicos. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal de salud. Por ejemplo, el médico podría ordenar fisioterapia para enseñar al paciente a caminar con muletas. El profesional de enfermería sería responsable de informar al departamento de fisioterapia y de coordinar la asistencia del paciente para incluir las sesiones de fisioterapia. Este profesional puede ayudar al paciente a andar con los bastones y colaborar con el fisioterapeuta para valorar el progreso de dicho paciente.

El tiempo empleado por el profesional de enfermería en sus funciones independientes respecto a las conjuntas o dependientes varía en función del área clínica, el tipo de institución y la posición específica del profesional de enfermería.

Consideración de las consecuencias de cada intervención

Para cada objetivo de enfermería pueden identificarse varias intervenciones. La tarea del profesional de enfermería es elegir aquella que tiene más probabilidades de conseguir los resultados deseados del

paciente. El profesional de enfermería comienza considerando los riesgos y beneficios de cada intervención. Una intervención puede tener más de una consecuencia. Por ejemplo, «proporcionar información precisa» podría dar lugar a las siguientes conductas del paciente.

- Aumento de la ansiedad
- Reducción de la ansiedad
- Deseo de hablar con el médico
- Cooperación
- Relajación

La determinación de las consecuencias de cada intervención exige conocimientos y experiencia en enfermería. Por ejemplo, la experiencia puede indicar que proporcionar información la noche anterior a la intervención quirúrgica del paciente puede aumentar su preocupación y tensión, mientras que mantener los rituales habituales antes del sueño resulta más eficaz. El profesional de enfermería podría considerar entonces proporcionar información varios días antes de la operación.

Criterios para la elección de las intervenciones de enfermería

Tras considerar las consecuencias de las intervenciones de enfermería alternativas, el profesional de enfermería elige una o más que es probable que sean más eficaces. Aunque este basa su decisión en su conocimiento y experiencia, la información del paciente es importante.

Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a elegir las mejores intervenciones de enfermería. El plan debe:

- Ser seguro y apropiado para la edad, salud y condición del paciente.
- Ser alcanzable con los recursos disponibles. Por ejemplo, un profesional de enfermería domiciliario podría desear incluir una intervención para un paciente anciano para «comprobar la glucemia a diario». Para que eso ocurra, el paciente debe tener una visión, conocimiento y memoria intactos con el fin de hacerlo de forma independiente, y contar con un familiar que pueda ayudarle en la tarea o con acceso a visitas diarias asépticas de un profesional de enfermería de atención domiciliaria.
- Ser coherente con los valores, creencias y cultura del paciente.
- Ser congruente con otros tratamientos (p. ej., si al paciente no se le permite tomar alimentos, la estrategia de una merienda debe diferirse hasta que la salud lo permita).
- Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes (es decir, basadas en un fundamento). Para consultar ejemplos de fundamentos, véase «Plan asistencial de enfermería de Amanda Aquilini» en las páginas 231-232.
- Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales (*American Nurses Association*) y las normas de la institución. Muchas instituciones tienen normas que guían las actividades de los profesionales de la salud y salvaguardan a los pacientes. Las reglas en cuanto a las horas de visita o los procedimientos a seguir cuando un paciente sufre una parada cardíaca son ejemplos de ello. Si una norma no beneficia a los pacientes, los profesionales de enfermería deben hacerlo saber a las personas adecuadas y facilitar una modificación de la política en cuestión.

Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas

Tras escoger las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las escribe en el plan asistencial. Véanse ejemplos de

intervenciones de enfermería para Amanda Aquilini en el «Plan asistencial de enfermería de Amanda Aquilini» en las páginas 231-232.

Las intervenciones de enfermería en el plan asistencial se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales. En una unidad de cuidados intensivos, por ejemplo, el plan asistencial se monitorizará y revisará continuamente. En una clínica comunitaria puede haber revisiones semanales o bimensuales.

El formato de escritura de las intervenciones es parecido al de los resultados: verbo, condiciones y modificadores más el elemento temporal. La acción del verbo comienza la intervención y debe ser precisa. Por ejemplo, «explicar (al paciente) las acciones de la insulina» es una declaración más precisa que «hablar (al paciente) sobre la insulina». «Medir y registrar la circunferencia del tobillo todos los días a las 9:00 horas» es más preciso que «valorar el edema del tobillo izquierdo a diario». A veces, un modificador del verbo puede hacer que la intervención de enfermería sea más precisa. Por ejemplo, «colocar un vendaje firme en espiral en la parte inferior de la pierna izquierda» es más preciso que «colocar un vendaje en espiral en la pierna izquierda».

El elemento temporal responde al cuándo, cuánto tiempo y con qué frecuencia debe tener lugar la acción de enfermería. Ejemplos son «ayudar al paciente en la bañera a las 7:00 todos los días» y «administrar analgésicos 30 minutos antes de la fisioterapia».

En algunos marcos, la intervención (y otras secciones del plan asistencial de enfermería) se firman. La firma del profesional de enfermería que prescribe la intervención muestra su responsabilidad y tiene relevancia legal.

Relación entre las intervenciones de enfermería y el estado del problema

Dependiendo del tipo de problema del paciente, el profesional de enfermería escribe las intervenciones para la observación, la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud.

Las *observaciones* incluyen las valoraciones hechas para determinar si va a aparecer una complicación, y la observación de las respuestas del paciente a los tratamientos de enfermería y de otro tipo. El profesional de enfermería debe escribir las observaciones para los problemas reales y para los que está en situación de riesgo. Algunos ejemplos son «auscultar los pulmones/8 horas», «observar la aparición de enrojecimiento en el sacro/2 horas» y «registrar ingresos y pérdidas cada hora».

Las *intervenciones preventivas* prescriben la asistencia necesaria para evitar complicaciones o reducir los factores de riesgo. Son necesarias sobre todo para posibles diagnósticos de enfermería y problemas conjuntos. Son ejemplos «cambiar la posición, tos y respiraciones profundas/2 horas» (evita complicaciones respiratorias) y «mantener las barandillas de la cama elevadas y la cama en posición baja» (minimiza las posibilidades de que el paciente se caiga de la cama o se lesione si se golpea contra las barandillas).

Los *tratamientos* comprenden la educación, las remisiones, la fisioterapia y otros cuidados necesarios para un diagnóstico de enfermería actual. Algunas intervenciones pueden ejercer acciones de prevención o tratamiento, dependiendo del estado del problema. En los ejemplos precedentes, «giro, tos y respiraciones profundas/2 horas» también puede destinarse a tratar un problema respiratorio existente.

Las *intervenciones para la promoción de la salud* son adecuadas cuando los pacientes no tienen problemas de salud o cuando el profesional de enfermería establece un diagnóstico de enfermería de bienestar. Este tipo de intervenciones de enfermería se centran en ayudar al paciente a identificar áreas de mejora que llevarán a un nivel superior de bienestar y a actualizar el potencial de salud general del pacien-

te. Ejemplos son «exponer la importancia del ejercicio diario» y «explorar las técnicas de estimulación del lactante».

Delegación de la aplicación

La determinación de si la delegación está o no indicada es otra actividad que tiene lugar durante la fase de planificación del proceso de enfermería. Mientras se eligen y escriben intervenciones de enfermería sobre el plan asistencial del paciente, el profesional de enfermería debe también determinar quién realizará en realidad la intervención. La *American Nurses Association* y el *National Council of State Boards of Nursing* (2006) definen la delegación como «el proceso de un profesional de enfermería de dirigir a otra persona para que realice las tareas y actividades de enfermería» (p. 1). La capacidad de delegar la asistencia del paciente y de asignar tareas es una habilidad vital para los profesionales de enfermería diplomados porque muchas instituciones de salud usan personal auxiliar (p. ej., profesional de enfermería de prácticas y auxiliares no diplomados). Para hacer una delegación adecuada, el profesional de enfermería debe emparejar las necesidades del paciente y la familia con las habilidades y conocimiento de los cuidadores disponibles. Esto exige conocer la base, la experiencia, el contenido, las habilidades y las fortalezas de cada persona, y comprender qué tareas están o no dentro del ámbito legal de práctica.

El profesional de enfermería tiene varias responsabilidades en la delegación. Entre ellas se incluye una delegación apropiada de las obligaciones (es decir, imponer deberes a las personas dentro del ámbito de la práctica y de las capacidades y en las circunstancias adecuadas) y una labor apropiada de dirección, comunicación y supervisión del personal para el que se realiza la delegación o la asignación. El profesional de enfermería diplomado puede delegar ciertas tareas a personas no diplomadas, pero no puede asignar la responsabilidad por la asistencia de enfermería completa. El profesional de enfermería diplomado es responsable de comprobar que las tareas delegadas se realizan adecuadamente. El personal auxiliar puede realizar tareas como medir los ingresos y pérdidas de líquidos, pero el profesional de enfermería diplomado sigue siendo responsable de analizar los datos, planificar la asistencia y evaluar los resultados. Como no hay modelos universales para la formación de personal no diplomado, los profesionales de enfermería deben asumir a menudo la responsabilidad de

complementar la formación que estos miembros del personal han recibido (v. también capítulo 28 ∞).

Clasificación de las intervenciones de enfermería

Además de los esfuerzos de la NANDA por estandarizar el lenguaje para describir los problemas que requieren una asistencia de enfermería y crear una taxonomía de etiquetas estandarizadas del resultado obtenido en el paciente, los investigadores de enfermería también reconocen la necesidad de contar con un lenguaje estandarizado que describa las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan. En 1992 se publicó por primera vez una taxonomía de las intervenciones de enfermería llamada **clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)**, del inglés *Nursing Interventions Classification*, elaborada por el *Iowa Intervention Project*, y se ha actualizado cada 4 años desde entonces. Esta taxonomía consta de tres niveles: nivel 1, dominios; nivel 2, clases, y nivel 3, intervenciones. La tabla 13-6 muestra los siete dominios y 30 clases de intervenciones dentro de la taxonomía.

Se han elaborado más de 542 intervenciones (nivel 3). Como los diagnósticos de la NANDA, cada intervención establecida de forma amplia incluye una etiqueta (nombre), una definición y una lista de actividades que perfilan las acciones clave de los profesionales de enfermería en el desempeño de la intervención. Por ejemplo, la intervención del nivel 3 «toque» es una de las diversas intervenciones elaboradas dentro del dominio «conductual» y su clase denominada «ayuda al afrontamiento» (cuadro 13-2).

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnóstico de enfermería del paciente para ver qué intervenciones de enfermería se aconsejan. Pero todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente. Por ejemplo, el diagnóstico de enfermería *Alteración del patrón de sueño* tiene 10 intervenciones de la NIC para la resolución del problema y 18 intervenciones opcionales adicionales.

CUADRO 13-2 Ejemplo de una etiqueta de intervención de enfermería de la NIC

INTERVENCIÓN: TACTO [5460]

DEFINICIÓN: proporcionar bienestar y comunicación a través de un contacto táctil con un propósito

ACTIVIDADES:

- Observar tabúes culturales sobre el contacto.
- Dar un abrazo tranquilizador.
- Poner el brazo alrededor de los hombros del paciente, cuando sea adecuado.
- Sujetar la mano del paciente para proporcionar apoyo emocional.
- Aplicar una presión suave en la muñeca, la mano o el hombro del paciente muy enfermo.
- Frotar la espalda en sincronía con la respiración del paciente, cuando sea adecuado.
- Tocar una parte del cuerpo de una forma rítmica y lenta, cuando sea adecuado.
- Efectuar un masaje alrededor de una zona dolorosa, cuando sea adecuado.
- Obtener de los padres acciones comunes usadas para calmar y tranquilizar a sus hijos.

- Sujetar al lactante o al niño firme y acogedoramente.
- Alentar a los padres a que toquen al recién nacido o al niño enfermo.
- Rodear al niño prematuro con rollos de manta (nido).
- Envolver al lactante de forma acogedora en una manta para mantener los brazos y las piernas pegados al cuerpo.
- Colocar al lactante sobre el cuerpo de la madre nada más nacer.
- Animar a la madre a que toque, sujete y examine al niño mientras se corta el cordón umbilical.
- Animar a los padres a coger al lactante.
- Animar a los padres a masajear al lactante.
- Enseñar técnicas tranquilizadoras para los lactantes.
- Proporcionar el chupete adecuado para el chupeteo no nutricional en los recién nacidos.
- Proporcionar ejercicios de estimulación oral antes de alimentar con sonda a los lactantes prematuros.

Tomado de *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 5th ed. (p. 756), by G. M. Bulechek, H. K. Butcher, and J. C. Dochterman, Eds., 2008, St. Louis, MO: Mosby Elsevier. Reproducido con autorización.

TABLA 13-6 Taxonomía de la NIC

NIVEL 1: DOMINIOS

Dominio 1

Fisiológico: básico

Cuidado que apoya la función física

Dominio 2

Fisiológico: complejo

Cuidado que apoya la regulación homeostática

Dominio 3

Conductual

Cuidado que apoya la función psicossocial y facilita cambios en el estilo de vida

Dominio 4

Seguridad

Cuidado que apoya la protección frente a las lesiones

Dominio 5

Familia

Cuidado que apoya la unidad familiar

Dominio 6

Sistema de salud

Cuidado que apoya el uso eficaz del sistema de asistencia de salud

Dominio 7

Comunidad

Cuidado que apoya la salud de toda la comunidad

NIVEL 2: CLASES (CON LETRAS PARA UNA CONSULTA CRUZADA)

- A. Manejo de la actividad y del ejercicio: intervenciones para organizar o ayudar con la actividad física y la conservación y gasto de la energía.
- B. Tratamiento de la evacuación: intervenciones para establecer y mantener patrones de evacuación intestinal y urinaria regular y tratar las complicaciones debidas a los patrones alterados
- C. Tratamiento de la inmovilidad: intervenciones para tratar el movimiento corporal restringido y sus secuelas
- D. Apoyo nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional
- E. Promoción de la comodidad física: intervenciones para modificar o mantener la comodidad usando técnicas físicas
- F. Facilitación de los autocuidados: intervenciones para proporcionar o asistir en las actividades habituales de la vida diaria
- G. Tratamiento de los electrolitos y acidobásico: intervenciones para regular el equilibrio electrolítico/acidobásico y evitar complicaciones
- H. Tratamiento farmacológico: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los fármacos
- I. Tratamiento neurológico: intervenciones para optimizar las funciones neurológicas
- J. Cuidado perioperatorio: intervenciones para prestar asistencia antes, durante e inmediatamente después de la intervención quirúrgica
- K. Tratamiento respiratorio: intervenciones para favorecer la permeabilidad de las vías respiratorias y el intercambio gaseoso
- L. Tratamiento de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restaurar la integridad tisular
- M. Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de límites normales
- N. Tratamiento de la perfusión tisular: intervenciones para optimizar la circulación de sangre y líquidos al tejido
- O. Tratamiento conductual: intervenciones para reforzar o promover conductas deseables o alterar conductas indeseables
- P. Tratamiento cognitivo: intervenciones para reforzar o promover la función cognitiva deseable o alterar funciones cognitivas indeseables
- Q. Refuerzo de la comunicación: intervenciones para facilitar el envío y recepción de mensajes verbales y no verbales
- R. Ayuda al afrontamiento: intervenciones para ayudar a otro a construir sus propias fortalezas, adaptarse a cambios en la función o conseguir un nivel más alto de función
- S. Educación del paciente: intervenciones para facilitar el aprendizaje
- T. Promoción del bienestar psicológico: intervenciones para promover el bienestar usando las técnicas psicológicas
- U. Manejo de las crisis: intervenciones para proporcionar ayuda inmediata a corto plazo en las crisis psicológicas y fisiológicas
- V. Manejo del riesgo: intervenciones para iniciar actividades de reducción del riesgo y continuar vigilando los riesgos en el tiempo
- W. Cuidados durante el parto: intervenciones para ayudar a la comprensión y el afrontamiento con los cambios psicológicos y fisiológicos que se producen durante el periodo del parto
- X. Asistencia en el cuidado de los niños: intervenciones para ayudar a la cría de los niños
- Y. Cuidados a lo largo de la vida: intervenciones para facilitar la función de la unidad familiar y favorecer la salud y bienestar de los miembros de la familia a lo largo de la vida
- Z. Mediación en el sistema de salud: intervenciones para facilitar la relación entre el paciente/familia y el sistema de prestación de asistencia de salud
- a. Manejo del sistema de salud: intervenciones para proporcionar servicios de apoyo para la prestación de asistencia y su fomento
- b. Manejo de la información: intervenciones para facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud
- c. Promoción de la salud en la comunidad: intervenciones para promover la salud de toda la comunidad
- d. Manejo del riesgo en la comunidad: intervenciones para ayudar a detectar o prevenir los riesgos para la comunidad

Cuando se planifica y registra la asistencia en una institución que usa la taxonomía de la NIC, el profesional de enfermería elige la etiqueta amplia de la intervención (p. ej., tacto). No todas las actividades aconsejadas para la intervención serán necesarias en todos los pacientes, por lo que el profesional de enfermería elige las actividades adecuadas para el paciente y las individualiza para que se ajusten a los materiales, equipo y otros recursos disponibles en la institución. Cuan-

do se escriben intervenciones de enfermería individualizadas en un plan asistencial, el profesional de enfermería debe registrar actividades adaptadas en lugar de etiquetas de intervención amplias.

La taxonomía de la NIC aporta muchos beneficios a los profesionales de enfermería, los educadores de enfermería, los administradores de enfermería y a la profesión de la enfermería en general (cuadro 13-3).

CUADRO 13-3 Beneficios de una intervención estandarizada

- Ayuda a demostrar la influencia que los profesionales de enfermería tienen sobre el sistema de prestación de asistencia de salud.
- Estandariza y define la base de conocimientos para las materias y práctica de la enfermería.
- Facilita la selección adecuada de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería con otros profesionales de enfermería y otros profesionales.
- Capacita a los investigadores a analizar la eficacia y costo de la asistencia de enfermería.
- Ayuda a los educadores a elaborar el conjunto de materias que mejor se articule con la práctica clínica.
- Facilita la educación de la toma de decisiones clínicas en los profesionales de enfermería principiantes.
- Ayuda a los administradores a planificar de una forma más eficaz las necesidades de personal y equipo.
- Promueve el desarrollo de un sistema de reembolso para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de la enfermería al público.

Tomado de *Nursing Process & Critical Thinking*, 4th ed. (p. 333), by J. M. Wilkinson, 2007. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Adaptado con autorización.

Consideraciones según la edad

Plan asistencial de enfermería

ANCIANOS

Cuando un paciente está en una institución de cuidados extendidos o de cuidados prolongados, las intervenciones y medicamentos no cambian a menudo día tras día. Es importante revisar el plan asistencial de forma regular, porque los cambios en el estado de los ancianos pueden ser sutiles y pasar desapercibidos. Esto se aplica a los cambios en la mejora o el deterioro. Cualquiera de ellos debería recibir atención de manera que puedan hacerse las revisiones adecuadas en los resultados e intervenciones esperados. Los resultados deben ser realistas y prestar atención al estado físico, estado emocional, sistemas de apoyo

y estado mental del paciente. Los resultados tienen que establecerse a menudo y esperar que se completen en pasos muy pequeños. Por ejemplo, un paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular puede pasar meses aprendiendo a cepillarse los dientes o a vestirse. Cuando se completan satisfactoriamente estos pequeños pasos, esto da al paciente la sensación de logro y le motiva a continuar trabajando en la mejora de los autocuidados. Este ejemplo en particular demuestra también la necesidad de trabajar en colaboración con otros departamentos, como el de fisioterapia y terapia ocupacional, para elaborar el plan asistencial de enfermería.

PLAN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA Amanda Aquilini

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con secreciones viscosas y expansión torácica superficial secundaria a volumen de líquidos deficiente, dolor y fatiga*

RESULTADOS DESEADOS*/INDICADORES

Estado respiratorio: intercambio gaseoso [O402], manifestado por:

- Falta de palidez y cianosis (piel y mucosas)
- Uso de técnica respiratoria/tos correcta tras instrucción
- Tos productiva
- Excursión torácica simétrica de al menos 4 cm

En 48-72 horas

- Pulmones limpios a la auscultación
- Respiraciones 12-22/min, pulso 100 latidos/min

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Monitorizar el estado respiratorio/4 h; frecuencia, profundidad, esfuerzo, color de la piel, mucosas, cantidad y color de esputo. Monitorizar resultados de gasometría, radiografías de tórax, pulsioximetría y volumen en espirómetro incentivador cuando esté disponible. Vigilar nivel de consciencia. Auscultar pulmones/4 h. Constantes vitales/4 h (TPR, PA, pulsioximetría, dolor).

Enseñar técnicas respiratorias y de tos. Recordar su realización y ayudar/3 h.

FUNDAMENTO

Identificar el progreso hacia el objetivo o las desviaciones. La Limpieza ineficaz de las vías respiratorias conduce a una mala oxigenación, manifestada por palidez, cianosis, obnubilación y somnolencia.

La oxigenación inadecuada y el dolor aumentan la frecuencia del pulso. La frecuencia respiratoria puede disminuir con los analgésicos opiáceos. La respiración superficial reduce más la oxigenación.

Capacitar al paciente para toser y expulsar secreciones. Puede necesitar fomento y apoyo por la fatiga y el dolor.

PLAN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA Amanda Aquilini (cont.)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias* relacionada con secreciones viscosas y expansión torácica superficial secundaria a volumen de líquidos deficiente, dolor y fatiga

RESULTADOS DESEADOS*/INDICADORES

- Inhalación de volumen normal de aire en espirómetro incentivador

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Administrar expectorante recetado; dosificar para máxima eficacia.
Mantener posición de Fowler y semi-Fowler.

Administrar analgésico recetado.
Notificar al médico de atención primaria si el dolor no se alivia.

Administrar oxígeno por cánula nasal como se ha prescrito. Proporcionar oxígeno portátil si el paciente sale de la unidad (p. ej., para un estudio radiográfico).
Ayudar al drenaje postural a diario a las 9:30.

Administrar el antibiótico recetado para mantener una concentración sanguínea constante. Observar en busca de exantemas y efectos digestivos o de otro tipo.

FUNDAMENTO

Ayuda a fluidificar las secreciones para que puedan expulsarse con la tos.

La fuerza de la gravedad permite una expansión pulmonar completa al reducir la presión del abdomen sobre el diafragma.

Controla el dolor pleurítico al bloquear las vías del dolor y alterar la percepción del dolor, lo que capacita al paciente a aumentar la expansión torácica. El dolor no aliviado puede señalar una complicación inminente.

El complemento de oxígeno ofrece una mayor disponibilidad de oxígeno aunque la paciente moviliza menos aire, lo que reduce el trabajo respiratorio.

La gravedad facilita el movimiento de secreciones hacia arriba a través de las vías respiratorias.

Resuelve la infección por un efecto bacteriostático o bactericida, dependiendo del tipo de antibiótico usado. Son necesarias concentraciones constantes para evitar que los patógenos se multipliquen. La alergia a los antibióticos es común.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Déficit de volumen de líquidos: ingestión insuficiente para reemplazar la pérdida de líquido* (v. el plan asistencial estandarizado para el déficit de volumen, figura 13-4).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Ansiedad* relacionada con dificultad para respirar y preocupación sobre las funciones laboral y parental.

RESULTADOS DESEADOS*/INDICADORES

Control de la ansiedad [1402], manifestado por:

- Escucha las instrucciones y las sigue para conseguir una técnica correcta de respiración y tos, incluso durante períodos de disnea
- Verbaliza la comprensión del trastorno, las pruebas diagnósticas y los tratamientos (al final del día)
- Reduce su comunicación de miedo y ansiedad
- Voz estable, no tiembla
- Frecuencia respiratoria de 12-22/min
- Expresa libremente sus preocupaciones y posibles soluciones sobre sus funciones laborales y parentales

Observar si su marido vuelve como se había previsto. Si no es así, instituir un plan asistencial para los *Interrupción de los procesos familiares* actuales

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Cuando la paciente está disneica, permanecer junto a ella; la tranquilizará que esté con ella.
Permanecer calmado, parecer confiado.
Alertar respiraciones lentas y profundas.

Cuando la paciente esté disneica, dar explicaciones cortas de los tratamientos y procedimientos.

Cuando el episodio agudo haya pasado, dar información detallada sobre la naturaleza del trastorno, el tratamiento y las pruebas.
A medida que la paciente lo tolere, animarla a expresar y expandir sus preocupaciones sobre su hija y su trabajo.
Explorar alternativas cuando sea necesario.

FUNDAMENTO

La presencia de un cuidador competente reduce el miedo a ser incapaz de respirar.

El control de la ansiedad ayudará a la paciente a mantener un patrón respiratorio eficaz.

*Al tranquilizar a la paciente, el profesional de enfermería puede ayudarla.
Centrarse en la respiración puede ayudar a la paciente a sentirse controlada y a reducir su ansiedad.
La ansiedad y el dolor interfieren con el aprendizaje. Conocer lo que debe esperar reduce su ansiedad.*

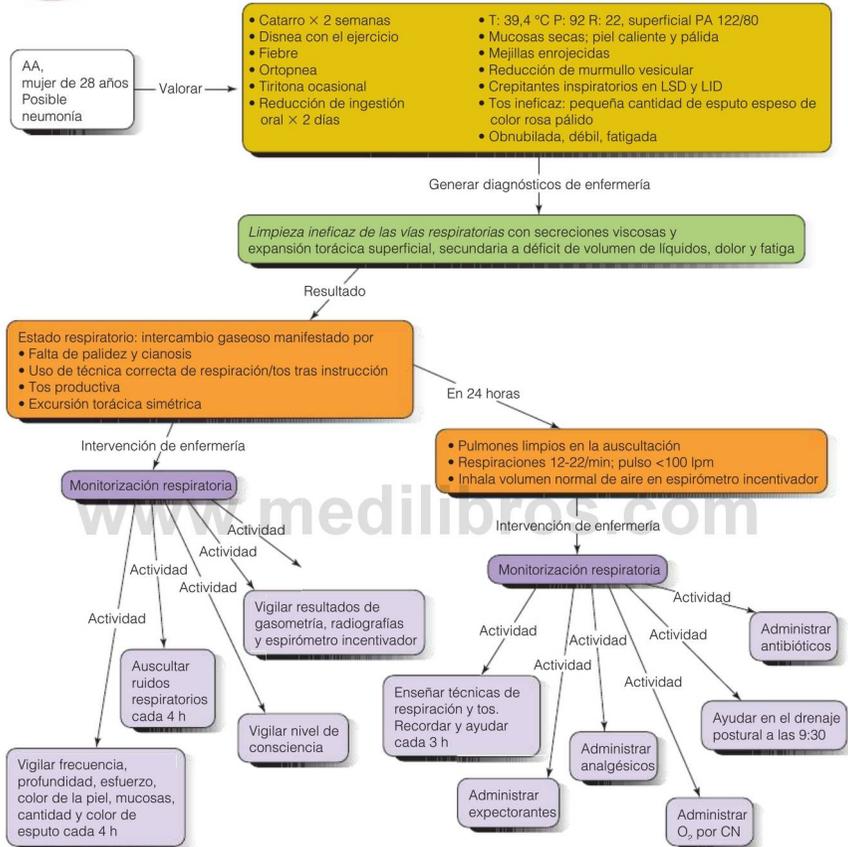
La consciencia del origen de la ansiedad capacita al paciente a obtener el control sobre ella. La ausencia continua del marido podría constituir una característica definidora para su diagnóstico de enfermería.

APLICACIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué suposiciones mantiene el profesional de enfermería cuando decide que usar un plan asistencial estandarizado para *Déficit de volumen de líquidos* es apropiado para esta paciente?
2. Identificar un resultado en el plan asistencial y su intervención de enfermería que contribuya a planificar la asistencia tras el alta. ¿Qué pruebas apoyan su elección?
3. Considerar cómo el profesional de enfermería comparte la elaboración del plan asistencial y de los resultados con la paciente.
4. No todas las intervenciones tienen un período o intervalo especificado. Puede estar implicado. ¿En qué circunstancias es aceptable esta práctica?
5. En la tabla 13-1, la *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias* es el diagnóstico de enfermería de Amanda con la máxima prioridad. ¿En qué circunstancias podría este diagnóstico tener solo una prioridad moderada en el caso de Amanda?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

MAPA DE CONCEPTOS



Capítulo 13 Revisión

PUNTOS CLAVE

- La planificación es el proceso de diseño de las actividades de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.
- La planificación implica al profesional de enfermería, al paciente, a las personas de apoyo y a otros cuidadores.
- La hospitalización para asistencias urgentes cortas exige una planificación cuidadosa para el alta.
- Los planes asistenciales estandarizados deben adaptarse y usarse con planes individualizados para cubrir las necesidades individuales del paciente.
- El plan asistencial de enfermería proporciona dirección para un cuidado individualizado del paciente.
- El proceso de planificación incluye el establecimiento de prioridades diagnósticas, el establecimiento de objetivos/resultados deseados, la selección de intervenciones y actividades de enfermería y la redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en el plan asistencial.
- A los diagnósticos de enfermería se les asignan prioridades altas, medias o bajas en consulta con el paciente, si su salud lo permite.
- Los objetivos/resultados deseados del paciente se usan para planificar las intervenciones de enfermería que conseguirán los cambios anticipados en el paciente.
- Se ha elaborado una taxonomía de declaraciones del resultado de enfermería, la clasificación de resultados de enfermería (NOC), para describir los estados, conductas o percepciones mensurables que responden a las intervenciones de enfermería. Cada una tiene una definición, una escala de medida y unos indicadores.
- Los resultados deseados describen las respuestas específicas y mensurables del paciente y ayudan al profesional de enfermería a evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería.
- Los objetivos/resultados deseados del paciente derivan de la primera cláusula del diagnóstico de enfermería.
- Las intervenciones de enfermería se centran en la causa o segunda cláusula del diagnóstico de enfermería.
- Las intervenciones de enfermería independientes son aquellas que el profesional de enfermería está autorizado a prescribir o delegar.
- La determinación de las consecuencias de cada estrategia de enfermería exige conocimiento y experiencia en enfermería.
- Se ha elaborado una taxonomía de intervenciones de enfermería denominada clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Estas intervenciones se han ligado a las etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. De forma análoga a los diagnósticos de la NANDA, cada intervención expresada de forma amplia incluye una etiqueta (nombre), una definición y una lista de actividades que describe las acciones clave de los profesionales de enfermería en el desempeño de la intervención.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. Tras ingresar directamente en la unidad de cirugía, un paciente de 75 años al que se ha hecho una artroplastia de cadera por una artrosis es dado de alta de la unidad de recuperación postanestésica. El paciente ha estado en la planta de traumatología varias horas. ¿Qué tipo de planificación será *menos* útil durante el primer cambio de turno en la unidad de traumatología?
 1. Inicial.
 2. En curso.
 3. Del alta.
 4. Estratégica.
2. El paciente con una fractura de la pelvis solicita que se permita a sus familiares permanecer por la noche en la habitación del hospital. Antes de determinar si se concede o no esta petición, el profesional de enfermería debe consultar con:
 1. Normas hospitalarias.
 2. Planes asistenciales estandarizados.
 3. Protocolos ortopédicos.
 4. Modelos de asistencia.
3. El profesional de enfermería valora a un paciente recién operado con una herida abdominal y encuentra al paciente somnoliento cuando no está dormido. El dolor del paciente se puntúa en 2 en una escala de 0 a 10, las constantes vitales están dentro de los límites previos a la intervención, las extremidades están calientes con buenos pulsos, pero la piel está muy seca. El paciente rechaza los líquidos por vía oral debido a las náuseas y refiere que no ha hecho ninguna deposición en los últimos 2 días. El vendaje de la cadera está seco con drenajes intactos. ¿Cuál de los siguientes elementos se considerará de prioridad alta para un cambio en el plan actual de asistencia?
 1. Dolor.
 2. Náuseas.
 3. Estreñimiento.
 4. Posibilidad de infección de la herida.
4. El profesional de enfermería selecciona el diagnóstico de enfermería *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* relacionado con inmovilidad, piel seca e incisión quirúrgica. ¿Cuál de los siguientes sería un resultado/objeto adecuadamente escrito? El paciente:
 1. Se girará en la cama cada 2 horas.
 2. Comunicará la importancia de aplicarse loción en la piel a diario.
 3. Tendrá la piel intacta durante la hospitalización.
 4. Usará un colchón que reduzca la presión.
5. El plan asistencial comprende una intervención de enfermería «20/4/11 Medir los ingresos y pérdidas de líquidos. F. Jenkins, DE». ¿Qué elemento de una intervención de enfermería adecuada se ha omitido?
 1. Verbo con la acción.
 2. Contenido.
 3. Tiempo.
 4. Ninguna.
6. Coloque estas actividades de planificación en su orden de uso.
 1. Establecer objetivos/resultados.
 2. Redactar un plan asistencial.
 3. Fijar las prioridades.
 4. Elegir las intervenciones.

7. ¿Cuál de los siguientes puntos reconoce el profesional de enfermería como una ventaja en el uso de planes asistenciales estandarizados?
 1. No se necesita individualización.
 2. El profesional de enfermería escoge entre una lista de intervenciones.
 3. Son mucho más cortos que los planes asistenciales autorizados por profesionales de enfermería.
 4. Han sido aprobados por los organismos de acreditación.
8. ¿Cuál de las siguientes situaciones tiene posibilidades de producirse si la definición de objetivos no se redacta bien?
 1. No hay normas con respecto a la cual comparar los resultados.
 2. No es posible fijar prioridades en los diagnósticos de enfermería.
 3. Solo pueden usarse intervenciones de enfermería dependientes.
 4. Es difícil determinar qué intervenciones de enfermería pueden delegarse.
9. Cuando se escriben de forma adecuada, los resultados e indicadores de la NOC
 1. No requieren adaptación personalizada.
 2. Se dirigen a varios diagnósticos de enfermería.
 3. Son declaraciones extensas de puntos finales deseados.
 4. Reflejan los valores del profesional de enfermería y el paciente.
10. ¿Cuál de los siguientes principios utiliza el profesional de enfermería en la selección de las intervenciones del plan asistencial?
 1. Las acciones deben responder a la etiología del diagnóstico de enfermería.
 2. Siempre selecciona intervenciones independientes, si es posible.
 3. Existe una intervención óptima para cada objetivo/resultado.
 4. Las intervenciones deben «hacerse», no solo «vigilarse».

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A .

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, videos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

Hughes, R., Lloyd, D., & Clark, J. (2009). A conceptual model for nursing information. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20, 49–56. Este artículo analiza el modo en el que la conferencia europea sobre Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería Comunes estableció el marco para el desarrollo de un modelo conceptual que pudiera aplicarse para la creación de sistemas de soporte electrónico a la toma de decisiones clínicas. El modelo incorporaba las pautas de NANDA, la NIC y la NOC, SNOMED-TC y el conjunto de datos mínimo sobre enfermería, en el marco del proceso de enfermería y los registros electrónicos de pacientes.

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

de Lima Lopes, J., de Barros, A. L. B. L., & Michel, J. L. M. (2009). A pilot study to validate the priority Nursing Interventions Classification interventions and Nursing Outcomes Classification outcomes for the nursing diagnosis "Excess Fluid Volume" in cardiac patients.

International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 20, 76–88. doi:10.1111/J.1744-618X.2009.01118.X

BIBLIOGRAFÍA

American Nurses Association & National Council of State Boards of Nursing. (2006). *Joint statement on delegation*. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workplace/Work-Environment/InfoforNurses/ANANCSBNSStatementonDelegation.pdf.aspx>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. C. (Eds.). (2008). *Nursing interventions classification (NIC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

NANDA International. (2009). *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process & critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Carpentio-Moyet, L. J. (2008). *Nursing care plans and documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2008). *Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning* (5th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Hendrix, S. (2009). An experience with implementation of NIC and NOC in a clinical information system. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27, 7–11.

The Joint Commission. (2009). *Accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar cómo la aplicación se relaciona con las otras fases del proceso de enfermería.
2. Describir tres categorías de habilidades usadas para poner en práctica las intervenciones de enfermería.
3. Exponer las cinco actividades de la fase de aplicación.
4. Identificar las guías para poner en práctica las intervenciones de enfermería.
5. Explicar cómo la evaluación se relaciona con las otras fases del proceso de enfermería.
6. Describir los cinco componentes del proceso de evaluación.
7. Describir los pasos implicados en la revisión y modificación del plan asistencial del paciente.
8. Describir los tres componentes de la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultados.
9. Diferenciar la mejora de la calidad de la garantía de la calidad.

TÉRMINOS CLAVE

Análisis de la causa raíz, 244
 Aplicación, 237
 Auditoría, 244
 Auditoría concurrente, 244
 Auditoría retrospectiva, 244
 Declaración evaluadora, 240

Evaluación, 239
 Evaluación de la estructura, 243
 Evaluación del proceso, 243
 Evaluación del resultado, 243
 Habilidades cognitivas, 237
 Habilidades interpersonales, 237

Habilidades técnicas, 237
 Incidente centinela, 244
 Mejora de la calidad (QI), 244
 Programa de garantía de la calidad (QA), 243

El proceso de enfermería está orientado a la acción, al paciente y al resultado. Tras elaborar un plan asistencial basado en las fases de valoración y diagnóstico, el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones y evalúa los resultados deseados. En función de esta evaluación se continúa, modifica o termina el plan asistencial. Como en todas las fases del proceso de enfermería, se anima a los pacientes y a las personas de apoyo a participar al máximo posible.

Aplicación

En el proceso de enfermería, la aplicación es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología de la NIC, la **aplicación** consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente.

La quinta norma de práctica de la *American Nurses Association* (ANA) es la aplicación. Tres de las subnormas de aplicación tienen que ver con todos los profesionales de enfermería: coordinación de la atención, enseñanza de salud y promoción de la salud y consulta. La cuarta subnorma, autoridad prescriptiva y tratamiento, se aplica solo a los profesionales de enfermería de práctica avanzada (ANA, 2010).

Relación entre la aplicación y otras fases del proceso de enfermería

Las primeras tres fases del proceso de enfermería (valoración, diagnóstico y planificación) proporcionan la base de las acciones de enfermería realizadas durante el paso de la aplicación. A su vez, la fase de aplicación proporciona las actividades de enfermería reales y las respuestas del paciente que se examinan en la fase final, la fase evaluadora. Usando los datos adquiridos durante la valoración, el profesional de enfermería puede individualizar la asistencia prestada en la fase de aplicación, adaptando las intervenciones para que se ajusten al paciente específico en lugar de aplicarlas de forma sistemática a categorías de pacientes (p. ej., todos los pacientes con neumonía).

Mientras ejecuta la actividad de enfermería, el profesional de enfermería continúa revalorando al paciente en todos los contactos, obteniendo datos sobre las respuestas del paciente a las actividades de enfermería y sobre cualquier problema nuevo que pueda aparecer. Una actividad de enfermería en el plan asistencial del paciente para la intervención de la NIC *manejo de las vías respiratorias* podría formularse como «auscultar los ruidos respiratorios/4 horas». Cuando se realiza esta actividad, el profesional de enfermería está llevando a cabo la intervención (aplicación) y realizando una valoración. Por ejemplo, mientras se baña a un paciente anciano, el profesional de enfermería observa una zona enrojecida en el sacro del paciente. O, cuando se vacía una bolsa de orina, el profesional de enfermería mide 200 ml de una orina marrón maloliente.

Habilidades de aplicación

Para ejecutar el plan asistencial con éxito, los profesionales de enfermería deben disponer de habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades son diferentes entre sí; pero, en la práctica, los profesionales de enfermería las usan en diferentes combinaciones y con diferente énfasis, dependiendo de la actividad. Por ejemplo, cuando se coloca una sonda urinaria, el profesional de enfermería necesita un conocimiento cognitivo de los principios y pasos del procedimiento, habilidades interpersonales para informar y tranquilizar al paciente y una habilidad técnica para preparar al paciente y manipular el equipo.

Las **habilidades cognitivas** (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son cruciales para una asistencia de enfermería segura e inteligente (v. capítulo 10 )

Las **habilidades interpersonales** son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interactúan directamente entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende a menudo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros. El profesional de enfermería usa la comunicación terapéutica para comprender al paciente y ser a su vez comprendido. Un profesional de enfermería también necesita trabajar con eficacia con otros miembros del equipo de salud.

Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería: asistencia, proporción de bienestar, defensa, remisión a terceros, asesoramiento y apoyo son solo algunas de ellas. Las habilidades interpersonales comprenden la proporción de información, actitudes, sentimientos, interés y apreciación por los valores culturales y estilo de vida del paciente. Antes de que los profesionales de enfermería puedan estar muy bien entrenados en relaciones interpersonales, deben tener conciencia de sí mismos y sensibilidad frente a otros (v. capítulos 25 y 39 )

Las **habilidades técnicas** son actitudes «manuales» dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones, poner vendajes, mover, levantar y recolocar a los pacientes. Estas habilidades también se denominan tareas, procedimientos o habilidades psicomotoras. El término *psicomotor* se refiere a las acciones físicas que están controladas por la mente, no reflexivas.

Las habilidades técnicas requieren conocimiento y, con frecuencia, destreza manual. El número de habilidades técnicas que se espera de un profesional de enfermería ha aumentado mucho en los últimos años por el uso generalizado de la tecnología, en especial en los hospitales de pacientes agudos.

Proceso de aplicación

El proceso de la aplicación (figura 14-1 ) se compone normalmente de los siguientes aspectos:

- Revaloración del paciente
- Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería
- Aplicación de las intervenciones de enfermería
- Supervisión de la asistencia delegada
- Registro de las actividades de enfermería

Revaloración del paciente

Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional de enfermería debe revalorar al paciente para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria. Aunque esté escrita una orden en el plan asistencial, el estado del paciente puede haber cambiado. Por ejemplo, un paciente tiene un diagnóstico de enfermería de *Alteración del patrón de sueño* relacionada con ansiedad y entorno extraño. Durante las visitas, el profesional de enfermería descubre que está durmiendo y, por tanto, aplaza el masaje en la espalda que había planeado como estrategia relajante.

Los datos nuevos pueden indicar un cambio de prioridades en la asistencia o las actividades de enfermería. Por ejemplo, un profesional de enfermería comienza a educar a un paciente que tiene diabetes sobre cómo administrarse las inyecciones de insulina. Poco después de empezar, el profesional de enfermería se da cuenta de que no está interesado en la lección. La exposición posterior revela que está preocupado por su vista y teme quedarse ciego. Al caer en la cuenta de que el nivel de estrés del paciente está interfiriendo con su aprendizaje, el profesional de

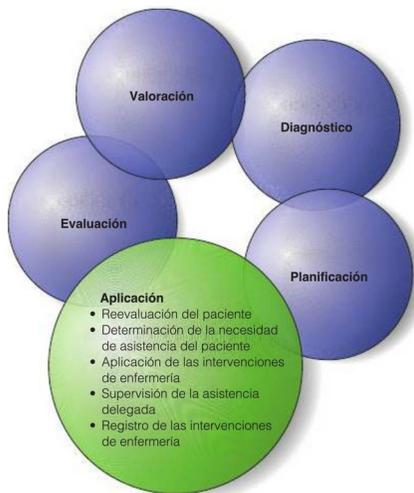


Figura 14-1 ■ Aplicación. La cuarta fase del proceso de enfermería, en la que el profesional ejecuta las intervenciones de enfermería y registra la asistencia prestada.

enfermería acaba la lección y le concierta una visita al médico para que le examine la visión. El profesional de enfermería proporciona además una comunicación de apoyo que ayude al paciente a aliviarle el estrés.

Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería

Cuando se ejecuta cualquier intervención de enfermería, el profesional de enfermería puede precisar ayuda por una o más de estas razones:

- El profesional de enfermería es incapaz de ejecutar la actividad de enfermería con seguridad y eficacia (p. ej., ayudar a andar a un paciente obeso inestable).
- La ayuda reduciría el estrés sobre el paciente (p. ej., girando a una persona que experimenta dolor agudo cuando se le mueve).
- El profesional de enfermería carece del conocimiento o habilidades para ejecutar una actividad de enfermería en particular (p. ej., un profesional de enfermería que no está familiarizado con un modelo en particular de equipo de tracción necesita ayuda la primera vez que lo aplica).

Aplicación de las intervenciones de enfermería

Es importante explicar al paciente qué intervenciones se realizarán, qué sensaciones debe esperar, qué se espera que haga y qué resultados se prevén. En muchas actividades de enfermería es importante asegurar la intimidad del paciente, por ejemplo cerrando las puertas, corriendo las cortinas o tapando al paciente. El número y tipo de intervenciones de enfermería directas es casi ilimitado. Los profesionales de enfermería también coordinan la asistencia del paciente. Esta actividad implica programar los contactos del paciente con otros departamentos (p. ej., técnicos de laboratorio y de rayos X, fisioterapeutas) y servir de enlace entre los miembros del equipo de salud.

Cuando ejecutan las intervenciones, los profesionales de enfermería deben seguir estas pautas:

- Basar las intervenciones de enfermería en el conocimiento científico, la investigación en enfermería y los modelos profesionales de asistencia (práctica basada en la evidencia) cuando estos existan. El profesional de enfermería debe ser consciente de la base científica, y de los posibles efectos adversos o complicaciones, de todas las intervenciones. Por ejemplo, un paciente ha estado tomando una medicación oral después de las comidas; sin embargo, esta medicación no se absorbe bien en presencia de comida. Por tanto, el profesional de enfermería deberá explicarle por qué es necesario modificar esta práctica.
- Comprender claramente las intervenciones a poner en marcha y cuestionar las que no se entiendan. El profesional de enfermería es responsable de una aplicación inteligente del plan asistencial médico y de enfermería. Esto exige conocimiento de cada intervención, su objetivo en el plan asistencial del paciente, las contraindicaciones (p. ej., alergia) y cambios en el estado del paciente que afecten a la orden.
- Adaptar las actividades a cada paciente. Las creencias, valores, edad, estado de salud y ambiente del paciente son factores que pueden influir en el éxito de una acción de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería determina que un paciente se atraganta cuando toma comprimidos, de manera que consulta con el médico para cambiar la orden a una forma líquida del medicamento. O el profesional de enfermería reconoce que muchas personas asiáticas prefieren beber agua caliente en lugar de agua fría y, tras confirmarlo con un paciente específico, se la proporciona junto a la cama.
- Ejecutar una asistencia segura. Por ejemplo, cuando se cambia un vendaje estéril, el profesional de enfermería practica una técnica estéril para evitar infecciones; cuando administra un medicamento, el profesional de enfermería da la dosis correcta por la vía ordenada.
- Proporcionar educación, apoyo y bienestar. Véanse en el capítulo 27 los detalles sobre la educación del paciente y en el cuadro 27-2 ejemplos de verbos usados en la redacción de objetivos de aprendizaje. El profesional de enfermería debe siempre explicar el objetivo de las intervenciones, lo que el paciente experimentará y cómo el paciente puede participar. El paciente debe tener suficiente conocimiento para estar de acuerdo con el plan asistencial y ser capaz de asumir la mayor parte posible de su propia asistencia. Estas actividades de enfermería independientes fomentan la eficacia de los planes asistenciales de enfermería (figura 14-2 ■).



Figura 14-2 ■ Amanda está de acuerdo en practicar ejercicios con respiraciones profundas cada 3 horas durante el día. Además, dice que es consciente de la necesidad de aumentar la ingesta de líquido.

- Ser integral. El profesional de enfermería debe ver siempre al paciente como un todo y considerar las respuestas del este en ese contexto. Por ejemplo, siempre que sea posible, el profesional de enfermería acepta la preferencia expresada por el paciente para que las intervenciones se planifiquen en los momentos que se adecuen al esquema habitual de visitantes, trabajo, sueño o alimentación del paciente.
- Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima. Proporcionar intimidad y animar a los pacientes a tomar sus propias decisiones son formas de respetar la dignidad y de fomentar la autoestima.
- Animar a los pacientes a participar activamente en la aplicación de las intervenciones de enfermería. La participación activa potencia la sensación de independencia y control del paciente. Pero los pacientes muestran un grado diverso de deseo de participación. Algunos desean una implicación total en su asistencia, mientras que otros prefieren implicarse poco. El grado de participación deseado puede relacionarse con la gravedad de la enfermedad; la cultura del paciente, o el miedo, la comprensión de la enfermedad y la comprensión de la intervención por parte del paciente.

Supervisión de la asistencia delegada

Si la asistencia se ha delegado en otro profesional de la salud, el profesional de enfermería responsable de la asistencia global del paciente debe asegurarse de que las actividades se han ejecutado en función del plan asistencial. Pueden ser necesarios otros cuidadores que comuniquen sus actividades al profesional de enfermería registrándolas en el historial del paciente, informando de ellas verbalmente o rellenando un formulario escrito. El profesional de enfermería valida y responde de cualquier observación adversa o respuestas del paciente. Esto puede implicar la modificación del plan asistencial de enfermería.

Registro de las actividades de enfermería

Tras llevar a cabo las actividades de enfermería, el profesional de enfermería completa la fase de aplicación registrando las intervenciones y respuestas del paciente en las notas del progreso de enfermería. Estas no son parte del registro permanente de la institución sobre el paciente. La asistencia de enfermería no debe registrarse antes de hacerla porque el profesional de enfermería puede determinar al volver a valorar al paciente que la intervención no debe o no puede realizarse. Por ejemplo, un profesional de enfermería está autorizado a inyectar 10 mg de sulfato de morfina por vía subcutánea a un paciente, pero ve que la frecuencia respiratoria del paciente es de 8 respiraciones por minuto. Esta observación contradice la administración de morfina (un depresor respiratorio). El profesional de enfermería no la administra y comunica la frecuencia respiratoria del paciente al profesional de enfermería o proveedor de atención primaria responsables.

El profesional de enfermería puede registrar actividades sistemáticas o repetidas (p. ej., asistencia oral) en el registro del paciente al final de un turno. Entre tanto, el profesional de enfermería mantiene un registro personal de estas intervenciones en una hoja de trabajo. En algunos casos es importante registrar una intervención de enfermería inmediatamente después de hacerla. Esto es particularmente cierto en la administración de medicamentos y tratamientos porque los datos registrados sobre el paciente deben estar actualizados, ser precisos y estar disponibles para otros profesionales de enfermería y profesionales de la salud. El registro inmediato ayuda a salvaguardar al paciente, por ejemplo, de recibir una dosis duplicada del medicamento.

Las actividades de enfermería se comunican tanto verbalmente como por escrito. Cuando la salud de un paciente cambia con rapidez, el profesional de enfermería encargado o su médico pueden desear mantenerse actualizados los informes verbales. Los profesionales de enfermería también comunican el estado del paciente en cada cambio

de turno y en el alta del paciente a otra unidad o institución de salud en persona, a través de una grabación de voz o por escrito. Para encontrar información sobre el registro y comunicación, véase el capítulo 15 ∞.

Evaluación

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la **evaluación** es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados, y b) la eficacia del plan asistencial de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse. La evaluación es la sexta de las normas de práctica de la ANA y sostiene que «el profesional de enfermería evalúa los avances de cara a la consecución de los resultados» (2010, p. 45).

La evaluación es continua. La evaluación hecha mientras o inmediatamente después de la aplicación de una orden de enfermería capacita al profesional de enfermería a hacer modificaciones de una intervención sobre la marcha. La evaluación realizada a intervalos especificados (p. ej., una vez a la semana para la asistencia domiciliar del paciente) muestra la extensión del progreso hacia la consecución de objetivos/resultados y capacita al profesional de enfermería a corregir cualquier deficiencia y modificar el plan asistencial cuando sea necesario. La evaluación continúa hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta de la asistencia de enfermería. La evaluación en el momento del alta incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del paciente con respecto al seguimiento. La mayoría de las instituciones tiene registros de alta especiales para esta evaluación.

Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran la responsabilidad de sus acciones, indican el interés en los resultados de las actividades de enfermería y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces sino de adoptar otras más eficaces.

Relación entre la evaluación y otras fases del proceso de enfermería

La evaluación satisfactoria depende de la eficacia de los pasos que la preceden. Los datos de la valoración deben ser precisos y completos de manera que el profesional de enfermería pueda formular los diagnósticos de enfermería adecuados y los resultados deseados. Los resultados deseados deben establecerse de forma concreta en términos conductuales si queremos que sean útiles para evaluar las respuestas del paciente. Y finalmente, sin la fase de aplicación en la que el plan se pone en acción, no habría nada que evaluar.

Las fases de evaluación y valoración se solapan. Como se dijo antes, la valoración es activa y continua en todos los contactos con el paciente. Pero los datos se recogen para objetivos diferentes en diferentes puntos del proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, el profesional de enfermería recoge datos para hacer diagnósticos. Durante la fase de evaluación el profesional de enfermería recoge datos para compararlos con los objetivos/resultados previos y juzgar la eficacia de la asistencia de enfermería. El acto de la valoración es el mismo; las diferencias están en: 1) cuándo se recogen los datos, y 2) cómo se usan.

Proceso de evaluación de las respuestas del paciente

Antes de la evaluación, el profesional de enfermería identifica los resultados deseados (indicadores) que se usarán para medir la consecución de objetivos por parte del paciente. (Esto se hace en la fase de planificación.) Los resultados deseados sirven a dos propósitos: establecen el tipo

de datos evaluadores que deben recogerse y proporcionan un modelo frente al cual juzgar los datos. Por ejemplo, dados los siguientes resultados esperados, cualquier profesional de enfermería que asista al paciente debería saber qué datos recoger:

- La ingestión diaria de líquido no debe superar los 2.500 ml.
- La diuresis se equilibrará con la ingestión de líquido.
- La orina residual será menor de 100 ml.

La fase de evaluación tiene cinco componentes (figura 14-3 ■):

- Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores de la NOC)
- Comparación de los datos con los resultados
- Relación de las actividades de enfermería con los resultados
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema
- Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería

Recogida de datos

Al usar resultados deseados claramente establecidos, precisos y mensurables como guía, el profesional de enfermería recoge datos de manera que puedan extraerse conclusiones sobre qué objetivos se han cumplido. Suele ser necesario recoger datos objetivos y subjetivos.

Algunos datos exigen interpretación. Ejemplos de datos objetivos que precisan interpretación son el grado de turgencia tisular de un paciente deshidratado o el grado de inquietud de un paciente con dolor. Ejemplos de datos subjetivos que necesitan interpretación son las náuseas o el dolor que refiere el paciente. Cuando se interpretan datos subjetivos, el profesional de enfermería debe apoyarse en: a) las declaraciones del paciente (p. ej., «el dolor es peor ahora que después de desayunar»), o b) indicadores objetivos de los datos subjetivos, aunque estos indicadores puedan requerir una interpretación adicional (p. ej., menor inquietud, reducción del pulso y la frecuencia respiratoria y relajación de los músculos faciales como indicadores del alivio del dolor). Los datos deben recogerse de forma concisa y precisa para facilitar la siguiente parte del proceso de evaluación.

Comparación de los datos con los resultados

Si las primeras dos partes del proceso de evaluación se han realizado con eficacia, es relativamente sencillo determinar si se ha cumplido un resultado deseado. El profesional de enfermería y el paciente desempeñan un papel activo en la comparación entre las respuestas reales del paciente y los resultados deseados. ¿Bebió el paciente 3.000 ml de líquido en 24 horas? ¿Caminó el paciente sin ayuda la distancia especificada diaria? Cuando se determina si se ha conseguido un objetivo, el profesional de enfermería puede extraer una de tres posibles conclusiones:

1. El objetivo se cumplió; es decir, la respuesta del paciente es la misma que el resultado deseado.
2. El objetivo se cumplió parcialmente; es decir, se ha conseguido un resultado a corto plazo pero no el objetivo a largo plazo, o el objetivo deseado no se consiguió de manera completa.
3. El objetivo no se cumplió.

Tras determinar si se ha cumplido o no el resultado, el profesional de enfermería escribe una declaración evaluadora (en el plan asistencial o en las notas de enfermería). Una **declaración evaluadora** consta de dos partes: una conclusión y los datos de apoyo. La conclusión es una declaración de que se ha cumplido el objetivo/resultado deseado, se ha cumplido parcialmente o no se ha cumplido. Los datos de apoyo son la lista de respuestas del paciente que apoyan la conclusión, por ejemplo:

Objetivo cumplido: ingestión oral de 300 ml más que la diuresis; turgencia cutánea elástica; mucosas húmedas.

Véanse al final del capítulo, en «Plan asistencial de enfermería», las declaraciones evaluadoras de Amanda Aquilini. Los datos en la columna de declaraciones evaluadoras de esta tabla representan las respuestas de Aquilini a la asistencia observadas por el profesional de enfermería de noche en la mañana posterior a su ingreso en la unidad. En la práctica, los planes asistenciales no suelen tener una columna para las declaraciones evaluadoras; en su lugar, estas se registran en las notas de enfermería. Si se están usando indicadores de la NOC con los resultados, las puntuaciones en las escalas después de la intervención se compararían con las medidas a nivel basal para determinar la mejoría. Véase en la tabla 13-3 un ejemplo de escalas de puntuación de la NOC usadas para los indicadores de la movilidad. La columna que explica el fundamento para continuar o modificar el plan se incluye en un plan asistencial del estudiante.

Relación de las actividades de enfermería con los resultados

La tercera fase del proceso de evaluación es determinar si las actividades de enfermería tenían alguna relación con los resultados. Nunca debe suponerse que una actividad de enfermería sea la causa o el único factor en la consecución total, la consecución parcial o la no consecución de un objetivo.

Por ejemplo, un paciente era obeso y necesitaba perder 14 kg. Cuando el profesional de enfermería y el



Figura 14-3 ■ Evaluación. La fase final del proceso de enfermería, en la que el profesional de enfermería determina el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y la eficacia del plan asistencial de enfermería. El plan puede continuarse, modificarse o terminarse.

paciente elaboraron un plan asistencial, un objetivo fue «perder 1,4 kg en 4 semanas». Una estrategia de enfermería en el plan asistencial fue «explicar cómo planificar y preparar una dieta de 1.200 calorías». Cuatro semanas más tarde, el paciente se pesó y había perdido 1,8 kg. El objetivo se había cumplido, de hecho se había superado. Es fácil suponer que la estrategia de enfermería fue muy eficaz. Pero es importante recoger más información antes de extraer esa conclusión. Al preguntar al paciente, el profesional de enfermería podría encontrar alguna de las siguientes: a) el paciente planificó una dieta de 1.200 calorías y la preparó y consumió; b) el paciente planeó una dieta de 1.200 calorías pero no la preparó; c) el paciente no entendió cómo preparar una dieta de 1.200 calorías, así que esto no le preocupó.

Si se encuentra que es cierta la primera posibilidad, el profesional de enfermería puede juzgar con solvencia que la estrategia de enfermería «explicar cómo planificar y preparar una dieta de 1.200 calorías» ayudó al paciente a perder peso. Pero si el profesional de enfermería se da cuenta de que en realidad ocurrieron la segunda o tercera posibilidades, entonces debe suponer que la estrategia de enfermería no influyó en el resultado. El siguiente paso para el profesional de enfermería es recoger datos sobre lo que el paciente hizo en realidad para perder peso. Es importante establecer la relación (o su falta) entre las acciones de enfermería y las respuestas del paciente.

Extracción de conclusiones sobre el estado del problema

El profesional de enfermería usa el juicio sobre la consecución del objetivo para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente. Cuando los objetivos se han cumplido, el profesional de enfermería puede extraer una de las siguientes conclusiones sobre el estado del problema del paciente:

- El problema real establecido en el diagnóstico de enfermería se ha resuelto, o el posible problema se ha evitado y ya no existen factores de riesgo. En estos casos, el profesional de enfermería registra que los objetivos se han cumplido y suspende la asistencia para el problema.
- El posible problema establecido en el diagnóstico de enfermería se está evitando, pero todavía hay factores de riesgo. En este caso, el profesional de enfermería mantiene el problema en el plan asistencial.
- El problema real todavía existe, aunque algunos objetivos se han cumplido. Por ejemplo, un resultado deseado en un plan asistencial de un paciente es «beberá 3.000 ml de líquido diarios». Aunque los datos pueden mostrar que este resultado se ha conseguido, otros datos (mucosa oral seca) puede indicar que el diagnóstico de enfermería *Déficit de volumen de líquidos* es aplicable. Luego las intervenciones de enfermería deben continuar aunque se haya cumplido este objetivo.

Cuando los objetivos se han cumplido parcialmente o cuando no se han cumplido, pueden extraerse dos conclusiones:

- El plan asistencial debe revisarse, ya que el problema solo se ha resuelto parcialmente. Las revisiones pueden ser necesarias durante las fases de valoración, diagnóstico o planificación, así como de la aplicación.

O

- El plan asistencial no necesita revisión porque el paciente solo necesita más tiempo para conseguir el/los objetivo(s) establecido(s) previamente. Para tomar esta decisión, el profesional de enfermería debe valorar por qué solo se han cumplido parcialmente los objetivos, incluida una posible realización anticipada de la evaluación (figura 14-4 ■).



Figura 14-4 ■ Tras la valoración de la excursión respiratoria, la enfermera Medina detecta que el paciente no alcanza la ventilación máxima. Ella y Amanda reevalúan el plan asistencial y lo modifican para incrementar los ejercicios de tos y respiraciones profundas cada 2 horas.

Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería

Tras extraer conclusiones sobre el estado de los problemas del paciente, el profesional de enfermería modifica el plan asistencial tal y como se ha indicado. Dependiendo de la institución, las modificaciones pueden hacerse trazando una línea a través de partes del plan asistencial, o marcando porciones usando un rotulador fluorescente, o bien indicando las revisiones como apropiadas para un sistema de gráficos electrónico. El profesional de enfermería puede escribir también «interrumpido» (int.), «objetivo conseguido» o «problema resuelto», junto con la fecha.

Se cumplan o no los objetivos, hay que tomar varias decisiones sobre continuar, modificar o terminar la asistencia de enfermería de cada problema. Véase en la tabla 14-1 una lista de comprobaciones que se deben utilizar cuando se revise un plan asistencial. Aunque la lista usa un formato cerrado de sí/no, solo intenta identificar áreas que exijan un mayor análisis por parte del profesional de enfermería.

Antes de hacer modificaciones, el profesional de enfermería debe determinar si el plan no fue globalmente eficaz. Esto exige una revisión de todo el plan asistencial y una crítica de cada paso del proceso de enfermería implicado en su desarrollo.

VALORACIÓN Una base de datos incompleta o incorrecta influye en todos los pasos posteriores del proceso de enfermería y del plan asistencial. Si los datos son incompletos, el profesional de enfermería debe revalorar al paciente y registrar los datos nuevos. En algunos casos, datos nuevos pueden indicar la necesidad de nuevos diagnósticos de enfermería, nuevos objetivos/resultados y nuevas intervenciones de enfermería.

DIAGNÓSTICO Si la base de datos era incompleta, son necesarias nuevas declaraciones diagnósticas. Si la base de datos era completa, el profesional de enfermería precisa analizar si los problemas se identificaron correctamente y si los diagnósticos de enfermería eran relevantes para esa base de datos. Tras realizar juicios sobre el estado del problema, el profesional de enfermería revisa o añade nuevos diagnósticos cuando es necesario para reflejar los datos más recientes del paciente.

PLANIFICACIÓN: RESULTADOS DESEADOS Si un diagnóstico de enfermería era impreciso, obviamente la declaración del objeti-

TABLA 14-1 Lista de comprobación de la evaluación

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	APLICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> — ¿Son los datos completos, precisos y están validados? — ¿Los nuevos datos exigen cambios en el plan asistencial? 	<ul style="list-style-type: none"> — ¿Son los diagnósticos de enfermería relevantes y precisos? — ¿Están los diagnósticos de enfermería apoyados por los datos? — ¿Ha cambiado el estado problema (es decir, potencial, real, riesgo)? — ¿Se han establecido los diagnósticos claramente y en un formato correcto? — ¿Se ha resuelto alguno de los diagnósticos de enfermería? 	<p>Resultados deseados</p> <ul style="list-style-type: none"> — ¿Requieren los nuevos diagnósticos de enfermería nuevos objetivos? — ¿Son los objetivos realistas? — ¿Se dejó suficiente tiempo para conseguir los objetivos? — ¿Los objetivos abordan todos los aspectos del problema? — ¿Todavía coincide el paciente en los objetivos? — ¿Han cambiado las prioridades del paciente? <p>Intervenciones de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> — ¿Es necesario escribir intervenciones de enfermería para los nuevos diagnósticos de enfermería o los nuevos objetivos? — ¿Parecen las intervenciones de enfermería relacionadas con los objetivos establecidos? — ¿Hay alguna razón para justificar cada orden de enfermería? — ¿Son las intervenciones de enfermería claras, específicas y detalladas? — ¿Disponemos de nuevos recursos? — ¿Las intervenciones de enfermería abordan todos los aspectos de los objetivos del paciente? — ¿Se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería? 	<ul style="list-style-type: none"> — ¿Se obtuvieron datos del paciente en todos los pasos del proceso de enfermería? — ¿Fueron los objetivos e intervenciones de enfermería aceptables para el paciente? — ¿Tenían los cuidadores el conocimiento y habilidades para realizar las intervenciones correctamente? — ¿Se dieron explicaciones al paciente antes de la aplicación?

vo/resultado necesita una revisión. Si el diagnóstico de enfermería era adecuado, el profesional de enfermería comprueba entonces si los objetivos eran realistas o alcanzables. Los objetivos que no son realistas deben corregirse. El profesional de enfermería debe determinar también si las prioridades han cambiado y si el paciente sigue estando de acuerdo con las prioridades. Por ejemplo, la cantidad de tiempo planificada para una pérdida de peso específica fue posiblemente demasiado corta y debe ampliarse. Además hay que escribir los objetivos y resultados para cualquier nuevo diagnóstico de enfermería.

PLANIFICACIÓN: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA El profesional de enfermería investiga si las intervenciones de enfermería se relacionaron con la consecución del objetivo y si se seleccionaron las mejores intervenciones de enfermería. Aunque los diagnósticos y objetivos/resultados sean adecuados, las intervenciones de enfermería seleccionadas pueden no ser las mejores para conseguir el objetivo. Las intervenciones de enfermería nuevas pueden reflejar cambios en la cantidad de asistencia de enfermería que el paciente necesita, cambios de programación o reordenamientos en las actividades de enfermería a actividades grupales similares o para permitir períodos de reposo o actividad más largos para el paciente. Por ejemplo, hay muchas posibles intervenciones para un paciente que dese

dejar de fumar. Si se prescribió un medicamento pero el paciente sigue fumando, posiblemente deba añadirse una intervención conductual como un asesoramiento en grupo. Si se han escrito nuevos diagnósticos de enfermería, serán necesarias nuevas intervenciones de enfermería.

APLICACIÓN Aunque todas las secciones del plan asistencial parezcan satisfactorias, la manera en la que el plan se ejecutó puede haber interferido con la consecución del objetivo. Antes de seleccionar nuevas intervenciones, el profesional de enfermería debe comprobar si se realizaron. Otros profesionales pueden haberlas realizado, porque las intervenciones no fueran claras o porque no fueran razonables en términos de limitaciones externas económicas, de personal, de tiempo o de equipo, por ejemplo.

Tras hacer las modificaciones necesarias al plan asistencial, el profesional de enfermería ejecuta el plan modificado y comienza de nuevo el ciclo del proceso de enfermería. Consúltese «Plan asistencial de enfermería» al final de este capítulo para ver cómo se modificó el plan para Amanda Aquilini después de la evaluación de la consecución de objetivos y la revisión del proceso de enfermería. Se trazó una línea a través de las partes que el profesional de enfermería quería borrar; en cursiva se muestran las adiciones al plan asistencial.

NOTA DE INVESTIGACIÓN

¿La formación cambiará la capacidad de los profesionales de enfermería de utilizar un lenguaje estandarizado en las gráficas mediante la aplicación del proceso de enfermería?

El objetivo de un estudio realizado por Thoroddsen y Ehnfors (2007) era describir los cambios en la documentación del proceso de enfermería conforme se procedía a la aplicación de un registro de salud electrónico. El diseño contemplaba la reunión de datos antes de la intervención, una intervención de 1 año y acciones después de la prueba. Un gran hospital instituyó una política que exigía a los profesionales de enfermería que completaran la documentación de los pacientes utilizando todas las fases del proceso de enfermería. Como el empleo de esta terminología antes de la política era bajo, la intervención consistió en una clase de 4 horas sobre el uso del lenguaje en enfermería y técnicas de documentación. Después de examinar más de 350 registros de pacientes, se encontró una mejora estadísticamente significativa en el uso de pautas de salud funcionales para la documentación de la valoración de enfermería, diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional y la NIC para intervenciones

de enfermería en la documentación de atención de enfermería diaria para pacientes ingresados.

IMPLICACIONES

El éxito de este estudio se desconoce, ya que utilizó registros manuscritos de pacientes y solo estaba preparado para registros de salud electrónicos. Así, no se sabe si el progreso sería sostenido o si se trasladaría al sistema electrónico. Sin embargo, parece claro a partir del estudio que la capacidad de los profesionales de enfermería de utilizar el proceso y el lenguaje de enfermería puede mejorarse a través de la formación. No todos los profesionales de enfermería han recibido formación en esta clase de lenguaje en sus programas iniciales, así que tampoco se sabe si resolver esta cuestión desde el principio de los programas de prelicenciatura daría como resultado una menor necesidad de formación ulterior. Se necesita más investigación para responder a estas preguntas.

Evaluación de la calidad de la asistencia de enfermería

Además de evaluar la consecución de los objetivos para cada paciente, los profesionales de enfermería están también implicados en la evaluación y modificación de la calidad global de la asistencia dada a grupos de pacientes. Esta es una parte esencial de la responsabilidad profesional. En cada uno de los procesos descritos en los siguientes apartados, los profesionales de enfermería y el resto de los profesionales de la salud trabajan juntos como un equipo interdisciplinario centrado en mejorar la asistencia del paciente. Las actividades usan la práctica basada en la evidencia y contribuyen a ella.

Garantía de la calidad

Un programa de garantía de la calidad (QA, del inglés *quality assurance*) es un proceso continuo y sistemático diseñado para evaluar y promover la excelencia en la asistencia de salud proporcionada a los pacientes. La garantía de calidad se refiere con frecuencia a la evaluación del nivel de asistencia proporcionada en una institución de salud, pero puede limitarse a la evaluación de la actuación de un profesional de enfermería o implicar de una forma más amplia a la evaluación de la calidad asistencial en una institución, o incluso en un país.

La garantía de calidad exige una evaluación de tres componentes de la asistencia: la estructura, el proceso y el resultado. Cada tipo de evaluación exige criterios y métodos diferentes, con objetivos diferentes.

La **evaluación de la estructura** se centra en el marco en que se presta la asistencia. Responde a esta pregunta: ¿qué efecto tiene el marco en la calidad de la asistencia? Los modelos estructurales describen las características ambientales y organizativas que influyen en la asistencia, como el equipo y el personal.

La **evaluación del proceso** se centra en cómo se presta la asistencia. Responde a preguntas como estas: ¿Es la asistencia relevante para las necesidades del paciente? ¿Es la asistencia apropiada, completa y oportuna? Los modelos de asistencia se centran en la manera en la que el profesional de enfermería usa el proceso de enfermería. Algunos ejemplos de criterios del proceso son «comprobar la banda de identificación del paciente antes de administrar medicamentos» y «realizar y registrar la valoración torácica, incluida la auscultación, en cada turno».

La **evaluación del resultado** se centra en cambios demostrables en el estado de salud del paciente como resultado de la asistencia de

enfermería. Los criterios del resultado se escriben en términos de respuestas del paciente o del estado de salud, igual que si se evaluara dentro del proceso de enfermería. Por ejemplo, «¿cuántos pacientes sometidos a artroplastias de cadera presentan neumonía?» o «¿cuántos pacientes con una colostomía experimentan una infección que retrasa su alta?»

Mejora de la calidad

En la actualidad se están realizando importantes esfuerzos a escala nacional para valorar y mejorar la calidad de la asistencia basándose en valoraciones internas hechas por proveedores de asistencia de salud y una mayor conciencia del público de que los errores médicos no son infrecuentes y pueden ser mortales. En 2000, el Comité de Calidad de la Cuidados de Salud en América del *Institute of Medicine* (IOM) publicó un informe señero: *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000). El énfasis del informe está en un mayor conocimiento de los errores médicos y en el establecimiento de sistemas que fomenten una asistencia segura. El IOM prosiguió con otro informe en 2001, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, que exponía que la atención debe ser segura, eficaz, centrada en el paciente, eficiente y equitativa. Pueden consultarse estos informes completos en la página web de la *National Academies Press*. Desde que se publicaron, se ha prestado más atención a estas cuestiones desde diversas fuentes.

ALERTA CLÍNICA

Los sistemas malos, no las personas malas, provocan la mayoría de los errores.

El CQI/PS (*Center for Quality Improvement and Patient Safety*) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (2004) tiene como misión «mejorar la calidad y seguridad de todos los estadounidenses a través de una asociación estratégica». En concreto, el CQI/PS:

1. Realiza y apoya investigaciones dirigidas por el usuario sobre la seguridad del paciente y la medida, comunicación y mejora de la calidad de la asistencia de salud.
2. Elabora y difunde comunicados e información sobre la medida, comunicación y mejora de la calidad de la asistencia de salud.

3. Colabora con entidades que forman parte del sistema de asistencia de salud para ejecutar prácticas basadas en pruebas, acelerando y amplificando las mejoras de la calidad y seguridad de los pacientes.
4. Valorar nuestras propias prácticas para asegurar un aprendizaje y mejora continuos del CQuIPS y sus miembros.

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) es una organización independiente sin ánimo de lucro que está ayudando a conseguir la mejora de los cuidados de salud en todo el mundo. Fundado en 1991, el IHI trabaja para acelerar las mejoras promoviendo una voluntad de cambio, cultivando conceptos prometedores para la mejora de la atención a los pacientes y ayudando a que los sistemas de cuidados de salud lleven estas ideas a la práctica. *Transforming Care at the Bedside* («transferir la atención a pie de cama»), un programa en colaboración establecido por la *Robert Wood Johnson Foundation* y la *American Organization of Nurse Executives* y acogido en el IHI, se centra en una asistencia segura y fiable, la vitalidad y el trabajo en equipo, la atención centrada en el paciente y procesos asistenciales con valor añadido. Además, la misión de la *Joint Commission* (2009b) es «mejorar continuamente la seguridad y calidad de la asistencia prestada al público a través de la provisión de una acreditación para la asistencia de salud y servicios relacionados que apoya la mejora de las organizaciones de asistencia de salud». La *Joint Commission* ha puesto un gran énfasis en la importancia de lo que llama «incidentes centinela»:

- Un **incidente centinela** es un hecho inesperado que implica la muerte o lesión física o psicológica grave, o el riesgo de que se produzca. La lesión grave incluye de forma específica la pérdida de una extremidad o función. La frase: «o riesgo de que se produzca» incluye cualquier variación del proceso para el cual una recidiva conllevaría una probabilidad significativa de un resultado adverso grave.
- Tales incidentes se llaman «centinela» porque señalan la necesidad de una investigación y respuesta inmediatas (*The Joint Commission*, 2009a).

La comisión emite alertas de incidentes centinela que resaltan hechos comunes a una amplia diversidad de organismos y entornos de cuidados de salud. Por ejemplo, las listas de medicamentos de alerta alta, las abreviaturas que no deben usarse y los medicamentos de nombre o aspecto similares publicados en este texto proceden originalmente de estas alertas. El incidente centinela más común durante varios años ha sido la cirugía en la parte del cuerpo equivocada, para la que se han emitido más de 800 alertas al año. Las organizaciones deben responder al incidente centinela valorando la causa, identificando un plan para la intervención y evaluando los resultados del plan. La valoración implica a menudo el análisis de la causa raíz. El **análisis de la causa raíz** es un proceso para identificar los factores que conducen a desviaciones en las prácticas que provocan el acontecimiento. Se centra sobre todo en los sistemas y los procesos, no en el rendimiento individual. Comienza con el examen del acontecimiento sencillo pero con el objetivo de determinar qué mejoras organizativas son necesarias para reducir la probabilidad de que tales acontecimientos ocurran de nuevo.

Al contrario que la garantía de la calidad, la **mejora de la calidad (QI, del inglés *quality improvement*)** sigue la asistencia del paciente en lugar de la estructura organizativa, se centra en el proceso en lugar de en los individuos y usa un método sistemático con la intención de mejorar la calidad de la asistencia en lugar de garantizarla. Los estudios de QI se centran a menudo en la identificación y corrección de problemas del sistema, como la duplicación de servicios en un hospital. La QI también se conoce como mejora continua de la calidad (CQI, del inglés *continuous quality improvement*), gestión total de la

calidad (TQM, del inglés *total quality management*), mejora del rendimiento (PI, del inglés *performance improvement*) o mejora persistente de la calidad (PQI, del inglés *persistent quality improvement*).

La mejora de la calidad es una de las seis competencias del proyecto de Formación en Calidad y Seguridad para Profesionales de Enfermería (QSEN, en sus siglas en inglés). En este contexto, la QI se define como el «uso de datos para realizar un seguimiento de los resultados de los procesos asistenciales y el uso de métodos de mejora para diseñar y probar los cambios de cara a mejorar de forma continua la calidad y la seguridad de los sistemas de cuidados de salud» (Cronenwett et al., 2007, p. 127). Al igual que en todas las competencias QSEN, la QI implica conocimiento, técnicas y actitudes importantes para que cualquier profesional de enfermería lo aplique en la comprensión y mejora de las variaciones en los resultados de la atención de enfermería. Una segunda competencia QSEN relacionada con la QI es la seguridad, en la que el profesional de enfermería «reduce al mínimo los riesgos de daño en los pacientes y los proveedores a través de la eficacia del sistema y del rendimiento individual» (Cronenwett et al., p. 128).

Resultados sensibles hacia la enfermería

Entre 2004 y 2009, el *National Quality Forum* (NQF), una organización sin ánimo de lucro centrada en mejorar los cuidados de salud, identificó y respaldó normas nacionales voluntarias para una atención sensible hacia la enfermería que incluyera medidas de rendimiento basadas en la evidencia, un marco de trabajo para medir la atención sensible hacia la enfermería y las correspondientes recomendaciones de investigación. La *Joint Commission* sometió a prueba y revisó las mediciones, y emitió un conjunto final de 12 medidas asistenciales sensibles hacia la enfermería en 2009 (*The Joint Commission*, 2009a). Este trabajo permite a los profesionales de enfermería reunir datos de una forma que pueda utilizarse para valorar la calidad de la atención de enfermería. Algunos ejemplos de estas mediciones son la prevalencia de úlceras por presión adquiridas en hospitales y las caídas de los pacientes.

National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®) es una base de datos de propiedad exclusiva de la *American Nurses Association*. La base de datos recoge y valora datos sensibles hacia la enfermería específicos de las unidades de 1.500 hospitales de EE. UU. Algunos de los indicadores NDNQI son los mismos que las medidas del NQF. NDNQI realiza asimismo una encuesta anual entre profesionales de enfermería sobre el entorno práctico y la satisfacción de estos profesionales.

Además de las listas de indicadores de atención sensible hacia la enfermería, NQF publica una lista de sucesos comunicables graves (SRE, por sus siglas en inglés), denominados a menudo «sucesos nunca», ya que no se producirían si las personas actuaran de la forma adecuada. Muchos estados exigen a los centros de cuidados de salud que comuniquen los SRE y muchas compañías de seguros no giran reembolsos a estos centros por los cuidados dispensados a pacientes que sufrieron un «suceso nunca». Los 28 sucesos se agrupan en las categorías de quirúrgicos, relacionados con productos o dispositivos, protección del paciente, gestión asistencial, ambientales y delictivos. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel clave en la protección de los pacientes frente a estos errores o accidentes (Watson, 2010).

Auditoría de enfermería

Auditoría hace referencia al examen o revisión de registros. Una **auditoría retrospectiva** es la evaluación del registro de un paciente después del alta de la institución. *Retrospectivo* significa «relacionado con acontecimientos pasados». Una **auditoría concurrente** es la evaluación de la asistencia de salud de un paciente mientras este está todavía recibiendo asistencia de la institución. Estas evaluaciones usan la

Consideraciones según la edad

Evaluación

La evaluación de los objetivos, resultados seleccionados e intervenciones debe ser continua, con una valoración y revaloración activas de la situación. Las prioridades pueden cambiar rápidamente y deben volver a priorizarse cuando surgen los problemas. Los lactantes y los niños pequeños son vulnerables a los cambios rápidos de su estado debido a su pequeño tamaño corporal, el tamaño desproporcionado de sus órganos y la inmadurez de sus sistemas corporales. Además, pueden no ser capaces de verbalizar cómo se sienten. Los adultos mayores pueden tener trastornos que entorpezcan su comunicación, como la afasia por

un accidente cerebrovascular, la demencia, la esclerosis múltiple u otros trastornos neurológicos. En tales casos, el profesional de enfermería debe ser incluso más astuto en la realización de las valoraciones no verbales, estando alerta a posibles problemas y detectando cambios en el estado del paciente. Si la evaluación se realiza a menudo y de forma exhaustiva, pueden hacerse cambios con rapidez para intervenir de un modo más eficaz y mejorar los resultados. La valoración constante, la comunicación y las habilidades interpersonales son tan esenciales en la fase de evaluación como en la valoración inicial.

entrevista, la observación directa de la asistencia de enfermería y la revisión de los registros clínicos para determinar si se han cumplido criterios de evaluación específicos.

Otro tipo de evaluación de la asistencia es la *revisión por pares*. En la revisión por pares en enfermería, profesionales de enfermería que trabajan en el mismo campo, es decir, pares, valoran la calidad de la asistencia o la práctica realizada por otros profesionales de enfermería

con la misma cualificación. La revisión por pares se basa en modelos o criterios establecidos previamente.

Hay dos tipos de revisiones por pares: las auditorías individuales y de enfermería. La revisión por pares individual se centra en el trabajo de un profesional de enfermería individual. La auditoría de enfermería se centra en la evaluación de la asistencia de enfermería a través de la revisión de registros. El éxito de estas auditorías depende de un registro preciso.

PLAN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA Para Amanda Aquilini, modificado tras la aplicación y la evaluación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con secreciones viscosas y expansión torácica superficial secundaria a déficit de volumen de líquidos, dolor y fatiga*

RESULTADOS DESEADOS*/ INDICADORES	DECLARACIONES EVALUADORAS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**	EXPLICACIÓN PARA LA CONTINUACIÓN O MODIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Estado respiratorio: intercambio gaseoso [0402], manifestado por: <ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de palidez y cianosis (piel y mucosas) 	Parcialmente cumplido. Piel y mucosas no cianóticas, pero todavía pálidas.	Monitorizar el estado respiratorio/4 h; frecuencia, profundidad, esfuerzo, color de la piel, mucosas, cantidad y color de esputo.	<i>Retener las intervenciones de enfermería para identificar el progreso. El estado del objetivo indica que el problema no se ha resuelto.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Uso de técnica respiratoria/tos correcta tras instrucción 	Parcialmente cumplido. Usa técnica correcta cuando el dolor está controlado con analgésicos opiáceos.	Monitorizar resultados de gasometría, radiografías de tórax, pulsioximetría y volumen en espirómetro incentivador cuando esté disponible.	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tos productiva 	Cumplido. Tos productiva de cantidades moderadas de esputo espeso, amarillo y rosado.	Vigilar nivel de consciencia.	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Excursión torácica simétrica de al menos 4 cm 	No cumplido. Excursión torácica = 3 cm.	Auscultar pulmones/4 h.	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pulmones limpios a la auscultación en 48-72 horas 	No cumplido. Crepitantes inspiratorios dispersos auscultados en la región anterior derecha y posterior del tórax.	Constantes vitales/4 h (TPR, PA, pulsioximetría, dolor).	<i>No necesita nueva instrucción, ya que el paciente muestra una técnica correcta. Puede seguir necesitando apoyo y aliento debido a la fatiga y el dolor al respirar.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Respiraciones 12-22/min, pulso menor de 100 latidos/min 	Parcialmente cumplido. Respiraciones 26/min, pulso 96.	Enseñar técnicas respiratorias y de tos. Recordar su realización y ayudar/3 h. Apoyo y refuerzo (17/4/11, JW).	

(Continúa)

PLAN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA Para Amanda Aquilini, modificado tras la aplicación y la evaluación (cont.)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Limpeza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con secreciones viscosas y expansión torácica superficial secundaria a déficit de volumen de líquidos, dolor y fatiga*

RESULTADOS DESEADOS*/ INDICADORES

- Inhalación de volumen normal de aire en espirómetro incentivador

Control de la ansiedad [1402], manifestado porque:

- Escucha las instrucciones y las sigue para conseguir una técnica correcta de respiración y tos, incluso durante períodos de disnea
- Verbaliza la comprensión del trastorno, las pruebas diagnósticas y los tratamientos (al final del día)
- Reduce su comunicación de miedo y ansiedad
- Voz estable, no tiembla
- Frecuencia respiratoria de 12-22/min

DECLARACIONES EVALUADORAS

No cumplido. Volumen corriente solo de 350 ml (evaluado 17/4/11, JW).

Cumplido. Realiza las técnicas de tos como se le ha enseñado durante los períodos de disnea.

Cumplido. Véanse notas del profesional de enfermería del turno 3-11. Dice: «Sé que tengo que intentar respirar profundamente, aunque me duela». Demuestra uso correcto de espirómetro incentivador y establece la comprensión de la necesidad de usarlo. Comprende que la vía IV es para hidratarla y para los antibióticos (evaluado 17/4/11, JW).

Cumplido. Dice: «Sé que tengo aire suficiente, pero todavía me duele al respirar».

Cumplido. Habla con voz estable.

No cumplido. Frecuencia 26-36/min.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Administrar expectorante recetado; dosificar para máxima eficacia.
Mantener posición de Fowler y semi-Fowler.
Administrar analgésico recetado. Notificar al médico si el dolor no se alivia.
Administrar oxígeno por cánula nasal como se ha prescrito.
Proporcionar oxígeno portátil si el paciente sale de la unidad (p. ej., para un estudio radiográfico). Ayudar al drenaje postural a diario a las 9:30. *El 17/4 enseñar a continuar a demanda en casa (17/4/11, JW).*
Administrar el antibiótico recetado para mantener una concentración sanguínea constante. Observar en busca de exantemas y efectos digestivos o de otro tipo.

Cuando la paciente está disneica, permanecer junto a ella; le tranquilizará que esté con ella. Permanecer calmado, parecer confiado.

Alentar respiraciones lentas y profundas.
Cuando la paciente esté disneica, dar explicaciones cortas de los tratamientos y procedimientos.

~~Cuando el episodio agudo haya pasado, dar información detallada sobre la naturaleza del trastorno, el tratamiento y las pruebas. Volver a valorar si la paciente necesita cualquier información sobre el trastorno, los tratamientos o las pruebas (17/4/11, JW).~~

EXPLICACIÓN PARA LA CONTINUACIÓN O MODIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Tan pronto como la paciente esté hidratada y la fiebre esté controlada, probablemente será dada de alta para que se atienda a sí misma en casa.

Se ha dado información detallada. Como la paciente muestra comprensión, no es necesario repetir la información.

PLAN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA Para Amanda Aquilini, modificado tras la aplicación y la evaluación (cont.)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con secreciones viscosas y expansión torácica superficial secundaria a déficit de volumen de líquidos, dolor y fatiga*

RESULTADOS DESEADOS*/INDICADORES	DECLARACIONES EVALUADORAS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**	EXPLICACIÓN PARA LA CONTINUACIÓN O MODIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> ■ Expresa libremente sus preocupaciones y posibles soluciones sobre sus funciones laborales y parentales 	<p>Parcialmente cumplido. Comentado solo brevemente el turno 3-11. No se hace el turno 11-7 porque la paciente necesita descansar (evaluado 17/4/11, JW).</p>	<p>A medida que la paciente lo tolere, animarla a expresar y playearse sobre sus preocupaciones por su hija y su trabajo. Explorar alternativas cuando sea necesario. Observar si el marido vuelve como se ha programado. Si no es así, instituir un plan asistencial para la <i>Interrupción del proceso familiar</i> (hacerlo el 17/4, turno de día) (17/4/11, JW).</p>	<p>Es importante que esta valoración se haga correctamente, para que pueda disponerse la asistencia de la niña si es necesario.</p>

*El n.º NDC de los resultados deseados se enumera entre corchetes tras el resultado correspondiente.

**En este plan asistencial se ha trazado una línea sobre las partes que el profesional de enfermería desea eliminar; las adiciones al plan asistencial se muestran en cursiva.

APLICACIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

1. A partir de la revisión del plan asistencial de enfermería de Amanda Aquilini, ¿qué conclusiones generales puede sacar sobre los resultados deseados para la *Limpieza ineficaz de las vías respiratorias* y la *Ansiedad*?
2. A pesar de que algunos resultados solo se han conseguido parcialmente o no se han cumplido, no se han escrito nuevas intervenciones para varios resultados. ¿Qué razones podría haber para esto?
3. Para el diagnóstico de enfermería *Ansiedad*, la mayoría de los resultados se han cumplido completamente. ¿Borraría este diagnóstico del plan asistencial en este momento? ¿Por qué sí o no?
4. Dado que la columna de declaraciones evaluadoras no suele usarse en los planes asistenciales escritos, ¿dónde encontrarían los auditores o personas que realizaran valoraciones de la calidad estos datos?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 14 Revisión

PUNTOS CLAVE

- La aplicación es la puesta en acción de las intervenciones de enfermería planificadas.
- La aplicación y evaluación satisfactorias dependen en parte de la calidad de las fases precedentes de valoración, diagnóstico y planificación.
- La revaloración se produce simultáneamente a la fase de aplicación del proceso de enfermería.
- Para ejecutar las estrategias de enfermería se usan habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.
- Antes de realizar una orden, el profesional de enfermería revalora al paciente con el fin de asegurarse de que la orden sigue siendo adecuada.
- El profesional de enfermería determina si es necesaria ayuda para realizar una intervención de enfermería de una manera segura, confortable e informada para el paciente.
- La fase de aplicación termina con el registro de las actividades de enfermería y las respuestas del paciente.

- Tras aplicar el plan asistencial, el profesional de enfermería evalúa el estado de salud del paciente y la eficacia del plan asistencial en la consecución de los objetivos del paciente.
- Los resultados deseados formulados durante la fase de planificación sirven de criterios para evaluar el progreso del paciente y la mejora del estado de salud.
- Los resultados deseados determinan los datos que deben recogerse para evaluar el estado de salud del paciente.
- La reevaluación del plan asistencial del paciente es un proceso de toma de decisiones sobre el estado del problema y de crítica de cada fase del proceso de enfermería.
- Los modelos profesionales de asistencia consideran que los profesionales de enfermería son responsables de aplicar y evaluar el plan asistencial.
- La evaluación de la garantía de la calidad comprende la consideración de las estructuras, procesos y resultados de la asistencia de enfermería.
- La mejora de la calidad es una filosofía y proceso interno a la institución, y no se apoya en inspecciones por una institución externa.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. Cuando inicia la fase de aplicación del proceso de enfermería, ¿cuál de las siguientes fases ejecuta en primer lugar el profesional de enfermería?
 1. Realiza las intervenciones de enfermería.
 2. Determina la necesidad de ayuda.
 3. Revalora al paciente.
 4. Registra las intervenciones.
2. ¿En qué circunstancias se considera práctica aceptable para el profesional de enfermería registrar una actividad de enfermería antes de que se realice?
 1. Cuando la actividad es rutinaria (p. ej., levantar las barandillas de la cama).
 2. Cuando la actividad se realiza a intervalos regulares (p. ej., giro del paciente en la cama).
 3. Cuando la actividad se va a realizar de inmediato (p. ej., dar un medicamento de inmediato).
 4. Nunca es aceptable.
3. El propósito principal de la fase de evaluación del proceso de planificación de la asistencia es determinar si:
 1. Los resultados deseados se han cumplido.
 2. Las actividades de enfermería se han realizado.
 3. Las actividades de enfermería fueron eficaces.
 4. El estado del paciente ha cambiado.
4. El paciente tiene un diagnóstico de enfermería de prioridad alta de *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* relacionado con la necesidad durante varias semanas de un reposo en cama impuesto. El profesional de enfermería evalúa al paciente pasada 1 semana y encuentra que la integridad cutánea no se ha alterado. Cuando revise el plan asistencial, el profesional de enfermería debe:
 1. Borrar el diagnóstico, ya que el problema no tuvo lugar.
 2. Mantener el diagnóstico, ya que todavía están presentes los factores de riesgo.
 3. Modificar el diagnóstico de enfermería por el de *Deterioro de la movilidad*.
 4. Degradar la prioridad del diagnóstico de enfermería.
5. Si el profesional de enfermería planeó evaluar el tiempo que los pacientes deben esperar para que un profesional de enfermería responda a la necesidad del paciente comunicada a través de un interfono en cada turno, ¿qué proceso refleja esto?
 1. Evaluación de la estructura.
 2. Evaluación del proceso.
 3. Evaluación del resultado.
 4. Auditoría.
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en referencia a la relación de la aplicación con las otras fases del proceso de enfermería?
 1. Los hallazgos de la fase de valoración se vuelven a confirmar en la de aplicación.
 2. Después de la aplicación, el profesional de enfermería avanza hacia la fase de diagnóstico.
 3. La necesidad del profesional de enfermería de participar con otros miembros del equipo de cuidados de salud surge durante la fase de planificación.
 4. Una vez completadas todas las intervenciones, puede comenzar la evaluación.
7. El plan asistencial exige la administración de un medicamento, más formación del paciente sobre dieta y ejercicio para un problema de hipertensión. El profesional de enfermería descubre que la presión arterial es extremadamente alta. ¿Cuál de las siguientes técnicas de aplicación de enfermería sería más necesaria?
 1. Cognitiva.
 2. Intelectual.
 3. Interpersonal.
 4. Psicomotora.

8. ¿Cuál de las siguientes actuaciones demuestra el uso apropiado de pautas para la aplicación de las intervenciones de enfermería? Seleccione todas las respuestas correctas.
 1. No se realizarán intervenciones sin que el profesional de enfermería tenga argumentaciones claras.
 2. Siempre se seguirán exactamente las órdenes prescritas por el proveedor de atención primaria.
 3. Se animará a todos los pacientes a que sean todo lo dependientes que deseen y a que dejen que el profesional de enfermería se ocupe de sus cuidados en su lugar.
 4. Cuando sea posible, se darán opciones a los pacientes sobre cómo aplicar las intervenciones.
 5. Cada intervención debe acompañarse de enseñanza del paciente.
9. ¿Cuál de las siguientes actuaciones representa la aplicación de los componentes de la evaluación?
 1. La consecución de objetivos debe escribirse, se hayan cumplido o no completamente.
 2. Deben reunirse los datos relacionados con los resultados esperados.
 3. Si se alcanzó el resultado, se concluirá que el plan fue eficaz.
 4. Después de determinar que el resultado no se ha cumplido, se empieza con un nuevo plan asistencial de enfermería.
10. ¿Cuál de los siguientes es un elemento de la mejora de la calidad, no de control de calidad?
 1. El acento se pone en los resultados individuales.
 2. Evalúa estructuras organizativas.
 3. Persigue confirmar que existe calidad.
 4. Planifica acciones correctivas para los problemas.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A .

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, vídeos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

Institute for Healthcare Improvement. (2009). *2020 vision: 2009 progress report*. Cambridge, MA: Author.
Este informe analiza los logros alcanzados a lo largo de 20 años, desde el establecimiento del IHI, y traza una posible perspectiva de futuro en su ámbito.

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

Sansfield, E. (2008). Continuous process improvement and the elderly critical care patient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), 79-82.

BIBLIOGRAFÍA

Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Mission statement: Center for Quality Improvement and Patient Safety*. Rockville, MD: Author. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/about/quality/cqip/mission.htm>

American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. C. (Eds.). (2008). *Nursing interventions classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Bernstein, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122-131. doi:10.1016/j.outlook.2007.02.006

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC:

Author. Retrieved from <http://www.nap.edu/books/0309072808/html>

The Joint Commission. (2009a). *Implementation guide for the NQF endorsed nursing-sensitive care measure set*. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/MeasureReserveLibrary/nqf_nursing.htm

The Joint Commission. (2009b). *Mission statement*. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/AboutUs>

The Joint Commission. (2009c). *Sentinel event policy and procedures*. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents>

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Retrieved from <http://books.nap.edu/books/0309068371/html/index.html>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009-2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

National Academy of Science. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Retrieved from <http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>

Thoroldson, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing

standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1828-1838. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01836.x

Watson, D. S. (2010). Never events in health care. *AORN Journal*, 91, 378-382. doi:10.1016/j.aorn.2009.12.019

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Allaro-LaFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

American Nurses Association. (1999). *Nursing quality indicators: Guide for implementation*. Washington, DC: Author.

American Nurses Association. (2000). *Nursing quality indicators beyond acute care: Literature review*. Washington, DC: Author.

Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Nursing care plans and documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2008). *Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning* (6th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Khanna, K. (2009). *Hospital survey on patient safety culture: 2009 comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process & critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.