

NANDA International, Inc.
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:
DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN
2015-2017

Conceptos teóricos

Contenidos

<i>Directrices para la autorización de derechos de autor de NANDA International, Inc.</i>	<i>xix</i>
<i>Prefacio</i>	<i>xxii</i>
<i>Introducción</i>	<i>xxvi</i>
<i>Sobre la página web complementaria</i>	<i>xxviii</i>

PARTE 1. CAMBIOS EN LA TERMINOLOGÍA NANDA INTERNATIONAL **1**

Introducción **3**

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de *Diagnósticos y Clasificación*? **4**

Agradecimientos	4
Autores de capítulos	4
Revisores de capítulos	5
Revisora de la estandarización de los términos diagnósticos	5
Cambios en los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo	5
Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017	5
Tabla 1.1 Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017	6
Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017	7
Tabla 1.2 Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017	8
Cambios en la posición de los diagnósticos actuales en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	11
Tabla 1.3 Cambios en la posición de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017	11
Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	11
Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	11
Tabla 1.4 Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017	12
Estandarización de los términos de indicadores diagnósticos	12
Tabla 1.5 Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	13
Otros cambios realizados en la edición 2015-2017	15

Capítulo 1. Fundamentos de los diagnósticos enfermeros 21

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

Figura 1.1 Ejemplo de equipo de salud colaborativo	22
¿Cómo diagnostica una enfermera (o un estudiante de enfermería)?	23
Figura 1.2 El proceso de enfermería modificado	23
Comprender los conceptos enfermeros	24
Valoración	24
Diagnóstico enfermero	25
Tabla 1.1 Partes de la etiqueta de un diagnóstico enfermero	25
Tabla 1.2 Términos clave de un vistazo	26
Planificación/intervención	27
Evaluación	28
El uso del diagnóstico enfermero	28
Breve resumen del capítulo	29
Preguntas frecuentes sobre los diagnósticos enfermeros propuestas por los estudiantes noveles	30
Referencias bibliográficas	30

Capítulo 2. De la valoración al diagnóstico 31

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

¿Qué ocurre durante la valoración enfermera?	31
Figura 2.1 Etapas en el paso de la valoración al diagnóstico	32
¿Por qué deben valorar las enfermeras?	32
La valoración de cribado	34
No es una simple cuestión de «rellenar los espacios en blanco»	34
Marco para la valoración	35
¿Deberíamos usar la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración?	35
Análisis de datos	35
Figura 2.2 Convertir los datos en información	36
Datos subjetivos frente a datos objetivos	37
Agrupación de la información/detectar un patrón	39
Figura 2.3 El proceso de enfermería modificado	39
Identificar los diagnósticos enfermeros potenciales (hipótesis diagnósticas)	39
Valoración en profundidad	41
Figura 2.4 Valoración en profundidad	42

Confirmar/refutar diagnósticos enfermeros potenciales	43
Eliminar posibles diagnósticos	43
Nuevos diagnósticos potenciales	44
Diferenciar entre diagnósticos similares	44
Tabla 2.1 El caso de Carolina: comparación de las características definitorias y los factores relacionados identificados	45
Tabla 2.2 El caso de Carolina: comparación de dominios y clases de los diagnósticos potenciales	47
Figura 2.5 SEA PEQ: un instrumento de pensamiento para la toma de decisiones en referencia al diagnóstico	48
Enunciar un diagnóstico/priorizar	49
Resumen	50
Referencias bibliográficas	51
Capítulo 3. Introducción a la taxonomía II de NANDA-I	52
<i>T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI</i>	
Taxonomía: visualizar una estructura taxonómica	52
Figura 3.1 Dominios y clases para Comestibles Clasificados, SA.	54
Figura 3.2 Clases y conceptos para Comestibles Clasificados, SA.	55
Clasificación en enfermería	56
Figura 3.3 Taxonomía II de NANDA-I: dominios y clases	58
Figura 3.4 NANDA-I dominio I, promoción de la salud, con clases y diagnósticos enfermeros	60
Usar la taxonomía II de NANDA-I	60
Estructurar el currículum de enfermería	60
Figura 3.5 Taxonomía II de NANDA-I: dominio actividad/reposo	61
Identificar un diagnóstico enfermero fuera de su área de experiencia	62
Figura 3.6 Uso de la taxonomía II de NANDA-I y de la terminología para identificar y validar un diagnóstico enfermero fuera del área de experiencia de la enfermera	63
Estudio de caso: Sra. Lendo	64
Figura 3.7 Diagnosticar a la Sra. Lendo	65
La taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I: breve historia	65
Tabla 3.1 Dominios, clases y diagnósticos enfermeros en la taxonomía II de NANDA-I	66

Figura 3.8 Los siete dominios de la propuesta de taxonomía III	79
Figura 3.9 Dominios y clases de la propuesta de taxonomía III	80
Tabla 3.2 Propuesta de taxonomía III: dominios, clases y diagnósticos enfermeros	81
Referencias bibliográficas	90

Capítulo 4. Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones **91**

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Estructura de la taxonomía II	91
Figura 4.1 Modelo de referencia de terminología ISO para un diagnóstico enfermero	92
Un sistema multiaxial para construir conceptos diagnósticos	92
Figura 4.2 Modelo NANDA-I para un diagnóstico enfermero	93
Definición de los ejes	94
Eje 1 Foco del diagnóstico	94
Tabla 4.1 Focos de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I	95
Eje 2 Sujeto del diagnóstico	97
Eje 3 Juicio	97
Eje 4 Localización	97
Tabla 4.2 Definiciones de los términos de los juicios para el eje 3, taxonomía II de NANDA-I	98
Tabla 4.3 Localización en el eje 4, taxonomía II de NANDA-I	100
Eje 5 Edad	100
Eje 6 Tiempo	100
Eje 7 Estado del diagnóstico	100
Desarrollo y presentación de un diagnóstico enfermero	101
Figura 4.3 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: (individual) deterioro de la bipedestación	101
Figura 4.4 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: riesgo de conducta desorganizada del lactante	102
Figura 4.5 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: disposición para mejorar el afrontamiento familiar	102
Desarrollo adicional	103
Referencias bibliográficas	103
Otras lecturas recomendadas	104

Capítulo 5. Preguntas frecuentes	105
<i>T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI</i>	
<i>y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI</i>	
Preguntas básicas sobre los lenguajes estandarizados de enfermería	105
Preguntas básicas sobre NANDA-I	106
Preguntas básicas sobre los diagnósticos enfermeros	110
Preguntas sobre las características definitorias	117
Preguntas básicas sobre los factores relacionados	118
Preguntas sobre los factores de riesgo	119
Diferenciar entre diagnósticos enfermeros similares	120
Preguntas en relación con el desarrollo de un plan de tratamiento	122
Preguntas sobre la enseñanza/aprendizaje de los diagnósticos enfermeros	124
Preguntas sobre el uso de NANDA-I en los dosieres electrónicos de salud	127
Preguntas sobre el desarrollo y revisión de los diagnósticos	128
Preguntas sobre el texto <i>NANDA-I, Definiciones y Clasificación</i>	128
Referencias bibliográficas	130

PARTE 3. LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA INTERNACIONAL **131**

Consideraciones internacionales sobre el uso de los <i>Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I</i>	133
<i>T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI</i>	
Dominio 1: Promoción de la salud	137
Clase 1. Toma de conciencia de la salud	139
Déficit de actividades recreativas – 00097	139
Estilo de vida sedentario – 00168	140
Clase 2. Gestión de la salud	141
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud – 00188	141
Disposición para mejorar la gestión de la salud – 00162	142
Gestión ineficaz de la salud – 00078	143
Gestión ineficaz de la salud familiar – 00080	144
Incumplimiento – 00079	145
Mantenimiento ineficaz de la salud – 00099	147
Protección ineficaz – 00043	148
Salud deficiente de la comunidad – 00215	149
Síndrome de fragilidad del anciano – 00257	150
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano – 00231	151

Dominio 2: Nutrición	153
Clase 1. Ingestión	155
Deterioro de la deglución – 00103	155
Disposición para mejorar la lactancia materna – 00106	157
Interrupción de la lactancia materna – 00105	158
Lactancia materna ineficaz – 00104	159
Leche materna insuficiente – 00216	161
Disposición para mejorar la nutrición – 00163	162
Desequilibrio nutricional : inferior a las necesidades corporales – 00002	163
Obesidad – 00232	164
Patrón de alimentación ineficaz del lactante – 00107	166
Sobrepeso – 00233	167
Riesgo de sobrepeso – 00234	169
Clase 2. Digestión	
Ninguno, por el momento	
Clase 3. Absorción	
Ninguno, por el momento	
Clase 4. Metabolismo	171
Riesgo de deterioro de la función hepática – 00178	171
Riesgo de nivel de glucemia inestable – 00179	172
Ictericia neonatal – 00194	173
Riesgo de ictericia neonatal – 00230	174
Clase 5. Hidratación	175
Riesgo de desequilibrio electrolítico – 00195	175
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos – 00160	176
Déficit de volumen de líquidos – 00027	177
Exceso de volumen de líquidos – 00026	178
Riesgo de déficit de volumen de líquidos – 00028	179
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos – 00025	180
Dominio 3: Eliminación e intercambio	181
Clase 1. Función urinaria	183
Deterioro de la eliminación urinaria – 00016	183
Disposición para mejorar la eliminación urinaria – 00166	184
Incontinencia urinaria de esfuerzo – 00017	185
Incontinencia urinaria funcional – 00020	186
Incontinencia urinaria por rebosamiento – 00176	187
Incontinencia urinaria refleja – 00018	188
Incontinencia urinaria de urgencia – 00019	189

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia – 00022	190
Retención urinaria – 00023	191
Clase 2. Función gastrointestinal	192
Diarrea – 00013	192
Estreñimiento – 00011	193
Estreñimiento funcional crónico – 00235	195
Estreñimiento subjetivo – 00012	197
Riesgo de estreñimiento – 00015	198
Riesgo de estreñimiento funcional crónico – 00236	200
Incontinencia fecal – 00014	201
Motilidad gastrointestinal disfuncional – 00196	202
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional – 00197	203
Clase 3. Función tegumentaria Ninguno, por el momento	
Clase 4. Función respiratoria	204
Deterioro del intercambio de gases – 00030	204
Dominio 4: Actividad/reposo	205
Clase 1. Sueño/reposo	209
Insomnio – 00095	209
Deprivación de sueño – 00096	210
Disposición para mejorar el sueño – 00165	212
Trastorno del patrón del sueño – 00198	213
Clase 2. Actividad/ejercicio	214
Deterioro de la ambulación – 00088	214
Deterioro de la bipedestación – 00238	215
Deterioro de la habilidad para la traslación – 00090	216
Deterioro de la movilidad en la cama – 00091	217
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas – 00089	218
Deterioro de la movilidad física – 00085	219
Deterioro de la sedestación – 00237	221
Riesgo de síndrome de desuso – 00040	222
Clase 3. Equilibrio de la energía	223
Fatiga – 00093	223
Vagabundeo – 00154	224
Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares	225
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular – 00239	225
Disminución del gasto cardíaco – 00029	226
Riesgo de disminución del gasto cardíaco – 00240	228
Patrón respiratorio ineficaz – 00032	229
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz – 00202	230

Riesgo de perfusión renal ineficaz – 00203	231
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca – 00200	232
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz – 00201	233
Perfusión tisular periférica ineficaz – 00204	234
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz – 00228	235
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete – 00034	236
Intolerancia a la actividad – 00092	238
Riesgo de intolerancia a la actividad – 00094	239
Deterioro de la ventilación espontánea – 00033	240
Clase 5. Autocuidado	241
Déficit de autocuidado: alimentación – 00102	241
Déficit de autocuidado: baño – 00108	242
Déficit de autocuidado: uso del inodoro – 00110	243
Déficit de autocuidado: vestido – 00109	244
Disposición para mejorar el autocuidado – 00182	245
Descuido personal – 00193	246
Deterioro del mantenimiento del hogar – 00098	247
Dominio 5: Percepción/cognición	249
Clase 1. Atención	251
Desatención unilateral – 00123	251
Clase 2. Orientación	
Ninguno, por el momento	
Clase 3. Sensación/percepción	
Ninguno, por el momento	
Clase 4. Cognición	253
Confusión aguda – 00128	253
Confusión crónica – 00129	254
Riesgo de confusión aguda – 00173	255
Conocimientos deficientes – 00126	256
Disposición para mejorar los conocimientos – 00161	257
Control emocional inestable – 00251	258
Control de impulsos ineficaz – 00222	259
Deterioro de la memoria – 00131	260
Clase 5. Comunicación	261
Disposición para mejorar la comunicación – 00157	261
Deterioro de la comunicación verbal – 00051	262
Dominio 6: Autopercepción	263
Clase 1. Autoconcepto	265
Disposición para mejorar el autoconcepto – 00167	265
Desesperanza – 00124	266

Riesgo de compromiso de la dignidad humana – 00174	267
Disposición para mejorar la esperanza – 00185	268
Trastorno de la identidad personal – 00121	269
Riesgo de trastorno de la identidad personal – 00225	270
Clase 2. Autoestima	271
Baja autoestima crónica – 00119	271
Baja autoestima situacional – 00120	272
Riesgo de baja autoestima crónica – 00224	273
Riesgo de baja autoestima situacional – 00153	274
Clase 3. Imagen corporal	275
Trastorno de la imagen corporal – 00118	275
Dominio 7: Rol/relaciones	277
Clase 1. Roles de cuidador	279
Cansancio del rol de cuidador – 00061	279
Riesgo de cansancio del rol de cuidador – 00062	282
Deterioro parental – 00056	283
Disposición para mejorar el rol parental – 00164	286
Riesgo de deterioro parental – 00057	287
Clase 2. Relaciones familiares	289
Procesos familiares disfuncionales – 00063	289
Disposición para mejorar los procesos familiares – 00159	292
Interrupción de los procesos familiares – 00060	293
Riesgo de deterioro de la vinculación – 00058	294
Clase 3. Desempeño del rol	295
Conflicto del rol parental – 00064	295
Desempeño ineficaz del rol – 00055	296
Deterioro de la interacción social – 00052	298
Relación ineficaz – 00223	299
Disposición para mejorar la relación – 00207	300
Riesgo de relación ineficaz – 00229	301
Dominio 8: Sexualidad	303
Clase 1. Identidad sexual	
Ninguno, por el momento	
Clase 2. Función sexual	305
Disfunción sexual – 00059	305
Patrón sexual ineficaz – 00065	306
Clase 3. Reproducción	307
Riesgo de alteración de la díada materno/fetal – 00209	307
Proceso de maternidad ineficaz – 00221	308
Disposición para mejorar el proceso de maternidad – 00208	310

Riesgo de proceso de maternidad ineficaz – 00227	311
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	313
Clase 1. Respuestas postraumáticas	315
Síndrome de estrés del traslado – 00114	315
Riesgo de síndrome de estrés del traslado – 00149	316
Síndrome del trauma posviolación – 00142	317
Síndrome postraumático – 00141	318
Riesgo de síndrome postraumático – 00145	320
Clase 2. Respuestas de afrontamiento	321
Aflicción crónica – 00137	321
Afrontamiento defensivo – 00071	322
Afrontamiento ineficaz – 00069	323
Disposición para mejorar el afrontamiento – 00158	324
Afrontamiento ineficaz de la comunidad – 00077	325
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad – 00076	326
Afrontamiento familiar comprometido – 00074	327
Afrontamiento familiar incapacitante – 00073	329
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar – 00075	330
Ansiedad – 00146	331
Ansiedad ante la muerte – 00147	333
Duelo – 00136	334
Duelo complicado – 00135	335
Riesgo de duelo complicado – 00172	336
Estrés por sobrecarga – 00177	337
Negación ineficaz – 00072	338
Planificación ineficaz de las actividades – 00199	339
Riesgo de planificación ineficaz de las actividades – 00226	340
Disposición para mejorar el poder – 00187	341
Impotencia – 00125	342
Riesgo de impotencia – 00152	343
Deterioro de la regulación del estado de ánimo – 00241	344
Deterioro de la resiliencia – 00210	345
Disposición para mejorar la resiliencia – 00212	346
Riesgo de deterioro de la resiliencia – 00211	347
Temor – 00148	348
Clase 3. Estrés neurocomportamental	350
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal – 00049	350
Conducta desorganizada del lactante – 00116	351

Riesgo de conducta desorganizada del lactante – 00115	353
Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante – 00117	354
Disreflexia autónoma – 00009	355
Riesgo de disreflexia autónoma – 00010	356
Dominio 10: Principios vitales	359
Clase 1. Valores	
Ninguno, por el momento	
Clase 2. Creencias	361
Disposición para mejorar el bienestar espiritual – 00068	361
Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones	363
Conflicto de decisiones – 00083	363
Deterioro de la religiosidad – 00169	364
Disposición para mejorar la religiosidad – 00171	365
Riesgo de deterioro de la religiosidad – 00170	366
Sufrimiento espiritual – 00066	367
Riesgo de sufrimiento espiritual – 00067	369
Sufrimiento moral – 00175	370
Disposición para mejorar la toma de decisiones – 00184	371
Deterioro de la toma de decisiones independiente – 00242	372
Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente – 00243	373
Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente – 00244	374
Dominio 11: Seguridad/protección	375
Clase 1. Infección	379
Riesgo de infección – 00004	379
Clase 2. Lesión física	380
Riesgo de asfixia – 00036	380
Riesgo de aspiración – 00039	381
Riesgo de caídas – 00155	382
Deterioro de la dentición – 00048	384
Riesgo de disfunción neurovascular periférica – 00086	385
Deterioro de la integridad cutánea – 00046	386
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea – 00047	387
Deterioro de la integridad tisular – 00044	388
Riesgo de deterioro de la integridad tisular – 00248	389
Riesgo de lesión – 00035	390

Riesgo de lesión corneal – 00245	391
Riesgo de lesión del tracto urinario – 00250	392
Riesgo de lesión postural perioperatoria – 00087	393
Riesgo de lesión térmica – 00220	394
Limpieza ineficaz de las vías aéreas – 00031	395
Deterioro de la mucosa oral – 00045	396
Riesgo de deterioro de la mucosa oral – 00247	398
Retraso en la recuperación quirúrgica – 00100	399
Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica – 00246	400
Riesgo de sangrado – 00206	401
Riesgo de sequedad ocular – 00219	402
Riesgo de shock – 00205	403
Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante – 00156	404
Riesgo de traumatismo – 00038	405
Riesgo de traumatismo vascular – 00213	407
Riesgo de úlceras por presión – 00249	408
Clase 3. Violencia	410
Automutilación – 00151	410
Riesgo de automutilación – 00139	412
Riesgo de suicidio – 00150	414
Riesgo de violencia autodirigida – 00140	416
Riesgo de violencia dirigida a otros – 00138	417
Clase 4. Peligros del entorno	418
Contaminación – 00181	418
Riesgo de contaminación – 00180	420
Riesgo de intoxicación – 00037	421
Clase 5. Procesos defensivos	422
Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados – 00218	422
Riesgo de respuesta alérgica – 00217	423
Respuesta alérgica al látex – 00041	424
Riesgo de respuesta alérgica al látex – 00042	425
Clase 6. Termorregulación	426
Hipertermia – 00007	426
Hipotermia – 00006	427
Riesgo de hipotermia – 00253	429
Riesgo de hipotermia perioperatoria – 00254	431
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal – 00005	432
Termorregulación ineficaz – 00008	433
Dominio 12: Confort	435
Clase 1. Confort físico	437
Disposición para mejorar el confort – 00183	437
Disconfort – 00214	438

Dolor agudo – 00132	439
Dolor crónico – 00133	441
Dolor de parto – 00256	443
Náuseas – 00134	444
Síndrome de dolor crónico – 00255	445
Clase 2. Confort del entorno	437
Disposición para mejorar el confort – 00183	437
Disconfort – 00214	438
Clase 3. Confort social	437
Aislamiento social – 00053	446
Disposición para mejorar el confort – 00183	437
Disconfort – 00214	438
Riesgo de soledad – 00054	447
Dominio 13: Crecimiento/desarrollo	449
Clase 1. Crecimiento	451
Riesgo de crecimiento desproporcionado – 00113	451
Clase 2. Desarrollo	452
Riesgo de retraso en el desarrollo – 00112	452
Diagnósticos enfermeros aceptados para desarrollo y validación clínica 2015-2017	455
Perturbación del campo de energía – 00050	455
PARTE 4. NANDA INTERNATIONAL, INC. 2015-2017	457
Posicionamiento de NANDA International	459
Posicionamiento n.º 1 de NANDA International. El uso de la taxonomía II como marco para la valoración	459
Posicionamiento n.º 2 de NANDA International. La estructura de la formulación del diagnóstico enfermero cuando está incluido en un plan de cuidados	459
Procesos y procedimientos para el envío y revisión de diagnósticos a NANDA International	461
Envío de diagnósticos a NANDA-I: criterios de nivel de evidencia	461
Glosario de términos	464
Diagnóstico enfermero	464
Ejes diagnósticos	465
Componentes de un diagnóstico enfermero	467
Definiciones para la clasificación de los diagnósticos enfermeros	468
Referencias bibliográficas	469

Invitación a unirse a NANDA International	470
NANDA International: una organización dirigida por sus miembros	470
Nuestra visión	470
Nuestra misión	470
Nuestro objetivo	470
Nuestra historia	471
El compromiso de NANDA International	471
Oportunidades de participación	472
¿Por qué unirse a NANDA-I?	472
¿Quién usa la taxonomía de NANDA International?	473
 <i>Índice alfabético</i>	 475

**Visite la página web que acompaña este libro en
www.wiley.com/go/nursingdiagnoses**

Directrices para la autorización de derechos de autor de NANDA International, Inc.

Los materiales presentados en este libro están sometidos a licencia y, por tanto, se les aplican todas las leyes relacionadas con la misma. Para cualquier uso distinto de la lectura o consulta del libro en inglés se requiere una licencia de Wiley.

Algunos ejemplos de esa utilización incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

- Editoriales u otras organizaciones o individuos que deseen traducir el libro completo o partes del mismo.
- Autor o editor que desee usar la taxonomía completa o partes de la misma en un libro de texto o manual de enfermería para ser comercializado.
- Autor o compañía que desee usar la taxonomía de diagnósticos en materiales audiovisuales.
- Desarrollador o compañía que comercialice registros electrónicos de pacientes, que deseen usar la taxonomía de diagnósticos en inglés en su programa de *software* o aplicación (p. ej., un programa o un curso electrónico, una aplicación para *smartphone* o cualquier otro dispositivo electrónico).
- Escuela de enfermería, investigador, organización profesional u organización de salud que desee usar la taxonomía de diagnósticos en un programa educativo.
- Investigador que desee usar la taxonomía con propósitos académicos de investigación no comerciales. Por favor, tengan en cuenta que la propuesta deberá ser dirigida por Wiley a NANDA-I para su aprobación antes de obtener el permiso. Se anima a los investigadores a enviar sus resultados al *International Journal of Nursing Knowledge* y a presentar dichos resultados en las conferencias de NANDA-I cuando sea apropiado.
- Hospital que desee integrar la taxonomía de diagnósticos en su propio registro electrónico.
- Cualquiera de los usos señalados anteriormente en cualquier lengua que no sea inglés.

Por favor, envíen todas las demandas por correo electrónico a:
nanda@wiley.com

o por correo postal a:

NANDA International Copyright Requests
Global Rights Department
John Wiley & Sons, Ltd
The Atrium
Southern Gate
Chichester
West Sussex
PO19 8SQ
UK

Términos y condiciones para la traducción

Los términos y condiciones para la traducción son los que a continuación se presentan:

- No se producirá ninguna recompra por parte de Wiley o NANDA-I de ninguna copia no vendida de traducción en el momento de la aparición de la siguiente edición.
- Los editores no pueden añadir ni eliminar contenido de la versión original proporcionada por Wiley. Esto incluye la adición de nuevos prefacios, prólogos o comentarios por parte de los traductores u otras partes. La única excepción es la adición, bajo el nombre del editor, de los nombres de los traductores en cada lengua, que deberían ser identificados como traductores (no como autores o editores).
- Se requerirá a los editores que identifiquen el nombre, la cualificación y el currículo del traductor jefe para su aprobación previamente a cualquier trabajo de traducción.
- Los editores deben asimismo enviar tanto el diseño de cubierta como el manuscrito de la traducción a Wiley para su aprobación por NANDA-I antes de la impresión de la traducción. NANDA-I requiere hasta 12 semanas para este proceso de aprobación, por tanto, esto deberá ser tenido en cuenta en el calendario de producción.
- Cualquier cambio que solicite NANDA-I deberá ser incluido en la traducción y los editores deberán enviar pruebas para una verificación final antes de la impresión.

También se requerirá a Wiley conceder licencias de la traducción a terceras partes en formatos electrónicos. En este sentido, se incluirá una versión adaptada de la siguiente cláusula en todas las licencias:

El propietario mantendrá el derecho no exclusivo de usar la traducción en cualquier formato electrónico conocido o desarrollado posteriormente y que esté disponible (derechos electrónicos) y sublicenciar esos derechos a terceras partes. El editor notificará al propietario los derechos electrónicos. El editor proporcionará los archivos digitales para la traducción al propietario en un formato que será acordado, tan pronto como sea razonablemente factible, pero no más tarde de xx meses después de la firma de este; serán acordados unos *royalties* anuales.

Para evitar cualquier duda, deseamos dejar claro que esto no incluye derechos sobre libros electrónicos (copias íntegras literales electrónicas de la traducción impresa) y sólo está dirigido, por ejemplo, al uso de desarrollo de *software*.

Prefacio

La edición 2015-2017 del texto clásico NANDA International, Inc. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*, proporciona más diagnósticos aplicables desde el punto de vista clínico como resultado del trabajo del Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) con las traducciones potenciales de las etiquetas, definiciones, características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo de los diagnósticos. En el pasado, las enfermeras cuestionaban la aplicabilidad de nuestro trabajo en su país y jurisdicción. En la edición 2015-2017 se han implementado cambios con la finalidad de incorporar la diversidad y las diferencias en la práctica en el mundo. Esta última edición no se considera únicamente un lenguaje, realmente es un cuerpo de conocimientos enfermeros. Estos diagnósticos nuevos y revisados están basados en el estado de la evidencia en el mundo y han sido enviados por enfermeras, revisados y valorados por enfermeras, y aprobados por enfermeras expertas en diagnósticos, investigadoras y educadoras. La última edición mejora la aplicabilidad cultural con 26 diagnósticos nuevos y 13 diagnósticos revisados. Además, el texto incluye cambios en las categorías oficiales de las definiciones de diagnósticos NANDA-I (focalizados en problemas, riesgo, promoción de la salud) y la definición general del diagnóstico enfermero.

NANDA International, Inc. (NANDA-I) es una organización sin ánimo de lucro. Esto significa que, con la excepción de la gestión de nuestros negocios y las funciones administrativas, todo nuestro trabajo es realizado por voluntarios. Algunas de las enfermeras con más talento científico y algunas de las más eruditas son o han sido voluntarias de NANDA-I. Al contrario de la mayoría de los negocios, no existen unas oficinas donde las enfermeras investiguen sobre los diagnósticos enfermeros. Los voluntarios son personas como usted y como yo que donan su tiempo y experiencia a NANDA-I porque creen firmemente en la importancia del cuidado del paciente y en la importancia de la contribución enfermera a la sociedad.

Con la publicación de cada nueva edición de nuestro trabajo se añaden más traducciones. Estoy encantada de que el trabajo se publique en numerosos idiomas, ya que ésta es una organización internacional. Nuestra relación con nuestro editor, Wiley Blackwell, ha evolucionado en los últimos cinco años. Uno de los acuerdos es asegurar que todas y cada una de las traducciones sean cuidadas y exactas. Juntamente con nuestros editores contamos ahora con un mecanismo de garantía que asegura la calidad de cada traducción. La fuente de cada traducción es siempre la versión inglesa americana. Estamos profundamente comprometidos en asegurar la integridad de nuestro trabajo en el ámbito mundial y les invitamos a ayudarnos en esta tarea con la finalidad de mejorar

la seguridad del paciente y la consistencia de los cuidados de alta calidad y basados en la evidencia. Como organización sin ánimo de lucro obviamente necesitamos ingresos para nuestro funcionamiento, facilitar las reuniones de nuestros comités y la junta de directores, esponsorizar nuestra web y la base de conocimientos, así como dar apoyo a oportunidades para la formación y conferencias en el ámbito internacional, y éstos provienen de las licencias que vendemos por la publicación y el uso de nuestro trabajo en formato electrónico. Por primera vez este año ofreceremos una aplicación electrónica de la terminología NANDA-I completa con una función para la valoración y un apoyo a la toma de decisiones para los diagnósticos más utilizados. Este tipo de trabajo también requiere financiación para su desarrollo y las pruebas asociadas.

Como organización internacional valoramos realmente la diversidad cultural y las diferencias en la práctica. Sin embargo, como proveedores del lenguaje y el conocimiento de diagnósticos enfermeros estandarizado más exitoso del mundo tenemos la obligación de proporcionarle exactamente eso: conocimiento sobre lenguaje estandarizado de diagnósticos enfermeros. No apoyamos el cambio de diagnósticos por la demanda de los traductores o de los especialistas clínicos en una edición de un idioma en particular, cuando el diagnóstico no es aplicable en esa cultura en concreto. Esto es porque estamos profundamente comprometidos en la tarea de ayudar a diversas culturas y especialidades a darse cuenta de los beneficios clínicos del conocimiento contenido en los diagnósticos enfermeros y, por tanto, no creemos que debemos apoyar la censura de la información clínica en este texto. Como enfermera registrada, usted es responsable de diagnosticar de manera apropiada y de usar los términos adecuados en su práctica. De forma clara, sería inapropiado para nosotros el uso de todos y cada uno de los diagnósticos de esta edición, porque ninguno de nosotros puede ser competente en todas las esferas de la práctica enfermera de manera simultánea. Clínicamente, las enfermeras que proporcionan seguridad son practicantes reflexivas; un componente central de la práctica segura es comprender de manera exhaustiva la propia competencia clínica. Existe una alta posibilidad de que haya un buen número de diagnósticos en esta edición que usted nunca use en su práctica; otros los usará de forma diaria. Esto se relaciona también con la cuestión de la aplicabilidad cultural, ya que, si al estudiar esta edición, encuentra un diagnóstico que no es aplicable a su práctica o cultura, está en su derecho de no usarlo. Sin embargo, basándome en mi propia y variada experiencia clínica como enfermera registrada, le suplico que no ignore completamente esos diagnósticos que pueden, al principio, parecer culturalmente embarazosos. Vivimos en una sociedad transcultural y con una alta movilidad, y la exploración de esos diagnósticos que podrían inicialmente parecer inusuales puede presentar un reto para su pensamiento y abrir nuevas posibilidades y comprensión. Todo esto forma parte de ser un profesional reflexivo y del aprendizaje a lo largo de la vida.

Cada diagnóstico ha sido el producto de uno o más de nuestros voluntarios de NANDA-I o de los usuarios de NANDA-I, y la mayoría poseen una base definida de evidencia. Cada uno de los diagnósticos nuevos o revisados habrá sido previamente refinado y debatido por los miembros del CDD antes de ser finalmente enviado a los miembros de NANDA-I para su aprobación. Solamente si nuestros miembros votan positivamente la inclusión de un nuevo diagnóstico o un diagnóstico revisado éste será finalmente etiquetado con la palabra «aceptado» para la edición escrita del libro. Sin embargo, si cree que un diagnóstico en particular es incorrecto y requiere revisión, agradeceremos sus comentarios. Debería contactar con el presidente del CDD a través de nuestra página web. Por favor facilítenos tanta evidencia como le sea posible para apoyar sus comentarios. Trabajando de esta manera, en lugar de cambiar simplemente una traducción o edición, podemos asegurar la integridad y consistencia y que todos nos beneficiemos de la sabiduría y el trabajo de los eruditos individuales. Agradecemos que nos envíe nuevos diagnósticos, así como revisiones de los diagnósticos existentes, usando las guías que puede encontrar en nuestra página web.

Uno de los desarrollos clave en los pasados años ha sido el contenido formativo publicado por Artmed/Panamericana Editora Ltda. (Porto Alegre, Brasil), que recopila módulos formativos, publicados en portugués, conocidos como PRONANDA. Próximamente habrá una oferta similar en español. Otros desarrollos son las bases de datos NANDA-I para investigadores y otros profesionales que necesiten diseñar contenido electrónico. El Comité de Educación e Investigación está preparando materiales formativos para ayudar en el proceso de formación. El objetivo de esta nueva edición de nuestro libro es apoyar a todos aquellos que están aprendiendo a diagnosticar y hacer posible que los que toman las decisiones tengan acceso a la información sobre los diagnósticos que describen los problemas, los riesgos y las necesidades de promoción de la salud de las personas, familias, grupos y comunidades. Personalmente, estaba muy interesada en pertenecer a NANDA-I, ya que el contenido del cuerpo de conocimientos de enfermería es esencial en el diseño de la lógica de apoyo a la toma de decisiones clínicas para el dossier electrónico de salud y para el análisis de datos.

Quiero elogiar el trabajo de todos los voluntarios de NANDA-I, de los miembros del comité, los presidentes y los miembros de la junta de directores por su tiempo, compromiso y entusiasmo, así como por su continuo apoyo. Quiero agradecer a nuestro personal, liderado por nuestra CEO/directora ejecutiva, Dra. T. Heather Herdman, sus esfuerzos y su apoyo. Aprecio la colaboración de los editores de Wiley-Blackwell así como la colaboración de nuestros editores y traductores de todo el mundo, los cuales apoyan la disseminación del contenido del conocimiento y la base de datos desarrollada por NANDA-I.

Mi agradecimiento especial a los miembros del Comité de Desarrollo Diagnóstico por sus extraordinarios y oportunos esfuerzos en la revisión y edición de los diagnósticos que constituyen el alma de este libro, y

especialmente al liderazgo de nuestra presidenta del CDD desde 2010, la Dra. Shigemi Kamitsuru. Este maravilloso comité, con representación de Norteamérica, Latinoamérica, Europa y Asia, es el auténtico «motor» del contenido del conocimiento de NANDA-I, y estoy profundamente impresionada y satisfecha por el increíble y completo trabajo de estos voluntarios durante todos estos años.

Finalmente, cuando empecé a aprender y a usar los diagnósticos enfermeros, hace unos 30 años, nunca imaginé que un día yo sería la presidenta de NANDA-I, estableciendo la agenda de este increíble cuerpo de conocimientos de enfermería. Agradecí la oportunidad de trabajar como voluntaria para NANDA-I, porque para mí era valioso apoyar el avance del conocimiento significativo y útil para dar soporte a las enfermeras y los estudiantes de enfermería. Todas las enfermeras registradas y las enfermeras de la práctica avanzada toman decisiones clínicas en su práctica, en la formación, en la administración de procesos de pensamiento crítico y en el diseño de sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones clínicas. Por estas razones NANDA International, Inc. ha tenido y continúa teniendo un rol en la mejora de la calidad del cuidado basado en la evidencia y la seguridad de la atención al paciente, y continúa siendo el centro del conocimiento para los profesionales enfermeros (*professionals*).

Jane M. Brokel, PhD, RN, FNI
Presidenta, NANDA International, Inc.

Introducción

Este libro se divide en cuatro partes:

- **Parte 1:** proporciona la introducción a la taxonomía de NANDA International, Inc. de diagnósticos enfermeros (NANDA-I). La taxonomía II organiza los diagnósticos en dominios y clases. Se proporciona información sobre los diagnósticos nuevos o los diagnósticos que han sido eliminados de la taxonomía durante el pasado ciclo de revisión.
- **Parte 2:** contiene capítulos sobre los fundamentos de los diagnósticos enfermeros y el juicio clínico. Estos capítulos han sido escritos principalmente por estudiantes, clínicos y formadores. La página web que lo acompaña incluye materiales educativos diseñados para dar apoyo a los estudiantes y profesores en la comprensión y la enseñanza de este material. Los cambios en estos capítulos han sido realizados gracias al inestimable *feedback* recibido de los lectores de todo el mundo, así como a las preguntas que recibimos a diario en NANDA International, Inc.
- **Parte 3:** proporciona el contenido esencial del libro de *Diagnósticos Enfermeros NANDA International: Definiciones y Clasificación*: los 235 diagnósticos, incluyendo definiciones, características definitorias, factores de riesgo y factores de relación según convenga. Los diagnósticos están categorizados usando la taxonomía II, y ordenados en primer lugar por dominios, a continuación por clases y después alfabéticamente dentro de cada clase según el foco de cada diagnóstico. Recomendamos que todas las traducciones mantengan este orden (dominio, clase, orden alfabético en su propio idioma), para facilitar la discusión entre los grupos con diferentes idiomas.
- **Parte 4:** incluye información relacionada específicamente con NANDA International. Se proporciona información sobre los procesos relacionados con la revisión de los diagnósticos NANDA-I, el proceso de envío y los criterios de nivel de evidencia. Se facilita un glosario de términos. Finalmente se proporciona información general sobre la organización y los beneficios de formar parte de ella.

Cómo usar este libro

Tal como se ha mencionado anteriormente, los diagnósticos enfermeros están listados en primer lugar por dominio, a continuación por clase y después alfabéticamente en cada clase (en inglés) según el foco de cada diagnóstico. Por ejemplo, *Deterioro de la bipedestación* está clasificado bajo el dominio 4 (actividad/reposo), clase 2 (actividad/ejercicio):

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Deterioro de la **bipedestación** (00238)

Esperamos que la organización de *Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I: Definiciones y Clasificación, 2015-2017* haga su uso eficaz y eficiente. Si tiene alguna sugerencia al respecto por favor envíela a excedir@nanda.org

Sobre la página web complementaria

Este libro posee una página web complementaria:

www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

La página web incluye:

- Vídeos
- Referencias bibliográficas
- Enlaces

Parte 1

Cambios en la terminología NANDA International

Introducción	3
¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de <i>Diagnósticos y Clasificación</i>?	4
Agradecimientos	4
Cambios en los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo	5
Nuevos diagnósticos, 2015-2017	5
Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017	7
Cambios en la asignación de los diagnósticos actuales en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	11
Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	11
Diagnósticos enfermeros eliminados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017	11
Estandarización de los términos de indicadores diagnósticos	12
Otros cambios realizados en la edición 2015-2017	15

Introducción

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

En esta sección se presenta información introductoria de la nueva edición de la *Taxonomía NANDA Internacional, 2015-2017*. Esto incluye una visión general de los cambios principales en esta edición: diagnósticos nuevos y revisados, cambios de localización dentro de la taxonomía, cambios en las etiquetas diagnósticas y diagnósticos que han sido eliminados o retirados.

Además, se consignan aquellas personas que han enviado diagnósticos nuevos o que han revisado diagnósticos para su aprobación. Se ha actualizado la perspectiva histórica, desarrollada por Betty Ackley para la edición anterior de este libro, de todas las personas que han enviado diagnósticos para completar la taxonomía y ésta se encuentra ahora disponible en nuestra página web, www.nanda.org.

Asimismo se facilita una descripción de los cambios editoriales; los lectores notarán que la mayoría de los diagnósticos presentan algún cambio, ya que hemos estado trabajando para aumentar la estandarización de los términos usados en los indicadores diagnósticos (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo).

Me gustaría mostrar mi agradecimiento especial a la Dra. Susan Gallager-Lepak, de la Universidad de Wisconsin – Green Bay College of Professional Studies, quien ha trabajado conmigo durante varios meses en la estandarización de los términos. Mi agradecimiento también a mi coeditora, la Dra. Shigemi Kamitsuru, quien revisó y corrigió nuestro trabajo, devolviéndonoslo para llegar a un consenso. Éste ha sido un proceso de dimensiones gigantescas, ¡con más de 5.600 términos individuales que requerían revisión! Sin embargo, la estandarización de esos términos nos ha permitido codificar todos los indicadores de los diagnósticos, de manera que puedan ser usados como datos de valoración en sistemas electrónicos, facilitando de esta manera el desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones para las enfermeras. Estos códigos están ahora disponibles en la página web de NANDA-I.

NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.

Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de *Diagnósticos y Clasificación*?

En esta edición se han efectuado cambios basados en el *feedback* de los usuarios para satisfacer las necesidades tanto de los estudiantes como de los clínicos, así como para proveer apoyo adicional a los formadores. Todos los apartados de esta edición son nuevos, con la excepción del capítulo *Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones*, que proporciona una revisión de los hallazgos de las ediciones previas. Hay también contenidos específicos adicionales en formato web accesibles para profesores y estudiantes que aumentan la información presentada en los apartados. Los apartados que contienen estas herramientas suplementarias están señalados con iconos.

Se incluye un nuevo apartado de *Preguntas frecuentes*. Estas preguntas incluyen las que recibimos más frecuentemente a través de la página web de NANDA-I y en las conferencias a las que asistimos en todo el mundo.

Agradecimientos

No es necesario decir que la dedicación de muchas personas al trabajo de NANDA International, Inc. (NANDA-I) es evidente tanto por el tiempo como por el esfuerzo que emplean en la mejora de la terminología y la taxonomía. Este texto representa la culminación de un trabajo incansable de un grupo de voluntarios muy dedicados, de extremo talento, que han desarrollado, revisado y estudiado los diagnósticos enfermeros durante más de 40 años.

Además, nos gustaría aprovechar esta oportunidad para reconocer y agradecer personalmente a las siguientes personas por su aportación individual a esta edición en concreto del texto NANDA-I.

Autores de capítulos

- Fundamentos de los diagnósticos enfermeros: Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

Revisores de capítulos

- Introducción a la taxonomía de NANDA-I: Kay Avant, PhD, RN, FNI, FAAN; Gunn von Krogh, RN, PhD

Revisora de la estandarización de los términos diagnósticos

- Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN

Por favor, contacte con nosotros en execdir@nanda.org si tiene alguna pregunta sobre el contenido o si encuentra algún error, de manera que éstos puedan ser corregidos en futuras publicaciones y traducciones.

*T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI
Editoras
NANDA International, Inc.*

Cambios en los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo

Las definiciones generales de los diagnósticos enfermeros se cambiaron durante este ciclo. Estos cambios alteraron la manera de definir los diagnósticos de riesgo y de promoción de la salud existentes, por tanto notarán cambios en todas las definiciones de estos diagnósticos. Estos cambios se presentaron a los miembros de NANDA-I y fueron aprobados vía votación *online*.

Los diagnósticos de riesgo se cambiaron para eliminar el término «riesgo» de la definición, que se ha reemplazado por la palabra «vulnerable».

Los diagnósticos de promoción de la salud se cambiaron con la intención de que las definiciones aseguraran que los diagnósticos fueran apropiados para el uso en cualquier estado del continuum salud-enfermedad, es decir, que no se requería un estado de equilibrio o salud. De la misma manera, las características definitorias de estos diagnósticos requerían un cambio, ya que en muchos casos representaban estados de salud estables. Todos los estados de salud empiezan ahora con la frase «expresa deseo de mejorar», ya que la promoción de la salud requiere deseos del paciente de mejorar su estado actual, cualquiera que éste sea.

Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017

Se presentó un cuerpo de trabajo significativo en relación con diagnósticos nuevos y revisados al Comité de Desarrollo de Diagnósticos NANDA-I; una parte importante de este trabajo fue presentada a los miembros de NANDA-I para su consideración en este ciclo de revisión. NANDA-I quisiera aprovechar esta oportunidad para felicitar a todas aquellas personas que han

presentado su trabajo y que han alcanzado el nivel suficiente de criterios de evidencia en sus presentaciones y/o revisiones. Han sido aprobados veintiséis nuevos diagnósticos por el Comité de Desarrollo de Diagnósticos, la Junta de Directores y los miembros de NANDA-I (tabla 1.1).

Tabla 1.1 *Nuevos diagnósticos enfermeros, 2015-2017*

<i>Diagnósticos aprobados (nuevos)</i>	<i>Remitente(s)</i>
Dominio 1 Promoción de la salud	
Síndrome de fragilidad del anciano	Margarita Garrido Abejar; M ^a Dolores Serrano Parra; Rosa M ^a Fuentes Chacón
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	Margarita Garrido Abejar; M ^a Dolores Serrano Parra; Rosa M ^a Fuentes Chacón
Dominio 2. Nutrición	
Obesidad	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Sobrepeso	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Riesgo de sobrepeso	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Dominio 3. Eliminación e intercambio	
Estreñimiento funcional crónico	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Riesgo de estreñimiento funcional crónico	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Dominio 4. Actividad/reposo	
Deterioro de la sedestación	Christian Heering, EdN, RN
Deterioro de la bipedestación	Christian Heering, EdN, RN
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	Eduarda Ribeiro dos Santos, PhD, RN; Vera Lúcia Regina Maria, PhD, RN; Mariana Fernandes de Souza, PhD, RN; Maria Gaby Rivero de Gutierrez, PhD, RN; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros, PhD, RN
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	María Begoña Sánchez Gómez PhD(c), RN; Gonzalo Duarte Clímets PhD(c), RN
Dominio 5. Percepción/cognición	
Control emocional inestable	Gülendam Hakverdioğlu Yönt, PhD, RN; Esra Akin Korhan, PhD, RN; Leyla Khorshid, PhD, RN
Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	Heidi Bjørge, MnSc, RN
Dominio 10. Principios vitales	
Deterioro de la toma de decisiones independiente	Ruth Wittmann-Price, PhD, RN
Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	Ruth Wittmann-Price, PhD, RN
Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	Ruth Wittmann-Price, PhD, RN

Tabla 1.1 (cont.)

<i>Diagnósticos aprobados (nuevos)</i>	<i>Remitente(s)</i>
Dominio 11. Seguridad/protección	
Riesgo de lesión corneal	Andreza Werli-Alvarenga, PhD, RN; Tânia Couto Machado Chianca, PhD, RN; Flávia Falci Ercole, PhD, RN
Riesgo de lesión en el tracto urinario	Danielle Cristina Garbuio, MS; Elaine Santos, MS, RN; Emília Campos de Carvalho, PhD, RN; Tânia Couto Machado Chianca, PhD, RN; Anamaria Alves Napoleão, PhD, RN
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN; Cristina Mara Zamarioli, RN; Ana Paula Neroni Stina, RN; Vanessa dos Santos Ribeiro, estudiante de pregrado; Sheila Ramalho Coelho Vasconcelos de Moraes, MNsc, RN
Riesgo de úlceras por presión	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI; Cássia Teixeira dos Santos, MSN, RN; Miriam de Abreu Almeida, PhD, RN; Amália de Fátima Lucena, PhD, RN
Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	Rosimere Ferreira Santana, PhD, RN; Dayana Medeiros do Amaral, BSN; Shimmenes Kamacael Pereira, MSN, RN; Tallita Mello Delphino, MSN, RN; Deborah Marinho da Silva, BSN; Thais da Silva Soares, BSN
Riesgo de deterioro de la integridad tisular	Katiucia Martins Barros, MS, RN; Daclé Vilma Carvalho, PhD, RN
Riesgo de hipotermia	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Riesgo de hipotermia perioperatoria	Manuel Schwanda, BSc., RN; Prof. Marianne Kriegl, Mag.; Maria Müller Staub, PhD, EdN, RN, FEANS
Dominio 12. Confort	
Dolor de parto	Simone Roque Mazoni, PhD, RN; Emília Campos de Carvalho, PhD, RN
Síndrome de dolor crónico	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017

Durante este ciclo fueron revisados catorce diagnósticos; cinco fueron aprobados por el CDD a través del proceso exprés y nueve fueron revisados a través del proceso de revisión estandarizado. La tabla 1.2 muestra esos diagnósticos, destaca las revisiones realizadas para cada uno de ellos e identifica los remitentes.

Tabla 1.2 Diagnósticos enfermeros revisados, 2015-2017

Diagnósticos aprobados (revisados)	Revisión				Definición revisada	Comentario	Remitente(s)
	CD eliminado	CD añadida	FRe/FRI eliminado	FRe/FRI añadido			
Dominio 2. Nutrición							
Lactancia materna ineficaz	1	1	1	10	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ La definición refleja el cambio en el foco del proceso de vinculación/unión al de nutrición ■ 2 características definitivas han sido reasignadas como factores de relación 	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Interrupción de la lactancia materna	6	1		1	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ La definición refleja el cambio en el foco del proceso de vinculación/unión al de nutrición ■ 1 característica definitiva ha sido reasignada como factor de relación 	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Disposición para mejorar la lactancia materna	1	2			X	<ul style="list-style-type: none"> ■ La definición refleja el cambio en el foco del proceso de vinculación/unión al de nutrición 	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Exceso de volumen de líquidos		2					Eneida Rejane Rabelo da Silva ScD, RN; Quenia Camille Soares Martins ScD, RN; Graziella Badin Aliti ScD, RN

Tabla 1.2 (cont.)

Diagnósticos aprobados (revisados)	Revisión			Definición revisada	Comentario	Remitente(s)
	CD eliminado	CD añadida	FRe/FRI eliminado			
Dominio 4. Actividad/reposo						
Deterioro de la movilidad física		1				Eneida Rejane Rabelo da Silva ScD, RN; Angelita Paganin MSc, RN
Dominio 7. Rol/relaciones						
Riesgo de cansancio del rol de cuidador				X	■ Definición revisada para mantener la coherencia con la definición del foco del problema	
Dominio 10. Principios vitales						
Sufrimiento espiritual	4	7		11		Silvia Caldeira PhD, RN; Emília Campos de Carvalho PhD, RN; Margarita Vieira PhD, RN
Dominio 11. Seguridad/protección						
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal				10	■ Diagnóstico revisado para incorporar características neonatales	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI
Hipertermia		9	1	3	■ Diagnóstico revisado para incorporar características neonatales	T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Continúa

Tabla 1.2 (cont.)

Diagnósticos aprobados (revisados)	Revisión				FRE/FRI añadido	Definición revisada	Comentario	Remitente(s)
	CD eliminado	CD añadida	FRE/FRI eliminado	FRE/FRI añadida				
Hipotermia	24	4	8	X	■ Diagnóstico revisado para incorporar características neonatales		T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI	
Retraso en la recuperación quirúrgica	6	4	1	8			Rosimere Ferreira Santana, Associate PhD, RN; Shimmenes Kamacael Pereira, MSN, RN; Tallita Mello Delphino, MSN, RN; Dayana Medeiros do Amaral, BSN; Deborah Marinho da Silva, BSN; Thais da Silva Soares, BSN; Marcos Venicius de Oliveira Lopes, PhD, RN	
Deterioro de la integridad tisular		3	10	X			Katiucia Martins Barros MS, RN; Daclé Vilma Carvalho PhD, RN	
Dominio 12. Confort								
Dolor agudo	6	6	1	3	X		T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI	
Dolor crónico	10	5	2	35	X		T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI	

CD, características definitorias; FRE, factores de relación; FRI, factores de riesgo.

Cambios en la posición de los diagnósticos actuales en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017

La revisión de la estructura de la taxonomía actual, así como de la asignación de los diagnósticos en dicha estructura, llevó a diversos cambios en el modo en que algunos de los diagnósticos estaban clasificados en la taxonomía II de NANDA-I. Seis diagnósticos fueron reasignados en la taxonomía II de NANDA-I; éstos están identificados en la tabla 1.3 con sus lugares previos y los nuevos señalados.

Tabla 1.3 Cambios en la posición de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017

Diagnóstico enfermero	Asignación previa		Nueva asignación	
	Dominio	Clase	Dominio	Clase
Incumplimiento	Principios vitales	Congruencia entre valores/ creencias/ acciones	Promoción de la salud	Manejo de la salud
Lactancia materna ineficaz¹	Rol Relaciones	Roles de cuidador	Nutrición	Ingestión
Interrupción de la lactancia materna¹	Rol Relaciones	Roles de cuidador	Nutrición	Ingestión
Disposición para mejorar la lactancia materna¹	Rol Relaciones	Roles de cuidador	Nutrición	Ingestión
Disposición para mejorar la esperanza	Principios vitales	Valores	Auto percepción	Autoconcepto
Riesgo de soledad	Auto percepción	Autoconcepto	Confort	Confort social

¹Reasignación a causa de la revisión del diagnóstico, incluyendo el cambio en la definición.

Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017

Se hicieron revisiones de las etiquetas de los diagnósticos enfermeros de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017 realizándose cambios en cinco etiquetas diagnósticas. Estos cambios, así como el razonamiento que los justifica, se hallan en la tabla 1.4.

Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017

Se han retirado siete diagnósticos de la taxonomía, bien porque estaban asignados para ser eliminados si no eran actualizados para conseguir

Tabla 1.4 Revisiones de las etiquetas de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I, 2015-2017

<i>Etiqueta diagnóstica previa</i>	<i>Nueva etiqueta diagnóstica</i>	<i>Razonamiento</i>
Manejo inefectivo de la propia salud	Gestión ineficaz de la salud	No es necesario incluir la palabra «propia» en la etiqueta diagnóstica ya que en el foco diagnóstico se asume que éste es individual a no ser que se indique lo contrario
Disposición para mejorar el manejo de la propia salud	Disposición para mejorar la gestión de la salud	No es necesario incluir la palabra «propia» en la etiqueta diagnóstica ya que en el foco diagnóstico se asume que éste es individual a no ser que se indique lo contrario
Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar	Gestión ineficaz de la salud familiar	La definición es consistente con los diagnósticos de manejo individual de la salud, por ello, la etiqueta diagnóstica debería reflejar el mismo foco diagnóstico
Deterioro de la resiliencia individual	Deterioro de la resiliencia	No es necesario incluir la palabra «individual» en la etiqueta diagnóstica ya que en el foco diagnóstico se asume que éste es individual a no ser que se indique lo contrario
Riesgo de compromiso de la resiliencia	Riesgo de deterioro de la resiliencia	El diagnóstico focalizado en el problema lleva consigo la etiqueta diagnóstica, deterioro de la resiliencia, y la definición del diagnóstico de riesgo es consistente con dicho diagnóstico

un nivel de evidencia de 2.1, a causa de un cambio en la clasificación del nivel de evidencia que apoya el diagnóstico, o porque algún nuevo diagnóstico los ha reemplazado. La tabla 1.5 proporciona información sobre cada uno de los diagnósticos que han sido retirados de la taxonomía.

Estandarización de los términos de indicadores diagnósticos

En los pasados ciclos de este libro se ha ido trabajando lentamente para disminuir las variaciones en los términos usados en las características definitorias, factores de relación y factores de riesgo. Este trabajo ha sido realizado de forma muy seria durante este ciclo del libro, en el que se le ha dedicado varios meses al análisis, revisión y estandarización de los términos utilizados. Ésta no ha sido una tarea fácil, y ha requerido muchas horas de análisis, búsqueda de literatura, discusión y consulta con expertos clínicos en diversas áreas.

Tabla 1.5 *Diagnósticos enfermeros retirados de la taxonomía II de NANDA-I, 2015-2017*

<i>Etiqueta diagnóstica retirada</i>	<i>Nueva etiqueta diagnóstica</i>	<i>Razonamiento</i>
Perturbación del campo de energía (00050)	–	Retirado de la taxonomía, pero reasignado al nivel de evidencia (NDE) 1.2, Nivel teórico, para desarrollo y validación (NDE 1.2 no está aceptado para publicación e inclusión en la taxonomía; toda la literatura de apoyo que se ha proporcionado hasta ahora para este diagnóstico se refiere fundamentalmente a la intervención más que al diagnóstico enfermero propiamente dicho)
Deterioro generalizado del adulto (00101)	Síndrome de fragilidad del anciano	Nuevo diagnóstico que reemplaza el anterior
Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)	–	En la edición 2012-2014 fue propuesta la retirada del diagnóstico. Además, el contenido ya está cubierto por el diagnóstico Disposición para mejorar el manejo de la salud
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	Sobrepeso Obesidad	Nuevos diagnósticos que reemplazan el anterior
Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)	Riesgo de sobrepeso	Nuevo diagnóstico que reemplaza el anterior
Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127)	–	En la edición 2012-2014 fue propuesta la retirada del diagnóstico a no ser que se realizara trabajo complementario que adaptara el contenido a la definición de diagnóstico de síndrome. Este trabajo no ha sido completado
Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111)	–	En la edición 2012-2014 fue propuesta la retirada del diagnóstico a no ser que se realizara un trabajo complementario para separar 1) crecimiento y 2) desarrollo en conceptos diagnósticos independientes. Este trabajo no se ha completado

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El proceso que hemos usado incluye la revisión individual de dominios asignados, seguido por un segundo revisor que analizaba los términos existentes así como los nuevos términos recomendados. A continuación los dos revisores se reunían, en persona o bien a través de videoconferencia, y revisaban cada una de las líneas una tercera vez de manera conjunta. Una vez llegados al consenso, el tercer revisor tomaba los términos existentes y los recomendados, y de manera independiente los revisaba. Cualquier discrepancia era discutida hasta que se llegaba al consenso. Después de completar el proceso para cada uno de los diagnósticos, incluyendo los nuevos y los revisados, se comenzó un proceso de filtrado de términos similares. Por ejemplo, se buscó cada término con el tronco «pulmo-», para asegurar que se mantuviese la consistencia. También se usaron frases comunes para el filtrado, tales como «verbaliza», «informa», «explica», «falta de»; «insuficiente»; «inadecuado»; «exceso», etc. Este proceso continuó hasta que el equipo fue incapaz de encontrar más términos que no se hubiesen revisado anteriormente.

Dicho esto, sabemos que el trabajo no está finalizado, que no es perfecto y que pueden surgir desacuerdos con algunos de los cambios efectuados. Podemos decirles que existen más de 5.600 indicadores diagnósticos en la terminología y creemos que hemos hecho un buen primer esfuerzo en la estandarización de los términos.

Entre los muchos beneficios del esfuerzo de estandarización realizado los más destacables son:

1. **Las traducciones deberían mejorar.** Ha habido múltiples cuestiones sobre las dos últimas ediciones difíciles de responder. Algunos ejemplos son:
 - (a) Cuando dicen en inglés *lack*, ¿eso significa *ausencia* o *insuficiente*? Frecuentemente la respuesta es ¡«ambos»! Aunque la dualidad de esta palabra está aceptada en inglés, la falta de claridad no ayuda al clínico en ningún idioma y hace muy difícil la traducción a otros idiomas en los que se deberían usar palabras distintas en función del significado deseado.
 - (b) ¿Existe alguna razón por la que algunas características definitorias se expresan en singular mientras que en otros diagnósticos las mismas características se expresan en plural (p. ej., ausencia de personas significativas)?
 - (c) Existen muchos términos que son similares, o que son ejemplos de otros términos usados en la terminología. Por ejemplo, ¿cuál es la diferencia entre: *color de la piel anormal* (p. ej., *pálida*, *oscura*), *cambios en la coloración*, *cianosis*, *palidez*, *cambios en la coloración de la piel*, *cianosis leve*? ¿Existen diferencias significativas? ¿Pueden combinarse en un solo término? Algunas de las traducciones son prácticamente iguales (p. ej., *color de la piel anormal*, *cambios de coloración*, *cambios en la coloración de la piel*) ¿Podemos usar el mismo término o debemos traducir exactamente lo que aparece en la versión inglesa?

La disminución de la variación en estos términos debería facilitar, ahora, la traducción, ya que un término/frase se usa a lo largo de toda la terminología para indicadores similares de los diagnósticos.

2. **Se debería mejorar la claridad para los clínicos.** Es confuso tanto para los estudiantes como para las enfermeras de la práctica leer términos parecidos pero ligeramente diferentes en distintos diagnósticos. ¿Son iguales? ¿Existe alguna diferencia sutil que no entienden? ¿Por qué NANDA-I no puede ser más clara? Y ¿qué hay de todos esos «por ejemplo» en la terminología? ¿Están ahí para enseñar, para clarificar, para listar todos los ejemplos potenciales? Parece que hay una mezcla de todos ellos en la terminología.

Se darán cuenta de que muchos de los «por ejemplo» se han eliminado, a no ser que se consideren realmente necesarios para clarificar el propósito. Se han eliminado también muchos de los «consejos para la enseñanza» —la terminología no es el lugar indicado para ello—. Y hemos hecho todo lo que hemos podido para condensar los términos y estandarizarlos, siempre que ha sido posible.

3. **Este trabajo ha posibilitado la codificación de los indicadores diagnósticos,** que facilitarán su uso para generalizar las bases de datos para la valoración en el dossier electrónico de salud, y aumentarán la disponibilidad de las herramientas de apoyo a la toma de decisiones relacionadas con la precisión en los diagnósticos, así como en la relación entre los diagnósticos y los planes de tratamiento apropiados. Aunque no incluimos los códigos de las frases en esta edición de la taxonomía, existe una lista de todos los indicadores diagnósticos y sus códigos en la web de NANDA-I. Es altamente recomendable que se usen esos códigos en todas las publicaciones para asegurar la precisión en la traducción.



Otros cambios realizados en la edición 2015-2017

La lista de los indicadores diagnósticos ha sido reducida de un par de formas más. En primer lugar, porque las características definitorias son identificadas como aquellos aspectos que pueden ser observados, lo cual incluye aquello que puede ser visto y oído; así, hemos eliminado términos como «observado» y «verbalizado», ya que no es necesario tener dos términos relacionados con el mismo dato. Por ejemplo, anteriormente habría dos características definitorias relacionadas con el dolor, *informa sobre el dolor* y *evidencia observada de dolor*; en esta edición verán sencillamente *dolor*, que puede ser tanto visto como informado por el paciente.

En segundo lugar, algunas de las subcategorías de los términos han sido eliminadas (p. ej., objetivo/subjetivo) porque ya no son necesarias. También se eliminaron listas de medicamentos, categorizados bajo la subcategoría medicamentos.

Parte 2

Diagnósticos enfermeros

Capítulo 1: Fundamentos de los diagnósticos enfermeros	21
Capítulo 2: De la valoración al diagnóstico	31
Capítulo 3: Introducción a la taxonomía II de NANDA-I	52
Capítulo 4: Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones	91
Capítulo 5: Preguntas frecuentes	105

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

En esta parte presentamos unos capítulos dirigidos a estudiantes y profesores, así como a las enfermeras clínicas. En la página web existe material suplementario que complementa el material presentado en estos capítulos.

Capítulo 1 Fundamentos de los diagnósticos enfermeros

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

Este capítulo proporciona una revisión breve sobre la terminología de los diagnósticos enfermeros así como el proceso diagnóstico. Es una introducción básica al diagnóstico enfermero: qué es, cuál es su rol dentro del proceso enfermero, una introducción a la relación entre la valoración y el diagnóstico, así como al uso del diagnóstico enfermero.

Capítulo 2 De la valoración al diagnóstico

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Este capítulo se refiere a la importancia de la valoración enfermera para la consecución de un diagnóstico preciso en la práctica clínica.

Capítulo 3 Introducción a la taxonomía II de NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Escrito fundamentalmente para estudiantes y enfermeras clínicas, este capítulo explica el propósito de una taxonomía y cómo usar la taxonomía en la práctica y la formación. La tabla 3.1 presenta los 235 diagnósticos enfermeros de NANDA-I que se hallan en la taxonomía II de NANDA-I así como su localización en los 13 dominios y las 47 clases. La tabla 3.2 presenta los diagnósticos enfermeros como estarían distribuidos en la *propuesta* de taxonomía III.

Capítulo 4 Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Este capítulo proporciona información más detallada sobre la estructura de la taxonomía II de NANDA-I, incluyendo el sistema multiaxial para la construcción de diagnósticos enfermeros durante el desarrollo diagnóstico. Se describe y define cada uno de los ejes. Se presenta cada uno de los diagnósticos con su foco y se muestra cada diagnóstico enfermero

tal y como está posicionado en la taxonomía II de NANDA-I y como se localizaría en una *propuesta* de taxonomía III. Se establece un claro enlace entre el uso del lenguaje estandarizado de enfermería que facilita un diagnóstico preciso y los aspectos de seguridad del paciente; se desaconseja la «creación» de términos que describan el razonamiento clínico a pie de cama dada la falta de estandarización que supone y que puede comportar planes de cuidado poco apropiados, resultados inadecuados, así como la incapacidad de demostrar de forma adecuada a través de la investigación el impacto de los cuidados enfermeros sobre las respuestas humanas.

Capítulo 5 Preguntas frecuentes

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Este capítulo proporciona respuestas a algunas de las preguntas formuladas con más frecuencia por estudiantes, profesores y enfermeras clínicas de todo el mundo, y que nosotros recibimos a través de la página web de NANDA-I, o bien cuando los miembros de la Junta Directiva de NANDA-I viajan para presentar conferencias en el ámbito internacional.

Capítulo 1

Fundamentos de los diagnósticos enfermeros

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

Los cuidados de salud son proporcionados por diferentes profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos y fisioterapeutas, por nombrar sólo algunos. Esto es cierto tanto en hospitales como en otros entornos a lo largo del continuum de cuidados (p. ej., centros de salud, cuidados domiciliarios, centros de larga estancia, centros religiosos, prisiones). Cada disciplina de salud aporta su cuerpo de conocimientos único al cuidado del paciente. De hecho, a menudo sólo un único cuerpo de conocimientos es citado como característica definitoria de una profesión.

En ocasiones se produce colaboración y superposición entre los profesionales que proporcionan los cuidados (fig. 1.1). Por ejemplo, un médico en un centro hospitalario puede prescribir una orden para un paciente que indique que debe andar dos veces al día. El fisioterapeuta se focalizará, entonces, en los músculos principales y los movimientos necesarios para andar. En cambio, la enfermera poseerá una visión holística del paciente, incluyendo el equilibrio y la fuerza muscular relacionada con la marcha, así como la confianza y la motivación. El trabajo social puede estar involucrado con la cobertura de la aseguradora para el equipo necesario.

Cada profesión dentro del ámbito de la salud tiene una manera de describir «**qué**» sabe de la profesión y «**cómo**» actúa. Una profesión puede tener un lenguaje común que se usa para describir y codificar su conocimiento. Los médicos tratan enfermedades y usan la taxonomía de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, para representar y codificar los problemas médicos que tratan. Los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud tratan desórdenes mentales y usan el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Enfermedades Mentales, DSM-V. Las enfermeras tratan las respuestas humanas a los problemas de salud y/o procesos vitales y usan la taxonomía de NANDA International, Inc. (NANDA-I) de diagnósticos enfermeros. La taxonomía de diagnósticos enfermeros y el proceso diagnóstico usando esta taxonomía serán descritos más adelante.

La taxonomía II de NANDA-I proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad enfermera (p. ej., focos diagnósticos).

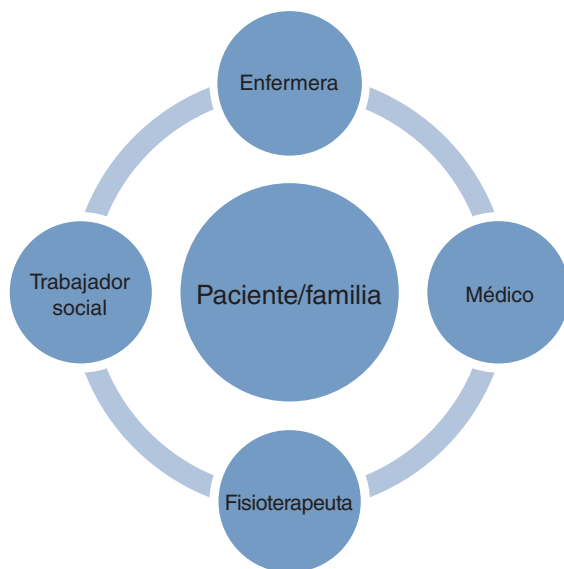
NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.

Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

Figura 1.1 Ejemplo de equipo de salud colaborativo



Contiene 235 diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios y 47 clases. Un dominio es una «esfera de conocimiento»; ejemplos de dominios en la taxonomía II de NANDA-I son: nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo o adaptación/tolerancia al estrés (Merriam-Webster, 2009). Los dominios están divididos en clases (grupos que comparten atributos comunes).

Las enfermeras tratan con respuestas a afecciones de salud/procesos vitales de personas, familias, grupos y comunidades. Dichas respuestas son el objeto principal del cuidado enfermero y constituyen el círculo adscrito a enfermería en la figura 1.1. Un diagnóstico enfermero puede focalizar en un problema, o en un estado de promoción para la salud o en un riesgo potencial (Herdman, 2012):

- **Diagnóstico enfermero focalizado en el problema:** juicio clínico en relación con una *respuesta humana no deseada* de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.
- **Diagnóstico enfermero de riesgo:** juicio clínico en relación con la *vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada* a una afección de salud/proceso vital.
- **Diagnóstico enfermero de promoción de la salud:** juicio clínico en relación con *la motivación y el deseo* de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

Aunque limitados en número, en la taxonomía II de NANDA-I también se pueden encontrar **síndromes**. Un síndrome es un juicio clínico en relación con un *conjunto de diagnósticos enfermeros* específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares. Un ejemplo de un síndrome es el *síndrome de dolor crónico* (00255). El dolor crónico es recurrente o persistente, ha tenido una duración de al menos tres meses y ha afectado significativamente al funcionamiento diario o al bienestar. Este síndrome se diferencia del dolor crónico en que el dolor crónico tiene un impacto significativo en otras respuestas humanas y, por tanto, incluye otros diagnósticos como son *trastorno del patrón del sueño* (00198), *aislamiento social* (00053), *fatiga* (00093) o *deterioro de la movilidad física* (00085).

¿Cómo diagnostica una enfermera (o un estudiante de enfermería)?

El proceso de enfermería incluye la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, el establecimiento de objetivos, las intervenciones y la evaluación (fig. 1.2). Las enfermeras usan la valoración y el juicio clínico para formular hipótesis, o explicaciones, sobre la presencia de problemas reales

Figura 1.2 El proceso de enfermería modificado

De T.H. Herdman (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de NANDA International. [Case Management using NANDA International nursing diagnosis] XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterey, México. (Español.)



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

o potenciales, riesgos y/u oportunidades de promoción para la salud. Todos estos pasos requieren conocimientos sobre los conceptos subyacentes de la ciencia enfermera antes de que los patrones puedan ser identificados en los datos clínicos o de que se puedan formular diagnósticos precisos.

Comprender los conceptos enfermeros

El conocimiento de los conceptos clave, o de los focos de los diagnósticos enfermeros, es necesario antes de comenzar la valoración. Algunos ejemplos de conceptos críticos importantes para la práctica clínica enfermera incluyen respiración, eliminación, termorregulación, bienestar físico, autocuidado e integridad tisular. La comprensión de estos conceptos permite a la enfermera la identificación de patrones en los datos así como la identificación de diagnósticos precisos. Áreas clave de comprensión junto con el concepto de dolor, por ejemplo, incluyen las manifestaciones del dolor, teorías del dolor, poblaciones de riesgo, conceptos fisiopatológicos relacionados (p. ej., fatiga, depresión) y la gestión del dolor. Se necesita una comprensión completa de los conceptos clave así como de la diferenciación de los diagnósticos. Por ejemplo, a fin de comprender la hipotermia o la hipertermia una enfermera debe en primer lugar comprender los conceptos fundamentales de la estabilidad térmica y de la termorregulación. Cuando se analizan problemas que pueden suceder en relación con la *termorregulación* la enfermera se enfrentará en primer lugar a los diagnósticos de *hipotermia* (00006) (o riesgo de), *hipertermia* (00007) (o riesgo de), pero también *riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal* (00005) y *termorregulación ineficaz* (00008). La enfermera debe recoger un número significativo de datos, pero sin una comprensión suficiente de los conceptos fundamentales sobre la estabilidad térmica y la termorregulación, los datos necesarios para la diagnosis precisa pueden ser omitidos y los patrones en los datos de la valoración pueden pasar desapercibidos.

Valoración

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente. Las enfermeras recogen, asimismo, información sobre las fortalezas (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (áreas que las enfermeras pueden prevenir o problemas potenciales que pueden posponer). La valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por la Hermana Callista Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados de categorías de datos.

El fundamento de los diagnósticos enfermeros es el razonamiento clínico. El razonamiento clínico se requiere para distinguir los datos que son normales de los que no lo son, agrupar datos relacionados, reconocer datos que faltan, identificar inconsistencias en los datos y realizar inferencias (Alfaro-Lefebre, 2004). El juicio clínico es «una interpretación o conclusión sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente, y/o la decisión de tomar algún tipo de acción al respecto (o no)» (Tanner, 2006, p. 204). Los aspectos esenciales pueden ser evidentes de forma precoz en la valoración (p. ej., alteración en la integridad tisular, soledad) y permitir a la enfermera iniciar el proceso diagnóstico. Por ejemplo, un paciente puede informar de la presencia de dolor y/o mostrar agitación mientras se sujeta una parte del cuerpo. La enfermera reconocerá el malestar del paciente basándose en la información del paciente y/o las conductas de dolor. Las enfermeras expertas pueden identificar rápidamente grupos de pistas clínicas a partir de los datos de la valoración y avanzar rápidamente hacia el diagnóstico enfermero. Las enfermeras noveles requieren un proceso más secuencial para determinar el diagnóstico enfermero apropiado.

Diagnóstico enfermero

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: 1) descriptor o modificador y 2) foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico (tabla 1.1). Existen algunas excepciones en las cuales un diagnóstico enfermero es solamente una palabra como *fatiga* (00093), *estreñimiento* (00011) y *ansiedad* (00146). En estos diagnósticos el modificador y el foco están inherentes en el mismo término.

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos que focalizan en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente. Un ejemplo puede ser un paciente con el diagnóstico enfermero de *dolor crónico* (00113), *sobrepeso* (00233), *riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (00047) y *riesgo*

Tabla 1.1 Partes de la etiqueta de un diagnóstico enfermero

<i>Modificador</i>	<i>Foco diagnóstico</i>
Ineficaz	Limpieza de las vías aéreas
Riesgo de	Sobrepeso
Disposición para mejorar	Conocimiento
Deterioro	Memoria
Ineficaz	Afrontamiento

Tabla 1.2 *Términos clave de un vistazo*

Término	Breve descripción
Diagnóstico enfermero	Problema, fortaleza o riesgo identificado para un paciente, familia, grupo o comunidad
Característica definitoria	Signo o síntoma (pista objetiva o subjetiva)
Factor relacionado	Causa o factor contribuyente (factor etiológico)
Factor de riesgo	Determinante (aumenta el riesgo)

de caídas (00155), que ha sido ingresado recientemente en una unidad de enfermería. Aunque el *dolor crónico* y el *sobrepeso* son diagnósticos focalizados en el problema, su *riesgo de caídas* debería ser el diagnóstico prioritario, sobre todo en la adaptación al nuevo entorno. Esto sería especialmente oportuno cuando se identifican factores relacionados de riesgo en la valoración (p. ej., dificultades en la visión, dificultades en la marcha, antecedentes de caídas y aumento de la ansiedad en el traslado).

Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es importante mencionar que con sólo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es crucial que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además necesitan saber los «indicadores diagnósticos» —los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro—. Estos indicadores diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo (tabla 1.2). Las **características definitorias** son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej., signos o síntomas). Una valoración que identifica la presencia de un determinado número de características apoya la precisión del diagnóstico enfermero. Los **factores relacionados** son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (p. ej., causa, factor contribuyente). Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente. Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero. Los **factores de riesgo** son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

Un diagnóstico enfermero no necesariamente debe contener todos los tipos de indicadores diagnósticos (p. ej., características definitorias, factores relacionados y/o factores de riesgo). Los diagnósticos enfermeros focalizados en problemas contienen características definitorias y factores relacionados. Los diagnósticos de promoción de la salud generalmente contienen únicamente características definitorias, aunque pueden usarse factores relacionados si ello mejora la comprensión del diagnóstico. Solamente los diagnósticos de riesgo contienen factores de riesgo.

Un formato comúnmente utilizado cuando se aprenden diagnósticos enfermeros incluye _____ [diagnóstico enfermero] relacionado con _____ [causa/factores relacionados] manifestado por _____ [síntomas/características definitorias]. Por ejemplo, *limpieza ineficaz de las vías aéreas* relacionada con *exceso de mucosidad y asma* manifestado por *disminución de los sonidos respiratorios bilaterales, crepitantes en el lóbulo izquierdo y tos persistente, inefectiva*. Dependiendo del dossier electrónico de salud de cada institución, el «relacionado con» y «manifestado por» puede que no esté incluido en el sistema electrónico. Esta información, sin embargo, debería ser reconocible en la valoración y recogida en la historia del paciente, ya que proporciona fundamento para el diagnóstico enfermero. Sin estos datos es imposible verificar la precisión diagnóstica, y esto pone en entredicho la calidad del cuidado enfermero.

Planificación/intervención

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados. Deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad (p. ej., necesidades urgentes, diagnósticos con un alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en el caso de los diagnósticos de riesgo).

Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad en respuesta a una intervención enfermera (Center for Nursing Classification [CNC], n.d.). La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de resultados relacionadas con diagnósticos enfermeros. Las enfermeras, a menudo, y de manera incorrecta, pasan directamente de los diagnósticos enfermeros a las intervenciones sin considerar los resultados deseados. En lugar de ello, los resultados deben ser identificados antes de determinar las intervenciones. El orden de este proceso es similar a la planificación de un viaje por carretera. Simplemente entrar en el coche y conducir puede llevar a la persona a algún lugar, pero ese lugar puede no ser al que la persona deseaba realmente ir. Es mejor tener primero una localización clara en la cabeza (resultado) y más tarde escoger una ruta (intervención) para llegar hasta la localización deseada.

Una intervención se define como «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente» (CNC, n.d.). La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos

entornos de salud. Usando el conocimiento enfermero, las enfermeras llevan a cabo intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias. En estas intervenciones interdisciplinarias, el trabajo de las enfermeras se superpone a los cuidados proporcionados por otros profesionales de la salud (p. ej., médicos, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas). Por ejemplo, la gestión de la glucosa en sangre es un concepto importante para las enfermeras, *riesgo de nivel de glucemia inestable* (00179) es un diagnóstico enfermero y las enfermeras implementan intervenciones para tratar esta afección. En comparación, la *diabetes mellitus* es un diagnóstico médico, pero las enfermeras proporcionan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias a las personas que padecen diabetes y que presentan diferentes tipos de problemas o estados de riesgo. Consulten el modelo tripartito de Kamitsuru de la práctica enfermera (fig. 5.2) en la p. 122.

Evaluación

Un diagnóstico enfermero «proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad» (Herdman, 2012). El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad la enfermera puede ir hacia delante y hacia atrás durante su desarrollo. Las enfermeras se mueven entre la valoración y el diagnóstico enfermero, por ejemplo cuando se recogen datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la precisión del diagnóstico. Igualmente, la eficacia de las intervenciones y la consecución de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente. La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado. Algunas cuestiones a tener en cuenta incluyen: «¿qué datos puedo haber olvidado? ¿Estoy haciendo un juicio inadecuado? ¿Estoy seguro de este diagnóstico? ¿Necesito consultar con alguien que posea mayor experiencia? ¿He confirmado el diagnóstico con la persona/familia/grupo/comunidad? ¿Los resultados establecidos son apropiados para este paciente en este entorno, dada la realidad de la afectación del paciente y los recursos disponibles? ¿Las intervenciones están basadas en la evidencias provenientes de la investigación o en la tradición (p. ej., “lo que hacemos siempre”)?».

El uso del diagnóstico enfermero

Esta descripción de los fundamentos de los diagnósticos enfermeros, aunque dirigida principalmente a estudiantes de enfermería y enfermeras que se inician en el aprendizaje de los diagnósticos, puede beneficiar a todas las enfermeras, ya que destaca aspectos críticos en el uso de los diagnósticos enfermeros y proporciona ejemplos de áreas en las que se puede producir un diagnóstico poco preciso. Un área que necesita continuo énfasis,

por ejemplo, es el proceso de relacionar el conocimiento de los conceptos enfermeros subyacentes con la valoración y finalmente con el diagnóstico enfermero. La comprensión de la enfermera de los conceptos clave (o de los focos diagnósticos) dirige tanto el proceso como la interpretación de los datos de la valoración. Relacionado con lo anterior, las enfermeras diagnostican problemas, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Cualquiera de estos tipos de diagnóstico puede ser el diagnóstico (o diagnósticos) prioritario, y es la enfermera quien efectúa este juicio clínico.

Al representar el conocimiento de la ciencia enfermera, la taxonomía proporciona la estructura para un lenguaje estandarizado con el que comunicar los diagnósticos enfermeros. Usando la terminología NANDA-I (los diagnósticos), las enfermeras pueden comunicarse entre ellas y con profesionales de otras disciplinas de la salud sobre «cuál» es la singularidad de la enfermería. El uso de los diagnósticos enfermeros en nuestras interacciones con los pacientes/familias puede ayudarles a comprender las cuestiones sobre las cuales las enfermeras se centran y a implicarse en su propio cuidado. La terminología proporciona un lenguaje compartido para las enfermeras para resolver problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos enfermeros de NANDA International se usan internacionalmente, están traducidos a 16 idiomas. En un mundo cada vez más globalizado y electrónico, NANDA-I permite además a las enfermeras implicadas en la investigación comunicar los fenómenos de interés para enfermería a través de trabajos y en conferencias de una manera estandarizada, avanzando así en la ciencia enfermera.

Los diagnósticos enfermeros están revisados por expertos, y son remitidos para su aceptación/revisión a NANDA-I por enfermeras de la práctica, formadoras e investigadoras de todo el mundo. Tanto los envíos como las revisiones de nuevos diagnósticos no han cesado de crecer en número en los últimos 40 años de la terminología NANDA-I. Los envíos continuos (y las revisiones) a NANDA-I reforzarán el enfoque, la extensión y la evidencia que apoya la terminología.

Breve resumen del capítulo

Este capítulo describe los tipos de diagnósticos enfermeros (p. ej., focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud, de un síndrome), así como los pasos del proceso de enfermería. El proceso de enfermería se inicia con la comprensión de los conceptos subyacentes de la ciencia enfermera. A continuación se realiza la valoración, que incluye la recogida y agrupación de datos en patrones significativos. Los diagnósticos enfermeros, un paso subsiguiente en el proceso de enfermería, incluyen el juicio clínico sobre las respuestas humanas a afecciones de salud o procesos vitales, o la vulnerabilidad respecto de esa respuesta por parte de una persona, familia, grupo o comunidad. Los componentes del diagnóstico enfermero han sido revisados en este capítulo, incluyendo la etiqueta, la definición y los indicadores diagnósticos (p. ej., características definitorias y factores relacionados

o factores de riesgo). Dado que la valoración de un paciente generará típicamente un determinado número de diagnósticos enfermeros, éstos necesitan ser priorizados, lo cual nos llevará a la provisión de los cuidados. Los siguientes pasos críticos en el proceso de enfermería incluyen la identificación de los resultados esperados y las intervenciones enfermeras. La evaluación se realiza en cada paso del proceso enfermero y también al final del mismo.

Preguntas frecuentes sobre los diagnósticos enfermeros propuestas por los estudiantes noveles*

- ¿Los diagnósticos enfermeros son distintos de los diagnósticos médicos? (p. 122).
- ¿Cuántas características definitorias necesito para formular un diagnóstico enfermero? (p. 118).
- ¿Cuántos factores relacionados necesito usar cuando estoy diagnosticando? (p. 118).
- ¿Cuántos diagnósticos enfermeros necesito para cada paciente? (p. 115).
- ¿Cómo sé qué diagnóstico enfermero es el más preciso? (p. 120).
- ¿Cómo se revisan o se añaden diagnósticos enfermeros a NANDA-I? (p. 461).

*Las respuestas a estas y otras preguntas se hallan en el capítulo 5, Preguntas frecuentes (pp. 105-130).

Referencias bibliográficas

- Alfaro-Lefebre, R. (2004). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (4th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association, acceso desde dsm.psychiatryonline.org
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing (n.d.) Overview: Nursing Interventions Classification (NIC). Recuperado de <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview>, consultada el 13 de marzo de 2014.
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing (n.d.). Overview: Nursing Outcome Classification (NOC). Recuperado de <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview>, consultada el 13 de marzo de 2014.
- Herdman, T. H. (ed.) (2012) *NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2012–2014*. Ames, IA: Wiley-Blackwell.
- Herdman, T. H. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA International. [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México. (Español.)
- Merriam-Webster (2009). *Merriam-Webster's collegiate dictionary* (11th ed.). Springfield, MA: Merriam-Webster.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.

Capítulo 2

De la valoración al diagnóstico

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

La valoración es el primer paso del proceso enfermero y el más crítico. Si este paso no se maneja de manera adecuada, las enfermeras perderán el control sobre las siguientes etapas del proceso enfermero. Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber diagnóstico enfermero, y sin el diagnóstico no se pueden identificar intervenciones enfermeras independientes. La valoración no debería realizarse meramente para rellenar espacios de un formulario o una pantalla de ordenador. Si todo esto les suena, ¡es el momento de echarle un nuevo vistazo al propósito de la valoración!

¿Qué ocurre durante la valoración enfermera?

Durante las etapas de valoración y diagnóstico del proceso enfermero las enfermeras recogen datos del paciente (o la familia/grupo/comunidad), procesan los datos para convertirlos en información y organizan la información en categorías significativas de conocimiento, también conocidas como diagnósticos enfermeros. La valoración proporciona la mejor oportunidad a las enfermeras para establecer una relación terapéutica eficaz con el paciente. En otras palabras, la valoración es una actividad tanto intelectual como interpersonal.

Como se puede ver en la figura 2.1, la valoración implica múltiples etapas, el objetivo de las cuales son los diagnósticos y la priorización de dichos diagnósticos, que más tarde constituirán la base del tratamiento enfermero. Probablemente esto suene como un proceso largo y complejo y, francamente, ¿quién dispone de tiempo para todo ello?; en el mundo real, a menudo estamos obligados a llevar a cabo algunas de estas etapas en un suspiro. Por ejemplo, si una enfermera ve un paciente sujetándose la parte inferior del abdomen y haciendo muecas, probablemente puede interpretar de inmediato que el paciente experimenta *dolor agudo* (00132). Por tanto, el paso desde la recogida de datos (observación de la conducta del paciente) hasta la determinación del diagnóstico potencial (p. ej., *dolor agudo*) ocurre en un segundo. Sin embargo, este diagnóstico identificado

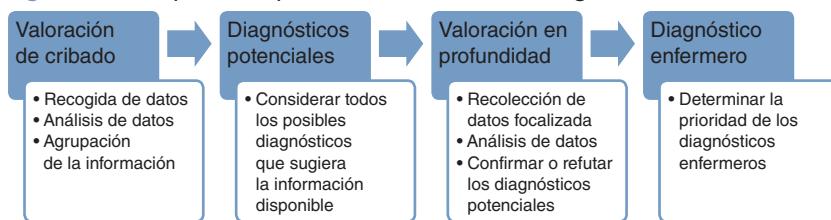
NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.

Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

Figura 2.1 Etapas en el paso de la valoración al diagnóstico



tan rápidamente puede no ser el adecuado, o puede no ser el de más alta prioridad para el paciente. Llegar a este punto toma su tiempo.

Por lo tanto, ¿cómo puede diagnosticar de una forma precisa? Solamente avanzando hasta la siguiente etapa de valoración en profundidad —y con el uso apropiado de los datos obtenidos durante esa valoración— puede asegurar la precisión en el diagnóstico. El paciente puede realmente estar experimentando *dolor agudo*, pero sin la valoración en profundidad no existe ninguna manera de que la enfermera sepa que el dolor está relacionado con cólicos intestinales y diarrea. Este capítulo proporciona conocimientos fundamentales sobre qué hacer con todos esos datos que ha recogido. Después de todo, ¿para qué preocuparse de recoger datos si después no los va a usar?

En la siguiente sección revisaremos cada una de las etapas del proceso que nos llevan desde la valoración hasta el diagnóstico. Pero antes, dediquemos unos minutos a discutir el propósito, porque la valoración no es simplemente una tarea que las enfermeras deban completar realmente necesitamos comprender cuál es su propósito de manera que podamos entender cómo se aplica a nuestro rol profesional como enfermeras.

¿Por qué deben valorar las enfermeras?

Las enfermeras necesitan valorar a los pacientes desde el punto de vista de la disciplina enfermera para poder diagnosticar de forma precisa y proporcionar cuidados eficaces. ¿Qué es la «disciplina enfermera»? Para decirlo de manera simple, es el cuerpo de conocimientos que comprende la ciencia de la enfermería. Diagnosticar un paciente basándose en su diagnóstico médico o en la información médica no es ni recomendable ni seguro en el proceso diagnóstico. Una conclusión tan sumamente simplificada puede llevarnos a intervenciones inapropiadas, a un aumento de los días de estancia y a reingresos innecesarios.

Recuerde que las enfermeras diagnostican respuestas humanas reales o potenciales a afecciones de salud/procesos vitales, o vulnerabilidad hacia esa respuesta —el foco aquí es «las respuestas humanas»—. Los seres humanos son complejos, no respondemos a la misma situación de la misma manera. Esas respuestas se basan en muchos factores: genéticos, fisiológicos, afectaciones de la salud y experiencias pasadas con la salud/lesiones.

Sin embargo, las respuestas también están influenciadas por la cultura del paciente, la etnia, creencias religiosas/espirituales, sexo/género y educación familiar. Esto significa que las respuestas humanas no se identifican de manera sencilla. Si asumimos que, sencillamente, todos los pacientes con un diagnóstico médico determinado responden de determinada manera, podemos tratar afecciones (y por tanto usar el tiempo enfermero y otros recursos) que no existen, mientras que obviamos otras que realmente necesitarían nuestra atención.

Es posible que existan relaciones estrechas entre algunos diagnósticos enfermeros y algunas afecciones médicas; sin embargo, actualmente no poseemos suficientes evidencias científicas para relacionar de forma definitiva todos los diagnósticos enfermeros con diagnósticos médicos concretos. Por ejemplo, no hay manera de identificar la capacidad del paciente para la vida independiente diaria o la disponibilidad/calidad del apoyo familiar, basándonos en un diagnóstico médico de infarto de miocardio u osteoporosis. Tampoco podemos asumir que todos los pacientes con un determinado diagnóstico médico responderán de la misma manera: todos los pacientes que han experimentado una mastectomía no han experimentado un *trastorno de la imagen corporal* (00118), por ejemplo. Así pues, la valoración enfermera y el posterior diagnóstico deberían estar guiados desde el punto de vista de la disciplina enfermera.

Desgraciadamente, en su práctica, probablemente observa enfermeras que asignan o «escogen» un diagnóstico antes de haber valorado al paciente. ¿Qué es lo que está mal en esta vía hacia el diagnóstico? Como ejemplo, una enfermera podría completar un plan de cuidados basado en el diagnóstico de *ansiedad* (00146) para un paciente que debe someterse a cirugía, antes incluso de que el paciente ingrese en la unidad o sea evaluado. Las enfermeras que trabajan en unidades quirúrgicas tratan muchos pacientes preoperatorios, y esos pacientes se hallan en numerosas ocasiones muy ansiosos. Esas enfermeras pueden saber que la enseñanza preoperatoria es una intervención eficaz en la reducción de la ansiedad.

Por tanto, asumir una relación entre los pacientes preoperatorios y la ansiedad puede ser útil en la práctica. Sin embargo, la afirmación «los pacientes preoperatorios padecen ansiedad» puede no ser aplicable a todos los pacientes (es una hipótesis), por tanto debe ser validada con todos y cada uno de ellos. Esto es especialmente cierto, ya que la ansiedad es una experiencia subjetiva —aunque podemos pensar que el paciente parece ansioso, o podemos esperar que lo esté, solamente él puede realmente decirnos si se *siente* ansioso—. En otras palabras, la enfermera puede comprender cómo se siente el paciente solamente si el paciente le habla de sus sentimientos, por tanto, la *ansiedad* es un diagnóstico enfermero enfocado en el problema que requiere datos subjetivos del paciente. Lo que parece ser ansiedad, puede en realidad, ser *temor* (00148) o *afrentamiento ineficaz* (00069); sencillamente no podemos saberlo hasta que valoremos y validemos nuestros hallazgos. Así, antes de que la enfermera diagnostique a un paciente es absolutamente necesaria una valoración minuciosa.

La valoración de cribado

Existen dos tipos de valoración: cribado y en profundidad. Mientras que ambos requieren recogida de datos, responden a diferentes propósitos. La valoración de cribado es la fase inicial de recogida de datos, y es probablemente la más fácil de completar. La valoración en profundidad es más focalizada, capacitando a la enfermera para explorar la información identificada en el cribado inicial y para buscar claves adicionales que puedan confirmar o refutar los diagnósticos enfermeros potenciales.

No es una simple cuestión de «rellenar los espacios en blanco»

Algunas escuelas y organizaciones de salud proporcionan a las enfermeras un formulario estandarizado —en papel o en el dossier electrónico de salud— que debe ser completado para cada paciente en un período de tiempo específico. Por ejemplo, los pacientes ingresados en el hospital deben tener esta valoración completada en las 24 horas posteriores al ingreso. Los pacientes que son visitados en un ambulatorio pueden necesitar la valoración antes de ser visitados por el proveedor de cuidados primarios (p. ej., un médico o una enfermera especializada). Algunas organizaciones tienen herramientas que facilitan el cumplimiento de una valoración basada en una teoría o modelo de enfermería concreto (p. ej., El Modelo de Adaptación de Roy), la revisión de los sistemas corporales o algún otro método de organizar los datos que deben ser recogidos.

La ejecución de la valoración de cribado requiere competencias específicas para la cumplimentación precisa de los procedimientos que conducirán a la obtención de los datos y requiere un alto nivel de habilidades en comunicación interpersonal. Los pacientes se deben sentir seguros y confiar en la enfermera para encontrarse cómodos contestando preguntas personales o proporcionando respuestas, especialmente si sienten que sus respuestas podrían no ser «normales» o «aceptadas».

Decimos que la valoración de cribado inicial debería ser la fase más fácil ya que, de alguna manera, es, inicialmente, un proceso de «rellenar los espacios en blanco». El formulario requiere la temperatura del paciente, por tanto la enfermera toma la temperatura y registra el dato en el formulario de valoración. El formulario requiere que se recoja información sobre el sistema cardíaco del paciente y la enfermera completa todos los espacios en blanco del formulario que hacen referencia a este sistema (frecuencia cardíaca, ritmo, presencia de murmullo, pulsos podales, etc.).

Sin embargo, una valoración apropiada requiere mucho más que este cribado inicial. Obviamente, cuando la enfermera revisa los datos recogidos durante su valoración y empieza a reconocer los diagnósticos potenciales, necesitará recoger nuevos datos que la ayuden a determinar si existen otras respuestas humanas que sean de interés, que indiquen riesgo para el paciente, o que sugieran oportunidades de promoción de la salud. La enfermera también querrá identificar la etiología o los factores precipitantes de las

áreas de interés. Es posible que estas cuestiones no estén incluidas en profundidad en el formulario de valoración de la organización porque, sencillamente, ¿no existe una manera de incluir todas las posibles cuestiones que puede ser necesario preguntar para todas las posibles respuestas humanas!

Marco para la valoración

Tomemos un momento para considerar el tipo de marco que apoya una valoración enfermera minuciosa. Para obtener un diagnóstico enfermero preciso, así como unos cuidados del paciente seguros, se debería usar un marco de valoración enfermero basado en la evidencia. Este marco debería también representar la disciplina del profesional que lo usara: en este caso, el formulario de valoración debería representar el conocimiento de la disciplina enfermera.

¿Deberíamos usar la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración?

Algunas veces existe confusión sobre las diferencias entre la taxonomía II de NANDA-I de los diagnósticos enfermeros y el marco de valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (PFS) (1994). La taxonomía II de NANDA-I se desarrolló sobre la base del trabajo de Gordon; por eso los dos marcos parecen similares. Sin embargo, su propósito y funciones son completamente diferentes. (V. caps. 3 y 4 para información más específica sobre la taxonomía II de NANDA-I).

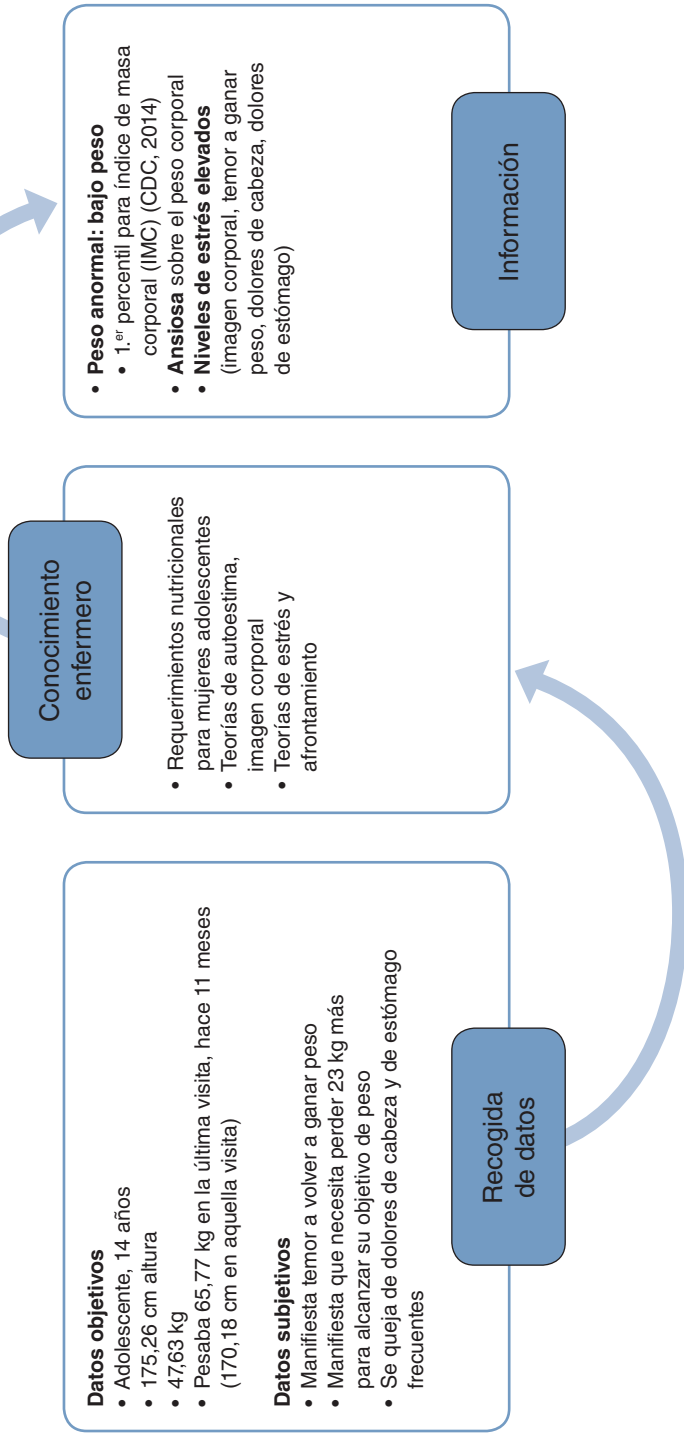
El único propósito de la taxonomía II de NANDA-I es clasificar/categorizar los diagnósticos enfermeros. Cada dominio y clase están definidos de manera que el marco ayude a la enfermera a localizar un diagnóstico enfermero en la taxonomía. Por otro lado, el marco de PFS fue desarrollado científicamente para estandarizar la estructura de la valoración enfermera (Gordon, 1994). Éste, guía la recogida de la historia enfermera así como el examen físico, y proporciona ítems para la valoración como también una estructura para la organización de los datos de la valoración. Además, la secuencia de los 11 patrones proporciona un flujo eficiente y eficaz para la valoración enfermera.

Tal y como se especifica en la declaración de posicionamiento de NANDA-I (2010), el uso de un marco de valoración basado en la evidencia como los PFS de Gordon es altamente recomendable para la obtención de diagnósticos enfermeros precisos así como para garantizar la seguridad de los cuidados del paciente. La taxonomía II de NANDA-I no está pensada para ser usada como marco de valoración.

Análisis de datos

La segunda fase en el proceso es la conversión de los datos en información. Su propósito es ayudarnos a considerar qué significado pueden tener los datos que recogimos en la valoración de cribado, o ayudarnos a identi-

Figura 2.2 Convertir los datos en información: el caso de Carolina, una adolescente de 14 años visitada en un ambulatorio



ficar datos adicionales que debemos recoger. Los términos «información» y «datos» a veces se usan de manera indistinta, pero las características reales de los datos y de la información son bien diferentes. Con la finalidad de mejorar la comprensión de la valoración, así como de los diagnósticos enfermeros, es útil tomar un momento para diferenciar los datos de la información.

Los datos son los hechos tal cual se producen, recogidos por las enfermeras a través de sus observaciones. Las enfermeras recogen datos del paciente (o la familia/grupo/comunidad) y usando el conocimiento enfermero los transforman en información. Puede entenderse la información como los datos con un juicio o significado asignado, como «alto» o «bajo», «normal» o «anormal», e «importante» o «no importante». La figura 2.2 proporciona un ejemplo de cómo los datos objetivos y subjetivos pueden convertirse en información usando el conocimiento enfermero.

Es importante notar que los mismos datos pueden ser interpretados de manera distinta dependiendo del contexto, o de la recogida de nuevos datos. Por ejemplo, supongamos que una enfermera comprueba la temperatura corporal del Sr. W que acaba de ingresar en el hospital con una herida quirúrgica infectada y dificultad en la respiración. El termómetro indica que su temperatura es de 37,5 °C axilar. Este hecho adquiere significado cuando se contrasta con los valores normales aceptados al procesar la enfermera los datos para obtener información: El Sr. W presenta febrícula. Sin embargo, ¿qué pasaría si la enfermera averiguara que cuando el Sr. W fue visitado en la consulta externa hace un par de horas su temperatura era de 39 °C? con este nuevo dato, el dato de temperatura actual puede ser reinterpretado: la temperatura del Sr. W ha disminuido (está mejorando).

Por tanto, cuando registramos la valoración es importante incluir tanto los datos como la información. La información no puede ser validada por otros profesionales si no se proporcionan los datos. Por ejemplo, sencillamente indicar que «el Sr. W presenta fiebre» no es clínicamente útil. ¿Cómo de grave es esa fiebre? ¿Cómo se recogieron los datos (temperatura oral, axilar, central)? La documentación que muestra que el Sr. W tuvo fiebre de 37,5 °C axilar facilita que otras enfermeras puedan comparar nuevas lecturas de temperatura con lecturas previas, para poder identificar si el paciente mejora.

Datos subjetivos frente a datos objetivos

Las enfermeras recogen y documentan dos tipos de datos relacionados con el paciente: subjetivos y objetivos. Mientras que los médicos valoran los datos objetivos por encima de los subjetivos para identificar los diagnósticos médicos, las enfermeras valoran ambos tipos de datos para identificar los diagnósticos enfermeros (Gordon, 2008).

¿Cuál es la diferencia entre los datos subjetivos y los objetivos? El diccionario (Merriam-Webster, 2014) define *subjetivo* como «basado en sentimientos u opiniones más que en hechos»; *objetivo* significa «basado en hechos más que en sentimientos u opiniones». Algo con lo que debe tener

precaución aquí es que cuando estos términos son usados en el contexto de la valoración enfermera presentan un significado ligeramente diferente a esta definición del diccionario general. Aunque la idea básica es la misma, «subjetivo» no se refiere a los sentimientos u opiniones de la *enfermera*, sino a los del sujeto del cuidado enfermero: el paciente/familia/grupo/comunidad. Es más, «objetivo» se refiere a aquellos hechos observados por la enfermera u otros profesionales de la salud.

En otras palabras, los *datos subjetivos* provienen de los informes verbales del paciente sobre sus percepciones o pensamientos acerca de su salud, vida diaria, bienestar, relaciones, etc. Por ejemplo, un paciente puede informar «he tenido dolor de espalda grave durante una semana», o «no tengo a nadie en mi vida con quien pueda compartir mis sentimientos». Algunas veces, sin embargo, el paciente es incapaz de proporcionar datos subjetivos, y por tanto debemos confiar en otras fuentes, como los miembros de la familia/amigos íntimos. Los padres pueden proporcionar información útil sobre la conducta de sus hijos basándose en sus observaciones diarias y su conocimiento. Un ejemplo podría ser un padre que le dice a la enfermera que «generalmente se enrosca como una bola y se mece cuando le duele». Las enfermeras pueden usar esta información para validar la conducta del bebé, y esa conducta se puede usar como datos subjetivos.

Las enfermeras recogen estos datos subjetivos en la entrevista clínica o al hacer la anamnesis. La anamnesis no consiste únicamente en formular al paciente una pregunta tras otra usando un formulario rutinario. Para conseguir datos precisos del paciente las enfermeras deben incorporar la escucha activa y usar preguntas abiertas tanto como sea posible, especialmente cuando se identifican datos potencialmente anormales.

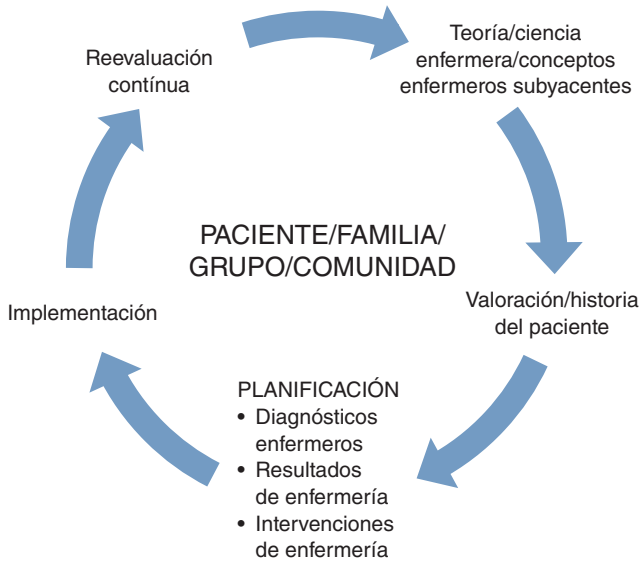
Los *datos objetivos* son aquellos aspectos que las enfermeras observan sobre el paciente. Los datos objetivos se recogen a través del examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas. Aquí «observar» no sólo significa el uso de la vista: requiere el uso de todos los sentidos. Por ejemplo, las enfermeras observan la apariencia general del paciente, escuchan los sonidos pulmonares, huelen los drenajes purulentos de las heridas y sienten la temperatura de la piel a través del tacto. Además, las enfermeras usan distintos instrumentos y herramientas para recoger datos numéricos del paciente (p. ej., peso corporal, tensión arterial, saturación de oxígeno, nivel del dolor). Con la finalidad de obtener datos objetivos precisos y fiables, las enfermeras deben poseer unas habilidades y conocimientos apropiados para realizar el examen físico, así como para usar las herramientas estándares o los aparatos de monitorización.



Pregúntese, estos datos significan:

- ¿un problema?
- ¿una fortaleza?
- ¿una vulnerabilidad?

Figura 2.3 El proceso de enfermería modificado (Herdman, 2013)



Agrupación de la información/detectar un patrón

Una vez que la enfermera ha recogido los datos y los ha transformado en información, la siguiente fase es responder a la pregunta: ¿cuáles son las respuestas humanas del paciente (diagnósticos enfermeros)? Esto requiere del conocimiento de diferentes teorías y modelos tanto de enfermería como de otras disciplinas relacionadas.

También requiere conocimiento sobre los conceptos que subyacen en los propios diagnósticos enfermeros. ¿Recuerda el diagrama del proceso de enfermería modificado introducido en el capítulo 1 (fig. 2.3)? En este diagrama Herdman (2013) identifica la importancia de la teoría/ciencia enfermera que subyace en los conceptos enfermeros. ¡Las técnicas de valoración no sirven de nada si no sabemos cómo usar los datos!

Si la enfermera que valoró a la adolescente Carolina (v. fig. 2.2) no conociera el IMC normal para ese grupo de edad, no hubiera sido capaz de interpretar que el peso de la paciente era bajo. Si no entendiese las teorías relacionadas con el desarrollo infantil, la autoestima, la imagen corporal, el estrés y el afrontamiento en este grupo de edad, no hubiera identificado otras vulnerabilidades o respuestas problemáticas que presentaba Carolina.

Identificar los diagnósticos enfermeros potenciales (hipótesis diagnósticas)

En esta fase del proceso la enfermera ve cómo la información se va agrupando para formar un patrón; éste le proporciona una forma de ver las

respuestas humanas que el paciente experimenta. Inicialmente la enfermera considera todos los diagnósticos potenciales que se le ocurren. En la enfermera experta esto puede ocurrir en segundos —para las noveles o los estudiantes de enfermería, puede requerir el apoyo de enfermeras expertas o profesores que guíen su razonamiento—.

Pregúntese, ahora que ha recogido los datos de la valoración y los ha convertido en información, ¿cómo sabrá lo que es importante y aquello que es irrelevante para este paciente en particular?

La identificación de patrones a partir de los datos requiere una comprensión de los conceptos que refuerzan cada diagnóstico. Por ejemplo, si ha valorado a la Sra. K y ha notado que tiene dificultad respiratoria, que el pulsioxímetro muestra una oxigenación del 88%, que usa los músculos accesorios de la respiración y que tiene retracción supraclavicular, ¿qué le sugiere? A no ser que tenga una buena comprensión de los patrones respiratorios normales, el intercambio gaseoso y la ventilación, puede que no le sugiera gran cosa. Puede que sepa que la Sra. K presenta algún problema con la respiración, pero no tiene conocimientos suficientes para tratar de identificar una causa (factores relacionados) o determinar un diagnóstico preciso. Esta situación puede llevar a la enfermera a simplemente «escoger un diagnóstico» de la lista o tratar de usar el diagnóstico médico como la base para el diagnóstico enfermero. El conocimiento conceptual de cada diagnóstico enfermero permite a la enfermera dotar de significado preciso a los datos recogidos del paciente, y la prepara para realizar la valoración en profundidad.

Cuando posee este conocimiento conceptual empieza a ver los datos que ha recogido de una forma distinta. Convierte los datos en información y empieza a observar cómo esa información comienza a agruparse para formar patrones, o «dibujar un cuadro» de lo que podría estarle sucediendo a su paciente. Revise la figura 2.2. Con el conocimiento conceptual enfermero de nutrición, autoestima, estrés, afrontamiento y desarrollo adolescente puede empezar a ver la información como un posible diagnóstico, como por ejemplo:

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).
- Trastorno de la imagen corporal (00118).
- Baja autoestima situacional (00120).

Por desgracia, en esta fase es donde a menudo se quedan las enfermeras: desarrollan una lista de diagnósticos y, o bien pasan directamente a la acción (determinando las intervenciones), o simplemente «eligen» uno de los diagnósticos que les suena apropiado, basándose en la etiqueta diagnóstica, y seleccionan las intervenciones para ese diagnóstico. Esto es clara y llanamente erróneo. Para que los diagnósticos sean precisos, deben ser validados, y eso requiere una valoración adicional en profundidad para confirmar o refutar o «excluir» un diagnóstico.

Combinando el conocimiento básico enfermero y el conocimiento de los diagnósticos enfermeros, la enfermera puede pasar de la identificación de diagnósticos potenciales basados en la valoración de cribado a

una valoración en profundidad, y de ahí a la determinación del diagnóstico o diagnósticos precisos.

Valoración en profundidad

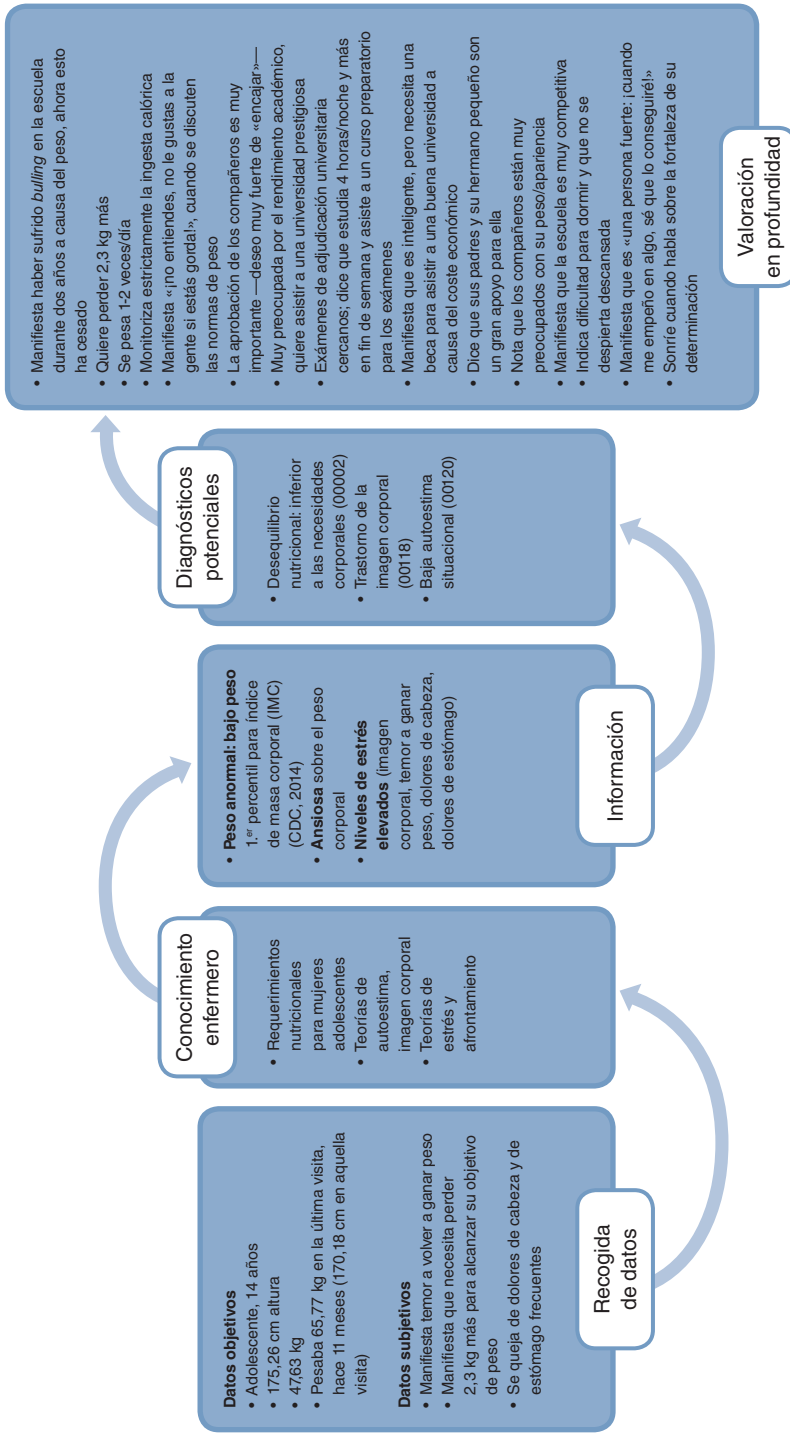
En esta etapa ya ha revisado la información resultante de la valoración de cribado para determinar si ésta estaba dentro de la normalidad o no, o si representaba un riesgo (vulnerabilidad) o una fortaleza. Los ítems que se consideraron fuera de la normalidad, o que fueron valorados como vulnerabilidad, deberían tenerse en cuenta para establecer diagnósticos focalizados en problemas o diagnósticos de riesgo. Las áreas en las que el paciente indicó un deseo de mejorar algún aspecto (p. ej., mejorar la nutrición) deberían ser consideradas como diagnósticos potenciales de promoción de la salud.

Si algunos datos son interpretados como fuera de la normalidad, es crucial realizar una posterior valoración en profundidad para poder diagnosticar al paciente de forma precisa. Sin embargo, si las enfermeras sencillamente recogen los datos sin prestar demasiada atención a los mismos, los datos críticos pueden pasar desapercibidos. Echemos otro vistazo a la figura 2.2. La enfermera puede finalizar su valoración aquí y simplemente identificar un diagnóstico de *desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales* (00002). Podría proporcionar educación sobre una nutrición adecuada y el rango de peso apropiado para la edad y estatura de Carolina. Podría desarrollar un plan de nutrición o derivar a la paciente a un nutricionista. Sin embargo, aunque todas esas cosas podrían ser apropiadas, no habría identificado algunos de los problemas más importantes y significativos, que si no son atendidos conducirán a problemas continuos con el peso y el estado nutricional de Carolina.

Usando la valoración en profundidad, por el contrario, la enfermera de Carolina fue capaz de identificar la presión de los compañeros, *bullying*, y altos niveles de estrés en relación con el rendimiento académico, su deseo de «encajar» en la escuela, su objetivo de poder asistir a una universidad puntera y la necesidad de ganar una beca que le permitiese pagar la matrícula (fig. 2.4). Identificó que Carolina presentaba aspectos vulnerables consistentes con un entorno social estresante (compañeros que se fijaban en el peso/la apariencia, amenazas de *bullying* y una amiga íntima con conductas de autolesión). Pero también pudo identificar que Carolina tenía una fortaleza en el apoyo que recibía tanto de sus padres como de su hermano, lo cual es muy importante a la hora de construir cualquier plan de cuidados. Por tanto, con esta valoración en profundidad adicional la enfermera puede ahora revisar sus diagnósticos potenciales:

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).
- Estrés por sobrecarga (00177).
- Afrontamiento ineficaz (00069).
- Ansiedad (00146).

Figura 2.4 Valoración en profundidad: el caso de Carolina, una adolescente de 14 años visitada en un ambulatorio



- Trastorno de la imagen corporal (00118)
- Baja autoestima situacional (00120)

Confirmar/refutar diagnósticos enfermeros potenciales

Siempre que se recogen nuevos datos y se convierten en información, se deben reconsiderar los diagnósticos previos potenciales o determinados. En esta fase hay tres cuestiones principales que deben tenerse en cuenta:

- ¿Proporcionó la valoración en profundidad nuevos datos que excluyan o eliminen uno o más de sus diagnósticos potenciales?
- ¿La valoración en profundidad apunta hacia nuevos diagnósticos que no había considerado previamente?
- ¿Cómo puede diferenciar entre diagnósticos similares?

También es importante recordar que otras enfermeras necesitarán ser capaces de continuar validando los diagnósticos que usted formule y comprender cómo ha llegado usted hasta esos diagnósticos. Por esta razón es importante usar términos estandarizados, como los diagnósticos enfermeros de NANDA-I, que proporcionan no solamente una etiqueta (p. ej., *afrentamiento ineficaz* [00069]), sino también una definición y criterios de valoración (características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo), de manera que otras enfermeras puedan continuar validando —o quizás puedan refutar— el diagnóstico a medida que aparezcan nuevos datos del paciente. Los términos que construyen las enfermeras de manera simple al pie de la cama, sin estas definiciones validadas y criterios de validación, no tienen ningún significado consistente y no pueden ser clínicamente validados o confirmados. Cuando no existe un diagnóstico enfermero NANDA-I que encaja con el patrón que usted identifica en el paciente, es más seguro describir la afección de forma detallada que inventar un término que puede tener diferentes significados para diferentes enfermeras. Recuerde que la seguridad del paciente depende de una buena comunicación, por tanto, use solamente los términos estandarizados que poseen una definición clara y criterios de valoración, de manera que puedan ser fácilmente validados.

Eliminar posibles diagnósticos

Uno de los objetivos de la valoración en profundidad es eliminar o «excluir» uno o más de los posibles diagnósticos potenciales que estaba considerando. Esto lo hará revisando la información que ha obtenido y comparándola con lo que sabe sobre los diagnósticos. Es fundamental que los datos de la valoración apoyen el diagnóstico o diagnósticos. Los diagnósticos que no están bien fundamentados por los criterios de valoración proporcionados por NANDA-I (características definitorias, fac-



Pregúntese, cuando mire la información del paciente:

- ¿Es consistente con la definición del diagnóstico potencial?
- ¿Los datos identificados en el paciente son características definitorias o factores de riesgo del diagnóstico?
- ¿Incluye causas (factores relacionados) de los diagnósticos potenciales focalizados en el problema?

tores relacionados, o factores de riesgo) y/o que no se fundamentan en factores etiológicos (causas o factores contribuyentes a los diagnósticos) no son apropiados para ningún paciente.

Si miramos la figura 2.4 y consideramos los diagnósticos potenciales que la enfermera de Carolina ha identificado, podemos comenzar a eliminar algunos de ellos por ser diagnósticos no válidos. Algunas veces puede ser de ayuda hacer una comparación de los diagnósticos potenciales, focalizando en aquellas características definitorias y factores relacionados que fueron identificados en la valoración y anamnesis del paciente (tabla 2.1).

Por ejemplo, después de una reflexión, la enfermera de Carolina elimina rápidamente el diagnóstico *baja autoestima situacional*. La definición de este diagnóstico simplemente no encaja con la confianza de Carolina en su inteligencia, su habilidad para alcanzar aquello que se propone y su orgullo por la fortaleza de su determinación. Aunque presenta algunos factores relacionados de este diagnóstico, no presenta signos/síntomas de alguien que padezca el diagnóstico y, de hecho, presenta fortalezas que son contrarias al mismo. La enfermera puede también eliminar *ansiedad*. Aunque Carolina presenta algunas características definitorias y factores relacionados para este diagnóstico, no se refiere a ella misma como ansiosa ni identifica un sentimiento de temor o aprensión. Sin embargo, identifica claramente estresores que existen en su vida y que ella ve como un reto que debe superar.

Nuevos diagnósticos potenciales

Es muy posible, como en el caso de Carolina (fig. 2.4), que los nuevos datos nos lleven a nueva información y que ésta a su vez nos lleve a nuevos diagnósticos. Las mismas cuestiones que usó para eliminar los diagnósticos potenciales deberían ser usadas para considerar estos nuevos diagnósticos.

Diferenciar entre diagnósticos similares

Es útil disminuir los diagnósticos potenciales comparando aquellos que son muy similares, pero que tienen algún rasgo diferenciador que hace a

Tabla 2.1 El caso de Carolina: comparación de las características definitorias y los factores relacionados identificados

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	Estrés por sobrecarga (00177)	Afrontamiento ineficaz (00069)	Ansiedad (00146)	Trastorno de la imagen corporal (00118)	Baja autoestima situacional (00120)
<p>Definición</p> <p>Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	<p>Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción</p>	<p>Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles</p>	<p>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza</p>	<p>Confusión en la imagen mental del yo físico</p>	<p>Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual</p>
<p>Características definitorias</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR) ■ Percepción errónea ■ Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrés excesivo ■ Impacto negativo del estrés ■ Sensación de presión ■ Tensión 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cambios en el patrón del sueño ■ Estrategias de afrontamiento ineficaces 	<p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Angustia ■ Atención centrada en el yo ■ Incertidumbre ■ Preocupación ■ Temor <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cavilación ■ Preocupación <p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Insomnio ■ Cambios en el patrón del sueño <p>Parasimpáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambios en el patrón del sueño <p>Simpáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anorexia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alteración de la visión del propio cuerpo ■ Centra la atención en la apariencia anterior ■ Conducta de reconocimiento del propio cuerpo ■ Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo ■ Preocupación por el cambio ■ Sentimientos negativos sobre el cuerpo ■ Temor a la reacción de los demás 	

Continúa

Tabla 2.1 (cont.)

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)		Estrés por sobrecarga (00177)	Afrontamiento ineficaz (00069)	Ansiedad (00146)	Trastorno de la imagen corporal (00118)	Baja autoestima situacional (00120)
Factores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ingesta diaria insuficiente ■ Trastorno psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrés excesivo ■ Estrés repetidos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo social insuficiente ■ Crisis madurativa ■ Crisis situacional ■ Diferencias de sexo en estrategias de afrontamiento ■ Estrategias de relajación de la tensión ineficaces ■ Incertidumbre ■ Sentido de control insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crisis madurativa ■ Crisis situacional ■ Factores estresantes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alteración de la autopercepción ■ Deterioro del funcionamiento psicofuncional ■ Incongruencia cultural ■ Transición del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alteración de la imagen corporal ■ Antecedentes de rechazo ■ Transición del desarrollo

Tabla 2.2 El caso de Carolina: comparación de dominios y clases de los diagnósticos potenciales

<i>Diagnóstico</i>	<i>Dominio</i>	<i>Clase</i>
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	Nutrición	Ingestión
Estrés por sobrecarga (00177)	Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuestas de afrontamiento
Afrontamiento ineficaz (00069)	Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuestas de afrontamiento
Trastorno de la imagen corporal (00118)	Autopercepción	Imagen corporal

uno más relevante que al otro. Echemos otro vistazo a nuestra paciente Carolina. Tras realizar la valoración en profundidad la enfermera tenía seis diagnósticos potenciales; dos de ellos fueron eliminados, restando cuatro diagnósticos potenciales. Una manera de iniciar el proceso de diferenciación es mirar el lugar donde están clasificados los diagnósticos en la taxonomía II de NANDA-I. Esto le da una pista sobre cómo están agrupados los diagnósticos en la amplia área del conocimiento enfermero (dominio) y las subcategorías o grupos de diagnósticos con atributos similares (clase).

Una rápida revisión de la tabla 2.2 muestra sólo un diagnóstico dentro del dominio de nutrición y uno en el dominio de autopercepción. Sin embargo, hay dos diagnósticos en el área del dominio tolerancia/afrontamiento al estrés; estos diagnósticos también están situados en la misma clase, la de respuestas de afrontamiento. Esto sugiere que alguna diferencia entre los diagnósticos potenciales podría fundamentar la disminución de éstos comparando aquellos con atributos similares.

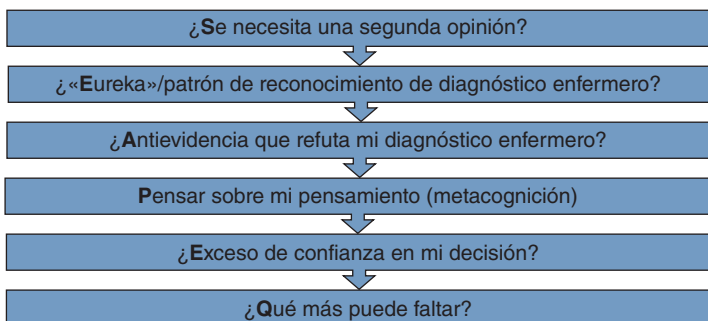


Pregúntese, cuando mire la información del paciente atendiendo a diagnósticos similares:

- ¿Los diagnósticos comparten un foco similar o es diferente?
- ¿Si el foco es similar, hay uno más focalizado/específico que el otro?
- ¿Un diagnóstico lleva potencialmente a otro que ya he identificado? Es decir, ¿puede ser el factor causal de ese otro diagnóstico?

A medida que la enfermera considera lo que sabe sobre Carolina, puede tener en cuenta las respuestas de afrontamiento que identificó como diagnósticos potenciales a la luz de estas cuestiones. Los diagnósticos no comparten un foco similar: uno focaliza sobre el estrés mientras que el

Figura 2.5 SEA PEQ: un instrumento de pensamiento para la toma de decisiones en referencia al diagnóstico (adaptada de Rencic, 2011)



otro focaliza sobre el afrontamiento. El *estrés por sobrecarga* es bastante específico: existe excesiva cantidad y tipos de demandas que requieren que el paciente efectúe una acción.

Carolina ha identificado estresores claramente (*bulling*, presión de los compañeros, deseos de «encajar», exámenes de entrada a la universidad, necesidad de obtener una beca para poder asistir a la universidad, una buena amiga que presenta conducta autolesiva, produciéndose cortes, etc.). El *afrontamiento ineficaz* trata de cómo las personas evalúan los estresores, así como las decisiones que toman para responder a los mismos, y/o cómo acceden a los recursos disponibles para responder a ellos.

Es fácil ver cómo el *estrés por sobrecarga* puede conducir al *afrontamiento ineficaz*: la eliminación de los estresores, o un reencuadre de la manera como Carolina percibe esos estresores, puede tener un impacto en la forma de afrontar la situación de la paciente. La enfermera debería tomarse algún tiempo para considerar si es posible para la paciente eliminar o reencuadrar los estresores, o si la prioridad es focalizar sobre el afrontamiento ineficaz en respuesta a los estresores. Esto, si fuera posible, debería ser discutido con la paciente y la decisión debería ser tomada con ella. Después de todo, Carolina es la persona que vive la experiencia, por tanto su enfoque y priorización deberían ayudar a la enfermera a guiar el plan de cuidados.

Un instrumento de pensamiento (fig. 2.5) usado por nuestros colegas en medicina puede ser útil como revisión antes de determinar su(s) diagnóstico(s) final(es): utiliza el acrónimo SEA PEQ [SEA TOW en inglés] (Rencic, 2011). Este instrumento puede ser fácilmente adaptado también para los diagnósticos enfermeros.

Siempre es una buena idea pedir a un colega, o a un experto, una *segunda opinión* si no está seguro del diagnóstico apropiado. ¿Es el diagnóstico que está considerando el resultado de un momento «Eureka»? ¿Reconoció un patrón en los datos de su valoración en la entrevista con el paciente? ¿Confirmó este patrón revisando los indicadores del diagnóstico (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo)? ¿Recogió *antievidencia*: datos que parecían refutar este

diagnóstico? ¿Puede justificar el diagnóstico incluso con estos datos, o éstos sugieren que debe analizar la situación en mayor profundidad? *Piense sobre su pensamiento:* ¿era lógico, razonado, construido sobre su conocimiento de la ciencia enfermera y las respuestas humanas que está diagnosticando? ¿Necesita información adicional sobre la respuesta antes de confirmarla? ¿Está sufriendo un *exceso de confianza*? Esto puede ocurrir cuando está acostumbrado a pacientes que presentan un determinado diagnóstico, y por tanto, usted más que aplicar las habilidades de razonamiento clínico lo que hace es «saltar» hacia ese diagnóstico. Finalmente, *¿qué más puede faltar?* ¿Existen otros datos que necesita recoger o revisar para poder validar, confirmar o excluir un diagnóstico enfermero potencial? El uso del acrónimo SEA PEQ puede ayudarle a validar el proceso de razonamiento clínico y aumentar la posibilidad de la precisión del diagnóstico.

Enunciar un diagnóstico/priorizar

La última etapa es el enunciado del diagnóstico o diagnósticos que guiarán la intervención enfermera para su paciente. Después de revisar todo lo que conoce sobre su paciente Carolina, la enfermera debería haber identificado tres diagnósticos principales, uno de los cuales es nuevo:

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).
- Trastorno de la imagen corporal (00118).
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).

El diagnóstico de *desequilibrio nutricional* debe ser tratado para prevenir consecuencias potenciales de malnutrición, especialmente durante la fase de adolescencia (pubertad) de Carolina, en la cual necesita asegurar una buena nutrición para un crecimiento y desarrollo saludables. Este debería ser el diagnóstico principal o de alta prioridad. El *trastorno de la imagen corporal* se mantiene como diagnóstico, ya que Carolina aún siente que necesita estar «realmente delgada», y a pesar de su bajo peso continúa manifestando que quiere perder más peso. Sus referencias a su historia de sobrepeso así como la monitorización una o dos veces al día del peso y el temor a ganarlo, indican que este problema debe ser tratado junto con el diagnóstico de la nutrición para que la intervención tenga éxito.

En la conversación con Carolina se observa que los estresores que experimenta son reales —y probablemente no se pueden modificar—; por desgracia, el *bullying* y la presión cultural en la adolescencia en relación con el peso son muy reales. Para Carolina, su deseo de una educación universitaria añade estrés, ya que quiere tener buenos resultados en los exámenes de entrada así como en el curso actual para poder acceder a ayuda financiera a través de una beca. Por tanto, el enfoque sobre el estrés por sobrecarga puede no ser eficaz para esta paciente. Sin embar-

go, cuando la enfermera habla con ella sobre las preocupaciones para afrontar esos estresores, Carolina indica su deseo de mejorar su conocimiento sobre técnicas de manejo del estrés, para manejar mejor los estresores de su vida y aprender a pedir ayuda a los demás para aumentar el apoyo social. Estos datos adicionales muestran a la enfermera, en relación con las estrategias de afrontamiento, que hay una oportunidad de promoción de la salud para Carolina y, por tanto, la *disposición para mejorar el afrontamiento* es un diagnóstico más apropiado que el *afrontamiento ineficaz*.

Recuerde que el proceso de enfermería, que incluye la evaluación del diagnóstico, es un proceso dinámico y que a medida que disponemos de más datos, o a medida que el estado del paciente cambia, el diagnóstico (o diagnósticos) puede también cambiar —o la priorización puede modificarse—. Recuerde por un momento la valoración inicial de cribado que la enfermera realizó con Carolina. ¿Ve ahora que sin un seguimiento posterior la enfermera habría perdido la oportunidad de la promoción de la salud para Carolina (*disposición para mejorar el afrontamiento*) y habría diseñado un plan de cuidados para resolver problemas de autoestima que no habrían sido apropiados para ella?

¿Se da cuenta de por qué la idea de «escoger» simplemente un diagnóstico enfermero relacionado con el diagnóstico médico no es el buen camino? La valoración dinámica en profundidad proporciona mucha más información sobre Carolina que se puede usar no sólo para determinar los diagnósticos apropiados, sino también para identificar resultados realistas e intervenciones que puedan satisfacer mejor sus necesidades individuales.

Resumen

La valoración es un rol crítico de las enfermeras y requiere la comprensión de los conceptos enfermeros sobre los cuales se han desarrollado los diagnósticos enfermeros. La recogida de datos con el único propósito de completar unos formularios obligatorios o unas fichas de ordenador es una pérdida de tiempo, y ciertamente no mejora el cuidado individualizado de nuestros pacientes. La recogida de datos con la intención de identificar información crucial, considerar los diagnósticos enfermeros y a continuación realizar una valoración en profundidad para validar y priorizar los diagnósticos, es el sello de calidad de la enfermería profesional.

Por tanto, aunque parezca una manera sencilla de proceder, la estandarización de los diagnósticos enfermeros sin una valoración puede conducir, y a menudo conduce, a diagnósticos imprecisos, resultados inapropiados e intervenciones ineficaces o innecesarias, ya que se basan en diagnósticos que no son relevantes para el paciente, y pueden llevarle a ignorar completamente los diagnósticos enfermeros más importantes para él.

Referencias bibliográficas

- Bellinger, G., Castro, D., & Mills, A., Date, Information, Knowledge, and Wisdom. <http://otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm>, consultada el 29 de enero de 2014.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205–210.
- Centers for Disease Control & Prevention (2014). BMI Percentile Calculator for Child and Teen. <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Result.aspx?dob=2/9/2000&dom=1/29/2014&age=167&ht=69&wt=105&gender=2&method=0&inchtext=0&wttext=0>, consultada el 29 de enero de 2014.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application* (vol. 3). St. Louis, MI: Mosby.
- Gordon, M. (2008). *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Herdman, T. H. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA International. [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México. (Español.)
- Merriam-Webster.com. Merriam-Webster, n.d. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/subjective>, consultada el 29 de enero de 2014.
- NANDA-I. (2010). Position statement. <http://www.nanda.org/nanda-international-use-of-taxonomy-II-assessment-framework.html>, consultada el 20 de marzo de 2014.
- Rencic, J. (2011). Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Medical Teacher*, 33(11), 887–892.

Capítulo 3

Introducción a la taxonomía II de NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

NANDA International, Inc. proporciona una *terminología* estandarizada de diagnósticos enfermeros y presenta todos sus diagnósticos en un esquema de clasificación, más específicamente una *taxonomía*. Es importante comprender un poco qué es una taxonomía y cómo una taxonomía se diferencia de una terminología. Por eso, permítanme que me tome unos momentos para hablarles sobre lo que la taxonomía representa realmente. Una definición de la taxonomía II de NANDA-I podría ser: «un orden sistemático de fenómenos que definen el conocimiento de la disciplina enfermera». ¡Eso sí que es una afirmación! De forma más sencilla, la taxonomía II de NANDA-I de los diagnósticos enfermeros es un esquema de clasificación que nos ayuda a organizar los conceptos que atañen a la práctica enfermera.

Taxonomía: visualizar una estructura taxonómica

Una *taxonomía* es una manera de clasificar u ordenar cosas (fenómenos, ideas, conceptos) en categorías; es un esquema de clasificación jerárquica de grupos principales, subgrupos e ítems. Por ejemplo, la taxonomía biológica actual creada por Carl Linnaeus en 1735. Originalmente identificó tres reinos (animal, vegetal y mineral), que fueron posteriormente divididos en clases, órdenes, familias, géneros y especies (Quammen, 2007). Probablemente ustedes conocen la taxonomía biológica de sus clases de ciencias en el instituto o la universidad. Una *terminología*, por otro lado, es el lenguaje que se usa en una determinada disciplina para describir alguna cosa (fenómeno, idea, concepto) específica; es el lenguaje usado por una disciplina para describir su conocimiento. Por tanto, los diagnósticos enfermeros conforman un lenguaje de la disciplina, de manera que cuando queremos hablar de los diagnósticos estamos hablando de la *terminología* del conocimiento enfermero. Cuando queremos hablar sobre la manera cómo estructuramos o categorizamos los diagnósticos NANDA-I estamos hablando sobre la *taxonomía*. La palabra taxonomía viene de las palabras griegas *taxís*, que significa orden, y *nomos*, que significa ley.

NANDA International, Inc. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017*. Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por Jonh Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

Pensemos en la taxonomía relacionándola con algo con lo que todos tenemos que enfrentarnos a diario. Cuando necesita comprar comida va al supermercado. Suponga que han abierto un nuevo supermercado en su vecindario, Comestibles Clasificados, SA., y que usted decide ir allí a hacer la compra. Cuando entra en el supermercado se da cuenta de que la exposición parece muy diferente de los supermercados habituales, pero la persona que le da la bienvenida en la puerta le facilita un diagrama para ayudarle a circular por el comercio (fig. 3.1)

En este supermercado se han organizado todos los comestibles en ocho categorías principales o pasillos de alimentación: proteínas, cereales, verduras, frutas, comida preparada, *snacks*, delicatessen y bebidas.

Estas categorías/pasillos también se podrían denominar «dominios» —son niveles amplios de clasificación que dividen los fenómenos en grupos amplios—. En este caso los fenómenos son «comestibles».

También se habrá dado cuenta de que el diagrama no sólo muestra los ocho pasillos; cada pasillo tiene unas cuantas palabras clave identificadas que ayudan a comprender el tipo de alimentos que puede encontrar en él. Por ejemplo, en el pasillo (dominio) titulado «proteínas» vemos seis subcategorías: «quesos», «huevos», «pescados», «carnes», «sustitutos cárnicos» y «productos lácteos». Otra forma de decir lo mismo sería considerar que estas subcategorías son «clases» de alimentos que se hallan bajo el «dominio» de proteínas.

Una de las reglas que las personas tratan de seguir cuando desarrollan una taxonomía es que las clases deben ser mutuamente excluyentes; en otras palabras, un tipo de alimentos no debería poderse encontrar en múltiples clases. Esto no siempre es posible, pero debe ser el objetivo, ya que facilita las cosas a las personas que quieran usar la estructura. Si encuentra judías negras en el pasillo de las proteínas, pero las judías pintas y las blancas están en el pasillo de las verduras, será difícil para usted comprender el sistema que se ha usado en la clasificación.

Si echamos un vistazo al diagrama de nuestro supermercado veremos que hay información adicional en el reverso del papel facilitado (fig. 3.2). Cada uno de los pasillos de comestibles está explicado, además, proporcionando un mayor nivel de detalle sobre los comestibles que se encuentran en las diferentes estanterías en cada pasillo. Como ejemplo, la figura 3.2 muestra la información sobre el pasillo «proteínas». Advertirá que consta de seis clases con detalles adicionales bajo esas clases. Éstos representan varios tipos (o conceptos) de alimentos, todos los cuales poseen propiedades similares que los engloban en un grupo.

Con la información proporcionada podemos gestionar fácilmente nuestra lista de la compra. Si necesitamos leche de cabra podremos encontrar rápidamente el pasillo identificado como «proteínas», la estantería marcada como «productos lácteos» y confirmar que la leche de cabra se puede encontrar allí. Del mismo modo, si lo que necesitamos es pollo y jamón podemos mirar de nuevo el pasillo identificado como «proteínas», encontrar la estantería marcada como «productos cárnicos» y buscar «aves» para el pollo y «cerdo» para el jamón.

El propósito de esta taxonomía de comestibles, por tanto, es ayudar a los compradores a determinar rápidamente qué sección del supermerca-

Figura 3.1 Dominios y clases para Comestibles Clasificados, SA.

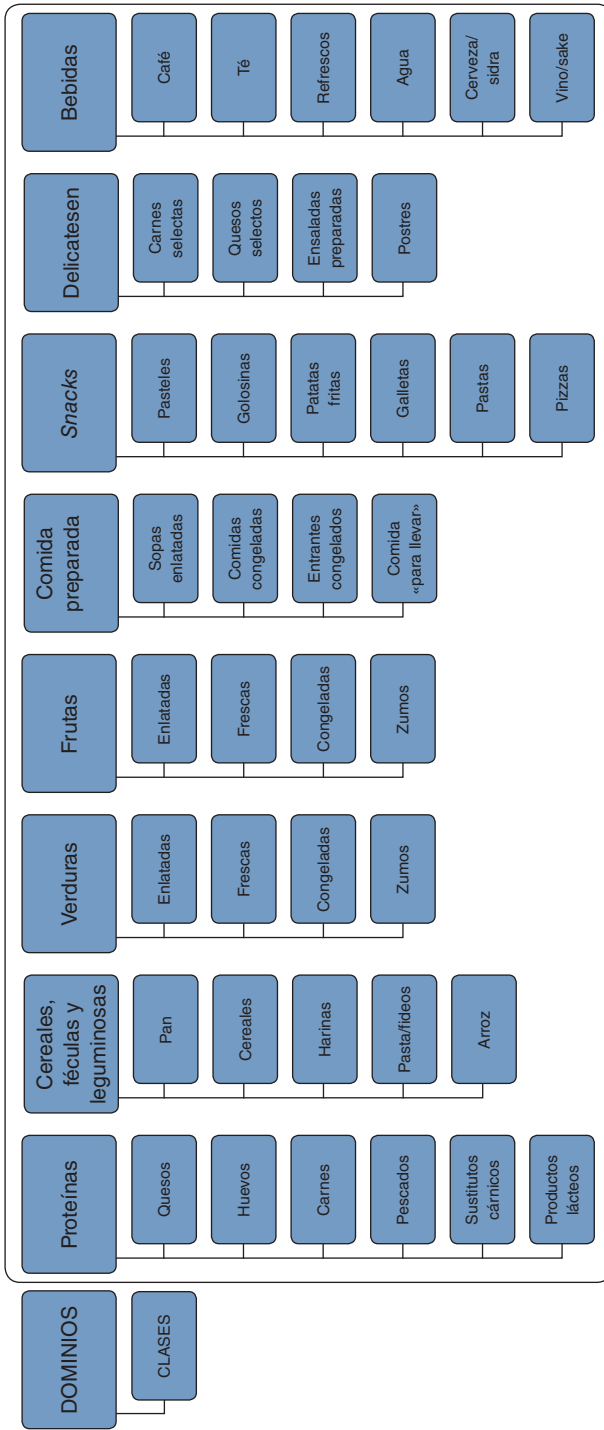
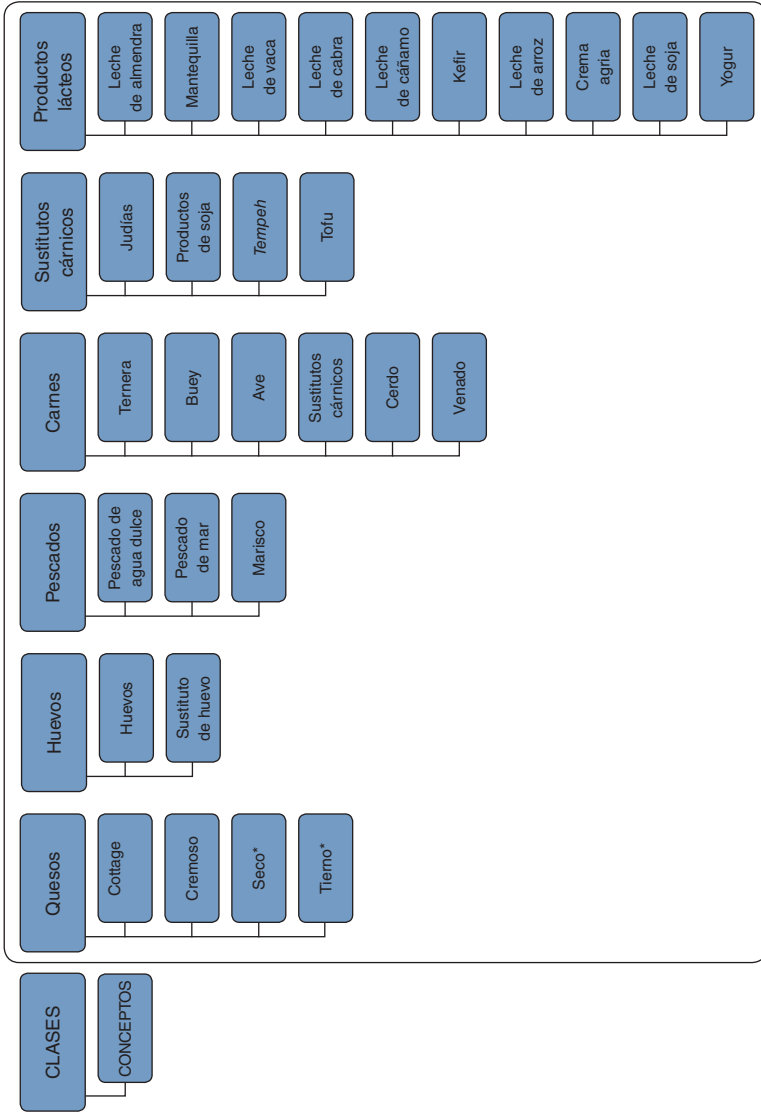


Figura 3.2 Clases y conceptos para Comestibles Clasificados, SA.



*Incluye de vaca, cabra, oveja, soja

do contiene los comestibles que desean comprar. Sin ella, los compradores deberían recorrer todos los pasillos arriba y abajo intentando adivinar qué productos se hallan en qué pasillos; dependiendo del tamaño del supermercado, ésta puede ser una experiencia frustrante y confusa! Por tanto, el diagrama que el personal del supermercado facilita proporciona un «mapa conceptual» o una guía para que los compradores entiendan de forma fácil cómo se han clasificado los comestibles en cada lugar del supermercado, con el objetivo de mejorar la experiencia de compra.

Este ejemplo de una taxonomía de comestibles puede que no satisfaga el objetivo de evitar el solapamiento entre conceptos y clases de manera que sea lógico para todos los compradores. Por ejemplo, los zumos, se hallan en el dominio *frutas* (zumos de frutas) y en el dominio *verduras* (zumos de verduras), pero *no* en el dominio de *bebidas*. Aunque algunas personas pueden encontrar esta clasificación lógica y clara, otros podrían sugerir que todas las bebidas deberían estar juntas. Lo que es importante es que la distinción entre dominios está bien definida; es decir, que todas las frutas y productos relacionados con las frutas se hallen dentro del dominio frutas, mientras que en el dominio bebidas encontramos bebidas que no están hechas con frutas o verduras. El problema con esta distinción podría venir de que se puede fundamentar que ¡el vino o la sidra se podrían clasificar en el pasillo de las frutas, mientras que la cerveza podría clasificarse en el pasillo de los cereales!

A estas alturas, probablemente se habrá dado cuenta de la dificultad que comporta la construcción de una taxonomía que refleje los conceptos tratando de clasificarlos de manera clara, concisa y consistente. Volviendo a nuestro ejemplo del supermercado de alimentación, ¿puede imaginar diferentes maneras en las que podrían haber sido agrupados los comestibles?

Las taxonomías son trabajos siempre dinámicos: siguen creciendo, evolucionando y también sufren cambios dramáticos a medida que el conocimiento en el área de estudio se desarrolla. Generalmente existe un gran debate sobre qué estructura es mejor para categorizar los fenómenos de interés de diferentes disciplinas. Existen muchas maneras diferentes de categorizar las cosas (fenómenos, ideas, conceptos) y, ciertamente, no existe una «verdad absoluta». El objetivo es encontrar una manera lógica y consistente de categorizar fenómenos similares al tiempo que se evita el solapamiento entre los conceptos y las clases. Para los usuarios de las taxonomías el objetivo es comprender cómo se clasifican conceptos similares en dominios y clases, para identificar los conceptos específicos tan rápidamente como sea necesario.

Clasificación en enfermería

Según Abbot (1988), los profesionales desarrollan conocimientos abstractos formales sobre la base de ese conocimiento original. Las profesiones organizan su conocimiento formal en dimensiones consistentes, lógicas, conceptuales, de manera que refleje el dominio profesional y lo haga relevante para la práctica clínica. Para los profesionales del sistema de salud el conocimiento de los diagnósticos es una parte significativa del conocimiento profesional y

es esencial para la práctica clínica. El conocimiento de los diagnósticos enfermeros debe, por tanto, organizarse de manera que legitime la práctica profesional y consolide la jurisdicción de la profesión enfermera (Abbott, 1988).

En la taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I usamos un gráfico jerárquico para mostrar nuestros dominios y clases (fig. 3.3). Los diagnósticos no se muestran en realidad en el gráfico, aunque esto se podría hacer. La razón principal para no incluir los diagnósticos es que son 235 y el gráfico sería muy grande ¡y muy difícil de leer!

Clasificar es una manera de comprender la realidad, adjudicando nombres y ordenando ítems y fenómenos en categorías (von Krogh, 2011). En el sistema de salud las terminologías denotan conocimiento de la disciplina y demuestran cómo un grupo científico o profesional percibe las áreas significativas de conocimiento de su disciplina. Una taxonomía en el sistema de salud, por tanto, tiene múltiples funciones, incluyendo:

- Proporcionar una visión del área de conocimiento y práctica de una profesión específica.
- Organizar los fenómenos de manera que se refieran a los cambios de salud, procesos y mecanismos de interés para los profesionales.
- Mostrar las conexiones lógicas entre factores que pueden ser controlados o manipulados por los profesionales en la disciplina (von Krogh, 2011).

En enfermería lo más importante es que los diagnósticos están clasificados de manera que poseen sentido clínico, así cuando una enfermera intenta identificar un diagnóstico que no trata frecuentemente en su práctica, puede usar de manera lógica la taxonomía para encontrar la información apropiada sobre los posibles diagnósticos relacionados. Si bien la taxonomía II de NANDA-I (fig. 3.3) *no* está pensada para ser usada como marco de valoración, es cierto que proporciona, en cambio, una estructura para clasificar los diagnósticos enfermeros en dominios y clases, cada uno de los cuales está claramente definido.

Para mostrar un ejemplo del aspecto que tendría la taxonomía si incluyésemos los diagnósticos enfermeros en la representación gráfica de la misma, la figura 3.4 muestra solamente un dominio con las clases y los diagnósticos enfermeros. Como puede ver, ¡es una gran cantidad de información!

El conocimiento enfermero incluye las respuestas de la persona, familia, grupo y comunidad (saludables y no saludables), riesgos y fortalezas. La taxonomía II de NANDA-I está pensada para funcionar de manera que debería:

- Proporcionar un modelo o mapa cognitivo del conocimiento de la disciplina enfermera.
- Comunicar ese conocimiento, perspectivas y teorías.
- Proporcionar estructura y orden para el conocimiento.
- Servir como instrumento de apoyo para el razonamiento clínico.
- Proporcionar una manera de organizar los diagnósticos enfermeros en el dossier electrónico de salud (adaptado de von Krogh, 2011).

Figura 3.3 Taxonomía II de NANDA-I: dominios y clases

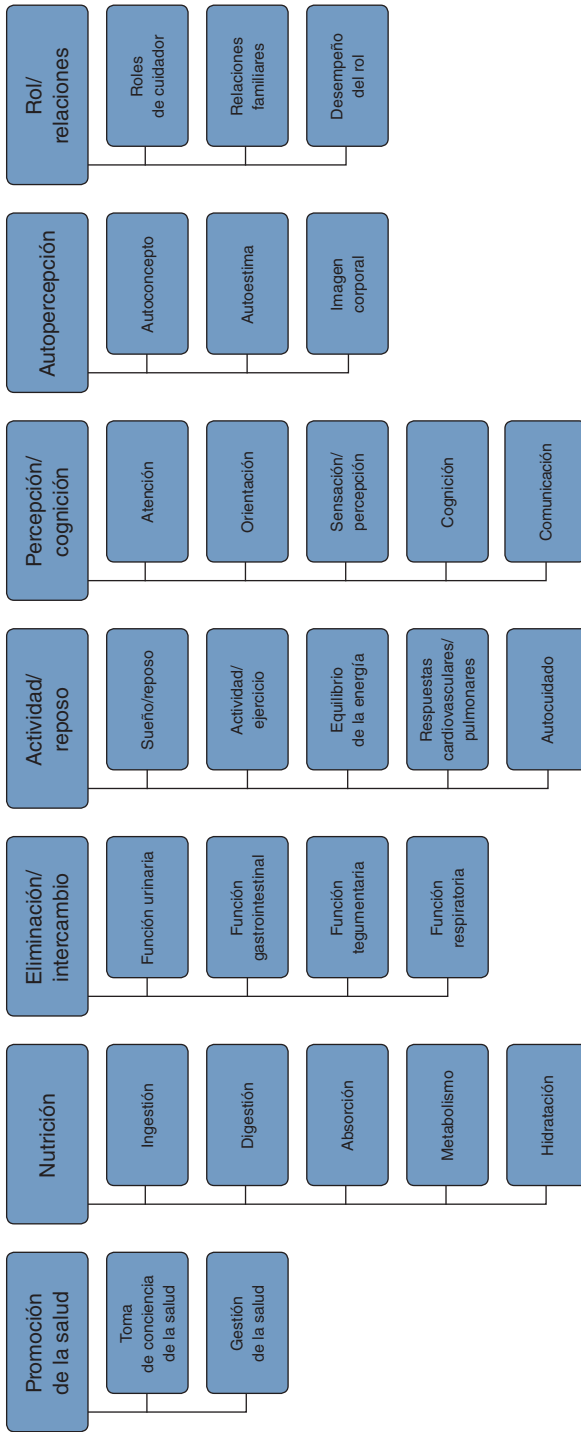


Figura 3.3 (cont.)

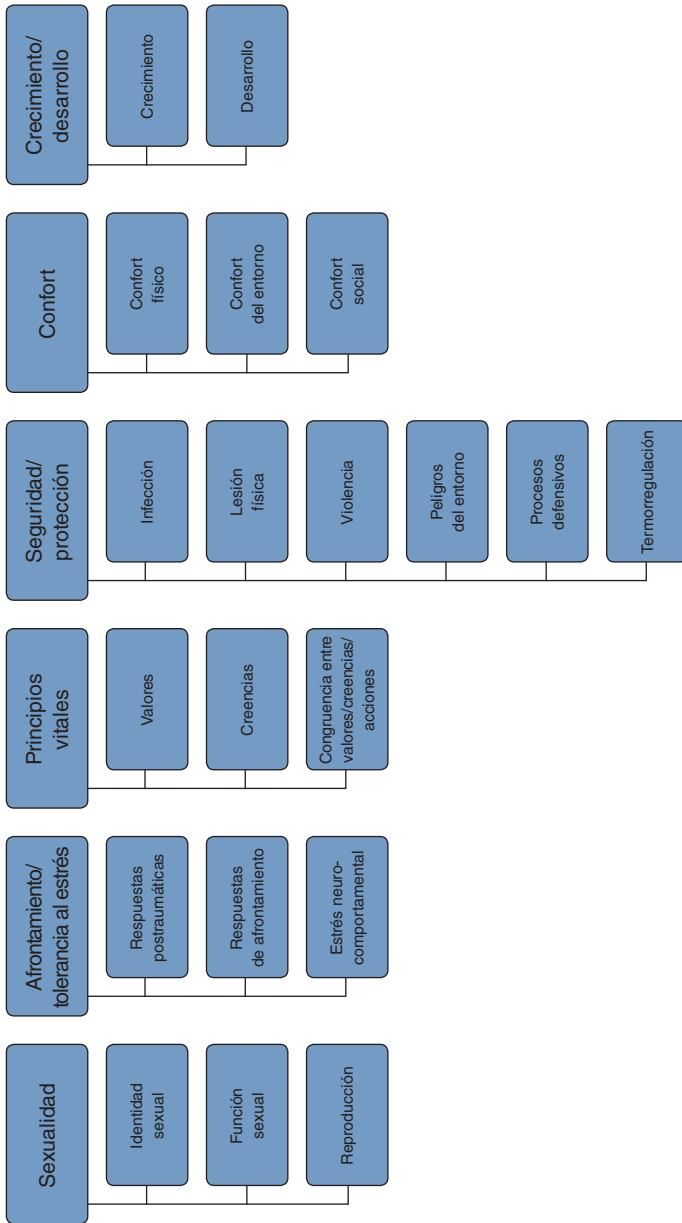
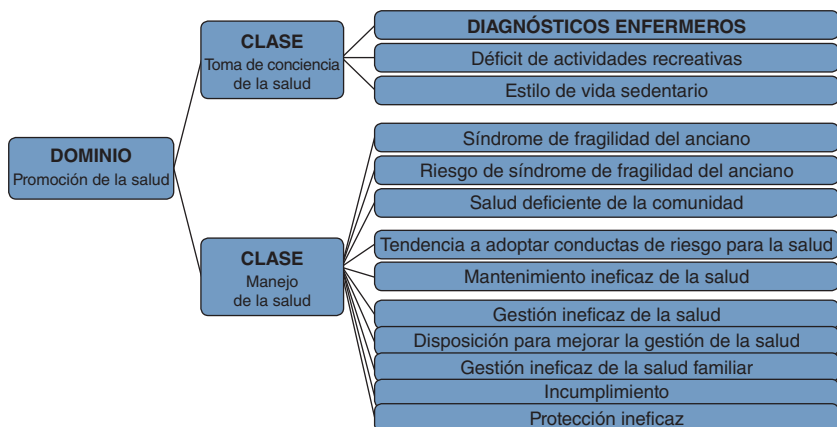


Figura 3.4 NANDA-I dominio 1, promoción de la salud, con clases y diagnósticos enfermeros



Usar la taxonomía II de NANDA-I

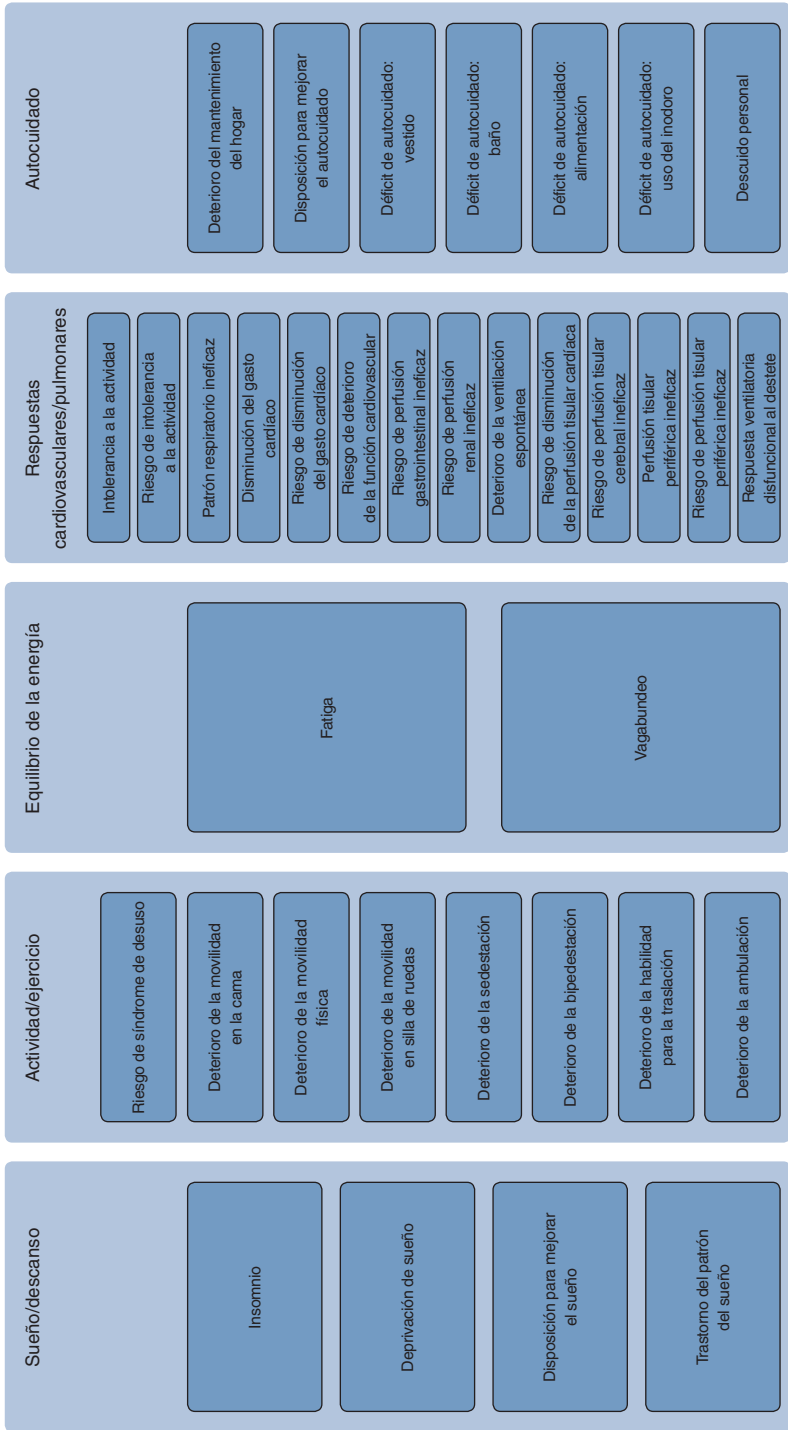
Aunque la taxonomía proporciona una manera de clasificar los fenómenos enfermeros, también puede tener otras funciones. Por ejemplo, puede ayudar a los profesores a desarrollar el currículo de formación de enfermería. También puede ayudar a una enfermera a identificar un diagnóstico, quizás uno que no use habitualmente pero que necesita para algún paciente en particular. Echemos un vistazo a estas dos ideas.

Estructurar el currículo de enfermería

Aunque la taxonomía II de NANDA-I no está pensada como marco para la valoración, puede ayudar a la organización del currículo de formación de grado de enfermería. Por ejemplo, los planes de estudio pueden ser desarrollados teniendo en cuenta los dominios y clases, permitiendo así que los cursos que se enseñen se basen en los conceptos clave de la práctica enfermera, que están categorizados en cada uno de los dominios de NANDA-I.

Un curso se puede construir teniendo en cuenta el dominio actividad/reposo (fig. 3.5), con unidades basadas en cada una de las clases. En la unidad 1 el foco puede centrarse en el sueño/descanso, y el concepto del sueño se puede explorar en profundidad. ¿Qué es el sueño? ¿Qué impacto tiene en la salud de la persona y la familia? ¿Cuáles son los problemas comunes relacionados con el sueño que afrontan nuestros pacientes? ¿En qué tipo de pacientes es más frecuente identificar este tipo de afecciones? ¿Cuáles son las principales etiologías? ¿Cuáles son las consecuencias si estas afecciones no se diagnostican y/o tratan? ¿Cómo podemos prevenir, tratar y/o mejorar esas afecciones? ¿Cómo podemos gestionar los síntomas?

Figura 3.5 Taxonomía II de NANDA-I: dominio actividad/reposo



La construcción de un currículo de enfermería sobre esos conceptos clave del conocimiento enfermero capacita a los estudiantes para comprender realmente el conocimiento de la ciencia enfermera y construir experiencia dentro de él, al tiempo que aprenden y comprenden diagnósticos médicos relacionados y afecciones a los que también deberán enfrentarse en su práctica diaria.

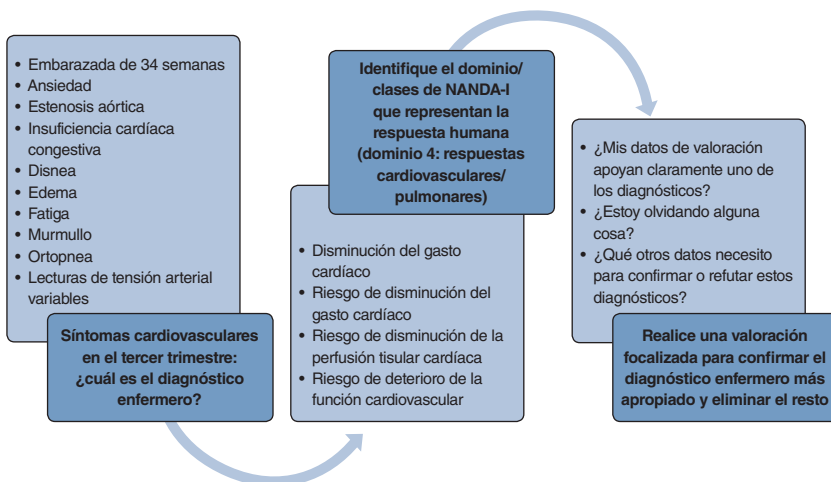
El diseño de los cursos de enfermería de este modo capacita a los estudiantes para aprender mucho sobre el conocimiento disciplinar de enfermería. La tolerancia a la actividad, el patrón respiratorio, el gasto cardíaco, la movilidad, el autocuidado, y la perfusión tisular son algunos de los conceptos clave del dominio 4 (fig. 3.5); son «estados neutros» que debemos comprender antes de poder identificar problemas potenciales o reales en estas respuestas.

La comprensión de la *perfusión tisular*, por ejemplo, como concepto clave de la práctica enfermera requiere un conocimiento sólido de la anatomía, fisiología y fisiopatología (incluyendo los diagnósticos médicos relacionados), así como de respuestas de otros dominios que pueden coincidir con problemas en la perfusión tisular. Una vez que ha comprendido realmente el concepto de la perfusión tisular (el estado «normal» o neutro), identificar el estado alterado es mucho más fácil ya que sabe qué debería estar observando en caso de que la perfusión tisular fuera normal, y si usted no está observando esos datos puede empezar a sospechar que puede existir un problema (o puede existir un riesgo para el desarrollo de un problema). Por tanto, desarrollar cursos de enfermería teniendo en cuenta estos conceptos clave capacita a los profesores a focalizar en el conocimiento de la disciplina enfermera y a continuación a incorporar los diagnósticos médicos y/o las cuestiones de interés multidisciplinario de manera que permita a las enfermeras focalizar en primer lugar en los fenómenos enfermeros, y posteriormente llevar su conocimiento específico a una visión interdisciplinar del paciente para mejorar su cuidado. De esta manera podemos avanzar hacia la identificación de resultados realistas para el paciente e intervenciones basadas en la evidencia que la enfermera utilizará (intervenciones enfermeras dependientes e independientes) para proporcionar el mejor cuidado posible al paciente, con la finalidad de alcanzar los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad.

Identificar un diagnóstico enfermero fuera de su área de experiencia

Las enfermeras adquieren experiencia en aquellos diagnósticos enfermeros que ven más frecuentemente en su práctica clínica. Si su área de interés es la práctica de enfermería en cuidados perinatales, entonces su experiencia incluirá conceptos clave como el proceso de crianza, la gestión de la salud, la nutrición, la fatiga, la resiliencia, la paternidad, la lactancia materna —¡por nombrar sólo algunos!—. Pero también tratará pacientes que, a pesar de hallarse a su cargo fundamentalmente a causa del inmi-

Figura 3.6 Uso de la taxonomía II de NANDA-I y de la terminología para identificar y validar un diagnóstico enfermero fuera del área de experiencia de la enfermera



nente nacimiento de un bebé, tendrán otros problemas que necesitarán su atención. La taxonomía II de NANDA-I puede ayudarle a identificar diagnósticos potenciales para esos pacientes, mientras que la terminología NANDA-I (los diagnósticos) le apoyarán en sus habilidades de razonamiento clínico clarificando qué datos/indicadores diagnósticos son necesarios para diagnosticar a sus pacientes de forma rápida pero precisa.

Puede ser que a su paciente se le descubra un defecto congénito cardíaco que no se detectó hasta que su volumen de sangre circulante se expandió para satisfacer las necesidades del feto que estaba creciendo; un hecho habitual durante el embarazo, pero que, dada su situación, somete a la mujer y a su feto a un riesgo significativo. Usted sabe que la paciente no tolera los cambios hemodinámicos normales asociados al embarazo (aumento de la frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y volumen sanguíneo), pero no está segura de qué diagnóstico es el más adecuado para su afección. La taxonomía le permite elaborar rápidamente un «mapa cognitivo» que le puede ayudar a encontrar más información sobre diagnósticos relevantes para esta paciente (fig. 3.6).

Usted sabe que lo que observa es una respuesta cardiovascular, y un vistazo rápido a la taxonomía le lleva al dominio 4 (actividad/reposo), clase 4 (respuestas cardiovasculares/pulmonares). A continuación ve que existen cuatro diagnósticos específicamente relacionados con las respuestas cardiovasculares y puede revisar las definiciones, etiologías y signos/síntomas para clarificar el diagnóstico más apropiado para esta paciente. El uso de la taxonomía y la terminología de este modo refuerza el razonamiento clínico y le ayuda a gestionar un gran volumen de información/conocimiento (235 diagnósticos) de una manera eficaz y eficiente. La revisión de los fac-

tores de riesgo o de los factores relacionados y características definitorias de estos cuatro diagnósticos pueden a) proporcionarle datos adicionales que necesita obtener para tomar una decisión informada y/o b) capacitarle para comparar su valoración con los indicadores del diagnóstico que le permitirán diagnosticar a su paciente de manera precisa.

Recuerde un paciente reciente: ¿le costó diagnosticar su respuesta humana? ¿Le fue difícil saber cómo identificar los diagnósticos potenciales? El uso de la taxonomía le puede ayudar a identificar posibles diagnósticos dada la forma en que éstos están agrupados en clases y dominios que representan áreas de conocimiento específicas. Sin embargo, no olvide que **simplemente mirar la etiqueta diagnóstica y «escoger un diagnóstico» ¡no es un cuidado seguro!** Necesita revisar la definición y los indicadores diagnósticos (características definitorias y factores relacionados, o factores de riesgo) para cada diagnóstico potencial que identifique, lo cual le ayudará a identificar qué datos adicionales debería recoger o si ya tiene datos suficientes para diagnosticar la respuesta humana del paciente de forma precisa.

Vea el caso de la Sra. Lendo para comprender cómo usar la taxonomía y le ayudará a identificar diagnósticos potenciales.

Estudio de caso: Sra. Lendo

Imaginemos que su paciente, Marta Lendo, una mujer de 65 años, casada, ingresa con una herida en una extremidad inferior, que se produjo en un accidente de tráfico hace 15 días, y que no muestra signos de curación. Presenta edema 3+ en ambas extremidades inferiores, pulsos periféricos bilaterales significativamente disminuidos y una repleción capilar en las extremidades inferiores de 5 segundos. Es una fumadora moderada, con sobrepeso y diabetes mellitus. Describe su vida como extremadamente sedentaria, y manifiesta, «incluso si quisiera hacer ejercicio no podría, me duelen mucho las piernas al andar, aunque sea muy poca distancia».

Después de completar la valoración y revisar la anamnesis está convencida de que la Sra. Lendo tiene un problema circulatorio, pero ésta no es su área de experiencia enfermera, por tanto necesita revisar los diagnósticos potenciales. Como está considerando un problema circulatorio, revisa la taxonomía II de NANDA-I para identificar la localización lógica de estos diagnósticos. Identifica que el dominio 4, *actividad/reposo*, trata de la producción, conservación, gasto o equilibrio de la energía. Como usted sabe que los mecanismos cardiopulmonares son los que apoyan la actividad/reposo, piensa que este dominio puede contener diagnósticos relevantes para la Sra. Lendo. A continuación identifica la *clase 4, respuestas cardiovasculares/pulmonares*. Una revisión de esta clase le lleva a la identificación de tres diagnósticos potenciales: *disminución del gasto cardíaco*, *perfusión tisular periférica ineficaz* y *riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz*.

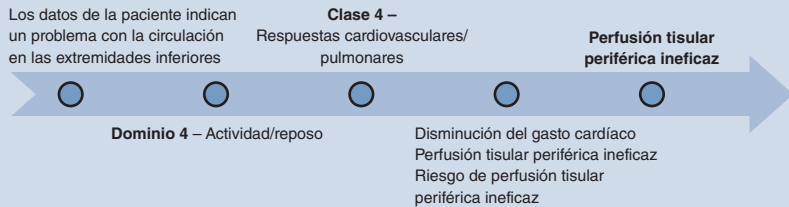


Algunas preguntas que puede formularse incluyen:

- ¿Qué otras respuestas humanas debería eliminar o considerar?
- ¿Qué otros signos/síntomas o etiologías debería buscar para confirmar estos diagnósticos?

Una vez revisados los diagnósticos y los indicadores diagnósticos (factores relacionados, características definitorias y factores de riesgo) usted diagnostica a la Sra. Lendo *perfusión tisular periférica ineficaz* (00204); véase la figura 3.7.

Figura 3.7 Diagnosticar a la Sra. Lendo



Algunas cuestiones finales deberían incluir:

- ¿Estoy olvidando algo?
- ¿Estoy diagnosticando sin la evidencia suficiente?

Si usted cree que está diagnosticando correctamente, entonces sus preguntas deberían ser:

- ¿Qué resultados puedo esperar obtener de forma realista con la Sra. Lendo?
- ¿Cuáles son las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia que debería considerar?
- ¿Cómo evaluaré si éstas han sido eficaces o no?

La taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I: breve historia

En 1987 NANDA-I publicó la taxonomía I, que estaba estructurada para reflejar los modelos teóricos enfermeros norteamericanos. En 2002 se adoptó la taxonomía II, que estaba adaptada del marco de valoración de Patrones Funcionales de Salud de la Dra. Marjory Gordon. Pueden hallar una perspectiva histórica de la taxonomía II de NANDA-I en nuestra página web, www.nanda.org/nanda-international-history.html.

La tabla 3.1 muestra los dominios, clases, y diagnósticos enfermeros y cómo se hallan dispuestos actualmente en la taxonomía II de NANDA-I.

Tabla 3.1 Dominios, clases y diagnósticos enfermeros en la taxonomía II de NANDA-I

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD <i>Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función</i>		
Clase 1. Toma de conciencia de la salud		Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar
Código	Diagnóstico	Código Diagnóstico
00097	Déficit de actividades recreativas	00168 Estilo de vida sedentario
Clase 2. Gestión de la salud		Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar
Código	Diagnóstico	Código Diagnóstico
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	00099 Mantenimiento ineficaz de la salud
00162	Disposición para mejorar la gestión de la salud	00043 Protección ineficaz
00078	Gestión ineficaz de la salud	00215 Salud deficiente de la comunidad
00080	Gestión ineficaz de la salud familiar	00257 Síndrome de fragilidad del anciano
00079	Incumplimiento	00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano

DOMINIO 2. NUTRICIÓN			
<i>Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía</i>			
Clase 1. Ingestión		Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo	
Código	Diagnóstico	Diagnóstico	
00103	Deterioro de la deglución	Desequilibrio nutricional : inferior a las necesidades corporales	
00106	Disposición para mejorar la lactancia materna	Obesidad	
00105	Interrupción de la lactancia materna	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	
00104	Lactancia materna ineficaz	Sobrepeso	
00216	Leche materna insuficiente	Riesgo de sobrepeso	
00163	Disposición para mejorar la nutrición		
Clase 2. Digestión		Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación	
Ninguno, por el momento			
Clase 3. Absorción		Acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales	
Ninguno, por el momento			
Clase 4. Metabolismo		Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	00194	Ictericia neonatal
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	00230	Riesgo de ictericia neonatal
Clase 5. Hidratación		Incorporación y absorción de líquidos y electrolitos	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	00026	Exceso de volumen de líquidos
00160	Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos
00027	Déficit de volumen de líquidos	00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Continúa

Tabla 3.1 (cont.)

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO			
<i>Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo</i>			
Clase 1. Función urinaria		Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	00018	Incontinencia urinaria refleja
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	00019	Incontinencia urinaria de urgencia
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
00020	Incontinencia urinaria funcional	00023	Retención urinaria
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento		
Clase 2. Función gastrointestinal		Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00013	Diarrea	00236	Riesgo de estreñimiento funcional crónico
00011	Estreñimiento	00014	Incontinencia fecal
00235	Estreñimiento funcional crónico	00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional
00012	Estreñimiento subjetivo	00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
00015	Riesgo de estreñimiento		
Clase 3. Función tegumentaria		Proceso de secreción y excreción a través de la piel	
Ninguno, por el momento			
Clase 4. Función respiratoria		Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo	
Código	Diagnóstico		
00030	Deterioro del intercambio de gases		

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO			
<i>Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía</i>			
Clase 1. Sueño/reposo		Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00095	Insomnio	00165	Disposición para mejorar el sueño
00096	Deprivación de sueño	00198	Trastorno del patrón del sueño
Clase 2. Actividad/ejercicio		Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00088	Deterioro de la ambulación	00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
00238	Deterioro de la bipedestación	00085	Deterioro de la movilidad física
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación	00237	Deterioro de la sedestación
00091	Deterioro de la movilidad en la cama	00040	Riesgo de síndrome de desuso
Clase 3. Equilibrio de la energía		Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00093	Fatiga	00154	Vagabundeo
Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares		Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00239	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
00029	Disminución del gasto cardíaco	00204	Perfusión tisular periférica ineficaz
00240	Riesgo de disminución del gasto cardíaco	00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
00032	Patrón respiratorio ineficaz	00034	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
00202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	00092	Intolerancia a la actividad
00203	Riesgo de perfusión renal ineficaz	00094	Riesgo de intolerancia a la actividad
00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	00033	Deterioro de la ventilación espontánea

Continúa

Tabla 3.1 (cont.)

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO			
<i>Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía</i>			
Clase 5. Autocuidado	Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales		
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00102	Déficit de autocuidado: alimentación	00182	Disposición para mejorar el autocuidado
00108	Déficit de autocuidado: baño	00193	Descuido personal
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	00098	Deterioro del mantenimiento del hogar
00109	Déficit de autocuidado: vestido		

DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	
<i>Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación</i>	
Clase 1. Atención	Disposición mental para darse cuenta u observar
Código	Diagnóstico
00123	Desatención unilateral
Clase 2. Orientación	Conciencia de tiempo, lugar y persona
Ninguno, por el momento	
Clase 3. Sensación/percepción	Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y/o el reconocimiento de patrones
Ninguno, por el momento	

Clase 4. Cognición		Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje
Código	Diagnóstico	Código Diagnóstico
00128	Confusión aguda	00161 Disposición para mejorar los conocimientos
00129	Confusión crónica	00251 Control emocional inestable
00173	Riesgo de confusión aguda	00222 Control de impulsos ineficaz
00126	Conocimientos deficientes	00131 Deterioro de la memoria
Clase 5. Comunicación		Enviar y recibir información verbal y no verbal
Código	Diagnóstico	Código Diagnóstico
00157	Disposición para mejorar la comunicación	00051 Deterioro de la comunicación verbal

DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN		
<i>Conciencia de sí mismo</i>		
Clase 1. Autoconcepto		Percepción (percepciones) sobre el yo total
Código	Diagnóstico	Código Diagnóstico
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto	00185 Disposición para mejorar la esperanza
00124	Desesperanza	00121 Trastorno de la identidad personal
00174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana	00225 Riesgo de trastorno de la identidad personal
Clase 2. Autoestima		Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito
Código	Diagnóstico	Código Diagnóstico
00119	Baja autoestima crónica	00224 Riesgo de baja autoestima crónica
00120	Baja autoestima situacional	00153 Riesgo de baja autoestima situacional
Clase 3. Imagen corporal		Imagen mental del propio cuerpo
Código	Diagnóstico	
00118	Trastorno de la imagen corporal	

Continúa

Tabla 3.1 (cont.)

DOMINIO 7. ROL/RELACIONES			
<i>Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran</i>			
Clase 1. Roles de cuidador		Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00061	Cansancio del rol de cuidador	00164	Disposición para mejorar el rol parental
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	00057	Riesgo de deterioro parental
00056	Deterioro parental		
Clase 2. Relaciones familiares		Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00063	Procesos familiares disfuncionales	00060	Interrupción de los procesos familiares
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	00058	Riesgo de deterioro de la vinculación
Clase 3. Desempeño del rol		Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00064	Conflicto del rol parental	00223	Relación ineficaz
00055	Desempeño ineficaz del rol	00207	Disposición para mejorar la relación
00052	Deterioro de la interacción social	00229	Riesgo de relación ineficaz

DOMINIO 8. SEXUALIDAD	
<i>Identidad sexual, función sexual y reproducción</i>	
Clase 1. Identidad sexual	Reconocerse como una persona específica en relación con la sexualidad y/o el género
	Ninguno, por el momento
Clase 2. Función sexual	Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales
Código	Código
00059	00065
Disfunción sexual	Patrón sexual ineficaz
Clase 3. Reproducción	Proceso por el cual se reproducen los seres humanos
Código	Código
00209	00208
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal	Disposición para mejorar el proceso de maternidad
00221	00227
Proceso de maternidad ineficaz	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	
<i>Convivir con los eventos/procesos vitales</i>	
Clase 1. Respuestas postraumáticas	Reacciones tras un trauma físico o psicológico
Código	Código
00114	00141
Síndrome de estrés del traslado	Síndrome postraumático
00149	00145
Riesgo de síndrome de estrés del traslado	Riesgo de síndrome postraumático
00142	
Síndrome del trauma posviolación	

Continúa

Tabla 3.1 (cont.)

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS			
<i>Convivir con los eventos/procesos vitales</i>			
Clase 2. Respuestas de afrontamiento		Procesos de gestión del estrés del entorno	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00137	Aflicción crónica	00172	Riesgo de duelo complicado
00071	Afrontamiento defensivo	00177	Estrés por sobrecarga
00069	Afrontamiento ineficaz	00072	Negación ineficaz
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento	00199	Planificación ineficaz de las actividades
00077	Afrontamiento ineficaz de la comunidad	00226	Riesgo de planificación ineficaz de las actividades
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	00187	Disposición para mejorar el poder
00074	Afrontamiento familiar comprometido	00125	Impotencia
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	00152	Riesgo de impotencia
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	00241	Deterioro de la regulación del estado de ánimo
00146	Ansiedad	00210	Deterioro de la resiliencia
00147	Ansiedad ante la muerte	00212	Disposición para mejorar la resiliencia
00136	Duelo	00211	Riesgo de deterioro de la resiliencia
00135	Duelo complicado	00148	Temor
Clase 3. Estrés neurocomportamental		Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa y cerebral	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00049	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	00117	Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante
00116	Conducta desorganizada del lactante	00009	Disreflexia autónoma
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	00010	Riesgo de disreflexia autónoma

DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES			
<i>Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco</i>			
Clase 1. Valores		Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos	
Ninguno, por el momento			
Clase 2. Creencias		Opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de valor intrínseco	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual		
Clase 3. Congruencia entre valores/ creencias/acciones		Correspondencia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00083	Conflicto de decisiones	00175	Sufrimiento moral
00169	Deterioro de la religiosidad	00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones
00171	Disposición para mejorar la religiosidad	00242	Deterioro de la toma de decisiones independiente
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad	00243	Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente
00066	Sufrimiento espiritual	00244	Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual		

Continúa

Tabla 3.1 (cont.)

DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN			
<i>Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección</i>			
Clase 1. Infección		Respuestas del huésped tras una invasión patógena	
Código	Diagnóstico		
00004	Riesgo de infección		
Clase 2. Lesión física		Lesión o herida corporal	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00036	Riesgo de asfixia	00220	Riesgo de lesión térmica
00039	Riesgo de aspiración	00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00155	Riesgo de caídas	00045	Deterioro de la mucosa oral
00048	Deterioro de la dentición	00247	Riesgo de deterioro de la mucosa oral
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	00100	Retraso en la recuperación quirúrgica
00046	Deterioro de la integridad cutánea	00246	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00206	Riesgo de sangrado
00044	Deterioro de la integridad tisular	00219	Riesgo de sequedad ocular
00248	Riesgo de deterioro de la integridad tisular	00205	Riesgo de shock
00035	Riesgo de lesión	00156	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
00245	Riesgo de lesión corneal	00038	Riesgo de traumatismo
00250	Riesgo de lesión del tracto urinario	00213	Riesgo de traumatismo vascular
00087	Riesgo de lesión postural perioperatoria	00249	Riesgo de úlceras por presión

Clase 3. Violencia		Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00151	Automutilación	00140	Riesgo de violencia autodirigida
00139	Riesgo de automutilación	00138	Riesgo de violencia dirigida a otros
00150	Riesgo de suicidio		
Clase 4. Peligros del entorno		Fuentes de peligro en los alrededores	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00181	Contaminación	00037	Riesgo de intoxicación
00180	Riesgo de contaminación		
Clase 5. Procesos defensivos		Procesos por los cuales el yo se protege de lo que es externo al yo	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00218	Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	00041	Respuesta alérgica al látex
00217	Riesgo de respuesta alérgica	00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex
Clase 6. Termorregulación		Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00007	Hipertermia	00254	Riesgo de hipotermia peritoperatoria
00006	Hipotermia	00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
00253	Riesgo de hipotermia	00008	Termorregulación ineficaz

Continúa

Tabla 3.1 (cont.)

DOMINIO 12. CONFORT			
<i>Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social</i>			
Clase 1. Confort físico		Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00183	Disposición para mejorar el confort	00256	Dolor de parto
00214	Disconfort	00134	Náuseas
00132	Dolor agudo	00255	Síndrome de dolor crónico
00133	Dolor crónico		
Clase 2. Confort del entorno		Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00183	Disposición para mejorar el confort	00214	Disconfort
Clase 3. Confort social		Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia	
Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
00053	Aislamiento social	00214	Disconfort
00183	Disposición para mejorar el confort	00054	Riesgo de soledad

DOMINIO 13. CRECIMIENTO/DESARROLLO			
<i>Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo</i>			
Clase 1. Crecimiento		Progreso o regresión a través de una secuencia de etapas establecidas en la vida	
Código	Diagnóstico		
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado		
Clase 2. Desarrollo		Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas orgánicos	
Código	Diagnóstico		
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo		

Tal y como se ha mencionado previamente, las taxonomías evolucionan y cambian a lo largo del tiempo. Esto ocurre por varias razones. Constantemente estamos aprendiendo sobre la propia disciplina, y es posible que descubramos que lo que pensábamos que pertenecía a un dominio está realmente mejor representado en dos dominios distintos. Puede que se descubran nuevos fenómenos que no encajan en la estructura existente. Además, las perspectivas teóricas cambian, lo cual lleva a los profesionales a contemplar el conocimiento desde una perspectiva distinta. Recientemente, NANDA-I presentó una nueva taxonomía, propuesta por la Dra. Gunn von Krogh. Durante los próximos años se trabajará, probará y refinará esta taxonomía. En 2016 el objetivo es presentar esta taxonomía a los miembros de NANDA-I para determinar si la organización debe mantener la taxonomía II o cambiar a esta nueva visión y adoptar la taxonomía III.

En el modelo de von Krogh (fig. 3.8) se conceptualizan siete dominios basados en áreas significativas de conocimiento enfermero.

Dado que ésta es una decisión que puede tener un gran impacto sobre la profesión enfermera, que va desde cómo enseñar hasta cómo se estructuran los sistemas informáticos para facilitar la documentación y los sistemas de apoyo a la toma de decisiones para los diagnósticos enfermeros, incluimos aquí la estructura actual de la *propuesta* de taxonomía III (fig. 3.9). Es importante enfatizar que **NANDA-I no ha adoptado esta estructura taxonómica**, pero que se trabajará en los próximos años para examinar su adecuación como estructura para los diagnósticos enfermeros a través de discusiones e investigación en el ámbito mundial. En la tabla 3.2 mostramos la diferencia entre cómo los diagnósticos serán posicionados en esta taxonomía y como lo están en la taxonomía actual. A medida que dispongamos de más información sobre las pruebas de la taxonomía propuesta, ésta estará disponible en nuestra página web, www.nanda.org.

Figura 3.8 Los siete dominios de la propuesta de taxonomía III

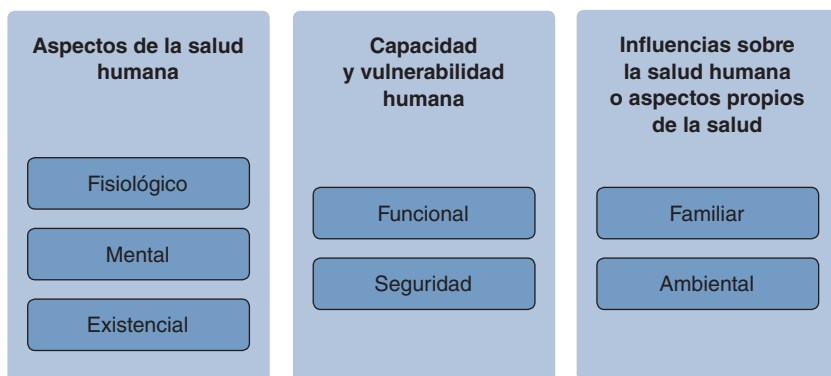


Figura 3.9 Dominios y clases de la propuesta de taxonomía III (von Krogh, 2011)

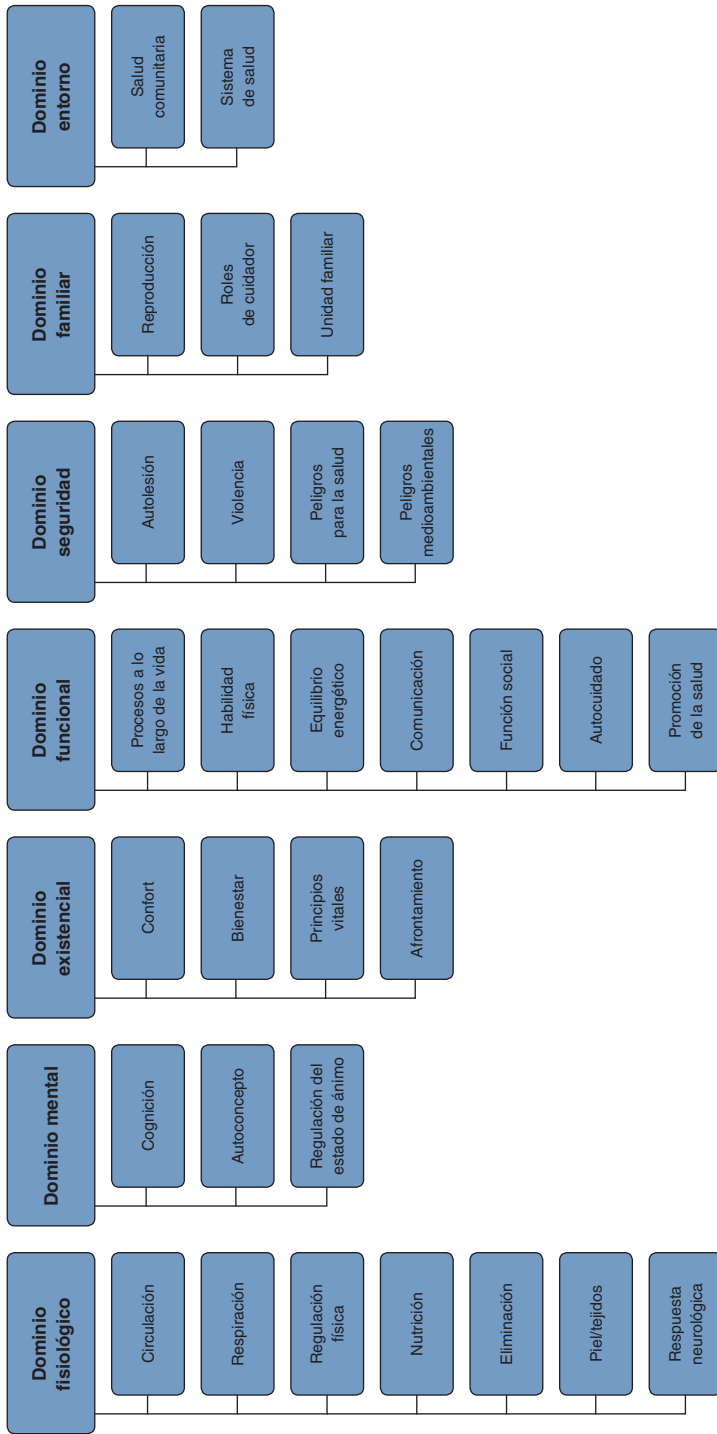


Tabla 3.2 Propuesta de taxonomía III: dominios, clases y diagnósticos enfermeros

DOMINIO FISIOLÓGICO	
<i>Estructuras anatómicas y procesos fisiológicos esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Circulación Estructuras anatómicas y procesos implicados en la circulación vital y periférica	Código del diagnóstico enfermero
Disminución del gasto cardíaco	00029
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	00240
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	00200
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	00239
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	00201
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	00202
Riesgo de perfusión renal ineficaz	00203
Perfusión tisular periférica ineficaz	00204
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	00228
Clase: Respiración Estructuras anatómicas y procesos implicados en la ventilación y el intercambio de gases	Código del diagnóstico enfermero
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	00031
Patrón respiratorio ineficaz	00032
Deterioro del intercambio de gases	00030
Deterioro de la ventilación espontánea	00033
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	00034
Clase: Regulación física Estructuras anatómicas y procesos implicados en los mecanismos regulatorios hematológicos, inmunológicos y metabólicos	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	00218
Riesgo de respuesta alérgica	00217
Riesgo de nivel de glucemia inestable	00179
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	00005
Riesgo de desequilibrio electrolítico	00195
Disposición para mejorar el equilibrio electrolítico	00160
Déficit de volumen de líquidos	00027
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	00028
Exceso de volumen de líquidos	00026

Continúa

Tabla 3.2 (cont.)

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	00025
Hipertermia	00007
Hipotermia	00006
Riesgo de hipotermia	00253
Riesgo de hipotermia perioperatoria	00254
Ictericia neonatal	00194
Riesgo de ictericia neonatal	00230
Respuesta alérgica al látex	00041
Riesgo de respuesta alérgica al látex	00042
Riesgo de deterioro de la función hepática	00178
Termorregulación ineficaz	00008
Clase: Nutrición Estructuras anatómicas y procesos implicados en la ingestión, digestión y absorción de nutrientes	Código del diagnóstico enfermero
Insuficiente leche materna	00216
Lactancia materna ineficaz	00104
Interrupción de la lactancia materna	00105
Disposición para mejorar la lactancia materna	00106
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	00107
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	00002
Disposición para mejorar la nutrición	00163
Obesidad	00232
Sobrepeso	00233
Riesgo de sobrepeso	00234
Clase: Eliminación Estructuras anatómicas y procesos implicados en la eliminación de los desechos corporales	Código del diagnóstico enfermero
Incontinencia fecal	00014
Estreñimiento	00011
Riesgo de estreñimiento	00015
Estreñimiento subjetivo	00012
Estreñimiento funcional crónico	00235
Riesgo de estreñimiento funcional crónico	00236
Diarrea	00013
Motilidad gastrointestinal disfuncional	00196
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	00197

Deterioro de la eliminación urinaria	00016
Disposición para mejorar la eliminación urinaria	00166
Incontinencia urinaria funcional	00020
Incontinencia urinaria por rebosamiento	00176
Incontinencia urinaria refleja	00018
Incontinencia urinaria de esfuerzo	00017
Incontinencia urinaria de urgencia	00019
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	00022
Retención urinaria	00023
Riesgo de lesión en el tracto urinario	00250
Clase: Piel/tejidos Estructuras anatómicas y procesos de la piel y tejidos corporales implicados en la integridad estructural	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de lesión corneal	00245
Deterioro de la dentición	00048
Riesgo de sequedad ocular	00219
Deterioro de la mucosa oral	00045
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	00247
Riesgo de úlcera por presión	00249
Deterioro de la integridad cutánea	00046
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00047
Riesgo de lesión térmica	00220
Deterioro de la integridad tisular	00044
Riesgo de deterioro de la integridad tisular	00248
Riesgo de traumatismo vascular	00213
Clase: Respuesta neurológica Estructuras anatómicas y procesos implicados en la transmisión de los impulsos nerviosos	Código del diagnóstico enfermero
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	00049
Disreflexia autonómica	00009
Riesgo de disreflexia autonómica	00010
Conducta desorganizada del lactante	00116
Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante	00117
Riesgo de conducta desorganizada del lactante	00115
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	00086
Desatención unilateral	00123

Continúa

Tabla 3.2 (cont.)

DOMINIO MENTAL	
<i>Procesos y patrones mentales esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Cognición Procesos neuropsicológicos implicados en la orientación, procesado de la información y la memoria	Código del diagnóstico enfermero
Confusión aguda	00128
Riesgo de confusión aguda	00173
Confusión crónica	00129
Deterioro de la memoria	00131
Clase: Autoconcepto Patrones psicológicos implicados en la autopercepción, la identidad y la autorregulación	Código del diagnóstico enfermero
Trastorno de la imagen corporal	00118
Negación ineficaz	00072
Control emocional inestable	00251
Control ineficaz de los impulsos	00222
Baja autoestima crónica	00119
Riesgo de baja autoestima crónica	00224
Baja autoestima situacional	00120
Riesgo de baja autoestima situacional	00153
Trastorno de la identidad personal	00121
Riesgo de trastorno de la identidad personal	00225
Disposición para mejorar el autoconcepto	00167
Disfunción sexual	00059
Patrón sexual ineficaz	00065
Clase: Regulación del estado de ánimo Procesos de interacción biofísica y emocional implicados en la regulación del estado de ánimo	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	00241
DOMINIO EXISTENCIAL	
<i>Experiencias y percepciones vitales esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Confort Percepciones de síntomas y experiencias de sufrimiento	Código del diagnóstico enfermero
Ansiedad	00146
Disconfort	00214
Disposición para mejorar el confort	00183
Ansiedad ante la muerte	00147

Temor	00148
Dolor agudo	00132
Dolor crónico	00133
Dolor de parto	00256
Síndrome de dolor crónico	00255
Náuseas	00134
Aflicción crónica	00137
Clase: Bienestar Percepciones de calidad de vida y experiencias de satisfacción de las necesidades existenciales	Código del diagnóstico enfermero
Duelo	00136
Duelo complicado	00135
Riesgo de duelo complicado	00172
Disposición para mejorar la esperanza	00185
Desesperanza	00124
Riesgo de compromiso de la dignidad humana	00174
Disposición para mejorar el poder	00187
Impotencia	00125
Riesgo de impotencia	00152
Sufrimiento espiritual	00066
Riesgo de sufrimiento espiritual	00067
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	00068
Clase: Principios vitales Valores personales, creencias y religiosidad	Código del diagnóstico enfermero
Conflicto de decisiones	00083
Sufrimiento moral	00175
Incumplimiento	00079
Deterioro de la religiosidad	00169
Disposición para mejorar la religiosidad	00171
Riesgo de deterioro de la religiosidad	00170
Clase: Afrontamiento Percepciones, experiencias y estrategias de afrontamiento	Código del diagnóstico enfermero
Planificación ineficaz de las actividades	00199
Riesgo de planificación ineficaz de las actividades	00226
Afrontamiento defensivo	00071

Continúa

Tabla 3.2 (cont.)

Afrontamiento ineficaz	00069
Disposición para mejorar el afrontamiento	00158
Disposición para mejorar la toma de decisiones	00184
Deterioro de la toma de decisiones independiente	00242
Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	00243
Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	00244
Síndrome postraumático	00141
Riesgo de síndrome postraumático	00145
Síndrome del trauma de la violación	00142
Síndrome de estrés del traslado	00114
Riesgo de síndrome de estrés del traslado	00149
Deterioro de la resiliencia	00210
Disposición para mejorar la resiliencia	00212
Riesgo de deterioro de la resiliencia	00211
Estrés por sobrecarga	00177
DOMINIO FUNCIONAL	
<i>Procesos a lo largo de la vida, funciones básicas y habilidades esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Procesos de vida Procesos de crecimiento, desarrollo mental, maduración física y envejecimiento	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de retraso en el desarrollo	00112
Riesgo de crecimiento desproporcionado	00113
Clase: Capacidad física Habilidades audiovisuales, función sexual y movilidad	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro de la movilidad en la cama	00091
Deterioro de la movilidad física	00085
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	00089
Deterioro de la sedestación	00237
Deterioro de la bipedestación	00238
Deterioro de la habilidad para la transferencia	00090
Deterioro de la ambulación	00088
Clase: Equilibrio de la energía Utilización y patrón de regulación de la energía	Código del diagnóstico enfermero
Intolerancia a la actividad	00092

Riesgo de intolerancia a la actividad	00094
Deterioro de las actividades recreativas	00097
Fatiga	00093
Insomnio	00095
Estilo de vida sedentario	00168
Disposición para mejorar el sueño	00165
Deprivación de sueño	00096
Trastorno del patrón de sueño	00198
Vagabundeo	00154
Clase: Comunicación Capacidades y habilidades de comunicación	Código del diagnóstico enfermero
Disposición para mejorar la comunicación	00157
Deterioro de la comunicación verbal	00051
Clase: Función social Red social, roles sociales, habilidades sociales e interacciones sociales	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de soledad	00054
Disposición para mejorar la relación	00207
Relaciones ineficaces	00223
Riesgo de relaciones ineficaces	00229
Desempeño ineficaz del rol	00055
Deterioro de la interacción social	00052
Aislamiento social	00053
Clase: Autocuidado Capacidades de autocuidado y habilidades del mantenimiento del hogar	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro del mantenimiento del hogar	00098
Déficit de autocuidado: baño	00108
Déficit de autocuidado: vestido	00109
Déficit de autocuidado: alimentación	00102
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	00110
Disposición para mejorar el autocuidado	00182
Descuido personal	00193
Clase: Promoción de la salud Conocimiento de la salud y habilidades de mantenimiento de la salud	Código del diagnóstico enfermero
Mantenimiento ineficaz de la salud	00099

Continúa

Tabla 3.2 (cont.)

Gestión ineficaz de la salud	00078
Disposición para mejorar la gestión de la salud	00162
Síndrome de fragilidad del anciano	00257
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	00231
Protección ineficaz	00043
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	00188
Conocimientos deficientes	00126
Disposición para mejorar los conocimientos	00161
DOMINIO SEGURIDAD	
<i>Características de conductas de riesgo, peligros para la salud y peligros ambientales esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Autolesión Conductas de riesgo autodirigidas y conductas suicidas	Código del diagnóstico enfermero
Automutilación	00151
Riesgo de automutilación	00139
Riesgo de violencia autodirigida	00140
Riesgo de suicidio	00150
Clase: Violencia Conductas de riesgo dirigidas a otros y conductas violentas	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de violencia dirigida a otros	00138
Clase: Peligros para la salud Peligros para la salud asociados a procesos de cuidados de salud y procesos sociales	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de aspiración	00039
Riesgo de sangrado	00206
Riesgo de síndrome de desuso	00040
Riesgo de caídas	00155
Riesgo de infección	00004
Riesgo de lesión	00035
Riesgo de lesión postural perioperatoria	00087
Riesgo de shock	00205
Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante	00156
Riesgo de asfixia	00036
Retraso en la curación quirúrgica	00100
Riesgo de retraso en la curación quirúrgica	00246

Deterioro de la deglución	00103
Riesgo de traumatismo	00038
Clase: Peligros del entorno Impacto de la economía en la salud, estándar de vivienda y entorno laboral	Código del diagnóstico enfermero
Contaminación	00181
Riesgo de contaminación	00180
Riesgo de intoxicación	00037
DOMINIO FAMILIA	
<i>Procesos reproductivos, procesos familiares y roles familiares esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Reproducción Procesos biofísicos y psicológicos implicados en la fertilidad y la concepción y la fase de parto y posparto	Código del diagnóstico enfermero
Proceso de maternidad ineficaz	00221
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	00208
Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	00227
Riesgo de alteración de la díada materno-fetal	00209
Clase: Roles del cuidador Administración de cuidados y funciones de cuidador	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de deterioro de la vinculación	00058
Cansancio del rol de cuidador	00061
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	00062
Conflicto del rol parental	00064
Deterioro del rol parental	00056
Riesgo de deterioro del rol parental	00057
Disposición para mejorar el rol parental	00164
Clase: Unidad familiar Afrontamiento familiar, funcionalidad familiar e integridad familiar	Código del diagnóstico enfermero
Afrontamiento familiar comprometido	00074
Afrontamiento familiar incapacitante	00073
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	00075
Gestión ineficaz de la salud familiar	00080
Procesos familiares disfuncionales	00063
Procesos familiares interrumpidos	00060
Disposición para mejorar los procesos familiares	00159

Continúa

Tabla 3.2 (cont.)

DOMINIO AMBIENTAL	
<i>Sistema de cuidados de salud y procesos de cuidados de salud esenciales para la salud humana</i>	
Clase: Salud comunitaria Necesidades de salud de la comunidad, poblaciones de riesgo y programas de cuidados de salud	Código del diagnóstico enfermero
Salud deficiente de la comunidad	00215
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	00077
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	00076
Clase: Sistema de salud Sistema de salud, legislación de cuidados de salud, tratamientos hospitalarios y procesos de cuidados	Código del diagnóstico enfermero
Ninguno en este momento	

Referencias bibliográficas

- Abbot, A. (1988) *The Systems of Professions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Quammen, D. (2007) A passion for order. *National Geographic Magazine*. ngm.national-geographic.com/print/2007/06/Linnaeus-name-giver/david-quammen-text, recuperado el 1 de noviembre de 2013.
- Von Krogh, G. (2011) Taxonomy III Proposal. *NANDA International Latin American Symposium*. Sao Paulo, Brazil. May 2011.

Capítulo 4

Taxonomía II de NANDA-I: especificaciones y definiciones

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Estructura de la taxonomía II

La taxonomía se define como la «rama de la ciencia que se ocupa de la clasificación sistemática, especialmente de los organismos; un esquema de clasificación» (Oxford Dictionary, 2013). En una taxonomía los dominios son «una esfera de conocimiento, influencia o investigación» y las clases son «un grupo, conjunto o categoría que comparte atributos comunes» (Merriam-Webster, Inc. 2009).

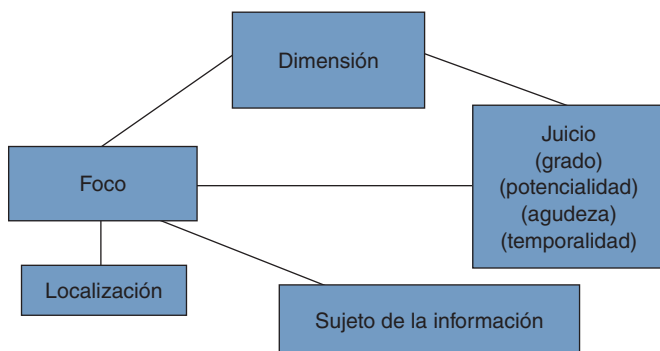
Podemos adaptar esa definición a una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente, nos ocupamos de la clasificación ordenada de los focos de interés de los diagnósticos enfermeros, siguiendo sus presuntas relaciones naturales. La taxonomía II presenta tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. La figura 3.3 (p. 58) muestra la organización de los dominios y clases en la taxonomía II; la tabla 3.1 (pp. 66-78) muestra la taxonomía II con sus 13 dominios, 47 clases y los 235 diagnósticos actuales.

La estructura de la taxonomía II utiliza códigos de 32-bits (o si la base de datos del usuario usa otro tipo de codificación, la estructura utiliza códigos de cinco dígitos). Esta estructura proporciona estabilidad o crecimiento y desarrollo de la estructura taxonómica evitando la necesidad de cambiar los códigos cuando se añaden nuevos diagnósticos, modificaciones o revisiones. Se asignan nuevos códigos a los diagnósticos nuevos aprobados. Los códigos retirados nunca se reutilizan.

La estructura del código de la Taxonomía II cumple con las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) con respecto a los códigos de la terminología de salud. La NLM recomienda que los códigos no contengan información sobre el concepto clasificado, tal y como ocurría en la estructura de codificación de la taxonomía I, la cual incluía información sobre la localización y el nivel del diagnóstico.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.
Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

Figura 4.1 Modelo de referencia de terminología ISO para un diagnóstico enfermero



La terminología NANDA-I es un lenguaje de enfermería reconocido que satisface los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA) (Lundberg, Warren, Brokel y cols., 2008). El beneficio de usar un lenguaje reconocido de enfermería es que éste es aceptado como soporte para la práctica enfermera, ya que proporciona una terminología clínicamente útil. Los diagnósticos NANDA-I además cumplen con el modelo de terminología de la Organización Internacional para la Normalización (ISO) para los diagnósticos enfermeros (fig. 4.1). La terminología está también registrada en el Health Level Seven International (HL7), un estándar informático para sistemas de salud, que determina la terminología que se debe utilizar en la identificación de los diagnósticos enfermeros en la mensajería electrónica entre sistemas de información clínica (www.HL7.org).

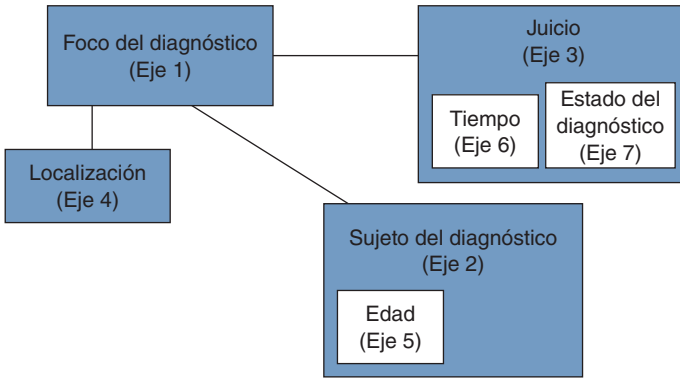
Un sistema multiaxial para construir conceptos diagnósticos

Los diagnósticos NANDA-I son conceptos construidos por medio de un sistema multiaxial. Este sistema está formado por ejes, los componentes de los cuales se combinan para que los diagnósticos sean sustancialmente similares en forma y coherentes con el modelo ISO.

Un eje, para el propósito de la taxonomía II de NANDA-I, se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que es considerada en el proceso diagnóstico. Existen siete ejes. El *modelo NANDA-I para un diagnóstico enfermero* muestra los siete ejes y su relación (fig. 4.2):

- Eje 1: foco del diagnóstico.
- Eje 2: sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, cuidador, comunidad, etc.).
- Eje 3: juicio (deterioro, ineficaz, etc.).

Figura 4.2 Modelo NANDA-I para un diagnóstico enfermero



- Eje 4: localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).
- Eje 5: edad (lactante, niño, adulto, etc.).
- Eje 6: tiempo (crónico, agudo, intermitente).
- Eje 7: estado del diagnóstico (focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud).

Los ejes están representados en las etiquetas de los diagnósticos enfermeros por sus valores. En algunos casos se nombran explícitamente, como en los diagnósticos *afrentamiento ineficaz de la comunidad* y *afrentamiento familiar comprometido*, en los cuales el sujeto del diagnóstico (en primer lugar «comunidad» y en segundo «familia») se nombra usando los dos valores «comunidad» y «familia» del eje 2 (sujeto del diagnóstico). «Ineficaz» y «comprometido» son dos de los valores contenidos en el eje 3 (juicio).

En algunas ocasiones, el eje está implícito, como en el caso del diagnóstico *intolerancia a la actividad*, en el cual el sujeto del diagnóstico (eje 2) es siempre el paciente. En algunos casos un eje puede no ser pertinente para un determinado diagnóstico y por tanto no forma parte de la etiqueta del diagnóstico enfermero. Por ejemplo, el eje tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnósticos en los que no está explícita la identificación del sujeto del diagnóstico, puede ser útil recordar que NANDA-I define paciente como «una persona, familia, grupo o comunidad».

El eje 1 (foco) y el eje 3 (juicio) son componentes esenciales de un diagnóstico enfermero. En algunos casos, sin embargo, el foco del diagnóstico contiene el juicio (p. ej., *náuseas*). En estos casos el juicio no está explícitamente separado en la etiqueta diagnóstica. El eje 2 (sujeto del diagnóstico) también es esencial, aunque, tal y como se mencionó anteriormente, puede estar implícito y por tanto no incluido en la etiqueta. El Comité de Desarrollo Diagnóstico requiere estos ejes para el envío de un nuevo diagnóstico; los otros ejes pueden ser usados cuando sean relevantes para clarificar.

Definición de los ejes

Eje 1 Foco del diagnóstico

El foco es el principal elemento o la parte fundamental y esencial, la raíz, del diagnóstico enfermero. Describe la «respuesta humana» que es la esencia del diagnóstico.

El foco del diagnóstico puede constar de uno o más nombres. Cuando se usa más de un nombre (p. ej., *intolerancia a la actividad*), cada uno aporta un significado único al foco, como si entre los dos formaran un nombre único; el significado del término combinado, sin embargo, es diferente del significado de los dos nombres por separado. Con frecuencia se puede usar un adjetivo (*espiritual*) con un nombre (*sufrimiento*) para denotar el foco, *sufrimiento espiritual* (00066).

En algunos casos el foco y el diagnóstico enfermero son uno solo y el mismo, como ocurre con *náuseas* (00134). Esto ocurre cuando el diagnóstico enfermero se formula de la manera clínicamente más útil y la separación del foco no añade ningún nivel significativo de abstracción. En ocasiones puede ser muy difícil determinar exactamente cuál debería ser considerado el foco del diagnóstico. Por ejemplo, si consideramos las etiquetas diagnósticas *incontinencia fecal* (00014) e *incontinencia urinaria de esfuerzo* (00017), la pregunta es evidente: ¿el foco es solamente *incontinencia* o el foco es *incontinencia fecal* por un lado e *incontinencia urinaria* por otro? En este caso *incontinencia* es el foco, y los términos de localización (eje 4) *fecal* y *urinaria* clarifican el foco. Sin embargo, *incontinencia* es en sí mismo un juicio que puede formularse solo, por eso es el foco, independientemente de cuál sea la localización.

En algunos casos, en cambio, al eliminar la localización (eje 4) del foco se elimina el significado para la práctica enfermera. Por ejemplo, si consideramos el foco del diagnóstico *riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal* (00005), ¿el foco es *temperatura corporal* o simplemente *temperatura*? O si consideramos el diagnóstico, *trastorno de la identidad personal* (00121), ¿el foco es *identidad* o *identidad personal*? Las decisiones sobre qué constituye la esencia del foco del diagnóstico se toman sobre la base de aquello que puede ayudar a identificar las implicaciones para la práctica enfermera, y si el término identifica o no una respuesta humana. La *temperatura* puede referirse a la temperatura ambiental, la cual no es una respuesta humana, por tanto es importante identificar la *temperatura corporal* como el diagnóstico enfermero. De la misma manera, *identidad* puede no significar nada más que el género, color de los ojos, altura o edad de una persona, de nuevo éstas son características, pero no respuestas humanas; la *identidad personal*, sin embargo, indica la percepción de uno mismo y es una respuesta humana. En algunos casos el foco puede parecer similar, pero de hecho es bastante distinto: *violencia dirigida a otros* y *violencia autodirigida* son dos respuestas humanas, y por tanto deben ser identificadas de forma separada en términos de foco en la taxonomía II. Los focos de los diagnósticos enfermeros de NANDA-I se muestran en la tabla 4.1.

Tabla 4.1 (cont.)

Caidas	Fatiga	Mantenimiento de la salud	Reacción a los medios de contraste	Temor
Cansancio del rol de cuidador	Función cardiovascular	Mantenimiento del hogar	Recuperación quirúrgica	Temperatura corporal
Capacidad adaptativa	Función hepática	Memoria	Regulación del estado de ánimo	Termodrregulación
Comunicación		Motilidad gastrointestinal	Relaciones	Tolerancia a la actividad
Comunicación verbal		Movilidad	Religiosidad	Toma de decisiones independiente
Conducta de salud		Mucosa	Resiliencia	Traumatismo
Conducta desorganizada			Respuesta alérgica	
Conducta organizada			Respuesta alérgica al látex	
Conflicto de decisiones		Náuseas	Respuesta ventilatoria	
Conflicto de roles		Negación	al destete	
Confort		Nivel de glucemia	Rol parental	
Confusión		Nutrición		
Conocimiento	Gasto cardíaco			
Contaminación	Gestión de la salud			
Control de impulsos				
Control emocional	Habilidad para la traslación			
Crecimiento	Hipertermia			
Cumplimiento	Hipotermia			

Eje 2 Sujeto del diagnóstico

Se define el sujeto del diagnóstico como la(s) persona(s) para quien(es) se determina el diagnóstico enfermero. Los valores del eje 2 son individuo, cuidador, familia, grupo y comunidad, que representan la definición de NANDA-I de «paciente».

- *Individuo*: ser humano individual distinto de otros, una persona.
- *Cuidador*: miembro de la familia o ayudante que cuida regularmente de un niño o una persona enferma, anciano o persona discapacitada.
- *Familia*: dos o más personas que mantienen relaciones continuadas, que perciben obligaciones recíprocas, sentimiento de significado en común, y comparten ciertas obligaciones hacia otros; con relación por consanguinidad o por elección.
- *Grupo*: un número de personas con unas características comunes.
- *Comunidad*: un grupo de personas que viven en una misma localidad bajo el mismo gobierno. Algunos ejemplos incluyen barrios y ciudades.

Cuando el sujeto del diagnóstico no está explícito se entiende por defecto que es el individuo. Sin embargo, es perfectamente apropiado considerar esos diagnósticos también para otros sujetos. El diagnóstico *duelo* puede ser aplicado a un individuo o a una familia que ha perdido un ser querido. También puede ser apropiado para una comunidad que ha experimentado un desastre masivo, que ha sufrido la pérdida de un líder importante de la comunidad, un desastre natural o incluso la pérdida de una estructura simbólica de la comunidad (una escuela, una estructura religiosa, un edificio histórico, etc.).

Eje 3 Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del foco del diagnóstico. El foco del diagnóstico, juntamente con el juicio enfermero sobre el mismo, forman el diagnóstico. Todas las definiciones usadas para determinar los juicios se hallan en el Diccionario On-Line Oxford (2013). Los valores del eje 3 se pueden hallar en la tabla 4.2.

Eje 4 Localización

La localización describe las partes/regiones del cuerpo y/o sus funciones relacionadas, es decir, todos los tejidos, órganos, lugares anatómicos o estructuras. Los valores del eje 4 se muestran en la tabla 4.3.

Tabla 4.2 Definiciones de los términos de los juicios para el eje 3, taxonomía II de NANDA-I, adaptada del Diccionario On-Line Oxford (2013)

Juicio	Definición	Juicio	Definición
Alterado	Emocional o caracterizado por emociones que se despiertan fácilmente, se expresan libremente y tienden a alterarse de forma rápida y espontánea	Deterioro	Debilitado o dañado (alguna cosa, especialmente una facultad o función)
Bajo	Por debajo de la media en cantidad, extensión, o intensidad; pequeño	Disfuncional	Que no funciona de forma normal o adecuada; desviación de la norma de conducta social de una forma que es contemplada como mala
Complicado	Compuesto de muchas partes o elementos interconectados; que implica muchos aspectos diferentes y confusos	Disminuido	Más pequeño o menor en tamaño, en cantidad, intensidad o grado
Comprometido	Que se ha vuelto vulnerable o que funciona de manera menos eficaz	Disposición	Disposición para hacer algo; estar totalmente preparado para algo
Defensivo	Usado o pensado para defender o proteger	Eficaz	Éxito en la consecución de un resultado deseado o esperado
Deficiente/déficit	No poseer suficiente de una cualidad o ingrediente; deficiencia o fallo, especialmente en una función neurológica o psicológica	Exceso	Cantidad de algo que es más de lo necesario, permitido o deseable
Desequilibrio	Falta de proporción o relación entre cosas correspondientes	Fracaso	Acción o estado de no funcionamiento
Desorganizado	No organizado o controlado de manera adecuada; disperso o ineficaz	Frágil	Débil y delicado
Desproporcionado	Demasiado grande o demasiado pequeño en comparación con otra cosa (norma)	Funcional	Que afecta al funcionamiento más que a la estructura de un órgano

Incapacidad	Limitado en los movimientos, sentidos o actividades	Organizado	Ordenado o controlado adecuadamente; eficaz
Independiente	Libre de restricciones legales, sociales o políticas; liberado	Percibido	Darse cuenta (de algo) usando los sentidos, especialmente la vista; interpretar o mirar (alguien o algo) de una manera determinada; reconocer cómo; darse cuenta o ser consciente (de algo); darse cuenta o comprender
Ineficaz	Que no produce ningún efecto significativo o deseado	Riesgo	Situación que envuelve la exposición al peligro; posibilidad o vulnerabilidad de que alguna cosa desagradable o molesta pueda pasar
Inestable	Tendencia al cambio, fallo o abandono; no estable	Tendencia de riesgo	Posibilidad o predisposición a sufrir o experimentar alguna cosa lamentable o molesta/peligrosa
Insuficiente	Que no es suficiente, inadecuado; incapaz, incompetente	Trastorno	Alteración del patrón normal de funcionamiento
Interrupción	Detención en el progreso continuo (de una actividad o proceso); romper la continuidad de algo	Retraso	Periodo de tiempo por el cual algo llega tarde, despacio o es pospuesto
Mejorar	Intensificar, aumentar o mejorar la calidad, el valor o la extensión de algo		

Tabla 4.3 Localización en el eje 4, taxonomía II de NANDA-I

Cama	Gastrointestinal	Periférico	Urinario
Cardíaco	Intestino	Renal	Vascular
Cerebral	Intracraneal	Silla de ruedas	Vejiga
Corneal	Neurovascular	Tracto urinario	

Eje 5 Edad

Se refiere a la edad de la persona que es sujeto del diagnóstico (eje 2). Los valores del eje 5 se enumeran más abajo, con todas las definiciones, *excepto* la de anciano, tomadas de la Organización Mundial de la Salud (2013):

- **Feto:** humano no nacido a partir de las ocho semanas de su concepción hasta su nacimiento.
- **Neonato:** niño menor de 28 días de edad.
- **Lactante:** niño ≥ 28 días y < 1 año.
- **Niño:** persona entre 1 y 9 años, ambos incluidos.
- **Adolescente:** persona entre 10 y 19 años, ambos incluidos.
- **Adulto:** persona mayor de 19 años, a no ser que las leyes nacionales definan la persona como adulta a una edad más temprana.
- **Anciano:** persona ≥ 65 años.

Eje 6 Tiempo

El tiempo describe la duración del foco del diagnóstico enfermero (eje 1). Los valores del eje 6 son:

- *Agudo:* duración < 3 meses.
- *Crónico:* duración ≥ 3 meses.
- *Continuo:* ininterrumpido, que continua sin interrupción.
- *Intermitente:* se interrumpe y vuelve a comenzar a intervalos; periódico, cíclico.
- *Perioperatorio:* ocurre o se ejecuta durante o cercano al tiempo de una intervención quirúrgica.
- *Situacional:* relacionado con un conjunto de circunstancias en las cuales uno se encuentra.

Eje 7 Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/síndrome o a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud. Los valores del eje 7 son:

- *Focalizado en el problema*: respuesta humana no deseable a una afección de salud/proceso vital que existe en la actualidad (incluye síndromes diagnósticos focalizados en problemas).
- *Promoción de la salud*: motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano que existe en el momento actual (Pender, Murduagh y Parsons, 2006).
- *Riesgo*: vulnerabilidad para desarrollar en el futuro una respuesta humana no deseable a afecciones de salud/procesos vitales (incluye riesgo de síndromes diagnósticos).

Desarrollo y presentación de un diagnóstico enfermero

Un diagnóstico se construye combinando los valores de los ejes 1 (el foco diagnóstico), eje 2 (sujeto del diagnóstico) y eje 3 (juicio) cuando es necesario, y añadiendo valores de los otros ejes para poner de relevancia aspectos concretos y conseguir mayor claridad. De esta manera usted empieza por el foco diagnóstico (eje 1) y añade el juicio (eje 3) sobre el mismo. Recuerde que estos dos ejes están algunas veces combinados para formar una etiqueta del diagnóstico enfermero en la que el juicio está implícito, como ocurre con el diagnóstico *fatiga* (00093). A continuación, usted especifica el sujeto del diagnóstico (eje 2). Si el sujeto es un «individuo» no necesita explicitarlo (fig. 4.3). Entonces puede usar los restantes ejes, si son apropiados, para añadir detalles. Las figuras 4.4 y 4.5 ilustran otros ejemplos, usando un diagnóstico de riesgo y uno de promoción de la salud, respectivamente.

NANDA-I no está a favor de la **construcción aleatoria** de diagnósticos enfermeros que se podría realizar sencillamente uniendo términos de un eje con otro para crear una etiqueta diagnóstica que represente un juicio basado en una valoración de un paciente. Por el contrario, las áreas o los

Figura 4.3 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: (individual) deterioro de la bipedestación

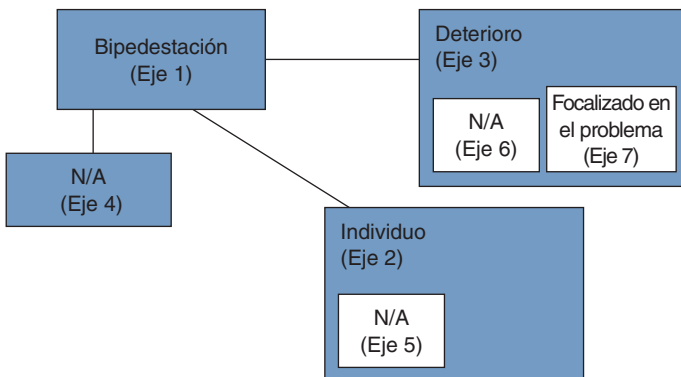


Figura 4.4 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: riesgo de conducta desorganizada del lactante

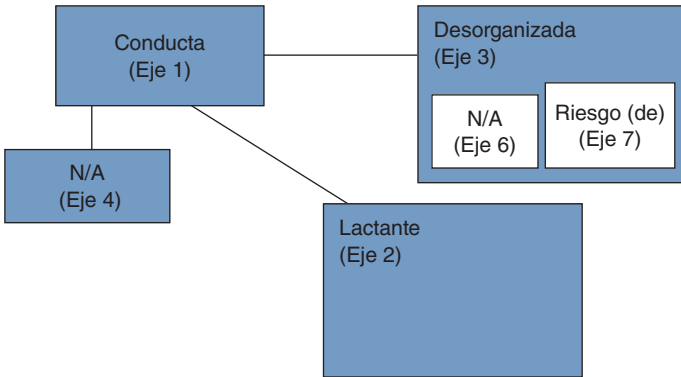
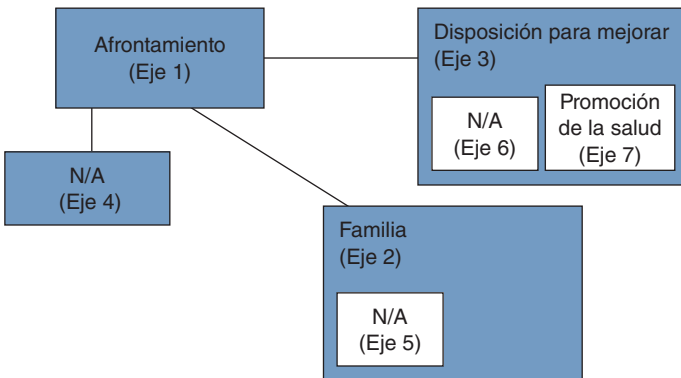


Figura 4.5 Modelo de un diagnóstico enfermero NANDA-I: disposición para mejorar el afrontamiento familiar



problemas de enfermería que se identifiquen y que no dispongan de una etiqueta diagnóstica de enfermería NANDA-I deberían ser cuidadosamente descritos en la documentación para asegurar la precisión de la interpretación de los juicios clínicos por otras enfermeras/profesionales de la salud.

La creación de un diagnóstico para ser usado en la práctica clínica y/o en la documentación por el método de relacionar términos de diferentes ejes, sin el desarrollo de la definición y los demás componentes de un diagnóstico (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) basados en la evidencia, contradice el propósito de un lenguaje estandarizado como método que realmente representa, informa y dirige el juicio clínico y la práctica.

Ésta es una seria preocupación en relación con la seguridad del paciente, ya que la falta de conocimiento inherente a los componentes del diagnóstico hace imposible asegurar su precisión. Los términos enfermeros creados arbitrariamente en el punto del cuidado pueden dar como resultado interpretaciones erróneas del foco/área del problema clínico, y consecuentemente llevar al establecimiento de un resultado y a la selección de unas intervenciones inapropiadas. También hace imposible la investigación precisa de la incidencia de los diagnósticos enfermeros o la realización de estudios sobre resultados o intervenciones relacionados con diagnósticos, ya que sin unos componentes claros de los diagnósticos (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) es imposible saber si las respuestas humanas a las que se ha adjudicado la misma etiqueta realmente representan los mismos fenómenos.

Por eso, cuando se discute sobre la construcción de diagnósticos enfermeros en este capítulo, la intención es informar a las enfermeras sobre cómo se desarrollan los diagnósticos y proporcionar claridad a aquellas personas que están desarrollando diagnósticos para incluirlos en la taxonomía II de NANDA-I; *no debería* ser interpretado como una sugerencia de que NANDA-I apoya la creación de diagnósticos por parte de las enfermeras a pie de cama.

Desarrollo adicional

Una taxonomía y un marco multiaxial para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros permite a los clínicos ver en qué áreas de la disciplina faltan diagnósticos y proporciona la oportunidad de desarrollar aquellos que sean clínicamente útiles para la práctica. Si usted desarrolla un nuevo diagnóstico que es útil para su práctica, por favor envíelo a NANDA-I, para que otros puedan compartir su descubrimiento. Los formularios para el envío y otra información adicional están disponibles en la página web de NANDA-I (www.nanda.org). El Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) estará encantado de ayudarle a preparar su envío.

Referencias bibliográficas

- Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Johnson, M., Maas, M., Martin, K., Moorhead, S., Spisla, C., Swanson, E., & S. Giarrizzo-Wilson (2008). Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online Journal of Nursing Informatics*, 12(2). Disponible en: http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf
- Merriam-Webster, Inc. (2009). *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* (11th ed.) Springfield, MA: Merriam-Webster, Inc.
- Oxford Dictionary On-Line, British and World Version. (2013). Oxford University Press. Disponible en: <http://www.oxforddictionaries.com/>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.

World Health Organization (2013). Health topics: Infant, newborn. Disponible en: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/
World Health Organization (2013). Definition of key terms. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

Otras lecturas recomendadas

Matos, F. G. O. A., & Cruz, D. A. L. M. (2009). Development of an instrument to evaluate diagnosis accuracy. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 43(Spe): 1087–1095.
Paans, W., Nieweg, R. M. B, Van der Schans, C. P, & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2386–2403.

Capítulo 5

Preguntas frecuentes

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI y Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Habitualmente recibimos preguntas a través de nuestra página web o el correo electrónico y cuando los miembros de la Junta de Directores o la CEO/directora ejecutiva de NANDA-I viaja y realiza presentaciones en diferentes conferencias. Por eso, hemos decidido incluir algunas de las preguntas más frecuentes juntamente con las respuestas, con la esperanza de que puedan ayudar a otras personas que se formulen esas mismas preguntas.



Preguntas básicas sobre los lenguajes estandarizados de enfermería

¿Qué es un lenguaje estandarizado de enfermería?

Un lenguaje estandarizado de enfermería (LEE) es un conjunto de términos comúnmente entendidos, utilizados para describir los juicios clínicos implicados en la valoración (diagnósticos enfermeros), juntamente con las intervenciones y los resultados relacionados en la documentación de los cuidados enfermeros.

¿Cuántos lenguajes estandarizados de enfermería existen?

La American Nurses Association reconoce 12 LEE.

¿Cuáles son las diferencias entre los lenguajes estandarizados de enfermería?

Muchos lenguajes manifiestan ser estandarizados; algunos son simplemente una lista de términos, otros proporcionan definiciones de esos términos. NANDA-I mantiene que un lenguaje estandarizado que representa una profesión debería proporcionar, como mínimo, una definición basada en la evidencia, una lista de características definitorias (signos/síntomas)

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017.

Décima edición. Editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

© 2014 NANDA International Inc. Publicado en 2014 por John Wiley & Sons, Ltd.

Sitio web complementario: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

y factores relacionados (factores etiológicos); los diagnósticos de riesgo deberían incluir una definición basada en la evidencia y una lista de factores de riesgo. Sin éstos cualquiera puede definir cualquier término a su manera, lo cual, obviamente, contradice el propósito de la estandarización.

Hay personas que usan términos como «selecciona un diagnóstico», «escoge un diagnóstico», «elige un diagnóstico», esto suena como si hubiese una manera sencilla de saber qué diagnóstico usar. ¿Esto es correcto?

Cuando hablamos de diagnosticar no estamos hablando de algo tan sencillo como elegir un término de una lista o escoger algo que «suene bien» para nuestro paciente. Estamos hablando del proceso de toma de decisiones diagnósticas, mediante el cual las enfermeras diagnostican. Por tanto, más que usar esos términos tan simples (seleccionar, escoger, elegir) deberíamos realmente describir el proceso diagnóstico. En lugar de decir «escoger un diagnóstico» deberíamos decir «diagnosticar al paciente/familia»; en lugar de decir «elegir un diagnóstico» podríamos decir «asegurar la precisión en su diagnóstico», o bien, simplemente «diagnosticar al paciente/familia». Las palabras son poderosas, por tanto, cuando decimos cosas como escoger, elegir o seleccionar suena simple, como leer una lista de términos y elegir uno. Usar el razonamiento diagnóstico, sin embargo, es mucho más que eso, y *diagnosticar* es lo que hacemos, que está muy lejos de simplemente «elegir» algo.

Preguntas básicas sobre NANDA-I

¿Qué es NANDA International?

La implementación de los diagnósticos mejora cada uno de los aspectos de la práctica enfermera, desde cosechar el respeto profesional a asegurar una documentación consistente que garantice la representación del juicio clínico profesional de las enfermeras y la documentación precisa que facilite el reembolso económico. NANDA-I existe con la finalidad de desarrollar, refinar y promover una terminología que refleje de forma precisa los juicios clínicos de las enfermeras.

¿Qué es la taxonomía?

La taxonomía es la práctica y ciencia de la categorización y la clasificación. La taxonomía actual NANDA-I incluye 235 diagnósticos enfermeros que están agrupados (clasificados) en 13 dominios (categorías) de práctica enfermera: promoción de la salud; nutrición; eliminación e intercambio; actividad/reposo; percepción/cognición; autopercepción; rol/relaciones; sexualidad; tolerancia/afrentamiento al estrés; principios vitales; seguridad/protección; confort; crecimiento/desarrollo.

¿Por qué NANDA-I cobra una cuota por el acceso a sus diagnósticos enfermeros?

En cualquier campo, el desarrollo y mantenimiento de un cuerpo de trabajo basado en la investigación requiere la inversión de tiempo y experiencia; además, la diseminación del trabajo es un gasto adicional. Como organización voluntaria nosotros financiamos reuniones de comités para la revisión de los diagnósticos enviados, para asegurar que cumplen con los criterios de niveles de evidencia. También proporcionamos cursos de formación y procuramos que las oportunidades de aprendizaje se den en inglés, español y portugués dada la alta demanda de estos contenidos. Tenemos miembros de comités en todo el mundo, y tanto las videoconferencias como las reuniones cara a cara originan gastos, igual que los congresos o los cursos. Nuestras cuotas sirven para financiar este trabajo con un beneficio cero y son realmente modestas si las comparamos con las cuotas requeridas, por ejemplo, por una licencia para el uso de CIE-10 de diagnósticos médicos.

Si compramos el libro e introducimos el contenido en un software nosotros mismos, ¿también tenemos que pagar?

NANDA International, Inc. depende de los ingresos que recibe de la venta de libros y licencias electrónicas para mantener y mejorar el estado de la ciencia en nuestra terminología. La terminología NANDA-I es una terminología licenciada, por tanto, **ninguna parte de la publicación de NANDA-I, Diagnósticos Enfermeros NANDA International: Definiciones y Clasificación, puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, o transmitida por ningún mecanismo, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado, o cualquier otro, sin el permiso previo del editor. Esto incluye la publicación en blogs online, páginas web, etc.**

Esto es así independientemente del idioma en el que se use el trabajo. Para cualquier otro uso distinto de la lectura o consulta del libro se requiere una licencia de Blackwell Publishing, Ltd (una compañía de Wiley y Sons Inc.) o del editor autorizado del libro en cualquier otro idioma.

Puede encontrar los titulares de los derechos de traducción de nuestro trabajo en otros idiomas distintos del inglés en <http://www.nanda.org/nanda-international-taxonomy-translation-licensees.html>. El uso de este contenido requiere que usted solicite y reciba autorización del editor para reproducir nuestro trabajo en cualquier formato. Puede encontrar más información en nuestra página web (www.nanda.org) o puede contactar con Wiley-Blackwell en wiley@nanda.org o visitar su página web www.wiley.com/wiley-backwell.

¿Debería usarse la estructura de la taxonomía II como marco para la valoración enfermera?

El propósito de la taxonomía es proporcionar organización a los términos (diagnósticos) de NANDA-I. Nunca fue la intención que sirviese

como marco de valoración. Por favor, vean nuestra declaración de posicionamiento sobre el uso de la taxonomía II de NANDA-I como marco de valoración enfermera en la página 459.

¿Qué es el formato PES, cómo fue desarrollado y cuáles son sus orígenes? ¿NANDA-I requiere el uso del formato/esquema PES?

«PES» es un acrónimo de **P**roblema, **E**tiología (factores relacionados) y **S**ignos/Síntomas (características definitorias). El formato PES fue publicado por primera vez por la Dra. Marjory Gordon, una de las fundadoras y presidentas de NANDA-I. Los componentes de los diagnósticos NANDA-I se identifican ahora como *factores relacionados* y *características definitorias* y, por tanto, la palabra «formato PES» no se usa en los libros NANDA-I actualmente aunque algunos países aún lo utilizan y también muchas publicaciones. La formulación de diagnósticos precisos se basa en la documentación de factores relacionados y características definitorias, y el formato PES fomenta justamente eso, lo cual es crucial para la precisión en los diagnósticos enfermeros, un enfoque que NANDA-I apoya fervientemente.

Sin embargo, NANDA-I no requiere el uso del formato PES, o ningún otro formato en particular para documentar los diagnósticos enfermeros. Somos conscientes de la gran variedad de sistemas de documentación electrónica en uso y en desarrollo en el mundo, y parece que existen tantas maneras de registrar documentación enfermera como sistemas. Muchos sistemas no permiten el uso del modelo «relacionado con... manifestado por». Sin embargo, es importante que las enfermeras sean capaces de comunicar los datos de la valoración en los que se fundamenta el diagnóstico que han realizado, para que otros profesionales que cuidan al paciente sepan por qué se ha seleccionado un diagnóstico determinado. Por favor, revisen la declaración de posicionamiento sobre la estructura del diagnóstico enfermero cuando se incluye en un plan de cuidados (p. 459).

El formato PES proporciona un método muy robusto para enseñar razonamiento clínico y para ayudar a los estudiantes y las enfermeras en su aprendizaje de las habilidades diagnósticas. Dado que los pacientes generalmente presentan más de un factor relacionado y/o características definitorias, en muchos lugares se cambia la expresión, adoptando «se manifiesta por/se evidencia por» y «relacionado con», añadiendo una lista de las características definitorias y factores relacionados a continuación de la formulación del diagnóstico. Esta lista está basada en la situación individual del paciente y puede usar los términos estandarizados de NANDA-I. A partir de la presente edición los códigos informáticos para todos los indicadores diagnósticos de la terminología NANDA-I están disponibles en nuestra página web.

Independientemente de los requisitos de la documentación, es importante recordar que para garantizar unos cuidados seguros del paciente en las áreas clínicas es crucial supervisar o valorar las características definitorias (manifestaciones de los diagnósticos) y factores relacionados (o causas) de los diag-



nósticos enfermeros. La elección de unas intervenciones eficaces está basada en los factores relacionados y las características definitorias del diagnóstico.

¿Cómo formulo los diagnósticos de riesgo, los diagnósticos focalizados en problemas y los diagnósticos de promoción de la salud?

Los sistemas de documentación son diferentes en cada organización, por tanto, en algunos casos deberá escribir (o seleccionar de una lista electrónica) la etiqueta diagnóstica correspondiente a la respuesta humana que ha diagnosticado. Los datos de la valoración puede que se encuentren en una sección (o «pantalla») distinta del sistema electrónico, y que usted deba seleccionar los factores relacionados y características definitorias o factores de riesgo en ese lugar. Aquí se muestran algunos ejemplos de registro en formato PES.

Diagnóstico focalizado en problema

Para usar el formato PES empiece por el diagnóstico, seguido de los factores etiológicos (factores relacionados en un diagnóstico focalizado en problema). Finalmente identifique los signos/síntomas mayores (características definitorias).

- **Ansiedad relacionada con** crisis situacional y estrés (factores relacionados) **manifestada por** inquietud, insomnio, angustia y anorexia (características definitorias).

Diagnóstico de riesgo

Para los diagnósticos de riesgo no existen factores de relación (factores etiológicos), ya que está identificando una *vulnerabilidad* en un paciente ante un problema potencial; el problema no se ha presentado todavía. Diferentes expertos recomiendan distintas formulaciones (algunos usan «relacionado con», otros usan «manifestado por» para los diagnósticos de riesgo). Dado que el término «relacionado con» se usa para sugerir una etiología, en el caso de los diagnósticos focalizados en problema, y dado que existe sólo una vulnerabilidad a un problema en el caso del diagnóstico de riesgo, NANDA-I ha decidido recomendar el uso de «manifestado por» para referirse a la evidencia de un riesgo que existe, cuando se use el formato PES.

- **Riesgo de infección manifestado por** vacunación inadecuada e inmunosupresión (factores de riesgo).

Diagnósticos de promoción de la salud

Dado que los diagnósticos de promoción de la salud no requieren factores relacionados, no existe un «relacionado con» en la formulación de estos diagnósticos. En lugar de ello, las características definitorias proporcionan la evidencia del deseo del paciente de mejorar su estado de salud actual.

- **Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por** la expresión del deseo de mejorar el autocuidado.

¿NANDA-I proporciona una lista de diagnósticos?

Realmente no tiene ningún sentido proporcionar una lista de términos, hacerlo contravendría el propósito de un LEE. A no ser que la definición, características definitorias, factores relacionados y/o de riesgo sean conocidos, la etiqueta por sí sola no tiene ningún significado. Por tanto, no pensamos que sea interesante para la seguridad del paciente producir una simple lista de términos que puede ser malentendida o usada inadecuadamente en el contexto clínico.

Es esencial disponer de las definiciones de los diagnósticos y, aún más importante, de los indicadores de los diagnósticos (datos de valoración/anamnesis del paciente) requeridos para realizar un diagnóstico: por ejemplo, los signos y síntomas que recoge en su valoración («características definitorias») y la causa del diagnóstico («factores relacionados») o aquellas cosas que sitúan a un paciente ante un riesgo significativo para un diagnóstico («factores de riesgo»). A medida que valora el paciente, usted confía tanto en su conocimiento clínico como «en el conocimiento de los libros» para descubrir patrones en los datos, indicadores diagnósticos que se agrupan y que pueden corresponder a un diagnóstico. Las preguntas que se puede formular para identificar y validar el diagnóstico correcto incluyen:

1. ¿Están la mayoría de las características definitorias/factores de riesgo presentes en el paciente?
2. ¿Existen factores etiológicos (factores relacionados) para el diagnóstico evidentes en el paciente?
3. ¿Ha validado el diagnóstico con el paciente/familia o con otra colega enfermera (cuando sea posible)?

Preguntas básicas sobre los diagnósticos enfermeros

¿Se puede utilizar el diagnóstico enfermero con seguridad en otro contexto que no sea en pacientes hospitalizados, es decir, en salas quirúrgicas o ambulatorios?

¡Por supuesto! Los diagnósticos enfermeros se utilizan en los quirófanos, clínicas ambulatorias, centros psiquiátricos, actuaciones de salud en el hogar y las organizaciones de cuidados paliativos, así como en la salud pública, enfermería en escuelas, salud ocupacional —y, por supuesto, en los hospitales—. Hay tantos diagnósticos básicos como prácticas de enfermería; por ejemplo, *dolor agudo* (00132), *ansiedad* (00146), *conocimientos deficientes* (00126), *disposición para mejorar la gestión de la propia salud* (00162), se podrían encontrar en cualquier lugar de la práctica de enfermería. Dicho esto, sabemos que hay una necesidad de desarrollar diagnósticos para ampliar aún más los términos que usamos para describir los conocimientos de enfermería en todas estas áreas de enfermería. Se está trabajando en algunas áreas, tales como pediatría y salud mental, y también en un gran número de países, ¡y estamos esperando ansiosamente los resultados!

¿Deberían las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos usar los diagnósticos enfermeros? Nosotras estamos muy ocupadas atendiendo las afecciones médicas

¡Qué pregunta tan interesante! ¿Deberían las enfermeras practicar la enfermería? ¡Sí, naturalmente! No existe ninguna duda de que las intervenciones enfermeras en una unidad de cuidados intensivos tienen un foco muy importante como resultado de las afecciones médicas, y a menudo intervienen con los pacientes usando «protocolos permanentes» (órdenes médicas permanentes) que requieren pensamiento crítico para ser implementadas correctamente. Pero seamos honestos: las enfermeras en las unidades de cuidados críticos necesitan practicar la enfermería. Los pacientes con afecciones críticas presentan riesgo de múltiples complicaciones que pueden ser prevenidas por las enfermeras: neumonías relacionadas con el ventilador (*riesgo de infección*, 00004), úlceras por presión (*riesgo de úlceras por presión*, 00249), lesión corneal (*riesgo de lesión corneal*, 00245). A menudo están aterrados (*temor*, 00148) y las familias están estresadas, pero necesitan saber cómo cuidar a su ser querido cuando regrese a casa: *conocimientos deficientes* (00126), *estrés por sobrecarga* (00177), *riesgo de cansancio del rol de cuidador* (00062). Si las enfermeras únicamente atienden las afecciones médicas obvias, entonces, como dice el antiguo adagio, pueden ganar la batalla, pero perderán la guerra. Estos pacientes pueden desarrollar secuelas que podrían haber sido evitadas, su tiempo de ingreso se puede prolongar, o el alta puede dar como resultado eventos adversos e incrementar los ratios de reingresos. ¿Atender las afecciones médicas? ¡Naturalmente! ¿Y focalizar en las respuestas humanas? ¡Absolutamente!

¿Cuáles son los tipos de diagnósticos enfermeros en la clasificación NANDA-I?

NANDA-I identifica tres categorías de diagnósticos enfermeros: focalizados en problemas, promoción de la salud y diagnósticos de riesgo. Dentro de esas categorías puede encontrar también síndromes. Las definiciones para cada una de las categorías, así como los síndromes, se pueden encontrar en el glosario de términos en la página 464.

¿Qué son los diagnósticos enfermeros y por qué debería usarlos?

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con la respuesta humana a afecciones de salud/procesos vitales, o una vulnerabilidad para esa respuesta, de un individuo, familia, grupo o comunidad. Requiere una valoración enfermera para ser diagnosticado correctamente, no se pueden estandarizar de forma segura los diagnósticos enfermeros usando los diagnósticos médicos. Aunque es cierto que existen algunos diagnósticos enfermeros que se dan de forma frecuente en pacientes que presentan determinados diagnósticos médicos, el hecho es que usted no sabrá si un diagnóstico

es preciso a no ser que realice una valoración de las características definitorias y establezca que existen factores relacionados.

Un diagnóstico enfermero proporciona las bases para la selección de las intervenciones enfermeras para la consecución de los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad. Esto significa que los diagnósticos enfermeros se utilizan para determinar el plan de cuidados apropiado para el paciente, guiando los resultados y las intervenciones del mismo. Usted no puede estandarizar un diagnóstico enfermero, pero es posible estandarizar las intervenciones enfermeras, una vez que haya seleccionado el resultado apropiado para el diagnóstico enfermero, ya que las intervenciones deben estar basadas en la evidencia siempre que sea posible.

Los diagnósticos enfermeros también aportan un lenguaje estandarizado para su uso en la historia clínica electrónica, lo que permite una comunicación clara entre los miembros del equipo de cuidado y la recogida de datos para una mejora continua en el cuidado del paciente.

¿Cuál es la diferencia entre un diagnóstico médico y un diagnóstico enfermero?

Un diagnóstico médico se ocupa de la enfermedad, las dolencias o las lesiones. Un diagnóstico enfermero se encarga de las respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud y procesos vitales. Por ejemplo, un diagnóstico médico de accidente cerebrovascular (ACV) proporciona información sobre la patología del paciente. Los diagnósticos enfermeros de *deterioro de la comunicación verbal*, *riesgo de caídas*, *interrupción de los procesos familiares*, *dolor crónico* e *impotencia* proporcionan una comprensión más holística sobre el impacto que ese ACV tiene sobre el paciente y su familia; éstos además dirigen las intervenciones enfermeras para obtener resultados específicos para este paciente. Si la enfermera focaliza únicamente en el ACV, probablemente no diagnosticará el *dolor crónico* que el paciente sufre, su sentimiento de *impotencia* e incluso la *interrupción de los procesos familiares*. Todos estos problemas tendrán un impacto en el alta potencial al domicilio, su habilidad para gestionar su nuevo tratamiento y, en general, su calidad de vida. También es importante recordar que mientras que un diagnóstico médico pertenece únicamente al paciente la enfermera trata **al paciente y su familia**, por tanto los diagnósticos referentes a la familia son vitales, ya que poseen el potencial de influir —de forma positiva o negativa— en los resultados que está intentando alcanzar con el paciente.

¿Cuáles son los componentes de un diagnóstico y qué significado tienen para las enfermeras en la práctica?

Un diagnóstico enfermero consta de varias partes: la *etiqueta del diagnóstico*, la *definición* y los criterios de valoración que se usan para diagnosticar, las *características definitorias* y *factores relacionados* o *factores de riesgo*. Tal y

como mencionamos en el capítulo 4, NANDA-I está muy preocupada por la poca seguridad inherente al uso de los términos (etiquetas diagnósticas) que no poseen un significado estandarizado y/o criterios de valoración. Elegir un diagnóstico de una lista o inventar un término a pie de cama es una práctica muy peligrosa por varias razones. En primer lugar, la comunicación entre los miembros del equipo de salud debe ser clara, concisa y consistente. Si cada persona define un «diagnóstico» de manera diferente no existe claridad. En segundo lugar, ¿cómo podemos valorar la validez de un diagnóstico o de la capacidad diagnóstica de una enfermera si no disponemos de los datos en los que se fundamenta el diagnóstico?

Echemos un vistazo al caso de Myra Johansen. Este estudio de caso muestra el problema de «elegir» un diagnóstico de una lista de términos sin conocer la definición o los datos de la valoración necesarios para diagnosticar la respuesta.

Estudio de caso: Myra Johansen

Myra Johansen es una paciente de 57 años, obesa, con una historia de 30 años de fumadora (lo dejó hace 6 años), que ingresa a causa de una complicación respiratoria grave de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Su afección se está empezando a estabilizar y usted se hará cargo de sus cuidados al inicio de su turno. Se da cuenta de que en la historia de enfermería la enfermera del turno anterior ha registrado tres diagnósticos enfermeros: *patrón respiratorio ineficaz* (00032), *ansiedad* (00146) y *conocimientos deficientes* (00126). Basándose en esa información, se hace una idea de la paciente y de cómo va a atenderla. La *ansiedad* le hace pensar que la tendrá que calmar y que tendrá que proporcionarle seguridad cuando hable con ella, mientras que el *patrón respiratorio ineficaz* le dice que la Sra. Johansen aún tiene dificultades con la ventilación. El diagnóstico de *conocimientos deficientes* la preocupa, ya que tendrá que enseñarle muchas cosas a la paciente sobre su nueva medicación, así como sobre los cambios en la nutrición para ayudarla a perder peso, lo cual la ayudará a mejorar la respiración.

Un poco más tarde completa su valoración y ve que ha identificado algunas diferencias con respecto a la enfermera del turno anterior. El diagnóstico *patrón respiratorio ineficaz* es claramente preciso, la paciente presenta ortopnea, taquipnea, disnea y un aumento en el diámetro anteroposterior; el aleteo nasal es evidente, así como la respiración con los labios fruncidos, y está usando los músculos intercostales para respirar. También está sentada en la clásica «posición de apoyo en tres puntos» para tratar de facilitar la respiración. Los factores relacionados incluyen fatiga, obesidad y fatiga de los músculos respiratorios. La *ansiedad* también es obvia. Manifiesta que es una persona ansiosa, está «siempre preocupada por alguna cosa» y ahora está preocupada

por muchos problemas, como no poder ir a trabajar, quién está cuidando a su hijo adolescente, qué le significará la hospitalización en cuestiones económicas. Dice que perdió su trabajo a jornada completa hace tres meses y sólo ha sido capaz de encontrar un trabajo temporal a tiempo parcial. Prácticamente no puede pagar la hipoteca y comprar alimentos, y no tiene seguro de salud. Le cuenta que no ha podido comprar los medicamentos para su EPOC durante las pasadas 6-7 semanas y que ha cancelado las visitas rutinarias con el neumólogo porque no podía pagarlas. Conoce su enfermedad y es claramente consciente de las consecuencias de no tomar la medicación, pero no puede seguir con el tratamiento porque no lo puede pagar. Está claro que la preocupación económica está afectando a su ansiedad, lo que a su vez aumenta sus dificultades respiratorias. Su valoración no confirma ninguna de las características definitorias de *conocimientos deficientes* (00126) ni tampoco identifica ninguno de los factores relacionados. Al contrario, usted identifica el *incumplimiento* (00079), que es evidente en el desarrollo de complicaciones y la exacerbación de sus síntomas, y sus manifestaciones de que no puede continuar con el tratamiento. El factor relacionado es el coste del tratamiento y su incapacidad para comprar la medicación y pagar el seguimiento médico.

Cuando le menciona las diferencias en la valoración a su colega al día siguiente ella le responde, «yo elegí *conocimientos deficientes* porque es un diagnóstico estándar para todos los pacientes: ¡todo el mundo tiene algún déficit de conocimientos en alguna cosa!». Claramente, ésta es una forma de pensar errónea y si su colega hubiera validado el diagnóstico revisando la definición, características definitorias y factores relacionados —y hablando con la paciente— hubiera sido obvio que éste no era un diagnóstico enfermero relevante. De hecho, muchos pacientes con enfermedades crónicas a menudo saben tanto o más sobre su afección, sus respuestas a ella y aquello que mejora o empeora los síntomas que el profesional de la salud.

Focalizar en los *conocimientos deficientes* en el caso de la Sra. Johansen no hubiera sido apropiado, ya que ella comprende claramente su enfermedad y las implicaciones de no seguir el tratamiento; focalizando en el *incumplimiento*, sin embargo, la enfermera se puede dirigir hacia las intervenciones apropiadas. Reconociendo las barreras financieras, puede empezar a trabajar con la paciente y el equipo interdisciplinario para identificar posibles fuentes de apoyo financiero para obtener la medicación, asistir a las visitas de seguimiento y posiblemente, incluso, fuentes que puedan cubrir los gastos de la hospitalización. Focalizar en el diagnóstico «estándar» de *conocimientos deficientes*, para el cual no había valoración registrada, es una pérdida de tiempo para la enfermera y lleva a la provisión de cuidados innecesarios, mientras que, al mismo tiempo, se limita el tiempo de cuidados que se podría haber usado para tratar de lograr la consecución de los resultados esperados.

¿Qué diagnóstico enfermero es más aplicable para un paciente que presenta un accidente cerebrovascular? ¿Cómo escribo un plan de cuidados incluyendo un diagnóstico enfermero con una afección médica/diagnóstico específico, por ejemplo, fractura de cadera?

Los diagnósticos enfermeros son respuestas individuales (o bien familiares, de grupo o comunitarias) a problemas de salud o procesos vitales. Esto significa que uno no puede estandarizar los diagnósticos enfermeros basándose en diagnósticos médicos o procedimientos. Aunque muchos pacientes con una fractura de cadera, por ejemplo, pueden padecer *dolor agudo*, *riesgo de caídas* y/o *déficits de autocuidados* (baño e higiene), otros pueden responder con *ansiedad*, *trastorno del patrón del sueño* o *incumplimiento*. Sin una valoración enfermera simplemente es imposible determinar el diagnóstico correcto, algo que no contribuye a los cuidados seguros y de calidad del paciente.

El plan de cuidados para cada paciente individual está basado en los datos de valoración. Los datos de la valoración y las preferencias del paciente guían a la enfermera en la priorización de los diagnósticos enfermeros y las intervenciones; el diagnóstico médico es solamente una pieza de los datos de la valoración y por tanto no puede ser usado como el único factor para determinar la selección de un diagnóstico enfermero. Un instrumento de pensamiento usado por nuestros colegas en medicina puede ser útil cuando está determinando sus diagnósticos: utilice el acrónimo SEA PEQ (Rencic, 2011; v. fig. 2.5, p. 48).

Siempre es una buena idea pedir una segunda opinión a un colega o a un experto, si no está seguro del diagnóstico. ¿El diagnóstico que está considerando es el resultado de un momento «Eureka»? ¿Reconoció un patrón en los datos de la valoración y la anamnesis del paciente? ¿Puede confirmar este patrón revisando los indicadores del diagnóstico? ¿Recogió los datos que parecían oponerse al diagnóstico? ¿Puede justificar el diagnóstico incluso con estos datos o éstos sugieren que debería investigar más a fondo? Piense sobre su forma de pensar, ¿fue lógica, razonada, construida sobre el conocimiento de la ciencia enfermera y las respuestas humanas que está diagnosticando? ¿Necesita información adicional sobre la respuesta antes de confirmarla? ¿Está teniendo un exceso de confianza? Esto puede ocurrir cuando está acostumbrado a pacientes que presentan determinados diagnósticos y por tanto «salta» directamente hacia el diagnóstico, en lugar de aplicar realmente las habilidades de razonamiento clínico. Finalmente, ¿qué otros datos debería recoger o revisar para validar, confirmar o eliminar un diagnóstico potencial de enfermería? El uso del acrónimo SEA PEQ puede ayudarle a validar su proceso de razonamiento clínico y aumentar la precisión diagnóstica.

¿Cuántos diagnósticos debería tener mi paciente?

Frecuentemente se anima a los estudiantes a identificar todos los diagnósticos que tiene un paciente; éste es un método de aprendizaje para

mejorar el razonamiento clínico y el dominio de la ciencia enfermera. Sin embargo, en la práctica es importante priorizar los diagnósticos enfermeros, ya que éstos serán la base para las intervenciones enfermeras. Debería considerar qué diagnósticos son los más críticos —desde la perspectiva del paciente así como desde la perspectiva enfermera— y los recursos y tiempo disponibles para el tratamiento. Algunos diagnósticos pueden requerir que el paciente se refiera a otros profesionales o entornos de salud, como cuidados domiciliarios, un hospital diferente, un centro de enfermería especializado, etc. En un sentido práctico, tener un diagnóstico enfermero para cada dominio de NANDA-I o un mínimo de 5-10 diagnósticos no refleja la realidad. Aunque es importante reflejar todos los diagnósticos (focalizados en problema, riesgo y promoción de la salud), las enfermeras deben focalizar según las prioridades; es decir, los diagnósticos de alta prioridad en primer lugar. El resto de los diagnósticos pueden añadirse más tarde (ir ascendiendo en la lista de prioridades) para reemplazar a aquellos que ya estén resueltos o a aquellos para los cuales las intervenciones están siendo claramente eficaces. Del mismo modo, si el estado del paciente se deteriora o si aparecen datos adicionales que conducen a diagnósticos más urgentes, la priorización de los diagnósticos se debe reorganizar. La planificación de los cuidados para los pacientes no es cosa de «una sola vez»; como todas las etapas del proceso necesita ser reevaluada continuamente y ajustada para satisfacer las necesidades del paciente y su familia.

¿Puedo cambiar un diagnóstico enfermero después de que haya sido documentado en el dossier del paciente?

¡Absolutamente! A medida que continúa valorando el paciente y recogiendo datos adicionales, puede darse cuenta de que su diagnóstico inicial no era el más importante, o de que la afección del paciente se ha resuelto, o pueden aparecer nuevos datos que reenfocan la prioridad. Es esencial que evalúe continuamente al paciente para determinar si el diagnóstico sigue siendo el más preciso en cada momento.

¿Puedo documentar diagnósticos enfermeros de los miembros de la familia del paciente en el dossier del paciente?

Las reglas para la documentación varían según la organización y los requisitos de cada estado y país. Sin embargo, el concepto de cuidados basados en la familia se está haciendo cada vez más estándar, y ciertamente, los diagnósticos que tienen un impacto sobre el paciente, y que pueden contribuir a sus resultados de salud, deberían ser considerados por la enfermera. Por ejemplo, si un paciente es ingresado por la exacerbación de una afección crónica y la enfermera reconoce que la esposa presenta signos/síntomas de *cansancio del rol de cuidador* (00061), es fundamental que la enfermera confirme o refute el diagnóstico. Aprovechando la hospitalización

del paciente, la enfermera puede trabajar con la esposa para movilizar recursos para el cuidado en el hogar, como identificar fuentes de apoyo para la gestión del estrés, establecer tiempos de respiro, detectar problemas financieros, etc. Una revisión del régimen terapéutico, junto con las recomendaciones para simplificar u organizar el cuidado, puede ser de mucha ayuda. El diagnóstico y tratamiento del *cansancio del rol de cuidador* de la esposa no afectará sólo al cuidador, también tendrá un impacto significativo sobre los resultados del paciente cuando éste retorne al domicilio.

¿Todos los diagnósticos enfermeros se pueden usar de forma segura y legal en todos los países?

La clasificación NANDA-I representa la práctica enfermera internacional, por tanto, puede que todos los diagnósticos no sean apropiados para todas las enfermeras en todo el mundo. Por favor, revise las *Consideraciones internacionales sobre el uso de los Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I*, páginas 133-135.

Preguntas sobre las características definitorias

¿Qué son las características definitorias?

Las características definitorias son pistas/inferencias observables que se agrupan en manifestaciones de un diagnóstico focalizado en un problema, de riesgo, de promoción de la salud o síndrome. Esto no sólo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también son cosas que son vistas, oídas (p. ej., lo que el paciente/familia nos dice), tocadas u olidas.

Las características definitorias en el libro no son siempre datos observables; algunos son juicios (p. ej., duelo complicado o conocimientos deficientes) ¿Cómo podemos usarlos en la valoración?

Dada la definición actual de las características definitorias, los diagnósticos enfermeros (inferencias) se consideran características definitorias aceptables para otros diagnósticos. Aunque esto es lógico para los síndromes, que se definen como un grupo de dos o más diagnósticos enfermeros, puede ser confuso para otros tipos de diagnósticos. Si tiene un diagnóstico enfermero como característica definitoria significa que ya ha efectuado un juicio. Sin embargo, algún nivel de inferencia, como el realizado a través de la comparación de datos con las normas estandarizadas, es apropiado para guiar el diagnóstico (p. ej., inferir que una frecuencia cardíaca de 174 en un hombre anciano está por encima de lo normal). La definición de las características definitorias está actualmente en revisión para clarificar su propósito.

¿Las características definitorias de este libro están ordenadas según su importancia?

No, las características definitorias (y sus factores relacionados y de riesgo) se enumeran en orden alfabético, basado en la versión original en inglés. En última instancia el objetivo es validar las características definitorias fundamentales a través de la investigación, aquellas que deben estar presentes cuando se hace el diagnóstico. A medida que esto suceda se reorganizarán los indicadores de diagnóstico por orden de importancia.

¿Cuántas características definitorias debo identificar para diagnosticar a un paciente con un diagnóstico enfermero concreto?

Ésta es una pregunta difícil y depende realmente del diagnóstico. Para algunos diagnósticos una característica definitoria es todo lo que necesitamos; por ejemplo, con los diagnósticos de promoción de la salud el deseo expreso de un paciente de mejorar una faceta de una respuesta humana es todo lo que se requiere. Otros diagnósticos requieren un grupo de síntomas, probablemente tres o cuatro, para obtener precisión en el diagnóstico. En el futuro nos gustaría ser capaces de limitar el número de indicadores diagnósticos proporcionados por NANDA-I, ya que las largas listas de signos/síntomas no son necesariamente tan útiles desde el punto de vista clínico. A medida que se desarrolla más investigación en conceptos enfermeros se facilita este trabajo.

Preguntas básicas sobre los factores relacionados

¿Qué son los factores relacionados?

Los factores relacionados se pueden considerar factores etiológicos, o aquellos datos que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con los diagnósticos enfermeros. Dichos factores pueden ser descritos como antecedentes o asociados con, relacionados con, contribuyentes o instigadores. Solamente los diagnósticos enfermeros focalizados en problemas y los síndromes deben tener factores relacionados: los diagnósticos de promoción de la salud pueden tener factores relacionados, si ello ayuda a clarificar el diagnóstico.

¿Cuántos factores relacionados necesito identificar para diagnosticar a un paciente con un diagnóstico enfermero en particular?

Del mismo modo que con las características definitorias, esto depende realmente del diagnóstico. Un único factor probablemente no es adecuado, y esto es especialmente cierto si solamente se cuenta con un diagnóstico médico como factor relacionado. Esto puede conducir a la práctica en la que toda paciente ingresada para realizar una mastectomía es «etiquetada» con *trastorno*

de la imagen corporal (00118), o todo paciente ingresado para un procedimiento quirúrgico es «etiquetado» con *dolor agudo* (00132). Esta práctica no es una práctica diagnóstica; realmente es etiquetar un paciente basándose en la asunción de que la respuesta de una persona será exactamente idéntica a la de otra. Ésta es una asunción como mínimo errónea, y puede llevar al error diagnóstico y conducir a las enfermeras a perder el tiempo en intervenciones innecesarias. En el peor escenario puede llevar a un error por omisión en el cual un diagnóstico importante pasa inadvertido, y el resultado son déficits significativos en los cuidados y los resultados del paciente.

Los factores relacionados de los diagnósticos NANDA-I no son siempre factores que las enfermeras pueden eliminar o disminuir. ¿Debería incluirlos en la formulación del diagnóstico?

Actualmente muchos de los factores relacionados son factores no modificables, como la edad o el género. Aunque éstos son factores importantes que hay que tener en cuenta cuando se realiza la valoración y se diagnostica, puede ser que sean más específicamente características de «grupos de riesgo» (p. ej., adolescentes, ancianos, mujeres, etc.). Éstos son factores que ayudan en nuestro diagnóstico, pero no podemos intervenir sobre la edad o el sexo, por ejemplo, por tanto, es posible que debieran ser considerados separadamente de los factores relacionados. Esta cuestión está bajo consideración en este momento. Mientras tanto, aunque técnicamente es aceptable usar estos factores relacionados en una formulación PES, la mejor práctica sería identificar aquellos factores relacionados sobre los cuales pudiese intervenir, y para los cuales la intervención pudiese conducir a una disminución o eliminación de la respuesta humana desfavorable que ha diagnosticado.

Preguntas sobre los factores de riesgo

¿Qué son los factores de riesgo?

Son factores ambientales y fisiológicos, psicológicos y genéticos, o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a un evento no saludable. Solamente los diagnósticos de riesgo presentan factores de riesgo.

¿Cuántos factores de riesgo necesito identificar para diagnosticar a un paciente con un determinado diagnóstico enfermero de riesgo?

Del mismo modo que con las características definitorias y los factores relacionados, esto realmente depende del diagnóstico. Por ejemplo, en el nuevo diagnóstico *riesgo de úlceras por presión* (00249), tener un índice Q de Braden <16 en un niño, o un índice de Braden <18 en un adulto, o una puntuación

baja en la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (RAPS, *Risk Assessment Pressure Sore*) es todo lo que se necesita para diagnosticar este riesgo. Esto es porque estos instrumentos estandarizados han sido clínicamente validados como predictores de riesgo de úlceras por presión. Para otros diagnósticos que no tienen este nivel de validación en sus indicadores se necesita un grupo de factores de riesgo.

Los factores de riesgo del libro no son siempre factores que la enfermera puede eliminar o disminuir. ¿Debería incluirlos en la formulación del diagnóstico?

Véase la respuesta para los factores relacionados.

¿Existe una relación entre los factores relacionados y los factores de riesgo como la que existe entre los diagnósticos relacionados con problemas y/o los de promoción de la salud y los diagnósticos de riesgo?

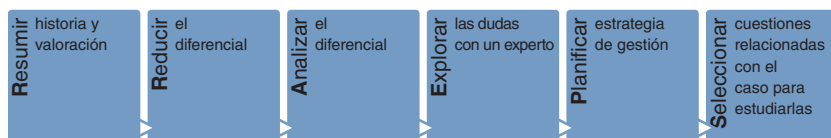
Sí. Debería darse cuenta de las grandes similitudes que existen entre los factores relacionados de un diagnóstico focalizado en el problema y los factores de riesgo de un diagnóstico de riesgo relacionado con el mismo concepto. De hecho, las listas de factores pueden ser idénticas. La misma condición que le pone en riesgo para una respuesta indeseable puede ser a menudo la etiología de esa respuesta si el hecho ocurre. Por ejemplo, en el diagnóstico *riesgo de conducta desorganizada del lactante* (00115), la sobrestimulación ambiental se menciona como factor de riesgo. En el diagnóstico focalizado en el problema *conducta desorganizada del lactante* (00116), la sobrestimulación sensorial ambiental se menciona como factor relacionado. En ambos casos existen numerosas intervenciones enfermeras que pueden disminuir la respuesta desfavorable, o modificar el riesgo de ocurrencia.

Diferenciar entre diagnósticos enfermeros similares

¿Cómo puedo decidir entre diagnósticos que son muy similares? ¿Cómo sé cuál de los diagnósticos es el más preciso?

La precisión en el diagnóstico es crucial. Evite alcanzar una conclusión demasiado rápidamente y use algunos instrumentos sencillos para reflexionar sobre su proceso de toma de decisiones. Una ayuda diagnóstica que se usa en medicina para la diferenciación entre diagnósticos puede ser fácilmente adaptada para enfermería: SNAPPS (Rencic, 2011); véase la figura 5.1. Usando este instrumento usted resume los datos que ha recogido en su anamnesis y valoración así como otros datos relevantes de la historia del paciente. A continuación trata de reducir el diferencial entre los diagnósticos: eliminar los datos que encajan en ambos diagnósticos, de manera que le queden solamente aquellos que los diferencian. Analice estos datos, ¿existe un patrón más evidente ahora que observa un conjunto más reducido de datos? Explore con

Figura 5.1 Ayuda diagnóstica SNAPPS (summarize, narrow, analyze, probe, plan, select)



un colega, profesor o experto cuando le queden dudas o preguntas sin respuesta. No pregunte la respuesta, pídale que le permitan acompañarles en su proceso de pensamiento para ayudarle a determinar el diagnóstico más apropiado. Planifique una estrategia de gestión, que debería incluir revaloración frecuente, especialmente al inicio del plan, para asegurar que su diagnóstico realmente era preciso. Finalmente seleccione cuestiones relacionadas con el caso para posterior investigación y estudio. Encuentre un artículo, un caso en una revista o información de un texto reciente que le ayude a profundizar en su comprensión de la respuesta humana que acaba de diagnosticar.

¿Puedo añadir «riesgo de» a un diagnóstico focalizado en problema para convertirlo en un diagnóstico de riesgo?, ¿O quitar el «riesgo de» de un diagnóstico de riesgo para convertirlo en un diagnóstico focalizado en problema?

Sencillamente, la respuesta a esta pregunta es «no». De hecho, «inventar» etiquetas diagnósticas al azar no tiene ningún sentido y creemos que puede ser peligroso. ¿Por qué? Hágase estas preguntas: ¿cómo se define el diagnóstico? ¿Cuáles son los factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo) o las características definitorias/factores relacionados (para los diagnósticos focalizados en problemas) que deberían ser identificados durante la valoración de enfermería? ¿Cómo sabrán otras personas lo que quiere decir si el diagnóstico no está claramente definido y no se proporciona en un formato (texto, electrónico) en que pueda ser revisado y que facilite la validación del diagnóstico?

Si usted identifica un paciente que piensa que puede estar en riesgo de alguna cosa para la cual no existe diagnóstico enfermero, es mejor documentar muy claramente lo que está observando en el paciente o las razones de por qué piensa que está en riesgo, para que otros puedan seguir su razonamiento clínico. Esto es básico para la seguridad del paciente.

Cuando se considera que un diagnóstico de riesgo debería ser modificado para crear un diagnóstico real, la cuestión que deberíamos formular es: «¿esto está identificado como un diagnóstico médico?». Si es así, no existe ningún motivo para renombrarlo como diagnóstico enfermero a no ser que haya una visión distintiva que la enfermería aporte al fenómeno distinta de la médica. Por ejemplo, «ansiedad» es un diagnóstico enfermero/médico/psiquiátrico, y todas las disciplinas lo tratan desde diferentes perspectivas disciplinarias. Por otro lado, cuando consideramos un diagnóstico como «neumonía» (infección), ¿Qué punto de vista podría aportar la enfermera

distinto al del médico? Hasta la fecha no hemos identificado que pudiese haber ninguna diferencia en el tratamiento entre las disciplinas, por tanto es un diagnóstico médico para el cual las enfermeras realizan algunas intervenciones enfermeras. Eso es perfectamente aceptable.

Finalmente, si usted ha identificado una respuesta humana que cree que debería identificarse con un diagnóstico enfermero, compruebe nuestra información sobre el desarrollo de diagnósticos, revise la literatura o trabaje con expertos para desarrollarlo y enviarlo a NANDA-I. Generalmente son las enfermeras de la práctica las que identifican los diagnósticos que se necesitan, lo cual permite que la terminología crezca o se refine y que refleje mejor la realidad de la práctica.

Preguntas en relación con el desarrollo de un plan de tratamiento

*¿Todas las intervenciones enfermeras requieren un diagnóstico enfermero?
 ¿Toda la práctica enfermera relacionada con el cuidado del paciente está guiada por el diagnóstico enfermero?*

No todas las intervenciones o acciones enfermeras están basadas en diagnósticos enfermeros. Las enfermeras intervienen en afecciones descritas por diagnósticos médicos al igual que en aquellas descritas por diagnósticos enfermeros; asimismo proporcionan intervenciones resultantes de protocolos de la organización para necesidades específicas del paciente. Nosotros no renombramos diagnósticos médicos o términos para crear diagnósticos enfermeros ni necesitamos un diagnóstico enfermero para cada intervención enfermera. El *modelo tripartito de la práctica enfermera* de Kamitsuru (2008) puede ser de ayuda cuando considere las intervenciones que realizan las enfermeras y cuál es el razonamiento que subyace o apoya esas intervenciones (fig. 5.2)

Como puede ver, hay tres pilares «fundamentales» de este modelo, cada uno de los cuales representa diferentes posiciones/estándares teóricos que proporcionan razonamiento/conocimiento para las intervenciones enfer-

Figura 5.2 Modelo tripartito para la práctica de enfermería (Kamitsuru, 2008)



meras (el nivel inferior del modelo): los estándares médicos de cuidado, los estándares enfermeros de cuidados y los estándares organizativos. En la parte superior del modelo se indica el foco de las intervenciones: diagnóstico médico, diagnóstico enfermero y protocolos organizativos. Todos ellos guían las intervenciones o actividades enfermeras, algunas de las cuales son dependientes, otras son interdependientes y otras, independientes.

¿Cómo encuentro intervenciones para usarlas con los diagnósticos enfermeros?

Las intervenciones deberían estar dirigidas a los factores relacionados o etiológicos siempre que sea posible. Algunas veces, sin embargo, eso no es posible, y por tanto se eligen intervenciones para el control de síntomas (características definitorias). Eche un vistazo a dos situaciones distintas usando el mismo diagnóstico:

- *Dolor agudo* (factores relacionados: técnicas para levantar pesos y posturas inadecuadas; características definitorias: manifiesta dolor punzante en la espalda, conducta defensiva y postura de evitación del dolor).
- *Dolor agudo* (factores relacionados: procedimiento quirúrgico; características definitorias: manifestación verbal de dolor punzante en la incisión, conducta defensiva y postura de evitación del dolor).

En el primer ejemplo la enfermera puede dirigir las intervenciones a los síntomas (proporcionando intervenciones de alivio del dolor) pero también a la etiología (proporcionando educación sobre técnicas adecuadas para levantar pesos, mecánica corporal y ejercicios para reforzar la musculatura central y los músculos de la espalda).

En el segundo ejemplo la enfermera no puede intervenir para eliminar el factor causal (procedimiento quirúrgico), por tanto todas las intervenciones están dirigidas al control de síntomas (proporcionar intervenciones de alivio del dolor).

La elección de intervenciones para un paciente específico también está influenciada por la gravedad y duración del diagnóstico enfermero, la efectividad de las intervenciones, las preferencias del paciente, las guías de la organización y la capacidad para realizar la intervención (p. ej., si la intervención es realista).

¿Cuándo hay que revisar un plan de cuidados?

No existe un estándar claro en cuanto a la frecuencia de revisión: depende de la afección del paciente, su gravedad y la complejidad del cuidado, así como de los estándares organizativos. En general, una guía mínima recomendaría cada 24 horas, pero en un entorno de cuidados intensivos o en el caso de un paciente con una afección compleja la revisión se realiza una o más veces en cada turno.

¿Qué significa «revisar» el plan de cuidados? Requiere volver a valorar el estado actual del paciente para identificar respuestas humanas actuales que requieran intervención enfermera, lo cual significa revisar aquellas que fueron identificadas previamente para determinar lo siguiente:

1. ¿Los diagnósticos enfermeros identificados previamente existen todavía?
2. ¿Todavía son de alta prioridad?
3. ¿Están mejorando, se mantienen, están empeorando?
4. ¿Las intervenciones actuales están siendo eficaces? ¿Se han alcanzado los objetivos deseados total/parcialmente?
5. Quizás lo más importante, ¿identificó la respuesta correcta que debía tratarse (diagnosticó de forma precisa)?

Todas estas preguntas requieren volver a valorar de forma continua al paciente. Cuando una intervención no consigue alcanzar el resultado esperado, continuar con la misma intervención puede no ser la mejor opción. ¿Podría ser que esté ocurriendo algo que nos pasó desapercibido previamente? ¿Qué otros datos puede necesitar recoger para identificar otros problemas? ¿El paciente está de acuerdo con su priorización del cuidado? ¿Existen otras intervenciones que pudieran ser más eficaces? Todo esto está implicado en la revisión del plan de cuidados.

Recuerde que el plan de cuidados de enfermería es una representación electrónica (o escrita) de su juicio clínico. No es algo que usted hace y luego olvida, debería guiar cada cosa que va haciendo con ese paciente. Cada pregunta que formula, cada resultado de cada prueba, cada dato del examen físico añade más información que debe ser considerada cuando se busca la respuesta del paciente. Por eso, valoración y evaluación deberían producirse cada vez que mira, habla o toca al paciente y cada vez que interactúa con su familia y con los datos en su dossier.

El razonamiento clínico, el diagnóstico y la planificación del tratamiento apropiado requieren una práctica consciente, reflexiva. La planificación del cuidado del paciente no es una tarea que consista simplemente en chequear de manera que pueda pasar a otra cosa, es el componente clave de la práctica enfermera profesional.

Preguntas sobre la enseñanza/aprendizaje de los diagnósticos enfermeros

Nunca aprendí diagnósticos enfermeros cuando estaba en la escuela. ¿Cuál es la mejor manera de estudiar los diagnósticos enfermeros? No me siento bien enseñando diagnósticos enfermeros porque nunca los aprendí cuando estaba en la escuela. ¿Alguna recomendación?

¡Un buen comienzo es el uso de este libro! Pero en primer lugar, le recomendamos que pase algún tiempo aprendiendo/revisando los conceptos que sustentan los diagnósticos. Piense lo mucho que sabe sobre ventilación,

afrontamiento, tolerancia a la actividad, movilidad, patrones de alimentación, patrones de sueño, perfusión tisular, etc. Realmente necesita comenzar con una sólida comprensión de estos fenómenos «neutros»: ¿qué es *normal*? ¿Qué esperaría ver en un paciente sano? ¿Qué factores fisiológicos/psicológicos/sociológicos influyen en estos patrones normales? Una vez que comprenda realmente los conceptos puede pasar a las desviaciones de la norma: ¿cómo lo valorará? ¿Qué otras áreas de la salud de la persona pueden verse afectadas si ocurre una alteración? ¿Qué tipo de cosas pueden poner a una persona en riesgo de desarrollar una respuesta indeseable? ¿Qué fortalezas deberían mostrar las personas para mejorar esta área de su salud? ¿Qué dicen las enfermeras sobre estos fenómenos y qué investigación se está llevando a cabo? ¿Existen guías para la práctica clínica? Todas estas áreas de conocimiento contribuirán a su comprensión de los diagnósticos enfermeros; después de todo, los diagnósticos enfermeros nombran el conocimiento de la disciplina.

Simplemente no es suficiente coger este libro, o cualquier otro, y comenzar a escribir diagnósticos que «suenan» como si encajaran con nuestro paciente, o que han sido relacionados con un diagnóstico médico de alguna manera estandarizada. Una vez que ha comprendido realmente los conceptos empezará a ver los patrones en los datos de valoración que le llevarán a descubrir los estados de riesgo, los estados de problema y las fortalezas; entonces puede empezar a agudizar su comprensión de los diagnósticos revisando las definiciones y los indicadores diagnósticos para identificar aquellos que parecen representar la mayoría de respuestas de los pacientes que trata en su práctica. Existen diagnósticos fundamentales comunes a todas las áreas de la práctica, y éstos son en los que usted debería focalizar para construir su experiencia en primer lugar.

¿Debería escoger un diagnóstico de cada uno de los 13 dominios y combinarlos al final de la valoración?

Aunque sabemos que algunos profesores enseñan de esta manera, éste no es un método que nosotros fomentemos. La asignación arbitraria de un número de diagnósticos no es práctica ni necesariamente refleja la realidad de un paciente. Igualmente, tal y como se ha mencionado anteriormente, los dominios no son un formato para la valoración. Debería completar una valoración enfermera, y al tiempo que está completando la valoración empezar a formular hipótesis sobre diagnósticos potenciales. Esto, al mismo tiempo le llevará a una valoración más focalizada que le ayudará a eliminar o confirmar dichas hipótesis. La valoración es un proceso fluido, un dato puede hacerle volver a un dato anterior, o puede hacerle ver que se requiere una valoración en profundidad para recoger información adicional. Recomendamos el uso de una valoración basada en un modelo de enfermería, como los Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Aunque la taxonomía está actualmente adaptada de esos patrones, el marco de valoración proporciona apoyo a las enfermeras en la realización de la entrevista y la valoración del paciente, permitiendo (¡y animando!) una consideración fluida de cómo los datos y la información obtenida de otros patrones interactúan mientras se realiza la valoración.

Mis profesores no nos permiten usar diagnósticos de riesgo porque dicen que debemos focalizar en los diagnósticos «reales». ¿Los riesgos del paciente no son «reales»?

¡Absolutamente! Los diagnósticos de riesgo pueden de hecho ser los diagnósticos de más alta prioridad que el paciente puede presentar; un paciente con una vulnerabilidad significativa a la infección, caídas, una úlcera por presión, o sangrado puede no tener ningún diagnóstico más crítico que ese riesgo. El uso del término anterior, diagnóstico «real», podía llevar a esta confusión; algunas personas interpretaban que esto significaba que el diagnóstico real (focalizado en el problema) era más «real» que el riesgo. Piense en la mujer joven que acaba de dar a luz un bebé sano, pero que ha desarrollado una coagulación intravascular diseminada durante el embarazo y presenta una historia de hemorragia posparto. Probablemente no presenta ningún diagnóstico con prioridad más alta que el *riesgo de sangrado* (00206). Puede presentar *dolor agudo* (00132) a causa de la episiotomía, puede presentar *ansiedad* (00146) y puede presentar *disposición para mejorar la lactancia materna* (00106), pero cualquier enfermera perinatal le dirá que el principal foco de atención deberá ser el *riesgo de sangrado*.

Nuestro currículo de enfermería básica ya está completo. ¿Cuándo y quién debería enseñar los diagnósticos enfermeros?

La enfermería, igual que otras disciplinas, está luchando por cambiar un contenido basado en cargas a un contenido centrado en el estudiante, focalizado en el razonamiento del proceso educativo. Durante las últimas décadas la formación enfermera ha tratado de incluir cada vez más información en las clases, lecturas y ejercicios de evaluación que han llevado a un patrón de memorización y regurgitación de conocimiento (a menudo seguido por el olvido de la mayor parte de lo «aprendido» inmediatamente después). ¡Simplemente no funciona! La velocidad del desarrollo del conocimiento ha aumentado exponencialmente, no podemos continuar enseñando cada fragmento de información necesario. En cambio, necesitamos enseñar conceptos clave, enseñar a los estudiantes a razonar, a descubrir el conocimiento y a saber si es fiable y cómo aplicarlo. Debemos darles herramientas que les guíen en el aprendizaje a lo largo de la vida, y el razonamiento clínico es probablemente la más importante de ellas. Pero el razonamiento crítico requiere un campo de conocimiento —la enfermería, en este caso— y eso requiere dominar el conocimiento de nuestra disciplina, que está representado en los diagnósticos enfermeros.

Cada profesor enfermero debe enseñar los diagnósticos enfermeros, en cada asignatura, y según el enfoque del curso. Al enseñarles los conceptos, los estudiantes aprenderán también las disciplinas relacionadas, sus diagnósticos y tratamientos estándar; también aprenderán las respuestas humanas y cómo éstas son distintas bajo diferentes situaciones o en fun-

ción de la edad, el sexo, la cultura, etc. La reestructuración del currículo para focalizar realmente en la enfermería puede sonar radical, pero es la única manera de proporcionar contenido enfermero de manera sólida a las enfermeras del futuro. Enseñe los diagnósticos fundamentales que abarcan todas las áreas de la práctica en primer lugar; y a continuación, a medida que los estudiantes adquieren conocimientos, enseñe los diagnósticos fundamentales de las especialidades. Los restantes, aquellos que no ocurren frecuentemente o que sólo ocurren en situaciones especiales, los aprenderán en la práctica y a medida que se encuentren con pacientes que presenten esas respuestas.

Preguntas sobre el uso de NANDA-I en los dosieres electrónicos de salud

¿Existe alguna regulación que exija que los problemas del paciente, las intervenciones y los resultados incluidos en un dosier electrónico de salud deban ser registrados usando la terminología NANDA-I? ¿Por qué deberíamos usar los diagnósticos NANDA-I en un sistema electrónico de salud?

No existe ninguna regulación internacional obligatoria. Sin embargo, los diagnósticos enfermeros NANDA International son fuertemente recomendados por las organizaciones de estándares para su inclusión en los dosieres electrónicos de salud. Diferentes presentaciones y estudios de expertos del ámbito internacional promueven la inclusión de la taxonomía II de NANDA-I en el dosier electrónico de salud basándose en diferentes razones:

- La seguridad de los pacientes requiere la documentación precisa de los problemas de salud (p. ej., los estados de riesgo, diagnósticos reales, diagnósticos de promoción de la salud) y NANDA-I es la única clasificación que posee una base de literatura (con algunos diagnósticos basados en la evidencia, incluyendo el formato del nivel de evidencia [LOE]). Aún más importante, los diagnósticos de NANDA-I son conceptos completos, han sido definidos e incluyen factores relacionados y características definitorias. Ésta es una diferencia fundamental con otras terminologías enfermeras.
- NANDA-I, NIC y NOC (NNN) no son sólo las clasificaciones más utilizadas internacionalmente, son además las que muestran mayor evidencia y las más completas (Tastan, Linch, Keenan, Stifter, McKinney, Fahey... y Wilkie, 2013).
- Los diagnósticos NANDA-I se hallan bajo continuo refinamiento y desarrollo. La clasificación no es el producto de un solo autor, está basada en el trabajo de enfermeras profesionales de todo el mundo, miembros y no miembros de NANDA International (Anderson, Keenan y Jones, 2009; Bernhard-Just, Hille Hillewerth, Holzer-Pruss y cols., 2009; Keenan, Tschannen y Wesley, 2008; Lunney, 2006; Lunney, Delaney, Duffy y cols., 2005; Müller-Staub, 2007, 2009; Müller-Staub, Lavin, Needham, y cols., 2007).

Preguntas sobre el desarrollo y revisión de los diagnósticos

¿Quién desarrolla y revisa los diagnósticos NANDA-I?

Los diagnósticos nuevos y revisados son enviados por enfermeras de todo el mundo al Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) de NANDA-I. Estas enfermeras son fundamentalmente de las áreas de la práctica y la formación, aunque tenemos investigadoras y teóricas que ocasionalmente también remiten diagnósticos. El CDD formula y realiza el proceso de revisión de los diagnósticos propuestos. Las obligaciones del comité incluyen, pero no están limitadas a la revisión de los diagnósticos propuestos nuevos o revisados, o de las propuestas de eliminación de diagnósticos existentes; solicitar y diseminar *feedback* de expertos; implementar procesos de revisión por los miembros; votaciones de la asamblea general/miembros sobre cuestiones relacionadas con el desarrollo diagnóstico.

Entiendo que las enfermeras pueden enviar nuevos diagnósticos, así como revisar diagnósticos existentes. ¿Cómo nos ayuda NANDA-I? ¿Existe una cuota que hay que abonar por este servicio de apoyo?

El Comité de Desarrollo Diagnóstico de NANDA-I (CDD) le facilita un mentor durante el proceso de envío. Cuando el remitente nos contacta con motivo del envío de un diagnóstico o una revisión, esa persona se convierte en su principal contacto con el comité. Ésta trabajará con usted para ayudarle a comprender cualquier pregunta que provenga de los miembros del CDD, o con la finalidad de clarificar su envío para asegurar que cumple con todos los requisitos identificados en el proceso. Este asesoramiento no tiene ningún coste.

¿Por qué algunos diagnósticos son revisados?

El conocimiento evoluciona constantemente con la práctica enfermera, y al mismo tiempo que la investigación clarifica ese conocimiento es importante que la terminología NANDA-I refleje esos cambios. Las enfermeras de la práctica, así como las enfermeras docentes y las investigadoras, envían revisiones basadas en su propio trabajo o en una revisión de la literatura de investigación. El propósito es refinar los diagnósticos, proporcionando información que facilite la precisión al diagnosticar.

Preguntas sobre el texto NANDA-I, Definiciones y Clasificación

¿Cómo sé qué diagnósticos son nuevos?

Todos los diagnósticos nuevos y revisados están señalados en la sección de este libro titulada *¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de Diagnósticos y Clasificación?* (pp. 4-15)

Cuando revisé los códigos informáticos provistos en el libro me di cuenta de que algunos códigos no existen. ¿Eso significa que algunos diagnósticos se han perdido?

No, los códigos que no existen representan códigos que no fueron asignados, o diagnósticos que han sido retirados o eliminados de la taxonomía a lo largo del tiempo. Los códigos no son reutilizados, son retirados conjuntamente con el diagnóstico. Del mismo modo, los códigos no asignados no serán asignados más tarde fuera de la secuencia, simplemente nunca serán asignados.

Cuando se revisa un diagnóstico, ¿cómo sabemos qué es lo que se ha cambiado? He detectado cambios en algunos diagnósticos, pero no están listados como revisiones, ¿por qué?

La sección **¿Qué hay de nuevo en la edición 2015-2017 de Diagnósticos y Clasificación?** proporciona información detallada sobre los cambios efectuados en esta edición. Sin embargo, la mejor manera de ver cada cambio individualmente es comparar la edición actual con la edición previa. No listamos todos los cambios realizados; por ejemplo, no están consignadas las estandarizaciones de términos para los indicadores diagnósticos; estos cambios tampoco han sido considerados como revisiones, sino como cambios editoriales. Durante este ciclo se ha hecho énfasis en la continuación del trabajo previo de refinamiento y estandarización de términos de las características definitorias, los factores relacionados y los factores de riesgo. Este trabajo ha facilitado la codificación de estos términos para permitir el desarrollo de una estructura de valoración en el dossier electrónico de salud. Éste es un trabajo en desarrollo, ya que existen actualmente más de 5.600 indicadores diagnósticos en la terminología (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo), y esto requiere un trabajo lento y meticuloso para asegurar que los cambios no tienen un impacto en el significado de los términos. La edición 2015-2017 proporciona la primera estandarización total y codificación de estos términos (los códigos están disponibles en la página web de NANDA-I).

¿Por qué no todos los diagnósticos muestran un nivel de evidencia (LOE)?

NANDA International no empezó a usar los criterios LOE hasta 2002, por tanto, los diagnósticos que entraron en la clasificación antes de esta fecha no muestran un criterio LOE, ya que éstos no eran identificados cuando los diagnósticos fueron remitidos. Todos los diagnósticos que formaban parte de la taxonomía antes de 2002 fueron «eximidos» de cumplir los criterios LOE, excepto aquellos que claramente no cumplían otro tipo de criterios (p. ej., factores relacionados no identificados, múltiples focos diagnósticos en la etiqueta, etc.), que fueron señalados para revisión o eliminación en las siguientes ediciones. Animamos firmemente al trabajo sobre los diagnósticos antiguos con la finalidad de actualizarlos a un nivel de evidencia consistente con un LOE mínimo de 2.1 para su mantenimiento en la terminología y su emplazamiento en la estructura taxonómica.

¿Qué pasó con las referencias bibliográficas? ¿Por qué NANDA-I no consigna todas las referencias usadas para todos los diagnósticos?

NANDA-I empezó a publicar las referencias pidiendo a los remitentes que identificaran las tres más importantes. En la edición 2009-2011 empezamos a publicar la lista completa de referencias a causa del gran número de demandas recibidas en relación con la revisión de la literatura para diversos diagnósticos. Ahora muchas personas nos han dicho que preferirían tener acceso a las referencias *online*, mejor que en el libro. También ha habido preocupación en relación con el impacto medioambiental de un libro muy grueso, y recomendaciones de publicar información específica para los investigadores e informáticos en nuestra web, para aquellos que quieran acceder a esta información. Tras diversas discusiones hemos determinado que ésta es la mejor solución para el propósito de este texto. Por eso, todas las referencias que tenemos para todos los diagnósticos se hallarán en la base de conocimientos de la página web de NANDA-I (www.nanda.org), así como en la página web que acompaña este texto, para facilitar la búsqueda y la recuperación de esta información.

Referencias bibliográficas

- Anderson, C. A., Keenan, G., & Jones, J. (2009). Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27(2), 82–90.
- Bernhard-Just, A., Hillewerth, K., Holzer-Pruss, C., Paprotny, M., & Zimmermann Heinrich, H. (2009). Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC - Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis. *Pflege*, 22(6), 443–454.
- Kamitsuru, S. (2008). Kango shindan seminar shiryō [Nursing diagnosis seminar handout]. Kango Laboratory (Japanese).
- Keenan, G., Tschannen, D., & Wesley, M. L. (2008). Standardized nursing terminologies can transform practice. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 103–106.
- Lunney, M. (2006). NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. *Journal of School Nursing*, 22(2), 94–101.
- Lunney, M. (2008). Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1).
- Lunney, M., Delaney, C., Duffy, M., Moorhead, S., & Welton, J. (2005). Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 1–3.
- Müller-Staub, M. (2007). Evaluation of the implementation of nursing diagnostics: A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Müller-Staub, M. (2009). Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Studies in health technology and informatics. Connecting Health and Humans*, 146, 337–341.
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 702–713.
- Rencic, J. (2011). Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Medical Teacher*, 33(11), 887–892.
- Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., ... & Wilkie, D. J. (2013). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International journal of nursing studies*.

